

**Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России**

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**
Методические рекомендации

МОСКВА 2015

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины»
Минздрава России**

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный специалист по профилактической
медицине Минздрава России
С.А. Бойцов
_____ 2015 г.

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**Методические рекомендации
(3-е издание с дополнениями и уточнениями)**

Москва 2015

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансеризации взрослого населения в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения России и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов. Диспансеризация проводится 1 раз в три года и включает в себя помимо универсального для всех возрастных групп пациентов набора методов методы углубленного обследования, предназначенные для раннего выявления наиболее вероятных для данного возраста и пола хронического неинфекционного заболевания.

Регулярная диспансеризация является важнейшей массовой и высокоэффективной медицинской технологией сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Рекомендации выполняют задачу методической помощи в проведении основных мероприятий диспансеризации, а также разъяснения и комментариев к отдельным пунктам Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г., № 36ан.

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

Авторы методических рекомендаций: Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Агапов М.Ю., Биличенко Т.Н., Плахов Р.В., Федоров Е.Д.

Образец для цитирования:

Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Биличенко Т.Н., Федоров Е.Д.

Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2015 - 134 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 23 марта 2015 г. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru> и <http://ropniz.ru/>

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ	3
СОДЕРЖАНИЕ.....	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ	11
2 ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ	
2.1. Критерии факторов риска. Кодирование по МКБ-10	20
2.2 Целевые уровни факторов риска.....	21
2.3 Общие принципы профилактического консультирования.....	21
2.3.1 Взаимоотношения «врач-пациент» в ходе профилактического консультирования.....	22
2.3.2 Азбука эффективного мотивационного консультирования.....	23
2.3.3 Варианты профилактического консультирования.....	27
2.4 Краткое профилактическое консультирование.....	28
2.4.1 Алгоритм краткого профилактического консультирования.....	28
2.4.2 Рекомендации по факторам риска при кратком профилактическом консультировании.....	29
2.5 Углубленное профилактическое консультирование.....	31
2.5.1 Алгоритм углубленного профилактического консультирования.....	31
2.5.2 Консультирование по неотложным мерам самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях.....	33
2.5.3 Рекомендации по факторам риска при углубленном профилактическом консультировании.....	41
2.5.3.1 Повышенное артериальное давление (артериальная гипертония) .	41
2.5.3.2 Избыточная масса тела (ожирение). Нерациональное питание....	43
2.5.3.3 Гиперхолестеринемия. Дислипидемия.	48
2.5.3.4 Гипергликемия.....	49
2.5.3.5 Потребление табака (курение)	52
2.5.3.6 Психологические аспекты эффективного профилактического консультирования при пагубном потреблении алкоголя.....	57
2.5.3.7 Риск потребления наркотиков, психотропных средств без назначения врача	65
2.6 Методические принципы группового профилактического консультирования (школ пациента).....	65
2.7 Рекомендуемая литература	68
3 ПРИЛОЖЕНИЯ (нормативно-методические материалы и конкретные примеры практической реализации основных организационных и лечебно-диагностических мероприятий по проведению диспансеризации взрослого населения)	69
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств и Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.....	69
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 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
ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 Календарный план-график прохождения диспансеризации гражданами врачебного (терапевтического, в том числе цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)), фельдшерского или комплексного участка	75

№ ___ в 201_ году	
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Краткая информация для граждан о диспансеризации и порядке ее прохождения.....	76
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Порядок заполнения учетной формы № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)»	79
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача: форма 1 - анкета для граждан до 75 лет; форма 2 - правила вынесения заключений по анкете для граждан до 75 лет; форма 3 - анкета для граждан 75 лет и старше; форма 4 - правила вынесения заключений по анкете для граждан 75 лет и старше	82
ПРИЛОЖЕНИЕ 7 Порядок заполнения отчетной формы № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения»	91
ПРИЛОЖЕНИЕ 8 Суммарный сердечно-сосудистый риск, (прогностическое значение и методика определения.....	94
ПРИЛОЖЕНИЕ 9 Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза.....	98
ПРИЛОЖЕНИЕ № 10 Онкологическая составляющая врачебного осмотра	100
ПРИЛОЖЕНИЕ № 11 Методика оценки результатов дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	105
ПРИЛОЖЕНИЕ № 12 Методические рекомендации по проведению консультации (осмотра) врачом-хирургом или врачом-урологом пациентов с повышенным риском рака предстательной железы, выявленным по результатам обследования на первом этапе диспансеризации Авторы: О.И. Аполихин, Б.Я. Алексеев, А.В. Сивков, М.И. Катибов, Д.А. Рощин, И.А. Шадеркин, А.В.Корякин.	107
Приложение № 13 Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом (Приложение к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1344н).	113
ПРИЛОЖЕНИЕ № 14 Организация проведения и критерии качества эзофагогастродуоденоскопии на втором этапе диспансеризации взрослого населения.	116
ПРИЛОЖЕНИЕ № 15 Организация проведения и критерии качества колоноскопии и ректороманоскопии на втором этапе диспансеризации взрослого населения.	124
ПРИЛОЖЕНИЕ № 16 Объем диспансеризации и число медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина при прохождении диспансеризации	131

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

SCORE - Systematic Coronary Risk Estimation	ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
АГ – артериальная гипертония	ТГ – триглицериды
АД – артериальное давление	ТИМ - толщины комплекса интима-медиа
АСБ - атеросклеротическая бляшка	ФР – факторы риска
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения	ХНИЗ - хронические неинфекционные заболевания
ЗОЖ - здоровый образ жизни	ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ИБС – ишемическая болезнь сердца	ХС – холестерин
ИМТ – индекс массы тела	ХС ЛВП – холестерин липопротеинов высокой плотности
ИМ – инфаркт миокарда	ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности
ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения	ЭКГ – электрокардиография
МТ – масса тела	
НИЗ - неинфекционные заболевания	
СД – сахарный диабет	

ВВЕДЕНИЕ

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расценивается как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г. (приказ МЗ СССР от 30.05.1986 г., № 770), согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых врачей и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Впервые указывалось, что в каждой из вышеперечисленных групп следует учитывать лиц с факторами риска возникновения определенных заболеваний (производственного, бытового, генетического характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению.

Однако запланированное *ежегодное всеобщее обследование населения* не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным, в значительной степени затрудняющим текущую работу поликлиник и в конечном итоге недостаточно эффективным. От участия в диспансеризации практически был отстранен участковый врач, поскольку он не нес достаточной ответственности за ее проведение. Организация диспансеризации, контроль ее проведения, учет и анализ результатов - все это было возложено на отделения (кабинеты) профилактики. Отсутствие необходимого уровня ответственности и прямой заинтересованности в результатах диспансеризации участкового врача является основным и очень серьезным недостатком не только советской системы диспансеризации, но и организованной в последние годы дополнительной диспансеризации работающих граждан.

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

С учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта, исходя из реальных возможностей государства и существующей системы здравоохранения в 2012 г. была разработана принципиально новая система всеобщей диспансеризации населения, которая позволила обеспечить устойчивое ее функционирование, не нарушающее повседневный режим работы амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) при непосредственном участии и личной ответственности участкового врача (фельдшера) за ее результаты. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 1 апреля 2013 г. Регистрационный N 27930), разработанная система диспансеризации введена в действие на всей территории страны.

Указанный порядок диспансеризации взрослого населения предусматривает проведение ее путем углубленного обследования граждан в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

- определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

К основным особенностям разработанного Порядка диспансеризации относятся:

- участковый принцип ее организации (правда следует иметь в виду, что в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 26 апреля 2012 г. № 406н, гражданин может проходить диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной врачебной или доврачебной медико-санитарной помощи, что в определенной мере может нарушать стройную систему территориального принципа организации врачебных участков);

- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка - на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача) (далее – участковый врач-терапевт);

- двухэтапный принцип проведения 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 на втором этапе диспансеризации; первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования; второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов;

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

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

- уменьшения числа групп здоровья с шести до трех и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина;

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

В течение 2012-2013 годов диспансеризации прошло более 40 млн. взрослых граждан России, в ее осуществлении приняло участие более 3 тыс. медицинских организаций и десятки тысяч медицинских работников. Накоплен и обобщен большой опыт проведения диспансеризации, выявлен и ряд недостатков, к наиболее существенным, из которых в первую очередь относятся:

избыточное проведение исследований на выявление злокачественных новообразований у граждан старших возрастных групп, когда существующие научные исследования, проведенные в последние годы, не подтверждают их клинико-экономическую эффективность и целесообразность;

отсутствие в программе диспансеризации обследования граждан старших возрастных групп на выявление у них инвалидизирующих заболеваний органа зрения и слуха, тяжелой сердечной недостаточности, ограничений движений и самообслуживания, депрессивных расстройств, рекомендованных к проведению всемирной организацией здравоохранения;

большой и недостаточно обоснованный объем учетно-отчетной документации по диспансеризации, оформление которой требует отвлечения больших сил и средств.

Устранение указанных недостатков и оптимизация объема обследования, входящего в программу диспансеризации явилась предметом обсуждения шести заседаниях профильной комиссии Минздрава России по медицинской профилактике, двух конгрессов терапевтов (2013 и 2014), национального конгресса кардиологов (2014), а также двух всероссийских конференций «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (2013 и 2014) и др. Оптимизации онкологического компонента диспансеризации были посвящены многочисленные сессии конгресса онкологов (2014), два совместных круглых стола онкологов, онкоурологов и колопроктологов с участием ведущих специалистов по скринингу Европы и США (2014 и 2015).

Подготовленный рабочей группой Минздрава России проект изменений Порядка проведения диспансеризации взрослого населения прошел 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 (29 октября 2013 г. провела общественные слушания на тему: "Диспансеризация и здоровый образ жизни"); Национальная медицинская палата (представила более 60 предложений по совершенствованию Порядка); известные общественные организации «ЛИГА ЗДОРОВЬЯ НАЦИЙ», «ОПОРА РОССИИ», «ОПОРА ЗДОРОВЬЯ» «ЗА ЗДОРОВУЮ РОССИЮ» и др.

Кроме того, проект обсуждаемого Порядка находился в свободном доступе на сайте Правительства РФ, в результате чего поступило еще 29 предложений по его совершенствованию. Большой интерес и обсуждение вызвала диспансеризация в странах Европы, США и Всемирной организации здравоохранения.

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. В процессе дальнейшего накопления опыта по диспансеризации населения предполагается совершенствование их нормативно-правовой базы и соответствующее обновление настоящих методических рекомендаций.

Методические рекомендации разделены на три основные части.

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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015, № 36ан а также приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 марта 2015 г., № 87н «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров».

Часть II «ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ» представляет собой краткое изложение основных принципов, положений и приемов проведения краткого и углубленного (индивидуального и группового) профилактического консультирования для выявления и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (далее – ХНИЗ).

Часть III «ПРИЛОЖЕНИЯ», включает нормативно-правовые и методические материалы, конкретные примеры практической реализации основных организационных и лечебно-диагностических мероприятий по проведению диспансеризации взрослого населения.

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Разъяснения к отдельным пунктам Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г., № 36ан с рекомендациями по их практическому использованию

Пункт 3 Порядка диспансеризации.

3. Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации относятся болезни системы кровообращения (в первую очередь ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких), глаукома. Указанные болезни обуславливают 75 % всей инвалидности и смертности населения нашей страны. Чрезвычайно важно, что все эти болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, причем большинство из них поддаются коррекции. Концепция факторов риска стала научной основой профилактики – неопровержимо доказано, что распространенность факторов риска развития основных неинфекционных заболеваний среди населения непосредственно связана с уровнем смертности от них. При этом опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет направленные на снижение распространенности указанных факторов риска обуславливают снижение смертности от хронических неинфекционных заболеваний в среднем на 59 %.

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и критерии для их выделения (диагностики) представлены в первом разделе части II методических рекомендаций, а также в Приложении № 2 к Порядку диспансеризации.

Пункт 8 Порядка диспансеризации.

8. 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 дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от определенных видов медицинских вмешательств утверждены приказом Минздрав России от 20 декабря 2012 г. N 1177н. и представлены в Приложении № 1 к методическим рекомендациям.

Необходимо обратить внимание, что 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) не содержит эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии и ректороманоскопии, 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 их проведения.

Пункт 9 Порядка диспансеризации.

9. 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...

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.

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.

10. 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;

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. Пример формы поименного и повозрастного списка граждан терапевтического, в том числе фельдшерского и комплексного участка, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами) представлен в Приложении № 2, а пример формы календарного план-графика прохождения диспансеризации - в Приложении № 3 к методическим рекомендациям.

2) активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

Пример краткой информации для граждан о диспансеризации и порядке ее прохождения представлен в Приложении № 4 к методическим рекомендациям. В каждой медицинской организации она может быть адаптирована к местным условиям.

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

Инструктаж граждан проводится с использованием учетной формы № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» (далее - Карта учета Д(ПО), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2015 № 87н «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров». Пациентам объясняется, какие исследования они должны пройти, в каких кабинетах, в какое время и с какой последовательностью. Порядок заполнения Карты учета Д(ПО) и пояснения к нему представлены в Приложении № 5 к методическим рекомендациям.

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 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. Формы анкет (опроса) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) представлена в Приложении № 6 к методическим рекомендациям.

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

б) 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 от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

В комплект документов оформляемых на каждого гражданина прошедшего диспансеризацию входит (1) внесение всех исследований и осмотров (консультаций) врача (фельдшера, акушерки), входящих в объем диспансеризации, в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (далее – Медкарта), (2) заполнение Карты учета Д(ПО) в соответствии с Правилами ее заполнения, представленными в Приложении № 5 к методическим рекомендациям и (3) анкета (опросник) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, которая совместно с Картой учета Д(ПО) подшивается в Медкарту пациента.

7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации²;

¹ При наличии необходимого оборудования.

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

Методика проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования, методические принципы проведения группового профилактического консультирования (школ пациента) и перечень их тематик представлены в разделе 2.5 и в разделе 2.6 части II методических рекомендаций.

5) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

Памятка больным ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией, цереброваскулярными заболеваниями и другими поражениями сосудов атеросклеротической природы, сахарным диабетом второго типа, а также пациентам с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и их близким о порядке неотложных действий при внезапной остановке сердца у человека в их присутствии, при сердечном приступе, остром нарушении мозгового кровообращения, гипертоническом кризе и острой сердечной недостаточности представлена в разделе 2.5.2 части II методических рекомендаций.

Пункт 11 Порядка диспансеризации.

11. Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

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

2) активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

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

4) проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт² для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

5) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

- 6) участие в оформлении (ведении) медицинской документации;
- 7) подведение итогов диспансеризации.

Выполнение задач врача-терапевта при проведении диспансеризации осуществляется с использованием Приложений № 1-9 к методическим рекомендациям и разделов 2.4 «Краткое профилактическое консультирование», 2.5.2 «Консультирование по неотложным мерам самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях» части II методических рекомендаций.

Пункт 12 Порядка диспансеризации.

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

1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, о ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование граждан к прохождению диспансеризации;

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

3) выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации (опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);

4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением № 2 к настоящему Порядку;

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

6) учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включая заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

7) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению врача-терапевта для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;

8) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи.

Выполнение задач отделения (кабинета) медицинской профилактики при проведении диспансеризации осуществляется с использованием Приложений № 1-9, 22 к методическим рекомендациям и части II методических рекомендаций.

Учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации проводится на основе анализа Карт учета Д(ПО) с ежемесячным внесением его результатов в отчетную форму № 131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденную приказом Минздрава России от 05.03.2015 г. № 87н (Порядок заполнения отчетной формы № 131 представлен в Приложении № 7 к методическим рекомендациям).

Пункт 13.1 Порядка диспансеризации.

13.1. 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:

б) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;

Методика определения относительного и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска представлена в Приложении № 8 к методическим рекомендациям.

8) осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее – мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно)³;

Рекомендуется применение метода окраски мазка по Папаниколау, как получивший международное признание метод скрининг-выявления 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.

9) флюорографию легких⁴;

Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза, утвержденный Постановления Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", регламентирующий частоту проведения флюорографии легких различным группам населения представлен в Приложении № 9 к методическим рекомендациям.

15) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);

Рекомендуется использовать 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. Подготовка пациента к анализу кала с использованием других методик представлена в Приложении № 4 к методическим рекомендациям.

17) измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);

³ За 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.

⁴ Флюорография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего года проводилась Флюорография легких, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки

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

18) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Прием (осмотр) врача-терапевта должен иметь преимущественную направленность на выявление хронических неинфекционных заболеваний 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). Методика проведения врачебного осмотра с целью выявления онкологических заболеваний подробно представлена в Приложении № 10

Пункт 13.2 Порядка диспансеризации.

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

1) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, а также для мужчин в возрасте от 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение);

Методика проведения дуплексного сканирования брахицефальных артерий представлена в Приложении № 11 к методическим рекомендациям.

4) осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога (для мужчин в возрасте старше 50 лет при впервые выявленном повышении уровня простатспецифического антигена в крови и (или) выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможных заболеваниях предстательной железы);

Методика проведения осмотра (консультации) врача-хирурга или врача-уролога при выявлении подозрения на патологию предстательной железы представлен в Приложении № 12

14) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) (для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск);

Методика проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школы пациента) представлена в разделах 2.5 и 2.6 части II методических рекомендаций.

Пункт 17 Порядка диспансеризации.

17. Для определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания⁵, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование;

Гражданам относящимся к этой группе состояния здоровья и имеющим высокий относительный сердечно сосудистый риск рекомендуется углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в центре здоровья, кабинете (отделение) медицинской профилактики, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте⁶ вне программы диспансеризации

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания⁵, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и(или) групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта⁶;

Необходимо отметить, что к этой группе не относятся граждане с выявленным подозрением на хронические неинфекционные заболевания (с установленным предварительным диагнозом хронического неинфекционного заболевания) за исключением выявленного повышения артериального давления (подозрения на наличие артериальной гипертонии), имеющего в МКБ10 свой код R03.0 (повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертонии) до тех пор пока этот диагноз не будет подтвержден окончательно. Лица с высоким абсолютном суммарном сердечно-сосудистым риском и установленным диагнозом артериальной гипертонии относятся к IIIа группа состояния здоровья и нуждаются в диспансерном наблюдении по этому заболеванию.

IIIа группа состояния здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания⁵, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

Перечень хронических неинфекционных заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом представлен в Приложении № 13 методическим рекомендациям.

⁵ К хроническим неинфекционным заболеваниям являющимися основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации относятся болезни системы кровообращения, новообразования, сахарный диабет 2-го типа, хронические болезни органов дыхания.

⁶ Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в удаленной или труднодоступной местности.

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

Перечень основных заболеваний, не относящихся к хроническим неинфекционным заболеваниям (не относящихся к заболеваниям, являющихся основной причиной смертности населения), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом представлен в Приложении к порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения»

Пункт 20 Порядка диспансеризации.

20. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа) в случае выполнения не менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача – терапевта...

Объем диспансеризации и число медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина при прохождении диспансеризации представлены в Приложении № 14 к методическим рекомендациям.

2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

2.1 Критерии факторов риска. Кодирование по МКБ-10

Критерии факторов риска ХНИЗ/ССЗ оцениваются в ходе диспансеризации и профилактических осмотров согласно приказу Минздрава РФ от 03.02.15 № 36н (приложение 2):

Повышенный уровень АД – САД равно или выше 140 мм рт.ст., ДАД 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 АГ (кодируется по МКБ-10* кодами I10-I15), а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической АГ (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0)

Дислипидемия - отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий ХС 5 ммоль/л и более; ХС ЛВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; ХС ЛНП более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л) (кодируется по МКБ-10 кодом E 78).

Гипергликемия – уровень глюкозы плазмы натощак 6,1 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие СД, 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 потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки). 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, и более (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).

Ожирение - индекс массы тела 30 кг/м² и более (кодируется по МКБ-10 кодом E 66).

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

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

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

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

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

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

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

Суммарный относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 21 до 39 лет, суммарный абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 65 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. У граждан в возрасте старше 65 лет и у граждан, имеющих ССЗ, СД второго типа и хроническое заболевание почек, уровень суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале суммарного риска не рассчитывается. При отнесении граждан ко II группе состояния здоровья учитывается только величина абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска.

Примечание. Для оценки суммарного риска учитывается фактический уровень артериального давления и общего холестерина, определенные при обследовании. Наличие гипотензивной, гиполипидемической, гипогликемической терапии принимается во внимание при определении факторов риска и требует контроля.

2.2 Целевые уровни факторов риска

Иметь уровень АД не выше 140/90 мм рт.ст. (при высоком и очень высоком риске желательно иметь АД не выше 130/80 мм рт.ст. и не ниже 110/70 мм рт.ст, при условии хорошей переносимости снижения АД);

Не курить и избегать пребывания в помещениях с табачным дымом (пассивное курение);

Контролировать уровень общего ХС (не выше 5 ммоль/л), особенно уровень ХС ЛНП: при низком сердечно-сосудистом риске ХС ЛНП должен быть не выше 3 ммоль/л, при высоком риске - не выше 2,5 ммоль/л; при очень высоком риске – не выше 1,8 ммоль/л или, если не удастся достичь целевого уровня, необходимо снижение ХС ЛНП на $\geq 50\%$ от исходного;

Ограничивать чрезмерное употребление алкогольных напитков (не превышать опасные дозы – для мужчин 30 мл, для женщин 20 мл в пересчете на чистый этанол);

Не иметь избыточной массы тела (оптимальный индекс массы тела 25 кг/м²), особенно абдоминального ожирения (оптимальная окружность талии для женщин не более 80 см, для мужчин не более 94 см.);

Не иметь сахарного диабета или повышения содержания глюкозы в крови;

Регулярно проходить диспансерные осмотры и выполнять врачебные назначения.

2.3 Общие принципы профилактического консультирования

В медицинской профилактике НИЗ одним из ключевых методов является профилактическое консультирование.

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование должно носить *адресный характер*. Вот почему именно врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) (далее – участковый врач), знающие особенности образа жизни своих пациентов, их семейные отношения, бытовые проблемы могут быть наиболее успешными в достижении целей профилактического консультирования.

Достижению цели профилактического консультирования способствует принцип единства трех составляющих, являющихся обязательными при углубленном и групповом консультировании:

- *информирование пациента* об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений;

- *мотивирование пациента* и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций.

- *обучение пациента* практическим навыкам 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.

2.3.1 Взаимоотношения «врач-пациент» в ходе профилактического консультирования

В профилактическом консультировании особенно важное значение имеют взаимоотношения, складывающиеся между врачом и пациентом. Роль самого человека (пациента) не может ограничиваться только простым подчинением врачебным предписаниям, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса.

Факторы риска поведенческого характера (вредные привычки - курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание, гиподинамия и пр.) обычный человек, как правило, воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть (избыточная масса тела/ожирение), возможность непринужденного общения (курение, алкоголь), отдохнуть (многочасовое сидение у телевизора), снятие стресса (алкоголь, обильная еда, курение) и т.д. Именно по этой причине, традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению т.к. направлены на «лишение удовольствия».

Пациент должен понимать и принимать меру ответственности за собственное здоровье, понимать, что его здоровье во многом находится в «его руках». Только в этом случае он начнет внимательно слушать врача и действовать совместно с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. Формирование партнерства между врачом и пациентом для предупреждения заболеваний требует со стороны врача определенных знаний и навыков.

В зависимости от ситуации и обсуждаемой с пациентом проблемы консультирование в широком смысле может быть *директивным* (давать готовые императивные советы, рекомендации) и *недирективным*, когда советы и рекомендации даются в форме взаимного обсуждения и выбора, что и является основой эффективного профилактического консультирования, позволяющего не только дать пациенту доходчивое, понятное объяснение, но и влияющего на отношение пациента и мотивацию к оздоровлению поведенческих привычек и стереотипов.

Необходимо учитывать, что понимание и *принятие совета* у пациента происходит как на рациональном (осознанном), так и иррациональном (неосознанном) уровнях, и какой компонент, в конечном итоге окажется весомее, нередко очень трудно предугадать. Важно помнить, что пациент воспринимает не только то, *что* мы говорим, но и то, *как* мы говорим. Специальные исследования показывают, что слушая собеседника, мы вольно или невольно (осознанно или неосознанно) вначале реагируем на то, *кто* говорит, *как* говорит и только затем на то, *что* говорит. Важно помнить, что если врач (фельдшер) сказал пациенту (дал совет, рекомендацию), то это еще не означает, что пациент все услышал; если даже он услышал, нет уверенности, что он все правильно понял; но даже, если пациент все понял правильно, нет уверенности, что он принял понятное в качестве побудительного мотива для оздоровления своих привычек и выполнения рекомендаций, и даже если пациент все правильно понял, обещал выполнить рекомендацию, нет уверенности в том, что он станет ежедневно следовать совету.

В процессе профилактического консультирования следует избегать наиболее частой ошибки – информационной перегруженности, использования специальных

медицинских терминов, что, как правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента. Советы следует давать в четкой форме и обязательно интересоваться как пациент понял тот или иной совет, особенно при обучении конкретным действиям (обратная связь).

2.3.2 Азбука эффективного мотивационного консультирования

Азбука – это факторы эффективного профилактического консультирования, основанные на рекомендациях медицинских психологов, которые надо знать и уметь врачу, медицинской сестре, фельдшеру, проводящим профилактическое консультирование, для достижения его эффективности (результативности).

Важно помнить, что желание пациента сотрудничать с врачом (медицинской сестрой, фельдшером), т.е. слушать и впоследствии выполнять назначения, советы и рекомендации зависит от первого впечатления пациента при встрече с консультантом.

А Организация места консультации, внешний вид, поза консультанта. При проведении углублённого профилактического консультирования для установления доверительной атмосферы, необходимо сократить дистанцию между врачом – консультантом и его посетителем. Этого лучше достичь, повесив халат на спинку стула или рядом, а на свою одежду прикрепить бейджик с Именем, Отчеством и Фамилией, с указанием должности. Это поможет вести беседу в комфортной дружеской обстановке, при этом сохраняя экспертную позицию врача.

Значение внешнего облика трудно переоценить. Здоровый вид – чистая кожа, подтянутая фигура, аккуратная причёска, опрятная одежда, приятный запах и свободная поза – всё это демонстрирует, что врач сам придерживается здорового образа жизни, который он пропагандирует.

Следует отметить, что место консультации должно соответствовать цели этой консультации, то есть быть достаточно располагающим к доверительной беседе. Очень важно предоставить пациенту несколько вариантов, где он может сесть. Известно, что у человека может быть ведущими левая или правая половина тела, поэтому посадив его, не стой стороны, мы лишаем его усвоения почти 50% информации или способствуем искажению её восприятия. Для этого проведение консультации желательно проводить не за рабочим столом врача, а за журнальным столиком или за общим столом, где сидячие места уравниваются как по форме сидячего места, так и по отношению к столу. Если такая возможность отсутствует, то консультация должна проводиться «лицом к лицу», но не через стол.

Б Начало беседы. Следует знать, что начало беседы во многом определяет её результат. Задача врача на этом этапе – вызвать доверие пациента к себе. Этому способствует ряд приемов. В начале беседы нужно стремиться следовать за пациентом, то есть как бы «присоединиться» к нему, дать возможность пациенту почувствовать себя комфортно, создавая атмосферу взаимопонимания.

В Законы передачи и обмена информацией. При передаче любой информации важны правила установления контакта с пациентом, который складывается из двух ведущих компонентов: *невербального* (внесловесного) и *вербального* (словесного) пути передачи информации (консультирования) и обмена информацией. Оба эти компонента – двусторонний процесс, в определенной степени управляемый со стороны консультанта. Как при вербальном, так и невербальном общении консультант должен овладеть приемами эффективного общения.

Г Установление невербального (внесловесного) контакта.

- Расстояние между врачом – консультантом и пациентом определяется самим пациентом. Оно может варьироваться *от полуметра до полутора метров* и зависит от типа личности и личностного пространства (самоощущения) пациента.

- Необходимо избегать длительного пристального взгляда в глаза пациента, лучше при беседе время от времени переводить взгляд на другие предметы.

- Эмпатия (сочувствие, понимание проблемы, сопереживание) способствует установлению доверительного контакта и располагает к достижению цели эффективного консультирования.

- Жесты и поза врача-консультанта, как уже сказано выше, в начале беседы должны следовать за жестами и позой пациента, как бы «отзеркаливая» его, это способствует усилению чувства комфорта и безопасности пациента. Здесь важно помнить, что слепое копирование, т.е. абсолютно точное повторение движений пациента или намеренное копирование его позы и движений тела, может быть воспринято пациентом как передразнивание. Поэтому повторение жестов, позы и движений должно быть слегка завуалировано, как намёк.

Например:

- если пациент резко кивает головой – врач слегка покачивает своей головой,
- если пациент сидит напряжённо на краешке стула, то врач выпрямляется, а затем продвигается на краешек своего стула,
- если пациент кладёт ногу на ногу, то врач-консультант может просто скрестить ноги

Д Установление вербального (словесного) контакта.

При установлении взаимопонимания и контакта консультанта и пациента важно и необходимо анализировать его ответы, вычлняя в них слова, определяющие ведущую систему восприятия информации пациентом (*слова-маркеры*, т.е. слова, помогающие понять его систему восприятия информации), которая может быть подразделена по ведущему органу восприятия информации на системы: *визуальную* (глаза - ведущий орган восприятия), *аудиальную* (уши – ведущий орган восприятия информации), *кинестетическую* (тело – ведущий орган восприятия информации), *дискретную* (аналитическая функция мозга – ведущий орган восприятия информации).

Е Как определить систему восприятия информации пациентом и использовать для эффективного консультирования?

Визуальная система (ведущий орган восприятия – глаза): посмотреть, видеть, ясно, перспектива, фокусировать, иллюстрировать, показывает, очевидно, явно далеко, близко, чётко, глядеть, ярко, туманно и т.п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую визуальную систему восприятия.

Пациент: «*Видите* ли, доктор, у меня нет *очевидных* проблем, которые бы меня беспокоили».

Консультант: Хорошо, и всё же давайте *рассмотрим* сложившуюся ситуацию. Результаты диспансеризации *ясно показывают* тревожную картину состояния Вашего здоровья».

Аудиальная система (ведущий орган восприятия – уши): слышать, слушать, высказывать, говорить, акцент, гармонично, звучит, тишина, глухо, звонко, громко, монотонно, резонанс, сказать, молча и т.п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую аудиальную систему восприятия.

Пациент: «*Послушайте* доктор, у меня нет проблем, о которых стоило бы *говорить*».

Консультант: Хорошо, и всё же позвольте мне *высказать* своё мнение о сложившейся ситуации. Результаты диспансеризации *говорят сами за себя*. Состояние Вашего здоровья не совсем *гармонично*, и я хочу сделать на этом *акцент*».

Кинестетическая система (ведущий орган восприятия – тело): ощутить, почувствовать, теплота, затронуть, коснуться, жарко, холодно, удобно, комфортно, уютно гладко, мягко, жёстко, колюче, зацепило и т.п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую *кинестетическую* систему восприятия.

Пациент: «Доктор, я не *чувствую* каких то проблем, о которых стоило бы *переживать*».

Консультант: Хорошо, располагайтесь *поудобнее* и давайте поговорим о *сложившейся* ситуации. Результаты диспансеризации *касаются нарушений* вашего здоровья. Состояние Вашего здоровья может сделать Вашу жизнь *некомфортной*».

Дискретная система (ведущий орган – аналитическая функция мозга): понимать, вычислить, считать, знать, анализировать, доверять, в результате, в конце концов, в итоге, как следствие, по причине и т. п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую *дискретную* систему восприятия.

Пациент: «*Понимаете*, Доктор, я не *считаю*, что у меня есть какие-то проблемы, которые стоило бы *обсуждать*».

Консультант: Хорошо, давайте *проанализируем* сложившуюся ситуацию. *Результаты* диспансеризации *сигнализируют* о другом, тревожном состоянии вашего здоровья. *По этой причине* мы с вами встретились здесь сегодня».

Ж Роль врача (медицинской сестры, фельдшера)-консультанта при установлении вербального контакта.

Консультант должен:

- внимательно слушать первые слова пациента, чтобы отвечать ему в том же темпе, с похожей интонацией и громкостью голоса.

- научиться управлять беседой - стремиться в начале беседы необходимо задавать вопросы «открытого типа» (требующие развёрнутого ответа) и внимательно выслушивать, не перебивая (по возможности). Все уточнения нужно получать после основного ответа.

В середине беседы врачу – консультанту необходимо брать инициативу на себя, подводя пациента к главной цели консультации, сформулированной консультантом перед началом беседы.

Для этого используются приёмы «ведения» пациента, позволяющие захватить и удержать внимание пациента, углубить сформировавшийся контакт.

3 Как использовать приемы «ведения пациента» для эффективного консультирования?

Невербальные приёмы «ведения пациента».

Изменение тона голоса на более убеждающий, уверенный, но доверительный. Врач должен изменить позу на открытую (не скрещивать руки и ноги), тело чуть наклонено вперёд, показывая заинтересованность в пациенте. Жесты руками должны быть плавные, сдержанные. Следует избегать суетливости. В результате правильного ведения, пациент повторяет движения и позу врача, всё больше концентрируясь на нём.

Вербальные приёмы «ведения пациента».

Врачу – консультанту необходимо выстраивать беседу, ориентируясь на ведущую систему восприятия информации у пациента и используя слова - «маркеры», а именно:

Для «визуала»: показать много иллюстративного материала, цветного, с картинками, описать перспективу будущего «в красках».

Пример: «Давайте *рассмотрим перспективы* Вашего будущего, если Вы ничего не будете менять в своей жизни, я *вижу мрачную картину*, грядущих болезней и проблем. ***Посмотрите*** на этот плакат, где ***показаны*** здоровый и поражённый сосуды».

Для «аудиала»: говорить чётко, внятно и понятно. Использовать короткие предложения, при это быть подробным. Можно использовать музыку, как фон.

Пример: «*Послушайте* моё мнение, как специалиста. Возможно, ваше решение войдёт в *резонанс* с моими советами, и Вы *скажете* себе, что и как нужно будет сделать».

Для «кинестета»: предложить пациенту максимально комфортно расположиться, выбрать правильное освещение, следить за отсутствием неприятных запахов и учитывать температуру воздуха в кабинете. Предложить воды в ходе беседы или перед её началом.

Пример: «Я *ощущаю* Ваше *сопротивление* разговору на эту тему, Вам *тяжело* мне довериться, но я надеюсь, вместе мы преодолеем *слабости* и сможем вернуть *здоровье*».

Для «дискретного»: оперировать фактами, цифрами, диаграммами, таблицами, ссылаться на авторитетные источники, опираться на логику изложения. В конце беседы дать с собой подборку информативных материалов.

Пример: «Давайте *порассуждаем* о *причинах и следствиях* недостаточно серьёзного отношения к своему здоровью. *Проанализируйте* этот *график* вашего артериального давления за прошедший период. Его *значения* показывают наличие *проблемы* и необходимость её *решения*».

И Основные факторы формирования мотивации у пациента к выполнению рекомендаций консультанта.

Учитывая ограниченность времени консультации, следует применять приёмы «активного слушания», направляя разговор в нужное русло, постепенно беря на себя роль ведущего. Во время беседы необходимо *определить основные ожидания пациента в проблемах своего здоровья* и жизни в целом, что является ведущей мотивацией к изменениям в области сохранения своего здоровья.

Важно помнить, что *мотивация может быть внешней и внутренней*. Человек проявляет «внутреннюю» мотивацию к выполнению задачи, если полагает, что у него есть выбор и он самостоятельно принимает решение о выполнении данной задачи; если он считает, что будет компетентен, справится с задачей; если для него будут ценны сопровождающие его социальные взаимодействия и связи. Если содержание консультации способствует удовлетворению этих потребностей, то пациент находит консультацию полезной. В контексте консультирования это проявляется в виде желания участвовать в выполнении советов и рекомендаций врача – консультанта. *Внутренняя мотивация относится к эффективной мотивации*.

«Внешней» мотивация становится тогда, пациент приписывает внешним причинам (когда кто-то или что-то принуждает действовать соответствующим образом, то есть методом «кнута и пряника»). «Внутренняя» мотивация характерна для людей более образованных, настойчивых, творческих, с высокой самооценкой и чувством благополучия, а также с более активным вовлечением в окружающую обстановку. *Внешняя мотивация относится к неэффективной (менее эффективной) мотивации*

К Как определить «внутреннюю» и «внешнюю» мотивацию?

Следует отметить, что определение характера мотивации пациента выстраивается исходя из ответов пациента, подводя его к желанию включиться в процесс изменения образа жизни (поведенческих установок и привычек).

При консультировании основное представление о характере мотивации у пациента можно составить, получив ответы (поняв ответы из беседы или задав их прямо) на три вопроса:

1. *Ожидает ли пациент успеха* в достижении целей и решении проблемы изменения установки в отношении своего здоровья?
2. *Считает ли он поставленную перед ним задачу ценной для себя?*

3. Почему он хочет выполнить задачу?

Если пациент заинтересован в теме беседы, считает себя способным изменить образ жизни согласно советам врача–консультанта и верит в положительный результат, то он демонстрирует *внутреннюю мотивацию*. Если же он скучает или раздражён разговором, не считая нужным что-либо менять в своей жизни, но соглашается под давлением на обсуждение темы, то это признак *внешней мотивации*.

Если пациент отмечает для себя важность здорового образа жизни и здоровья в целом, то это является частью его внутренней мотивации. Если же он не заостряет внимание на своём здоровье или пытается игнорировать уже существующие факты его проблем, но попадает под влияние общественного мнения, мнение значимых для него людей – то это признак внешней мотивации.

Если пациент декларирует своё собственное, осознанное желание изменить свою жизнь к лучшему, обращая внимание на улучшение качества жизни в процессе профилактически – оздоровительных мероприятий, то он внутренне мотивирован. Если же пациент объясняет своё желание внешними влияниями (жизнь заставляет, работа требует, родственники настаивают и др.), это означает, что он мотивирован внешними факторами.

Л Как повысить эффективность мотивационного компонента профилактического консультирования?

Внешне мотивированный пациент ориентирован на конечный результат с позиции «Выполнено – не выполнено», то есть он ждёт внешней положительной или отрицательной оценки своих действий, соответственно для удержания такой мотивации нужно использовать *активное внешнее воздействие, как поощрение, так и укоры*.

Внутренне мотивированный пациент ориентирован на качество выполнения, имея собственные представления о критериях. Критерии могут быть представлены и врачом, и обществом, и собственным опытом и знаниями.

Надо отметить, что большую роль играет умение учитывать персональные особенности пациента: возраст, пол, образование, социальную принадлежность и статус, семейное положение, а также активную или пассивную роль пациента в жизни, открытость или замкнутость, эмоциональное состояние. Эта информация помогает *персонально подойти к личности каждого пациента* и сформировать его мотивацию в нужном направлении.

2.3.3 Варианты профилактического консультирования

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

А) Краткое профилактическое консультирование

Краткое профилактическое консультирование проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра участковым врачом, а также в ходе повседневного приема пациентов врачом (фельдшером) любой специальности при наличии медицинских показаний.

Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10 мин) поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме (алгоритму).

Б) Углубленное профилактическое консультирование

Углубленное профилактическое консультирование как обязательный компонент диспансеризации проводится лицам II и III группы здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком консультировании. Углубленное профилактическое консультирование по времени более продолжительно, чем краткое (до 45 минут), возможно повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

В) Группового профилактического консультирование (школа пациента)

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) - это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается, что неоднократно доказано при проспективных долгосрочных контролируемых наблюдениях.

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) как компонент второго этапа диспансеризации проводится в специально оборудованном кабинете (аудитории) врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики по направлению участкового врача для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий), продолжительностью около 60 минут каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития).

2.4 Краткое профилактическое консультирование

Краткое профилактическое консультирование проводится врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка (далее – участковый врач) и является обязательным компонентом диспансеризации или профилактический осмотр, проводится по определенному алгоритму. В рамках краткого профилактического консультирования все пациенты должны получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска.

2.4.1 Алгоритм краткого профилактического консультирования

(1) *Информировать пациента* как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него факторах риска, величине суммарного сердечно-сосудистого риска, уровнях артериального давления (АД), частоте сердечных сокращений, уровнях общего холестерина (при определении липидного спектра, о показателях липидных фракций), глюкозы крови, о результатах клинико-инструментальных исследований, установленной группе здоровья и, при показаниях, о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения. Информировать о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов и показателей, к которым необходимо стремиться. Дать советы по основам самоконтроля артериального давления в домашних условиях (особенно важно при повышении артериального давления), основам и методам доврачебной самопомощи при острых состояниях, взаимопомощи. Информировать пациента о возможности получить в поликлинике углубленное профилактическое консультирование или посетить школу пациента (график работы кабинета медицинской профилактики, центра здоровья, порядок записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.)

(2) *Объяснить пациенту* с факторами риска их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля факторов риска (краткие советы см. ниже).

(3) *Оценить отношение пациента* к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Если пациент выражает желание к снижению факторов риска, рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1-й и 2-й группы здоровья) или в отделение (кабинет) медицинской профилактики (пациентам 2-й и 3-й групп здоровья).

(4) *Регистрировать в амбулаторных картах* факторы риска, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости.

(5) *Контролировать выполнение* рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

2.4.2 Рекомендации по факторам риска при кратком профилактическом консультировании.

При выявлении факторов риска пациент должен быть проинформирован о негативном их влиянии на здоровье и течение имеющихся заболеваний. *Содержание краткого консультирования (частные рекомендации) определяется прежде всего имеющимися у конкретного пациента факторами риска, в связи с этим консультирование по содержанию формируется врачом индивидуально для каждого пациента,* по продолжительности краткое консультирование проводится в течение 10 минут. Ниже приведено краткое содержание консультирования при различных ФР (в разделе углубленного профилактического консультирования содержание советов изложено более подробно).

Повышенное артериальное давление. Повышенное АД может быть проявлением самостоятельного заболевания и фактором риска ССЗ, обусловленных атеросклерозом. Даже *при однократно обнаруженном повышении АД* необходимо информировать пациента о необходимости контроля АД и, особенно, самоконтроля в домашних условиях. Рекомендовать приобрести домашний тонометр, периодически измерять АД вне зависимости от самочувствия и регистрировать результат. Обсудить с пациентом факторы риска, способствующие повышению АД, обратить внимание на наследственность, сопутствующие заболевания. Необходимо дать совет бросить курить, если пациент курит, важно контролировать массу тела или снизить ее при избыточности; ограничить потребление поваренной соли, ограничить и даже исключить потребление алкогольных напитков.

Все пациенты с повышением АД должны быть обследованы в соответствии со стандартом для уточнения диагноза. При наличии показаний для диспансерного наблюдения пациента необходимо информировать об объеме и частоте его проведения в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения и мотивировать к его прохождению.

Нерациональное (нездоровое) питание. С этим поведенческим фактором связаны такие вторичные биологические – алиментарно-зависимые факторы риска, как избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхолестеринемия, дислипидемия, гипергликемия и другие.

В рамках краткого консультирования пациенты с изолированным фактором риска «нерациональное питание» должны получить совет по здоровому питанию:

- Контроль массы тела, как основного индикатора соблюдения принципа энергетического равновесия питания
- Внимание при покупке продуктов на срок годности, вес продукта его калорийность и состав (содержание белков, жиров, углеводов), указанные на этикетке
- Повышение повседневной двигательной активности
- Разнообразии рациона, что будет способствовать большей его сбалансированности, отказ от длительного применения односторонних несбалансированных рационов и диет;
- Ограничение потребления поваренной соли (не более 5 г в сутки – 1 чайная ложка без верха),
- Ограничение потребления «добавленных» сахаров в виде сахара, варенья, джемов, в составе сладких напитков – до 30г в сутки;
- Ограничение животных жиров с частичной заменой на растительные жиры;
- Потребление 2-3 раза в неделю жирной морской рыбы;
- Потребление ежедневно 400-500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)
- Предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы).

Избыточная масса тела (ожирение). Информировать о целевых уровнях массы тела для снижения риска сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендовать снижение калорийности пищевого рациона, расширение двигательной активности и контроль массы тела и окружности талии в домашних условиях. Рекомендовать пациенту самостоятельно оценить свой повседневный режим

питания и двигательной активности. Объяснить, что снижение избыточной массы тела требует волевых усилий самого пациента, объяснить опасность снижения массы тела путем применения различных «модных» диет, особенно голодания. Устные советы необходимо сопровождать письменными рекомендациями в виде памяток, кратких брошюр, листовок и, при необходимости, адресовать пациента к достоверным источникам информации в интернете. Пациенты с избыточной массой тела, выражающие желание снизить массу тела должны быть направлены в кабинет (отделение) медицинской профилактики для углубленного профилактического консультирования, при возможности, проконсультированы врачом-диетологом. Пациенты с ожирением, особенно с выраженным ожирением, должны быть проконсультированы врачом-диетологом и, при необходимости, врачом-эндокринологом.

Гиперхолестеринемия (дислипидемия). Информировать о целевых уровнях общего ХС, липидных фракций. Калорийность пищи должна поддерживать оптимальную массу тела (для конкретного пациента). Ограничить потребление жира до 30% и менее от суточной калорийности (в основном за счет животных жиров), при невозможности коррекции уровня ХС ограничить жиры еще больше – до 20% и менее). Ограничение за счет уменьшения потребления продуктов, богатых животными жирами и холестерином (колбасные изделия, жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, сыр жирностью, желтки яиц и сами жиры «в чистом виде»– сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое, пальмовое масло). Ограничить продукты, богатые холестерином (яичные желтки, майонез, субпродукты, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло икра).

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. Они содержатся также в жирных сортах рыб. Рекомендуется потребление морской рыбы *2-3 раза в неделю по 100-150 г* в виде различных блюд. Полезны растворимые *пищевые волокна* — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.

Гипергликемия. Информировать о целевых уровнях глюкозы крови натощак, после приема пищи. Рекомендуется ограничение простых углеводов и животных жиров, снизить избыточную массу тела, контролировать АД. При наличии в анамнезе повышений уровня глюкозы крови провести полное обследование пациента в соответствии со стандартами медицинской помощи, при показаниях направить пациента на консультацию к эндокринологу. Необходим контроль уровня глюкозы крови (рекомендовать контролировать уровень глюкозы в центре здоровья, кабинете медицинской профилактики или в домашних условиях – приобрести бытовой глюкометр).

Потребление табака/табакокурение

1. Необходимо спрашивать о факте курения, как активного, так и пассивного, независимо от цели визита пациента и зарегистрировать в амбулаторной карте.
2. Объяснить какую опасность для здоровья представляет курение, и чем конкретно, для данного пациента может грозить курение. Курение табака – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологических и других хронических заболеваний. Пассивное курение так же вредно, как и активное. Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья. Так же необходимо относиться и к электронным сигаретам. Важно помнить, что электронные сигареты нельзя рекомендовать как безопасный способ курения и, тем более, как средство отказа от курения.
3. Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения. Необходимо выяснять настрой и желание пациента бросить курить и его прошлые попытки отказаться от курения.
4. Необходимо поддержать любую мысль пациента в отношении отказа от курения. Объяснить, что существующие методы помощи для отказа от курения способны

существенно облегчить этот процесс. Объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию медицинской помощи при отказе от курения (или отделение/кабинет медицинской профилактики), дать информацию о режиме работы и объеме оказываемой помощи кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения, и направить туда пациента для получения такой помощи.

5. 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.

Низкая 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. Здоровым людям целесообразно рекомендовать занятие физической культурой и спортом.

Пациентам с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями атеросклеротического генеза, больным артериальной гипертонией, сахарным диабетом и хроническими заболеваниями почек, а также здоровым лицам с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и их близким необходимо знать правила неотложных действий и важность раннего вызова скорой помощи при внезапной сердечной смерти, сердечном приступе, гипертоническом кризе, острой сердечной недостаточности и остром нарушении мозгового кровообращения (памятка пациенту представлена в Приложении № 9 к методическим рекомендациям).

Подозрение на пагубное потребление алкоголя. Информировать пациента о том, что у него имеется подозрение и риск чрезмерного (пагубного) потребления алкоголя. Информировать о негативном влиянии алкоголя на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации). При наличии возможности (времени), спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление. Дать памятку. При подозрении на наличие зависимости посоветовать обратиться за помощью к наркологу.

Подозрения 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).

2.5 Углубленное профилактическое консультирование

Цель углубленного профилактического консультирования при любом факторе риска или их сочетании – сформировать у пациента ответственное отношение к здоровью, способствовать формированию мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, влияющих негативно на здоровье, на развитие биологических факторов риска, ухудшающих течение и прогноз заболеваний (при их наличии) и обучить пациента контролю факторов риска для снижения риска НИЗ.

В рамках диспансеризации углубленное профилактическое консультирование проводится в кабинете (отделении) медицинской профилактики и является для пациентов 2 и 3 групп здоровья обязательным компонентом диспансеризации.

2.5.1 Алгоритм углубленного профилактического консультирования

Углубленное профилактическое консультирование – это не просто совет и объяснение, это алгоритм последовательных действий врача, направленный на реализацию цели консультирования, чему способствует унификация технологии профилактического консультирования, которая может быть представлена в виде алгоритма последовательных действий, с условным названием «Десять действий»:

(1) Спросить пациента о факторах риска (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность и др.) и информировать пациента о выявленных факторах риска. Оценить суммарный сердечно-сосудистый риск. Дать пациенту объяснение риска. В рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра оценка факторов риска проводится по унифицированной анкете (Приложение № 9 к методическим рекомендациям).

(2) Объяснить пациенту с факторами риска необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности за здоровье, важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней.

(3) Оценить отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни, оценить индивидуальные особенности (наследственность, привычки питания, физической активности, степень никотиновой зависимости у курящих и пр.). Если пациент мотивирован на снижение факторов риска, то необходимо рекомендовать ему обратиться в центр здоровья (пациентам 1-й и 3-й групп здоровья) или для снижения риска и динамического наблюдения в отделение (кабинет) медицинской профилактики (пациентам 2-й и 3-й групп здоровья).

(4) Обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и контроля факторов риска в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения.

(5) Уточнить, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.).

(6) Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.

(7) Научить пациента конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации.

(8) Регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации, паспорте здоровья факторы риска, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также, по возможности, соблюдение рекомендаций (приверженность) и полученный результат.

(9) Вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Одобрять позитивные изменения.

(10) Контролировать выполнение рекомендаций, соблюдение рекомендаций, преодоление барьеров, изменение поведенческих привычек, отношение к здоровью, результат.

Важным фактором эффективного профилактического консультирования является использование в ходе консультирования (беседы) приема «обратной связи», которая представляет собой контроль процесса того, что услышано, как понято, как принимается, а также какова реакция пациента (согласия или несогласия) на врачебные рекомендации.

Эффективная передача в ходе консультирования информации, способствующей формированию осознанного восприятия и принятия пациентом врачебных рекомендаций, определяется такими факторами как

- четкое разъяснение пациенту цели рекомендации/совета;
- умение задавать вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета (при необходимости);
- исключение двусмысленности, нечеткости и употребления сложных медицинских терминов или сложных объяснений;
- проявление внимания к чувствам других людей и понимания их проблем (эмпатии) и открытости (избегать стереотипов, осуждения и скорых суждений);
- конкретные адресные советы.

Углубленное профилактическое консультирование относится к индивидуальному консультированию, поэтому важен индивидуальный подход, и, прежде всего, учет отношения пациента к изменению поведенческих стереотипов (привычек). Известно, что процесс изменения поведения любого человека не всегда поступательный. Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости изменить жизненные привычки и поведение, которые пациентом не ощущаются как дискомфорт или неудобство. Напротив, нередко вредные для здоровья привычки воспринимаются пациентом как удовольствие (покурить-расслабиться, пообщаться, поесть – снять стресс и пр.).

Согласно теории Prochaska J.O. формирования поведения человека⁷ условно выделяют несколько стадий формирования мотивации и изменений поведения для установления новых привычек, которые могут иметь различную продолжительность (от минут-часов до нескольких лет), при этом возможен как поступательный, так и регрессионный переход. При углубленном профилактическом консультировании важно оценить с этой позиции каждого пациента.

Стадии формирования мотивации и изменений поведения:

Непонимание проблемы. Пациент не знает, почему именно ему надо изменить привычки, почему врач советует регулярно принимать медикаменты при хорошем самочувствии и, особенно, если надо изменить такой привычный и удобный, с точки зрения пациента, образ жизни и привычки. *При такой ситуации врач должен сконцентрироваться на информировании пациента, разъяснении проблемы без глубокой детализации конкретных советов (как и что делать).*

Принятие решения. Пациент осознал, что его повседневные привычки наносят вред здоровью, но пациент испытывает колебания в принятии решения. *В этой ситуации совет врача (фельдшера), подкрепленный конкретной помощью, будет более успешным. При консультировании важна не только беседа, но и одобрение, поддержка, а также предоставление конкретной помощи и обучение навыкам (как бросить курить, питаться и пр.).*

Начало действий. Пациент решил изменить привычки, отказаться от нездорового образа жизни, регулярно принимать лекарства и пр. *При консультировании уже не требуется объяснять и аргументировать, важна не столько информация, сколько психологическая поддержка, обсуждение положительных примеров из жизни («все в наших руках» и пр.).*

Срыв действий. Пациенту не удалось придерживаться длительное время новым более здоровым привычкам и/или сохранить регулярность лечения (вновь начал курить и др.). Срыв возможен, но не обязателен при любых установках и любом отношении к проблеме. *При консультировании требуются навыки, терпение и повторное, недирективное объяснение, поддержка пациента, так как этот этап (стадия) непросто для консультирования.*

2.5.2 Консультирование по неотложным мерам самопомощи и взаимопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях

В нашей стране до 80 % смертей 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.

⁷ Прохоров А. В., Велисер У. Ф., Прочаска Дж. О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Вопросы психологии. 1994. №2. С. 113-122. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // Psychotherapy. Theory, Research and Practice. 1982. N 19. P. 276-288.

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 приезда врача 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, аторвастатин, розуовастатин) 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 и 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, неконтролируемое 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**

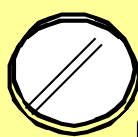
Алгоритм неотложных действий при ОНМК (советы пациенту) – памятка пациенту

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

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 съёмные 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 **38 С** 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

2. До прибытия бригады скорой медицинской помощи:

- Если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съёмные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит.
- Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду.
- Измерьте артериальное давление если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.
- Измерьте температуру тела. Если t 38° или более 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

Убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т.п.)	
Измерить артериальное давление (АД) (методику измерения АД необходимо освоить заранее)	
АД" \geq 160 мм рт.ст.	Нет возможности измерить АД или АД" $>$ 210 мм рт.ст
Принять лекарства (вписывает врач с указанием дозы) :	Срочно вызвать скорую помощь
1) _____	
2) _____	
3) _____	
Сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой) или поставить на ноги горчичники, выпить чашку сладкого чая	
Через 30–60 мин	
АД" \geq 160 мм рт.ст.	АД" $<$ 160 мм рт.ст.
Обратиться к участковому врачу	Срочно вызвать скорую помощь
	Действия по указанию врача скорой помощи

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 улучшении самочувствия и снижении АД, необходимо отдохнуть (лечь в постель с приподнятым изголовьем) и после этого обратиться к участковому (семейному) врачу.

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 миниаптечку 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 лежачее положение с высоко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;
- часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/звуки, прерываемые кашлем; в терминальной стадии дыхание приобретает характер kloкочущего с появлением пены у рта больного;
- характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми руками в колени или в сидение (для облегчения дыхания)

Острая сердечная недостаточность может развиваться 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**

 **Нитроглицерин 0,5 мг**
Капсулу раскусить, положить под язык, не глотать

Принять, рекомендованные лечащим врачом лекарства:


1. _____
2. _____
(вписывает врач с указанием дозы).

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

 **Ацетилсалициловая кислота 0,25 г**
Таблетку разжевать, проглотить

Если после приема первой капсулы нитроглицерина наступило облегчение, то продолжать его прием по 1 капс. каждые 10-15 мин до прибытия скорой помощи

Нитроглицерин 4 капсулы по 0,5 мг



При отсутствии отчетливого облегчения – нитроглицерин не принимать

- 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

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 необходимо принимать при развитии ОСН, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному необходимо сформировать индивидуальную аптечку первой помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при внезапной смерти (советы очевидцам)

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие прекращения сердечной деятельности.

Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное

напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок)

- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) агонального 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, матрас 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.



Рис. Иллюстрация методики проведения закрытого массажа сердца

- 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

2.5.3 Рекомендации по факторам риска при углубленном профилактическом консультировании

2.5.3.1 Повышенное артериальное давление/артериальная гипертензия.

Необходимо информировать пациента о необходимости контроля АД и поддержания его на нормальном уровне, способствовать формированию у пациента 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);
- регулярного приема антигипертензивной терапии (если медикаменты назначены врачом) и недопустимости самолечения;
- освоения 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;
- соблюдения рационального и профилактического питания;
- оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности индивидуальной нагрузки;
- самоконтроля массы тела и рекомендуемые для конкретного пациента нормы (желательно, чтобы пациент имел домашние весы);
- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Каждый пациент с выявленным повышенным АД должен пройти полное диагностическое обследование в соответствии с принятым в субъекте Российской

Федерации стандартом медицинской помощи при артериальной гипертонии (АГ) получить углубленное консультирование по медикаментозным и немедикаментозным мерам контроля АД с поддерживающим консультированием при очередных посещениях врача. Желательно, чтобы пациенты, находящиеся на медикаментозном лечении вели дневник контроля АД, в который записывали 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.

К мерам, которые способствуют снижению АД и сердечно-сосудистого риска при АГ, согласно рекомендация Европейского общества кардиологов и относят следующие⁸:

- *прекращение курения* (курение не только способствует прогрессированию АГ и развитию атеросклероза, но и снижает чувствительность к медикаментозной терапии; при желании пациента отказаться от курения необходимо оценить потребность в медицинской помощи и рекомендовать или самостоятельный отказ (дать памятку), или оказать медицинскую помощь по отказу от курения (никотинзаместительная терапия, диетотерапия и др.);

- *снижение избыточной массы тела/ожирения* (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;

- *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);

- *ограничение потребления алкоголя* (при АГ 3ст рекомендуется *полное исключение* алкогольных напитков. Опасным уровнем считается потребление алкоголя (в пересчете на чистый этанол) более 20-30 г для мужчин и 10-20 г для женщин).

- *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. 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).

- *оптимизация физической активности* (рекомендации даются индивидуально в зависимости от клинико-функционального состояния); при отсутствии противопоказаний, физические аэробные повседневные нагрузки по 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день способствуют снижению повышенного АД; интенсивные изометрические силовые нагрузки, подъем тяжестей, *могут вызвать значительное повышение АД*, поэтому их следует исключить. Рекомендуются дыхательные упражнения с удлиненным выдохом.. При АГ 3 степени уровень физической активности определяется индивидуально, исходя из комплексной оценки состояния пациента, наличия и степени выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний. Чаще всего – это лечебная физкультура под контролем врача ЛФК и инструктора по лечебной физкультуре.

- *контроль и снижение психоэмоционального напряжения/стресса* (при необходимости назначить консультацию психолога, дать рекомендации по самоконтролю стрессовых ситуаций). В качестве совета ниже приводятся «десять заповедей» преодоления эмоционального стресса – (1) «Стремитесь к поставленной цели и не вступайте в борьбу из-за безделиц» – совет Ганса Селье; (2) Поступайте по отношению к

⁸ Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2008, № 3, 111-128.

другим так, как хотели бы, чтобы они обращались с Вами; (3) Не старайтесь сделать все и сразу; (3) Не забывайте об отдыхе. Монотонная работа утомляет, смена занятий помогает сохранить силы и здоровье; (4) Цените радость подлинной простоты жизненного уклада, избегая всего показного и нарочитого. Этим Вы заслужите расположения и любовь окружающих. (5) Прежде чем что-то предпринять в конфликтной ситуации, взвесьте свои силы и целесообразность действий. (6) Старайтесь видеть светлые стороны событий и людей. «Бери пример с солнечных часов – веди счет лишь радостных дней» - народная мудрость. (7) Если необходимо предпринять удручающе неприятное для Вас дело (разговор) не откладывайте его на «потом». (8) Даже в случае неудачи в каком-либо деле (или разговоре), старайтесь увидеть свои «плюсы». Не сосредотачивайтесь в воспоминаниях на неудачах. Старайтесь увеличить успехи и веру в свои силы. (9) Ставьте реальные и важные цели в любом деле. (10) Научитесь разумно поощрять себя за достижение поставленной цели.

2.5.3.2 Избыточная масса тела (ожирение). Нерациональное питание.

Прежде всего, в ходе углубленного профилактического консультирования 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 МТ), 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, диспансерного (динамического) наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Пациента необходимо информировать о рекомендуемых нормативах массы тела, в частности по отношению к риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, таблица 1.

Таблица 1 - Классификация массы тела по индексу Кетле (индексу массы тела - ИМТ) (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

Очень важно оценить тип ожирения по измерению окружности талии.

Различают 2 типа ожирения – тип «яблоко» (центральное, абдоминальное) и тип груша (нижнее). Тип яблоко (окружность талии у женщин 88см и выше, у мужчин 102см и выше) характеризуется особым отложением висцеральной жировой ткани в пределах верхней части туловища и живота. Данный тип ожирения чаще приводит к сердечно-сосудистым осложнениям и уже известным метаболическим нарушениям (например, дислипидемии, гипергликемии, МС). Риск данных заболеваний повышается уже при избыточной массе тела по типу «яблоко» (окружности талии 80-88см у женщин и 94-102см – у мужчин).

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.

Цель – снижение индекса Кетле до 25 кг/м^2 , окружность талии для мужчин менее 94 см, для женщин – менее 80 см. *Промежуточная цель* при ожирении, особенно при значительной степени ожирения – индекс Кетле ниже 30 кг/м^2 (или на 10% от исходного на начальном этапе), окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см. В настоящее время несколько изменилось отношение врачей к пониманию и достижению цели. Если раньше большинство авторов указывали на необходимость достижения нормализации массы тела, то теперь даже незначительное снижение и даже стабилизация массы тела пациента считается положительным результатом.

Так как, 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%. Таким образом, снижение массы тела на 10% и более за 6 месяцев считается отличным результатом, 5%-10% - хорошим, стабилизации массы тела до 5% снижения – удовлетворительным. При этом темп снижения веса должен быть весьма умеренным – не более 1 кг в неделю⁹.

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 психологического воздействия и регулярность двигательной активности.¹⁰

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.

6 принципов питания при избыточной массе тела:

(1) *Контроль энергетического равновесия* рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энергозатрат. При избыточной массе тела и ожирении I степени достаточно снижение калорийности на 300-500 ккал, при 2 и 3 степени, когда индекс массы тела превышает 35 и даже 40 кг/м^2 – 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 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

⁹ Проблемы ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегия ее решения ВОЗ 2009

¹⁰ Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью ВОЗ; 2010

отдавать обезжиренным и низкожирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров 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.

В программах снижения избыточного веса можно предусмотреть разгрузочные дни (1-2 раза в неделю). Желательно избегать в эти дни чрезмерных нагрузок, в том числе и психологического характера. В разгрузочный день пища распределяется равномерно в течение суток на 4–5 приемов, таблица 2.

Таблица 2 - Варианты разгрузочных дней

Творожный	500г 9% творога с двумя стаканами кефира на 5 приемов
Кефирный	1,5 литра кефира на 5 приемов в течение дня
Арбузный	1,5 кг арбуза без корки на 5 приемов в день
Яблочный	1,5 кг яблок (других ягод или фруктов) в 5 приемов
Калиевый	500г кураги и чернослива (размоченной) на 5 приемов
Молочный	6 стаканов молока теплого на весь день
Рыбный	400г отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
Мясной	400г отварного нежирного мяса (говядина, телятина, курица) с салатным листом в 4 приема

Таблица 3 – Примерное меню для лиц ожирением (1520ккал)

Наименование блюд	Выход (г)	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)	Ккал
Первый завтрак					
Творог нежирный	100	13,8	1,1	8,8	100
Морковь тушеная	200	4,2	11,9	16,4	190
Кофе с молоком без сахара	200	1,4	1,7	2,2	30
Второй завтрак					

Салат из капусты свежей	170	2,6	5,6	8,4	94
Обед					
Щи вегетарианские (1/2 порции)	200	1,8	6,8	9,45	106
Мясо отварное	90	13,6	10,9	-	150
Горошек зеленый без масла	50	1,3	0,1	3,4	20
Яблоко свежее	100	0,3	-	11,5	47
Полдник					
Творог нежирный	100	13,8	1,1	8,8	100
Отвар шиповника	180	-	-	-	-
Ужин					
Рыба отварная (судак)	100	16,0	4,6	0,02	106
Рагу из овощей	125	2,6	7,8	15,2	140
На ночь					
Кефир	180	5,0	6,3	8,1	109
На весь день					
Хлеб ржаной	150	8,4	1,65	69,9	328
Всего		85 (22%)	60 (35%)	160 (43%)	1520 ккал (100%)

- *Примечание: если добавить 30г сахара, получим диету на 1650ккал, а если убрать хлеб и сахар, то 1190ккал.*

Таблица 4 – Набор продуктов на 1800ккал

1	Мясо, рыба,	до 200 г
2	Яйца	до 1шт
3	Молочные продукты	до 500г в пересчете на молоко (<i>например, 100г творога или 50г сыра</i>)
4	Хлеб, хлебобулочные изделия черного хлеба в день (гарниры из круп и макаронных изделий, картофеля можно вместо хлеба)	до 150 г
5	Блюда и гарниры из овощей и лиственной зелени	без ограничения
6	Фрукты, ягоды в сыром виде или компотов без сахара	до 400-500 г
7	Закуски: нежирная ветчина, докторская колбаса, неострый сыр	до 25г
8	Масло сливочное, лучше маргарин, масло растительное	до 20г
9	Напитки: чай, кофе некрепкий, соки, минеральная вода.	до 5 стаканов

Лицам с индексом 30 и выше возможно по показаниям назначение медикаментозной терапии в виде орлистата (продолжительностью от 6 мес. до 2 лет), а при индексе 35 и выше – показаны консультация эндокринолога и хирурга.

Ожирение - это болезнь, и как любую болезнь ее следует лечить, тем более, что врачи в своей практике чаще встречаются со смешанной патологией, когда у пациента на фоне избыточной массы тела имеется сочетание двух, трех и более заболеваний. Это может быть и метаболический синдром. Такой комплекс обменных нарушений (избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, нарушение толерантности к углеводам, желчнокаменная болезнь, мочекислый диатез, подагра и др. в различных вариациях требует на фоне основного принципа вмешательства: снижения калорийности рациона тучного человека, - соответствующей диетической поправки. При этом особенно следует учесть также наличие и степень развития сосудистой патологии, особенно артериальной гипертонии, сердечной недостаточности.

Так, при сопутствующей артериальной гипертонии и сердечной недостаточности в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия (печеный картофель, кабачки, тыква, курага, чернослив) и магния (каши, орехи). Необходимо еще большее ограничение поваренной соли. При сердечной недостаточности желательнее 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 шире использовать заменители сахара - ксилит, сорбит, сахарин. И только при неэффективности этих мер можно переходить на назначение гипогликемических и гиполипемических медикаментозных средств.

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

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). Желательно рекомендовать на ночь по стакану сока или минеральной воды с целью снижения концентрации утренней порции мочи. Показано 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 программах снижения избыточного веса обязательным компонентом должна быть достаточная физическая активность. Однако, при чрезмерном избытке массы тела рекомендуется поэтапное включение в программу повышения двигательной активности, после некоторого снижения массы тела диетическими мерами. При углубленном консультировании при диспансеризации пациент должен быть информирован об этой особенности. Оптимальным видом физической нагрузки, применяемой для лечения избыточной массы тела и ожирения, является динамическая аэробная нагрузка. Простым, доступным и эффективным видом этой нагрузки является ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное - регулярно.

У пациентов с индексом массы тела до 40 кг/м^2 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/м^2 и более физические тренировки 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. Полезны занятия плаванием.

При наличии заболеваний сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваниях опорно-двигательного аппарата (суставы, позвоночник и др.) или других заболеваниях пациент должен быть обследован для определения индивидуального уровня физических нагрузок, зоны безопасного пульса для контроля физических нагрузок и пр. (ЭКГ-тестирование на фоне нагрузок – тредмил, велоэргометрия и др.).

Любые рекомендации по повышению интенсивности физической активности 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.

2.5.3.3 Гиперхолестеринемия. Дислипидемия.

В ходе углубленного профилактического консультирования необходимо:

- информировать пациента о его уровнях 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);

- обучить пациента принципам рационального питания и дать информацию об особенностях питания при нарушениях липидного (жирового) обмена;

- дать рекомендации по оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности нагрузки;

- обучить самоконтролю массы тела, ведению дневника;

- объяснить необходимость регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, при необходимости (при показаниях) диспансерного наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Желательно, чтобы пациенты с дислипидемией регистрировали уровни холестерина и других показателей в дневнике и Паспорте здоровья, что поможет врачу оценить последующую тактику при очередных диспансерных или профилактических осмотрах.

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 2-3 раза в неделю по 100-150 г в виде различных блюд или рыбных консервов. 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 желателно 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, желателно 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. Одновременное 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, желателно 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.

2.5.3.4 Гипергликемия

В данном разделе приводятся базовые рекомендации пациенту с неподтвержденным диагнозом сахарного диабета, но имеющего склонность в гипергликемии, в частности выявленной при диспансеризации или профилактическом медицинском осмотре. Больные сахарным диабетом должны быть направлены к эндокринологу, пройти индивидуальное углубленное консультирование или школу здоровья при сахарном диабете и получить назначения. При установленном сахарном диабете – больной должен находиться под диспансерным наблюдением врача - эндокринолога и участкового врача.

В ходе углубленного профилактического консультирования в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров необходимо:

- оценить совокупность имеющихся у пациента факторов риска и сопутствующие заболевания;

- уточнить анамнез – были ли в прошлом эпизоды повышения уровня глюкозы крови;

- аргументировано информировать пациента о негативном влиянии на его здоровье повышенного уровня глюкозы крови и о необходимости пройти все назначенные исследования для уточнения диагноза, исключения сахарного диабета.

Классификация уровней глюкозы в крови при нарушениях ее метаболизма представлена в таблице 5

Таблица 5 - Классификация уровней глюкозы в крови при нарушениях ее метаболизма (диагностические критерии)¹¹

Нарушения метаболизма глюкозы	Концентрация глюкозы, ммоль/л (мг/дл)		
	Цельная кровь		Плазма
	венозная	капиллярная	
Сахарный диабет			
Натощак	≥6,1 (≥110)	≥6,1 (≥110)	≥7,0 (≥126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой или оба показателя	≥10 (≥180)	≥11,1 (≥200)	≥11,1 (≥200)
Нарушенная толерантность к глюкозе			
Натощак	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	<7,0 (<126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой	≥6,7 (≥120) и <10,0 (<180)	≥7,8 (≥140) и <11,1 (<200)	≥7,8 (≥140) и <11,1 (<200)
Нарушенная гликемия натощак			
Натощак	≥5,6 (≥100) и <6,1 (<110)	≥5,6 (≥100) и <6,1 (<110)	≥6,1 (≥110) и <7,0 (<126)
Через 2 ч (если определяется)	<6,7 (<120)	<7,8 (<140)	<7,8 (<140)

Цель рекомендаций - снижение уровня гликемии натощак (критерий 5 ммоль/л для капиллярной крови; 6,1 ммоль/л для плазмы венозной крови).

Прежде всего в ходе углубленного профилактического консультирования необходимо информировать пациента и способствовать формированию у него навыков:

- самоконтроля гликемии, рекомендовать обращаться в кабинет медицинской профилактики, в ряде случаев целесообразно рекомендовать, чтобы пациент имел домашний глюкометр и был обучен правильному измерению и оценки уровня глюкозы крови);

- рационального питания и особенностей питания при периодически повышенном уровне глюкозы крови;

- оптимизации повседневной физической активности и самоконтроля адекватности индивидуальной нагрузки;

- самоконтроля массы тела и знать рекомендуемые для конкретного пациента нормы (желательно, чтобы пациент имел домашние весы);

- регулярного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, контроль уровня АД, липидов крови, при показаниях необходимо диспансерное наблюдение у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Рекомендации по питанию не носят эпизодического характера, а должны стать для пациента *новым образом жизни* и питания, пожизненно, что требует специального объяснения.

- Ограничить простые («добавленные») сахара до 10-25г и менее (3-4 кусков) в течение дня. Сахар можно заменить сухофруктами.

¹¹ Сахарный диабет. Диагностика, лечение, профилактика. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. Монография, 801 стр. Москва, 2011 г.

- Белый хлеб лучше заменить - на серый или черный, с отрубями, еще лучше на цельнозерновой (200-300г).
- Фрукты нужно выбирать не очень сладкие, нужно учесть, что много сахара в винограде, арбузе, бананах.
- Добавлять меньше сахара в компоты и морсы или готовить без сахара.
- Для заготовок лучше фрукты и ягоды замораживать, сушить, но не консервировать с сахаром в виде джема, варенья, повидла.
- Резко ограничить кондитерские изделия (пироги, сдоба, пирожные, печенье, сладкие пшеничные крекеры), мороженое, сладости
- Исключить потребление сладких напитков, особенно газированных: лимонад, пепси, кока-кола
- Контролировать регулярно вес и уровень сахара в крови.

Прежде всего, рекомендуется ограничение простых углеводов и животных жиров. Желательно учитывать гликемический индекс (ГИ) продуктов, таблица 6. Ограничивать нужно продукты с ГИ 55 и более: сахар, мед, картофель, пшеничные, хлопья, манная каша, хлеб белый, рис, макароны высших сортов, кукуруза, банан, сухофрукты свекла. Рекомендуются продукты с индексом до 55 единиц: цельнозерновой хлеб, хлеб с отрубями, несладкие фрукты, ягоды, листовые овощи, грибы, бобовые, орехи, низкожировые молочные продукты. Мясо предпочтительно нежирных сортов, а рыба – жирных.

Таблица 6 - Гликемический индекс некоторых продуктов питания

Высокий ГИ		Низкий ГИ	
Глюкоза	100	Фасоль консервированная	52
Воздушный рис	94	Ячменные хлопья	50
Мед	88	Манго, кивки	50
Картофель печеный	85	Хлеб из муки грубого помола с отрубями	50
Кукурузные хлопья	80	Грейпфрутовый сок	49
Карамель	80	Рис отварной	47
Картофель-фри	75	Хлеб с отрубями	47
Хлебцы пшеничные	75	Горошек зеленый	47
Пшеничные хлопья	73	Виноград	46
Арбуз	71	Пиво, квас	45
Овсяные хлопья	70	Абрикосы	44
Хлеб белый	70	Персики	44
Пшеничная мука (в/ сорт)	70	Консервированный горошек	43
Белый рис	70	Дыня	43
Просо	70	Спагетти белые	42
Кукуруза	70	Апельсины, мандарины	42
Картофельное пюре	70	Финики (сушеные)	40
Изюм	67	Овсяные хлопья	40
Сухофрукты	67	Гречневая каша	40
Пепси, кола и др.напитки	67	Земляника, клубника, крыжовник	40
Манная каша	66	Фруктовые соки	40-45
Свекла	65	Хлеб ячменный	38
Хлеб ржаной	63	Хлеб из цельной муки	35
Овсянка	61	Яблоки, груши	35-40
Гамбургер	61	Горох сухой	35
Макароны	60	Йогурт нежирный фруктовый	33
Рисовая вермишель	58	Сливы	33

Бананы	57	Молоко обезжиренное	32
Картфель вареный	56	Фасоль	30
Манго	56	Молоко цельное	28
Попкорн	55	Ягоды	25-30
Рис коричневый	55	Чечевица	27
Овсяное печенье	55	Шоколад черный (60 % какао)	25
Овсяные отруби	55	Вишня, брусника	22
Гречка	55	Орехи разные	15-25
		Кефир	15

2.5.3.5 Потребление табака (курение)

Углубленное профилактическое консультирование для преодоления потребления табака включает:

- *оценку* степени никотиновой зависимости и готовности пациента отказаться от курения;
- *назначение дифференцированного лечения* табакокурения в зависимости от степени никотиновой зависимости и степени готовности отказаться от курения;
- *динамическое наблюдение*;

Оценка степени никотиновой зависимости проводится по тесту Фагестрема, таблица 7

Таблица 7 – Тест Фагестрема

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

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

Оценка степени мотивации к отказу от курения может быть проведена с помощью двух нижеприведенных вопросов, таблица 8.

Таблица 8 – оценка степени готовности к отказу от курения

Бросили бы вы курить, если бы это было легко?		Как сильно вы хотите бросить курить?	
Вопрос	балл	Вопрос	балл
Определенно нет	0	Не хочу вообще	0
Вероятнее всего, нет	1	Слабое желание	1
Возможно, да	2	В средней степени	2

Вероятнее всего, да	3	Сильное желание	3
Определенно, да	4	Однозначно хочу бросить курить	4

Критерии:

сумма баллов > 6 – высокая мотивация к отказу от курения, пациенту можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения;

4-6 баллов – слабая мотивация, пациенту можно предложить помощь для снижения интенсивности курения и усиления мотивации;

<3 баллов - отсутствие мотивации и пациенту необходимо предложить мотивационное консультирование.

В ходе детального опроса (беседы) пациента и ответов на вопросы, у пациента может формироваться осознанное отношение к негативным последствиям табакокурения, поэтому диагностические тесты, кроме своего прямого назначения важны и для осмысления пациентами проблемы и повышения их мотивации к отказу от потребления табака.

Подходы к лечению табакокурения зависят от степени табачной зависимости и готовности к отказу от курения.

Углубленное профилактическое консультирование в ходе диспансеризации должно носить характер поведенческого, мотивационного консультирования, в связи с чем оно направлено как на информирование о вредном воздействии табачного дыма на организм, с учетом индивидуальных особенностей пациента, так и на оказание помощи в изменении установок по отношению к курению и помощь в преодолении сомнений и опасений возможных негативных последствий отказа от курения, таких как стресс, набор «лишнего веса», проявлений синдрома отмены. В ходе углубленного профилактического консультирования вместе с пациентом обсуждаются наиболее важные ситуации и проблемы, связанные с табакокурением:

Причины, по которой пациент должен отказаться от курения:

- Врач старается разобраться с пациентом причины курения и причины для отказа от курения, привязывая к состоянию его здоровья, наличие факторов риска, или к другим факторам, важным лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить. При 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. Врач обсуждает с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечнососудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Необходимо:

- уточнить, какие из этих факторов 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 сердечнососудистых, 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 сердечнососудистых 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 сердечнососудистой 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.

Повторение. Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом учитываются все предыдущие попытки пациента бросить курить (если таковые были), тщательно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок». Врач объясняет пациенту, что у многих курильщиков возможно несколько эпизодов срыва, прежде чем добиваются результата.

При углубленном профилактическом консультировании рекомендуется придерживаться некоторых приемов в ведении беседы с пациентом, которые помогают достижению цели консультирования. Такие приемы можно представить как совокупность пяти «О»: Открытые вопросы, Одобрение, Осмысление услышанного, Обобщение и Отработка потенциала изменений¹²

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

Примеры открытых вопросов:

- *Что Вы видите хорошего (положительного) в потреблении табака? или*
- *Чем Вам нравится потребление табака?*
- *Что Вы видите плохого (отрицательного) в потреблении табака? или*
- *Есть что-нибудь, что Вам не нравится в потреблении табака?*
- *Что Вы знаете о воздействии табачного дыма?*
- *Почему Вы курите?*
- *Как Вы думаете, почему Ваши родные хотят, чтобы Вы бросили курить?*

¹² 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

- *Я вижу Вас беспокоит тот факт, что Вы курите, расскажите, пожалуйста, что Вас конкретно волнует?*
- *Что бы Вы хотели предпринять?*

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

Примеры одобрений и поощрений:

- *Спасибо, что пришли*
- *Очень хорошо, что Вы согласились на беседу, даже если Вы не думаете пока отказаться 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, когда человек сам помогает 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.

Например:

- *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.

Например:

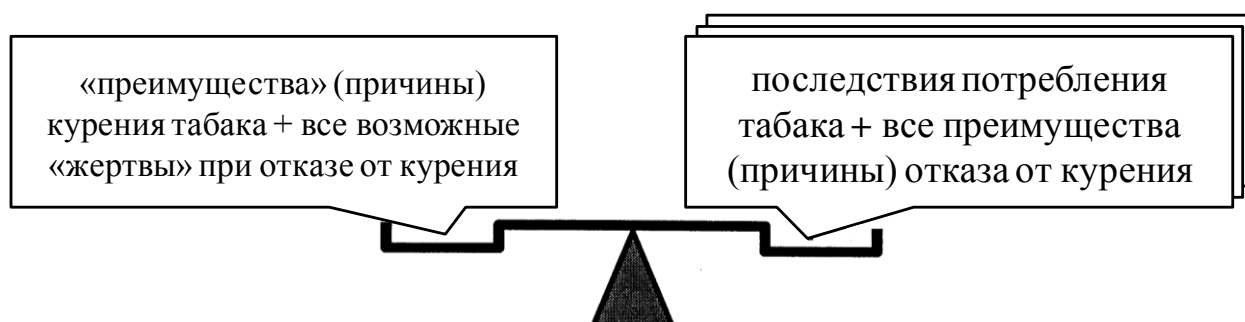
Итак: Вы курите, вам нравится курить, и Вам не приятна мысль о том, чтобы бросить курить. Между тем, у вас уже сейчас признаки и высокий риск развития ... заболеваний. К тому же, у Вас растет маленький ребенок и Вам не безразлично Ваше

здоровье и судьба Вашего ребенка. Вам неприятна мысль об отказе от курения потому, что Вы боитесь, что можете не справиться.

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

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

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



Врач и пациент могут рассчитывать на изменения поведения только в тогда, когда причины отказаться от курения для пациента перевесят причины продолжать курить

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. С этих ситуациях рекомендовать пациенту обратиться к врачу.

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.

Динамическое наблюдение курящих лиц с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском без наличия заболеваний проводится в кабинете/отделении медицинской профилактики, при наличии заболеваний - участковым врачом в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения.

2.5.3.6 Психологические аспекты эффективного профилактического консультирования при пагубном потреблении алкоголя

Очевидно, что успех профилактического консультирования во многом обеспечивается знаниями и навыками психологических основ общения и приемов практической психологии.

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным риском *пагубного потребления алкоголя* рекомендуется:

- информировать пациента о том, что у него имеется подозрение и риск чрезмерного (пагубного) потребления алкоголя;
- объяснить негативное влияние алкоголя на здоровье, течение заболеваний и пр. (в зависимости от конкретной ситуации);

- спросить пациента об его отношении к собственной привычке потребления алкогольных напитков и готовности снизить это потребление;
- совместно с пациентом проанализировать ситуации, провоцирующие чрезмерное потребление алкоголя;
- рекомендовать снизить потребление (отказаться полностью в ряде ситуаций);
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

Если пациент не готов к изменениям – повторить рекомендации и аргументировать необходимость снижения потребления алкоголя с учетом состояния здоровья данного пациента, сопутствующих заболеваний, факторов риска, наследственности, семейных отношений, профессиональных факторов и др. Дать пациенту памятку и объяснить, что если пациент при самоанализе решит ограничить потребление алкоголя и не сможет этого сделать самостоятельно рекомендовать обратиться в кабинет (отделение) медицинской профилактики или к врачу-наркологу.

Если пациент согласен и готов к изменению алкогольного поведения составить совместный практический и реалистичный план действий, самостоятельных шагов пациента к снижению потребления алкоголя или отказу от алкогольных напитков, дать памятку и назначить дату повторного визита. Если пациент считает, что не сможет самостоятельно изменить потребление алкоголя, направить к врачу-наркологу.

Поскольку основной задачей профилактического консультирования является пропагандирование здорового образа жизни и раннее выявление возможных проблем со здоровьем у населения, то врач-консультант должен делать акцент на медицинском аспекте результатов пагубного употребления алкоголя, избегая осуждающего тона при обсуждении этого социального явления.

В начале беседы врач предлагает пациенту обсудить результаты скрининг-теста CAGE (пройденного на предыдущем этапе диспансеризации), используя приемы установления контакта, описанные выше в главе «Азбука эффективного консультирования» (активное слушание, присоединение по позе, жестам, голосу и др.). Проинформировать пациента, что результаты CAGE сигнализируют о возможных проблемах с употреблением им алкоголя. Предположить, что пройденный тест мог быть заполнен формально или невнимательно и предложить пройти ещё один тест прямо в кабинете и сразу же обсудить результаты. И далее в кабинете (отделении) медицинской профилактики, центре здоровья рекомендуется провести тест AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test – тест AUDIT)¹³, таблица 9

Таблица 9 – Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Вопросник AUDIT)

<i>Обведите число, которое наиболее точно соответствует ответу пациента (в скобках указано количество баллов каждой категории ответа, которые надо суммировать после заполнения вопросника:</i>				
1. Как часто Вы пьете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) Раз в м-ц или реже	(2) 2-4 раза в неделю	(3) 3-4 раза в неделю	(4) 4 и более раз в неделю
2.* Сколько напитка, содержащего алкоголь, Вы употребляете обычно в день, когда пьете? (обозначьте количество стандартных доз) ¹⁴				

¹³ Alcohol and Primary Health Care. Clinical guidelines on identification and brief intervention. European Commission Project «PHEPA», 2006.

¹⁴ Рекомендуется при определении категории ответа на вопросы 2 и 3 ориентироваться, что одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя (30-35г водки). В связи со сложностью расчетов вопросник ограничен в применении и чаще используется в специальных научных исследованиях.

(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) 7 или 8	(4) 10 и более
3. Как часто Вы выпиваете шесть или более доз за один раз?				
(0) Никогда	(1)Менее раза в месяц	(2)Ежемесячно	(3)Еженедельно	(4)Ежедневно или почти
4.Сколько раз за прошедший год Вы обнаружили, что не сможете прекратить пить, если уже начали?				
(0) Никогда	(1)Менее раза в месяц	(2)Ежемесячно	(3)Еженедельно	(4)Ежедневно или почти
5. Сколько раз за прошедший год Вы не могли выполнить то, что обычно должны делать, из-за выпивки?				
(0) Никогда	(1)Менее раза в месяц	(2)Ежемесячно	(3)Еженедельно	(4)Ежедневно или почти
6. Сколько раз за прошедший год Вам нужно было выпить с утра, чтобы заставить себя делать что-то после крупной выпивки вчера?				
(0) Никогда	(1)Менее раза в месяц	(2)Ежемесячно	(3)Еженедельно	(4)Ежедневно или почти
7. Сколько раз за прошлый год Вы ощущали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1)Менее раза в месяц	(2)Ежемесячно	(3)Еженедельно	(4)Ежедневно или почти
8. Сколько раз за прошлый год Вы не могли вспомнить, что было вчера из-за того, что вы были пьяны?				
(0) Никогда	(1)Менее раза в месяц	(2)Ежемесячно	(3)Еженедельно	(4)Ежедневно или почти
9. Случалось ли у Вас или у кого-то другого травмы из-за вашего употребления спиртного?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	
10. Выражал ли кто-нибудь из Ваших родственников или врач или другие медработники озабоченность по поводу Вашей выпивки или предлагали вам сократить потребление?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	
* При определении категории ответа на вопросы 2 и 3 предполагалось, что одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя(30-35г водки).				
Здесь запишите сумму баллов всех ответов _____				

Интерпретация результатов теста AUDIT:

- меньше 8 баллов – низкая вероятность алкогольной зависимости.
- 8-15 баллов: чрезмерное или рискованное потребление алкоголя.
- 16-19 баллов: опасное употребление алкоголя и употребление алкоголя с вредными последствиями.
- более 20 баллов: возможно наличие алкогольной зависимости.

Следует отметить, что заполнение ответов на вопросы 2 и 3 может вызвать сложности при расчетах, что ограничивает более широкое применение данного вопросника на практике. Как указано в вопроснике, рекомендуется *при определении категории ответа на вопросы 2 и 3 ориентироваться, что одна «доза» содержит 10 г чистого алкоголя (30-35г водки)*. В связи с указанными ограничениями вопросник чаще находит применение в специальных научных исследованиях.

Если опрос дал положительный результат или обнаруживаются соматические симптомы, вероятно связанные с алкоголем, рекомендуется дальнейшая диагностика по

определению алкогольной зависимости. Вопросник AUDIT применялся в ряде исследований в нашей стране¹⁵

Употребление алкоголя связывается у человека с его социальной и личной жизнью, а вовсе не с медициной, поэтому обсуждение этой темы может вызывать сильное сопротивление. Очень часто смешивают понятия «регулярное употребление алкоголя», «бытовое пьянство», «алкоголизм» и «пивной алкоголизм». В связи с этим необходимо очень тщательно разграничивать и осторожно употреблять эти термины в беседе с пациентом, так как они несут негативную социальную оценку. Лучше говорить о **пристрастии к алкоголю в разных формах**, используя нейтральный и доброжелательный тон, и применять приёмы «активного слушания».

Психологический феномен сопротивления как фактор, затрудняющий эффективность консультирования.

Важно помнить, что в процессе беседы у пациента в силу разных причин может возникнуть **сопротивление** обсуждению темы, связанной с потреблением алкоголя. Сопротивление может быть как **открытым**, когда пациент откровенно отказывается обсуждать эту тему, так и **скрытым (завуалированным)**, когда пациент уходит от ответов на вопросы («Не знаю... Не получается... Не могу...»), отвечает вопросом на вопрос, может грубить, переводить тему разговора в другое русло, выражать сомнения или отвлекаться.

При **открытом сопротивлении** нельзя навязывать слушателю необходимость обсуждать тему предрасположенности к алкоголю. Надо уважать его право выбора образа жизни. При этом необходимо напомнить ему о принятии ответственности за свою жизнь и здоровье. В этот момент необходимо предоставить ему в **мягкой недирективной** форме **информацию** о вреде алкоголя и предложить заполнить дома специальный **опросник** на определение зависимости от алкоголя, чтобы он мог спокойно ознакомиться с ними и сделать определённые выводы. При этом следует предложить обсудить любые вопросы, если они возникнут, при повторном посещении.

Пример

«Возможно, дополнительная информация расширит Ваш кругозор, поможет по-иному взглянуть на эту проблему. Если у Вас возникнут вопросы, мы можем еще раз встретиться и обсудить их.»

При **скрытом (завуалированном) сопротивлении** можно применить две различных тактики.

В **первом** случае перевести скрытое сопротивление в открытую форму посредством постановки «закрытых» вопросов.

Пример

«Я вижу, что Вы избегаете ответов на мои вопросы. Вам эта тема неприятна?»

«Вы стараетесь уйти от откровенного обсуждения этой темы. Вам трудно об этом говорить?»

Следует добиваться однозначного ответа «да» или «нет», и далее действовать по вышеописанной схеме (для открытого сопротивления). В этой ситуации пациент берет на себя полную ответственность за свое здоровье и последствия принимаемых решений, что в последующем может снизить или совсем снять сопротивление по отношению к неприятной или сложной теме.

¹⁵ Nilssen O, Averina M, Brenn T, et al. Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: the Arkhangelsk study. Int J Epidemiol 2005, 34:781-788.

Во **втором** случае предусматривается непосредственное использование сопротивления с помощью различных техник: использование нейтрального тона и безличных форм построения предложений, применение метафор, использование самых разных источников информации, как научных, так и художественных, «сократовская» беседа. Эта тактика требует много времени и специальной подготовки консультанта, поэтому вряд ли применима в рамках углублённого профилактического консультирования.

Само наличие сопротивления, как открытого, так и скрытого свидетельствует о **недостаточной готовности** или **отсутствия готовности** к разговору и тем более к изменениям своего отношения к проблеме. Не следует тратить время на переубеждение **сильно сопротивляющегося** пациента, поскольку это невозможно в рамках одной консультации. Следует предложить ему материалы, предлагающие иной взгляд на проблему, переводя её из социальной плоскости в медицинскую, то есть, заостряя внимание на пагубных последствиях злоупотребления алкоголем для организма.

В тех случаях, когда **сопротивление мало выражено**, и видно, что человек сомневается в своей позиции, нужно выявить **ведущий тип мотивации** для этого пациента, чтобы использовать её для убеждения в необходимости перемен.

Особенности мотивации пациентов с риском злоупотребления алкоголем.

Если человек **внутренне мотивирован** к изменениям, то есть верит в их необходимость и значимость, а также в свою способность и силы для их осуществления, то ему необходимо помочь организовать новый стиль жизни, поощряя его устремления, выражая уверенность в его успехе.

Если человек **мотивирован внешними обстоятельствами**, нужно выяснить какими именно и апеллировать к ним. К примеру, если человеку важно мнение окружающих или семьи, то можно опираться на свой авторитет специалиста, а также авторитетное мнение значимых для него персон. Если человек зависит от социального положения, то важно подчеркнуть положительное влияние изменений на его социальный статус.

Если человек руководствуется **негативными (запретительными) мотивами**, то на него будут действовать укоры, неутешительные прогнозы и описания мрачных перспектив.

Влияние особенности личности пациента, готового к сотрудничеству, на выбор методов воздействия в процессе консультирования.

Существует ряд причин, которые толкают людей на путь различных зависимостей, таких как переизбыток, курение, наркомания, злоупотребление алкоголем[6]. При выборе тактики ведения беседы надо учитывать особенности личности консультируемого.

Помимо социальных и наследственных, гендерных и возрастных факторов, огромную роль играют личностные особенности, включающие психотип человека, его самооценку, темперамент, эмоциональное состояние, стрессоустойчивость. Например, человек может иметь заниженную самооценку, принадлежать к тревожно-мнительному или зависимому типам личности, обладать «застывающей» психикой, не успевая быстро приспособиться к изменяющимся условиям. Это ведёт к тому, что человек демонстрирует низкую стрессоустойчивость (резкие перепады настроения, агрессия, депрессивные состояния, психосоматические проявления и т.п.), а значит, постоянно нуждается в каких-то инструментах для снятия стрессового напряжения. Самым простым и привычным способом является употребление алкоголя, который в малых дозах действительно действует расслабляюще. Однако, в силу вышеперечисленных особенностей личности, потенциальный «пьяница» часто не может удержаться в рамках рекомендованных медициной границ потребления алкоголя. Таким образом, незаметно происходит формирование глубокой зависимости, ведущей к болезни. Необходимо добавить, что социальный фон часто способствует этому.

Употребление алкоголя внутренне оправдывается человеком и используется им для получения различных вариантов социальной выгоды или как способ снятия напряжения. Поэтому на вопрос: «Почему Вы выпиваете?», часто следуют типичные ответы:

«.. Пью, чтобы расслабиться и отдохнуть»

«...для поднятия настроения»

«... за компанию»

«...по привычке, как все»

«...когда болит тело или душа ».

Такие ответы часто свидетельствуют о том, что человек обладает слабой волей, инфантилен, и поэтому нельзя полагаться, что он активно будет прилагать усилия для любых изменений в собственной жизни. Для такого пациента-«ребенка» врач играет роль мудрого и заботливого «родителя». Этим людям необходим постоянный контроль и внешние побудительные действия, стимулирующие их мотивацию к изменениям.

В процессе консультации *желательно* предложить пациенту вести дневник наблюдений за своим здоровьем с последующим анализом при повторном посещении врача-консультанта. Побудительными действиями могут являться приглашения врача посетить лекции, занятия в группах здоровья, школах здоровья, школах по управлению стрессом, рекомендовать к просмотру документальные и художественные фильмы на соответствующую тему. Важно делать эти предложения в **мягкой директивной** манере, подчёркивая выгоды для пациента и демонстрируя уверенность, что он, как разумный человек, поступит именно так.

Пример

Врач: «В нашей поликлинике существует программа по обучению эффективным способам сохранения здоровья. Когда Вы придёте на занятия, Вы сможете узнать много **интересного и важного лично для Вас. Совершенно бесплатно** вы сможете получить те навыки и умения, которые позволят вам жить комфортной и полноценной здоровой жизнью. Сэкономленные на возможном лечении средства Вы сможете потратить на удовлетворение своих разнообразных потребностей».

В этом случае не стоит стремиться перевоспитать человека, а следует акцентировать разговор на негативных с медицинской точки зрения последствиях, касающихся именно его организма, но, чтобы уменьшить сопротивление, разговор необходимо начать с положительной информации.

После вопроса врача: «Знаете ли Вы что-нибудь о положительных медицинских последствиях употребления алкоголя?» обычно следует ответ пациента: «Немного (50 грамм крепких напитков, бокал вина или пива)- это полезно для здоровья». Необходимо уточнить, в чём польза, а затем задать вопрос: «Что изменится, если превысить эту дозу?», и начать ярко и подробно перечислять возможные повреждения организма, при необходимости аргументируя свою речь цифрами, результатами исследований и используя иллюстративный материал (например, изображения здоровой и больной циррозом печени).

Пример

Врач: «Согласны ли Вы с тем, что опьянение часто ведёт к потере контроля над ситуацией? Это происходит, потому что мозг под влиянием алкоголя разрушается, теряя способность к координации движений и адекватной оценке ситуации. Когда Вы выпиваете, ваше поведение может стать опасным для Вас и привести к травме с возможной долговременной потерей трудоспособности. Например: черепно-мозговые травмы, переломы, производственные травмы и др.»

Пример

Врач: «Известно ли Вам, что алкоголь постепенно разрушает и истончает сосуды, снабжающие кровью все органы тела, в том числе и головной мозг. Вследствие этого

может случиться инфаркт миокарда или инсульт мозга, что может привести к внезапной смерти или последующей инвалидизации. Жизнь может потерять все свои прелести!»

Особенности консультирования пациентов, склонных к чрезмерному употреблению пива.

Надо учитывать, что употребление пива в обществе не считается предосудительным, вредное воздействие пива недооценивается, а его свойства считаются полезными даже без учета количества выпитого. Обманчивое впечатление о его безвредности ведёт к чрезмерному его потреблению, что приводит к развитию различных заболеваний, нарушениям полового и умственного развития, личностным и поведенческим изменениям. Следует знать, что зависимость от пива чаще всего не носит запойного характера – человек употребляет пиво по нескольку раз, но каждый день. Поэтому полное опьянение возникает редко, но пивные алкоголики пьют снова, полностью не протрезвев. Это продолжается недели, месяцы и даже годы. Отказы от пива случаются редко и длятся не более трех дней. И человек уже настолько зависит от пива, что не может без него жить.

Лицам, постоянно употребляющим пиво, свойственны высокая тревожность и агрессивность, властность, низкая самоуверенность и непоследовательность, а также нереалистические ожидания, паника, беспомощность, одиночество. При этом большую часть из них не беспокоит критика и неодобрение со стороны незнакомых людей, связанная с употреблением пива даже в общественном месте.

В беседе с такими пациентами часто приходится сталкиваться с открытым сопротивлением в демонстративной форме, проистекающим из неадекватной оценки своего пристрастия. Поэтому надо стремиться формулировать вопросы так, чтобы получать утвердительные ответы, незаметно подводя пациента к нужным выводам.

Пример

Врач: «Считаете ли Вы вредным употребление пива?»

Пациент: «Нет. Не знаю. Может быть. Немного можно».

Врач: «Между тем, учёными установлено, что систематическое употребление пива ведёт к сильному повреждению гормональной системы человека. У мужчин снижается выработка тестостерона, растёт «пивной» живот, меняется голос, сильно увеличиваются грудные железы, дряхлеют мускулы и падает потенция. У женщин грубеет голос, усиливается растительность на лице, резко падает способность к деторождению. Отмечаете ли Вы такие внешние изменения у кого-нибудь из Ваших знакомых?»

Пациент: «Возможно, ну да...»

Врач: «Согласны ли Вы с тем, что это является результатом нарушением работы внутренних органов?»

Пациент: «Вероятно... Может быть... Согласен...»

Далее разговор переводится в предметное объяснение медицинских последствий и поиску альтернативного, здорового поведения.

Использование памятки «Как не поддаваться влечению к спиртному?» как основы практического плана действий для пациента.

Когда пациент готов к сотрудничеству и признает наличие проблемы, врач-консультант может предложить ему обсудить конкретные планы изменения образа жизни, опираясь на варианты, изложенные в нижеприведённой **памятке**, и дать её пациенту с собой.

Памятка для пациента «Как не поддаваться влечению к спиртному?»

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

1. Не держите дома спиртное, чтобы не поддаваться 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.

2.5.3.7 Риск потребления наркотиков и психотропных средств без назначения врачей

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным *потреблением наркотиков и психотропных средств без назначения врачей* рекомендуется:

- информировать пациента о том, что у него имеется подозрение на зависимость от потребления наркотиков и психотропных средств;
- 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 средств;
- дать памятку, посоветовать обратиться за помощью к наркологу при подозрении на наличие зависимости.

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

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

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

2.6 Методические принципы группового профилактического консультирования (школ пациента)

Школа пациента - является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания)¹⁶.

Цель школ пациентов:

- повышение информированности пациентов о заболевании и факторах риска развития заболеваний и осложнений;
- повышение ответственности пациента за сохранение здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению;
- формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих, управляемых факторов риска.

При групповом методе консультирования (школе пациента) процесс профилактического консультирования облегчается и повышается его эффективность,

¹⁶ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия // Под ред. Вялкова А.И., Оганова Р.Г. — М., ГЕОТАР-Медиа, 2000. — 21с.

пациенты не только получают важные знания, но и необходимую им социальную поддержку.

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. Необходимо помнить, что групповое обучение более эффективно, если подкрепляется индивидуальным консультированием. В ряде ситуаций желательно, чтобы обучение проводилось на уровне семьи, в частности когда консультирование затрагивает вопросы питания, физической активности, поведенческих привычек, которые, как известно, нередко носят семейный характер. Школа пациентов, как форма группового консультирования позволяет в полной мере обеспечить эффективную реализацию основ углубленного профилактического консультирования – при групповом обсуждении создаются условия для более эффективного применения основных принципов и приемов обучения взрослого человека с учетом психологии изменения поведения и поведенческих привычек.

История создания школ пациентов с различными заболеваниями хронического течения насчитывает в нашей стране более 15 лет. Накоплен богатый опыт проведения группового обучения пациентов при различных заболеваниях: сахарном диабете, артериальной гипертензии, бронхиальной астме, ишемической болезни сердца и других болезнях, убедительно доказана клиническая, социальная и экономическая эффективность данного метода профилактического консультирования.

Основные принципы проведения школ пациентов:

(1) формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложненным течением артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца; больные ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний без клинических симптомов болезни и т.п. Такое формирование групп создает атмосферу *социальной поддержки*, что немаловажно для эффективного консультирования и получения долгосрочного устойчивого результата.

(2) для избранной целевой группы проводится *цикл занятий* по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований – посещение всего цикла занятий;

(3) численность целевой группы пациентов должна быть не более 10-12 человек; необходим контроль, чтобы пациенты посетили все (или большинство) из запланированных занятий;

(4) 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. Желательно, чтобы врач (фельдшер) кабинета (отделения) медицинской профилактики предварительно ознакомился с данными амбулаторной карты пациентов.

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.

Информационная часть занятий проводится в течение каждого занятия подробно, по блокам не более 10-15 минут, чтобы избежать лекционной формы работы с пациентами. Содержание обучения изложено в специальной методической литературе и частично в базовом информационном материале по углубленному профилактическому консультированию.

Активная часть занятий содержит активную работу с пациентами, которая может проводиться в разных формах и простых действиях:

- вопросы-ответы;
- заполнение вопросников, имеющих отношение к теме занятия, и обсуждение их результатов – по ходу обсуждения могут даваться целевые советы, что имеет более высокую эффективную и результативность, чем безадресные советы;
- проведение расчетов и оценок, например, расчет индекса массы тела, суточной калорийности и пр.;
- обучение практическим навыкам – измерения артериального давления, подсчета пульса и др.
- знакомство со справочными таблицами и построение рациона и пр.

Программа обучения пациентов в школе здоровья может быть разработана на основе материалов, изложенных в разделе по углубленному профилактическому консультированию.

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

Рекомендуемая тематика группового профилактического консультирования (школ пациентов) в рамках диспансеризации:

- школа по коррекции основных факторов риска хронических НИЗ/ССЗ, выявляемых в ходе диспансеризации и профилактических осмотров;
- школа по снижению избыточной массы тела, оптимизации физической активности и рациональному питанию;
- школа для пациентов с повышенным артериальным давлением;
- школа для пациентов с заболеваниями атеросклеротического генеза, гипертонической болезнью и высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском по освоению правил и алгоритмов действий при оказании первой помощи при сердечном приступе, инсульте, гипертоническом кризе и внезапной сердечной смерти..

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.

2.7 Рекомендуемая литература по вопросам профилактического консультирования

1. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2012; 8(1) Приложение.

2. Школа Здоровья: артериальная гипертония. Руководство для врачей/под ред. Р, Г. Оганова.– М.:– Гэотар-Медия, 2008.– 192с.

3. Школа Здоровья: факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство для врачей/под ред. Р, Г. Оганова.– М.:– Гэотар-Медия, 2009.– 160с.

4. Школа Здоровья: избыточная масса тела и ожирение. Руководство для врачей/под ред. Р, Г. Оганова.– М.: – Гэотар - Медия, 2010.– 112с.

5. Профилактическое консультирование пациентов с избыточной массой тела и ожирением. // Пособие для врачей. ISBN 978-5-98586-017-7, М.–2010.–118с.

6. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2011;10(6). Приложение 2.

7. Оказание медицинской помощи по снижению избыточной массы тела. Методические рекомендации. Организация-разработчик ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России. Москва 2012.–53с

8. Оказание медицинской помощи по снижению профилактике и отказу от курения Методические рекомендации. Организация-разработчик ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России. Москва 2012.– 42с

9. Физическая активность Методические рекомендации. Организация-разработчик ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России. Москва 2012.– 33с.

10. Плавинский С.Л., Кузнецова О.Ю., Баринаева А.Н. и соавт. Скрининг и краткосрочное вмешательство, направленные на снижение опасного и вредного потребления алкоголя. // С.-Пб. Ин-т общественного здравоохранения. – 2011. – 154 с.

11. Тест на определение зависимости от алкоголя. http://pyanstvu-net.ru/?page_id=129

12. Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАСТ) <http://refdb.ru/look/1310944.html>

13. Бабаева С.В., Медик Я.В. Факторы и приёмы, мотивирующие пациента к активному сотрудничеству с врачом в эффективном процессе профилактического консультирования.- Заместитель главного врача, 2015 (в печати)

14. Все о пивном алкоголизме. <http://tehnoclimate.ru/diagnosticheskiy-test-na-alkogolnuju/>

15. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. Москва.- Когито-Центр , - 2006.-367 с.

3. ПРИЛОЖЕНИЯ

(нормативно-правовые и методические материалы, конкретные примеры практической реализации основных организационных и лечебно-диагностических мероприятий по проведению диспансеризации взрослого населения)

Приложение 1

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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 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)[1].

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача[2] при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

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

в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

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

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

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

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

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

[1] 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".

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

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
(Приложение 2 к Приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1177н)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

зарегистрированному по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

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

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

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

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

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

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

_____ (подпись)

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

.....(подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ »

_____ Г.

(дата оформления)

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. N 390н)**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение № 2

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 30 лет					
Список лиц, которым в 201_ году исполняется 33 года					
Список лиц, которым в 201_ году исполняется 36 лет					
Список лиц, которым в 201_ году исполняется 39 лет					
Список лиц, которым в 201_ году исполняется 42 года					
Список лиц, которым в 201_ году исполняется 99 лет					

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

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;
- пагубное потребление 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 так же для лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском индивидуального углубленного и группового (школа пациента) профилактического консультирования.

Такие активные профилактические вмешательства позволяют 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, на голодный желудок, до выполнения каких-либо физических нагрузок, в том числе и утренней физической зарядки.

- Взять с собой утреннюю порцию мочи в объеме 100-150 мл. Перед сбором мочи обязательно следует сделать тщательный туалет половых органов. Для сбора мочи и кала предпочтительно использовать промышленно произведенные специальные контейнеры (небольшие емкости) для биопроб, которые можно приобрести в аптеке. Для анализа мочи нужно собрать среднюю порцию мочи (начать мочеиспускание, а затем через 2–3 секунды подставить контейнер для сбора анализа). Учитывая тот факт, что некоторые продукты (свекла, морковь) способны окрашивать мочу, их не следует употреблять в течение суток до забора материала. Также, гражданам, которые принимают мочегонные препараты, по возможности следует прекратить их прием, поскольку эти препараты изменяют удельный вес, кислотность и количество выделяемой мочи. Относительным ограничением является менструальный период у женщин. Желательно, чтобы проба мочи была сдана в лабораторию в течение 1,5 часов после ее сбора. Транспортировка мочи должна производиться только при плюсовой температуре, в противном случае выпадающие в осадок соли могут быть интерпретированы как проявление почечной патологии, либо совершенно затруднят процесс исследования. В таком случае анализ придется повторить.

- Лицам в возрасте от 48 до 75 лет для исследования кала на скрытую кровь необходимо во избежание ложноположительных результатов в течение 3 суток перед диспансеризацией не есть мясную пищу, а также других продуктов, в состав которых входит значительное количество железа (яблоки, зеленый лук, сладкий болгарский перец, белая фасоль, шпинат), а также овощи, содержащие много таких ферментов, как каталаза и пероксидаза (огурцы, хрен, цветная капуста), исключить прием железосодержащих лекарственных препаратов, в том числе гематогена, отменить прием аскорбиновой кислоты, ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и другие нестероидных противовоспалительных средств (таких как вольтарен, диклофенак и т.д.), отказаться от использования любых слабительных средств и клизм.

При проведении анализа кала иммунохимическим методом ограничений в приеме пищи не требуется (уточните применяемый метод исследования у своего участкового врача медсестры или в кабинете медицинской профилактики). Избегайте чрезмерного разжижения образца каловых масс водой из чаши туалета. Это может быть причиной неправильного результата.

- На емкости с мочой и калом необходимо разместить наклейку со своей фамилией и инициалами.

- Женщинам необходимо помнить, что забор мазков с шейки матки не проводится во время менструации, при проведении того или иного лечения инфекционно-

воспалительных заболеваний органов малого таза, что для снижения вероятности получения ложных результатов анализа мазка необходимо исключить половые контакты в течение 2-х суток перед диспансеризацией, отменить любые вагинальные препараты, спермициды, тампоны и спринцевания.

- Мужчинам, которым назначено исследование простатспецифического антигена в крови (онкомаркер рака предстательной железы) необходимо помнить, что лучше воздержаться от проведения этого анализа в течение 7-10 дней после любых воздействий на предстательную железу механического характера (ректальный осмотр, массаж простаты, клизмы, езда на лошади или велосипеде, половой акт, лечение ректальными свечами и др.) так как они могут исказить результат исследования.
- Если Вы в текущем или предшествующем году проходили медицинские исследования возьмите документы, подтверждающие это 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, являющихся основной причиной инвалидности и смертности населения нашей страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно

Приложение № 5

Порядок заполнения учетной формы № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» (Приложение 1 к приказу Минздрава России от 3 марта 2015 г. № 87н)

1. Учетная форма № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» (далее – Карта) заполняется на каждого пациента, обратившегося в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, для прохождения диспансеризации (далее – Диспансеризация) (профилактического медицинского осмотра) в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268) (далее – Порядок) и Порядком проведения профилактического медицинского осмотра (утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511)).

2. На каждого пациента заполняется одна Карта, независимо от того, одним или несколькими врачами проводится Диспансеризация. Для заполнения Карты используются результаты проведения Диспансеризации и иная необходимая информация, представленная в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160) (далее – Медкарта), а также в талоне пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160)) (далее – Талон).

3. В пункте 6 Карты указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг¹⁷:

«1» - инвалиды войны;

«2» - участники Великой Отечественной войны;

«3» - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах»¹⁸;

«4» - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

«5» - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

«6» - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве

¹⁷ Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 24, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607).

¹⁸ Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 3, ст. 168; 2002, № 48, ст. 4743; 2004, № 27, ст. 2711.

оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

«7» - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

«8» - инвалиды;

«9» - дети-инвалиды.

4. В пункте 7 карты указывается принадлежность гражданина к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации¹⁹

5. В пунктах 8 и 9 карты указывается соответствующее.

6. В пункте 10 отмечаются даты проведения осмотров, консультаций и исследований (далее – медицинские мероприятия) по I этапу Диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), а также выявление отклонений по результатам каждого вида медицинского мероприятия. В графе «Примечания» отмечается дата проведения медицинского мероприятия, зачтенного из ранее проведенных, или отказ от медицинского мероприятия.

7. В пункте 11 Карты отмечаются даты направления на медицинские мероприятия по II этапу Диспансеризации (графа 3) и даты их выполнения (графа 4), а также выявление отклонений по результатам каждого вида медицинского мероприятия (графа 5). В графе «Примечания» отмечается дата медицинского мероприятия, зачтенного из ранее проведенных, или отказ от медицинского мероприятия. Медицинские показания к проведению осмотров, консультаций, исследований II этапа диспансеризации представлены в пункте 13.2 Порядка.

8. В пункте 12 Карты в каждой строке с наименованием классов и отдельных болезней указываются даты:

в графе 4 – всех выявленных, в том числе и ранее установленных, и подтвержденных при проведении Диспансеризации заболеваний;

в графе 5 – выявления заболевания, установленного впервые в жизни по результатам диспансеризации. Источником информации служит пункт 20 листа уточненных диагнозов Медкарты;

в графе 6 - установления диспансерного наблюдения по поводу выявленного заболевания (в т.ч. установленного впервые);

в графе 7 - выявления подозрения на заболевания.

9. В пункте 13 Карты регистрируются факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в соответствии с кодами МКБ-10*. В каждой графе с указанием кода фактора риска отмечается дата его установления. Наименование кодов МКБ-10 соответствует следующим наименованиям факторов риска, установленных приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268):

¹⁹ В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2006 г. № 536-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 17, ст. 1905; 2010, № 21, ст. 261. 2012, № 1, ст. 178).

Код по МКБ-10*	Наименование факторов риска по МКБ-10	Наименование факторов риска, согласно приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан
R03.0	Повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии	Повышенное артериальное давление
R73	Повышенное содержание глюкозы в крови	Гипергликемия
R63.5	Аномальная прибавка массы тела	Избыточная масса тела (не включено ожирения)
Z72.0	Употребление табака	Курение табака
Z72.1	Употребление алкоголя	Риск пагубного потребления алкоголя
Z72.2	Употребление наркотиков	Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
Z72.3	Недостаток физических упражнений	Низкая физическая активность
Z72.4	Неприемлемая диета и вредные привычки в питании	Нерациональное питание
Z 80 Z82.3 Z82.4 Z82.5 Z83.3	В семейном анамнезе злокачественное новообразование, в семейном анамнезе инсульт, в семейном анамнезе ишемическая болезнь сердца и другие болезни сердечно-сосудистой системы, в семейном анамнезе астма и другие хронические болезни нижних дыхательных путей, в семейном анамнезе сахарный диабет	Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей, отягощенная наследственность по сахарному диабету

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

10. В пункте 14 Карты для граждан в возрасте от 40 до 65 лет указывается уровень абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, определенный по шкале SCORE.

11. В пункте 15 Карты отмечается группа состояния здоровья, в соответствии с пунктом 17 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268)

12. В пунктах 16 – 19 отмечается соответствующее.

Приложение № 6

Анкеты на выявление ХНИЗ, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача:

форма 1 - анкета для граждан в возрасте до 75 лет; форма 2 - правила вынесения заключений по анкете для граждан до 75 лет; форма 3 - анкета для граждан 75 лет и старше; форма 4 - правила вынесения заключений по анкете для граждан 75 лет и старше

Анкета для граждан в возрасте до 75 лет

Форма 1

	Дата обследования (день, месяц, год) _____ Ф.И.О. _____ Пол _____ Дата рождения (день, месяц, год) _____ Полных лет _____ Поликлиника № _____ Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____		
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
1.1	повышенное артериальное давление?	нет	да
1.2	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	нет	да
1.3	ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?	нет	да
1.4	цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?	нет	да
1.5	хроническое бронхо-легочное заболевание?	нет	да
1.6	туберкулез легких или иных локализаций?	нет	да
1.7	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	нет	да
1.8	заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?	нет	да
1.9	хроническое заболевание почек?	нет	да
1.10	онкологическое заболевание?	нет	да
1.11	если «ДА», то какое		
2.	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)?		
		нет	Да
3.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, предстательной железы, других локализаций) семейные полипозы?		
		нет	Да
3.1	Если «ДА», то укажите какое заболевание? _____		
4.	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него?		
		нет	Да
5.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?		
	Нет	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина
6.	Возникла ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?		
		нет	Да

7.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	нет	Да		
8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	нет	да		
9.	Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления?	нет	Да		
10.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	нет	Да		
11.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	нет	Да		
12.	Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	нет	Да		
13.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	нет	Да		
14.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	нет	Да		
15.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	нет	Да		
16.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	нет	Да		
17.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Нет, никогда не курил	Да, курю	Курил в прошлом	
17.1	Если Вы курите, то сколько?	сигарет в день	сиг/день	сколько всего лет Вы курите	лет
17.2	Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания?	нет	Да		
18.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?	нет	Да		
19.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?	нет	Да		
20.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?	нет	Да		
21.	Похмеляетесь ли Вы по утрам?	нет	Да		
22.	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		
23.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?	нет	Да		
24.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи?	нет	Да		

25.	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее? нет Да
26.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день? нет Да
27.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? нет Да
28.	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? нет Да
29.	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? нет Да
30.	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? нет Да
31.	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? нет Да
32.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? нет Да
33.	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? нет Да
34.	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? нет Да
34.1	Если «да», то сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться? 1 раз 2 раза 3 раза 4 раза 5 и более

Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан в возрасте до 75 лет

Форма 2

Номера вопросов в анкете и их предназначение	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации
1 Выявление заболеваний в личном анамнезе	Ответ «ДА» - высокая вероятность наличия заболевания в личном анамнезе	Уточнить документальное подтверждение наличия заболевания Диагноз заболевания (при наличии документального его подтверждения) регистрируется в учетных формах, лица, не находящиеся под диспансерным наблюдением направляются на осмотр (консультацию) к соответствующим специалистам: к врачу-терапевту, неврологу и колопроктологу в рамках программы диспансеризации; к врачу-кардиологу, пульмонологу, фтизиатру, эндокринологу, нефрологу и онкологу вне рамок диспансеризации
2-3.1 Выявление отягощенной наследственности по наличию	Ответ «ДА» - Имеется отягощенная наследственность	Регистрируется как фактор риска «отягощенная наследственность» Проводится краткое профилактическое консультирование. При наличии у пациента ХНИЗ или высокого

заболеваний в семейном анамнезе		и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска углубленное профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации. Остальным пациентам рекомендуется проведение углубленного профилактического консультирования вне рамок диспансеризации.
	по онкологическим заболеваниям органов ЖКТ у граждан старше 50 лет	Направление на <u>эзофагогастродуоденоскопию</u>
	по раку предстательной железы у мужчин 42-69 лет	Консультация уролога
	по семейному полипозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области у граждан 45 лет и старше	Консультация врача-хирурга или врача-колопроктолога /колоноскопия (ректороманоскопия)
	по раку молочной железы, матки и ее придатков	Консультация врача-акушера-гинеколога
	по иным злокачественным новообразованиям	Консультация врача-онколога, гематолога или иного специалиста по лечению злокачественных новообразований вне рамок диспансеризации
4-5 Выявление стенокардии	Ответ «ДА» на один или оба вопроса - наличие стенокардии высоко вероятно	Углубленный опрос на характер болевого синдрома, физикальное обследование врача-терапевта, определение показаний для дополнительных обследований вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза стенокардии
6,7,8,9 Выявление острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)	Ответ «ДА» на 6, 7 или 8 вопросы и сочетание ответа «ДА» на один из этих вопросов с ответом «ДА» на 9 вопрос - наличие перенесенного ОНМК высоко вероятно	Консультация невролога. Направление на дуплексное сканирование брахицефальных артерий (за исключением лиц, прошедших это исследование в предшествующие 12 мес. и находящихся под диспансерным наблюдением)
10-11 Выявление подозрения на заболевания легких	Ответ «ДА» на один или оба вопроса – подозрение на туберкулез, ХОБЛ, новообразование легких	Врач-терапевт определяет объем дополнительных обследований вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза заболеваний легких, принимает решение о проведении спирометрии на 2 этапе диспансеризации
12, 13, 16 Выявление заболеваний верхних отделов органов пищеварения	Ответ «ДА» на один, два или три вопроса - высокая вероятность заболеваний верхних отделов органов пищеварения	Направление на эзофагогастродуоденоскопию
13,14,15 Выявление заболеваний нижних отделов органов пищеварения	Ответ «ДА» на любой вопрос – высокая вероятность заболеваний нижних отделов органов пищеварения	Направление на консультацию хирурга/проктолога; по его рекомендации направление на колоноскопию/ректороманоскопию. Направление на другие исследования вне рамок диспансеризации

<p>1.5, 10, 17, 17.1, 17.2 Выявление заболеваний легких, курения, показаний к спирометрии и УЗИ брюшной аорты</p>	<p>Ответ «ДА» на любое сочетание указанных вопросов или индекс курящего человека более 20 (число выкуриваемых сигарет в день умноженное на число лет курения и деленное на 20 = более 20)</p>	<p>Направление на спирометрию (если она не проводилась в предшествующие 12 мес.). По показаниям консультация пульмонолога вне рамок диспансеризации</p>
	<p>Курящие граждане</p>	<p>Регистрируется фактор риска «Курение», Проводится краткое профилактическое консультирование. При наличии у пациента ХНИЗ или высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска углубленное профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации. Остальным пациентам рекомендуется проведение углубленного профилактического консультирования вне рамок диспансеризации.</p>
	<p>Курящие или кутившие в прошлом мужчины в возрасте 69 или 75 лет</p>	<p>Направление на УЗИ брюшной аорты для исключения аневризмы (однократно в возрасте 69 лет или 75 лет)</p>
<p>18,19,20,21 Выявление риска пагубного потребления алкоголя</p>	<p>Ответ «ДА» на все вопросы - высокая вероятность пагубного потребления алкоголя. Ответ «Да» на один-два вопроса - подозрение на пагубное потребление алкоголя</p>	<p>Регистрируется как фактор риска «пагубное потребление алкоголя». Проводится краткое профилактическое консультирование. При наличии у пациента ХНИЗ или высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска углубленное профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации. Остальным пациентам рекомендуется проведение углубленного профилактического консультирования вне рамок диспансеризации. Врач-терапевт определяет показания и целесообразность консультации психиатра-нарколога (вне рамок диспансеризации)</p>
<p>22 Выявление низкой физической активности</p>	<p>Ответ: «до 30 минут» - низкая физическая активность</p>	<p>Регистрируется как фактор риска «низкая физическая активность». Проводится краткое профилактическое консультирование. При наличии у пациента ХНИЗ или высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска углубленное профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации. Остальным пациентам рекомендуется проведение углубленного профилактического консультирования вне рамок диспансеризации.</p>
<p>23-26 Выявление нерационального питания</p>	<p>Ответ «НЕТ» на вопрос 23 или 24 и/или ответ «ДА» на вопрос 25 или 26 - выявлено нерациональное питание.</p>	<p>Регистрируется как фактор риска «нерациональное питание». Проводится краткое профилактическое консультирование.</p>

		При наличии у пациента ХНИЗ или высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска углубленное профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации. Остальным пациентам рекомендуется проведение углубленного профилактического консультирования вне рамок диспансеризации.
27-31 Выявление риска потребления наркотиков и психотропных средств	Ответ «ДА» на два и более вопросов – высокий риск потребления наркотиков (алкоголя) или психотропных средств без назначения врача	Регистрируется как факторов риска «Риск потребления наркотиков или психотропных средств без назначения врача» Проводится краткое профилактическое консультирование. При наличии у пациента ХНИЗ или высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска углубленное профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации. Остальным пациентам рекомендуется проведение углубленного профилактического консультирования вне рамок диспансеризации. Врач-терапевт определяет показания и целесообразность консультации психиатра-нарколога (вне рамок диспансеризации)
32-34.1 Выявление заболевания предстательной железы	<p>Ответ «ДА» на один вопрос – подозрение на заболевание предстательной железы</p> <p>Ответ «ДА» на два и более вопросов у мужчин 42-69 лет при впервые выявленных жалобах – высокая вероятность заболевания предстательной железы</p>	<p>Показана консультация врача хирурга/уролога за рамками диспансеризации</p> <p><u>Направление на консультацию</u> хирурга/уролога в рамках диспансеризации</p>

Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше

Форма 3

	Дата обследования (день, месяц, год) _____		
	Ф.И.О. _____		Пол _____
	Дата рождения (день, месяц, год) _____		Полных лет _____
	Поликлиника № _____	Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____	
1.	Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):		
	повышенное артериальное давление (артериальная гипертензия)?	да	Нет
	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	да	Нет
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	да	Нет
	онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)?	да	Нет
	перенесенный инфаркт миокарда?	да	Нет
	перенесенный инсульт?	да	Нет

	хроническое бронхо-легочное заболевание	да	Нет
	хроническое заболевание почек	да	Нет
2.	Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке?	да	нет
3.	Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина	да	Нет
4.	Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	да	Нет
5.	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	да	Нет
6.	Возникала ли 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 случаи падений за последний год более 2 раз?	да	Нет
10.	Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка?	да	Нет
11.	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы ?	да	Нет
12.	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?	да	Нет
12.1	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	да	Нет
12.2	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	да	Нет
13.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	да	Нет
14.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	да	Нет
15.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	да	Нет
16.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни?	да	Нет
17.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да	Нет
18.	Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	да	Нет
19.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукту среднего размера)?:	да	Нет
20.	Ограничиваите ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)	да	Нет
21.	Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю	да	Нет
22.	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю	да	Нет
23.	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?	да	Нет

Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан в возрасте 75 лет и старше

Форма 4

Номера вопросов в анкете и их предназначение	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации
1 Выявление заболеваний в личном анамнезе	Ответ «ДА» - Имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе	Уточнить документальное подтверждение наличия заболевания Диагноз заболевания, при наличии его документального подтверждения, регистрируется в учетных формах, лица, не находящиеся под диспансерным наблюдением направляются на осмотр (консультацию) к соответствующим специалистам: к врачу-терапевту и неврологу в рамках программы диспансеризации; к врачу-кардиологу, пульмонологу, эндокринологу, нефрологу и онкологу вне рамок диспансеризации
2-3 Выявление стенокардии	Ответ «ДА» на один или оба вопроса - наличие стенокардии высоко вероятно	Углубленный опрос на характер болевого синдрома и физикальное обследование врачом-терапевтом. Определение показаний для дополнительных обследований вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза стенокардии
4-6 Выявление острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)	Ответ «ДА» на любой из вопросов - наличие ОНМК высоко вероятно	Консультация невролога. Направление на дуплексное сканирование брахицефальных артерий (за исключением лиц, прошедших это исследование в предшествующие 12 мес. и находящихся под диспансерным наблюдением)
7 Выявление сердечной недостаточности	Ответ «ДА» - наличие сердечной недостаточности высоко вероятно	Уточнить характер жалоб, по показаниям дополнительное обследование вне рамок диспансеризации (УЗИ сердца)
8 Табакокурение	Ответ «ДА» - курит в настоящее время	Регистрируется как фактор риска «курение» Всем пациентам – углубленное профилактическое консультирование
9 Выявление риска падений	Ответ «ДА» - имеется риск падений	Направить на осмотр (консультацию) врача-невролога
10-11 Выявление риска остеопороза	Ответы «ДА» на любой вопрос - имеется риск остеопороза.	Направить на рентгеновскую денситометрию или рентгенографию позвоночника и консультацию ревматолога или эндокринолога вне программы диспансеризации
12, 12.1, 12.2 Выявление риска злокачественного новообразования (ЗНО)	Ответ «ДА» на вопрос 12 и 12.2 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 12.1 – высокий риск ЗНО	Углубленный опрос и физикальное обследование врача-терапевта на выявление ЗНО, определение показаний для проведения обследований в рамках диспансеризации и вне ее
13 Выявление показаний к консультации врача-офтальмолога	Ответ «ДА» - показана консультация врача-офтальмолога	Направление на консультацию врача-офтальмолога

14 Выявление показаний к консультации отоларинголога	Ответ «ДА» - показана консультация врача-отоларинголога	Направление на консультацию врача-отоларинголога
15 Выявление риска депрессии	Ответ «ДА» - имеется риск развития депрессии	Осмотр (консультация) врача-невролога, который определяет показания и целесообразность направления пациента на консультацию к врачу-психиатру
16 Выявление выраженных нарушений памяти	Ответ «ДА» - высоко вероятны выраженные нарушения памяти	Направление на осмотр (консультацию) врача-невролога
17 Выявление недержания мочи	Ответ «ДА» - недержание мочи высоко вероятно	Для мужчин смотр (консультация) врача хирурга (врача уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера-гинеколога
12, 18, 19, 20, 21, 22 Выявление нерационального питания	Ответ «ДА» на вопрос 12 (при отсутствии специальных вмешательств направленных на снижение веса тела и при сохраненном аппетите) или на вопрос 18, ответ «НЕТ» на любой из остальных вопросов – выявлено нерациональное питание	Регистрируется фактор «нерациональное питание». Направление на углубленное профилактическое консультирование
23 Выявление фактора риска «недостаточная физическая активность»	Ответ «ДА» - выявлена недостаточная физическая активность	Регистрируется как фактор риска «недостаточная физическая активность» Направление на углубленное профилактическое консультирование

Приложение № 7

**Порядок
заполнения отчетной формы № 131
«СВЕДЕНИЯ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ»**

(Приложение № 4 к приказу Минздрава России от 05.03.2015 г. № 87н)

1. Форма статистического отчета № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Форма) составляется всеми медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинские организации), по результатам проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – Диспансеризация) в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан » (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 февраля 2015 г., регистрационный № 36268) (далее – Порядок).

2. Медицинские организации заполняют Форму ежемесячно, нарастающим итогом, начиная с января текущего года, и до 10 числа месяца, следующего за отчетным, представляют в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

3. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, также нарастающим итогом, ежемесячно не позднее 15 числа представляет Форму в Министерство здравоохранения Российской Федерации, а также через портал <http://profmed.rosminzdrav.ru> в электронном виде с заполненными таблицами формата Excel, размещенными на указанном портале.

4. В Форму включаются сведения, содержащиеся в Карте учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) - учетная форма № 131/у, утвержденная приказом Минздрава России от 3 марта 2015 г. № 87н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 апреля 2015 г, регистрационный № 36740); в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях - учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015, регистрационный № 36160) (далее – приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н); в талоне пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н).

5. При заполнении кодовой зоны титульного листа, отчитывающиеся юридические лица проставляют код Общероссийского классификатора предприятий и организаций (ОКПО) на основании Уведомления о присвоении кода ОКПО, направляемого (выдаваемого) организациям территориальными органами Росстата.

6. В строке «Наименование медицинской организации» указывается полное наименование отчитывающейся медицинской организации в соответствии с учредительными документами, зарегистрированными в установленном порядке, а также краткое наименование.

7. По строке «Почтовый адрес» указывается наименование субъекта Российской Федерации, юридический адрес с почтовым индексом; если фактический адрес не совпадает с юридическим, то указывается также фактический почтовый адрес.

8. В сводную форму по субъекту Российской Федерации в таблицу 1000 в графы 3, 7 и 11 включают численность населения соответствующей возрастной группы, подлежащей диспансеризации, на 01.01 текущего года в соответствии с официальными данными Росстата.

8.1. Графы 4, 8 и 12 заполняют на основании утвержденного годового плана проведения диспансеризации.

8.2. В графы 5, 9 и 13 вносится количество законченных случаев по I этапу Диспансеризации.

8.3. В графы 6, 10 и 14 вносится количество человек, завершивших обследования II этапа Диспансеризации.

9. В таблице 2000 приводятся сведения об осмотрах и исследованиях I этапа Диспансеризации, в графе 3 указывается количество исследований, проведенных при Диспансеризации, в графе 4 указываются исследования, выполненные в предшествующий период и включенные в объем диспансеризации, в графе 5 указывается количество отказов от каждого из исследований, в графе 6 отражается количество случаев выявленных патологических отклонений при проведении каждого осмотра и исследования I этапа Диспансеризации.

10. В таблице 3000 приводятся сведения об осмотрах, консультациях и исследованиях II этапа Диспансеризации, в графе 3 указывается количество лиц, имеющих по результатам I этапа диспансеризации медицинские показания для проведения медицинских мероприятий в соответствии с Порядком, в графе 4 указывается количество обследований, выполненных при Диспансеризации, в графе 5 указывается количество обследований, проведенных в предшествующий период (в предшествующие 12 мес.) и включенных в объем диспансеризации, в графе 6 указывается количество отказов от каждого из обследования, в графе 7 отражается количество случаев, выявленных заболеваний или подозрений на заболевание по результатам каждого осмотра, консультации, исследования (кроме строк 14 и 15). В строках 14 и 15 этой графы ставится прочерк (-) или «X».

11. В таблице 4000 приводятся сведения о выявленных отдельных факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний, не входящих в перечень заболеваний, в соответствии с кодами МКБ-10. В каждой строке первой графы указывается традиционное наименование фактора риска (в соответствии с приложением № 2 к Порядку) и в скобках наименование кода МКБ-10 ему соответствующее. Количество выявленных факторов риска может превышать число осмотренных пациентов.

11.1 В подстрочнике таблицы 4000 указываются дополнительные сведения о количестве лиц, взятых под диспансерное наблюдение врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья (п. 4001), а также количество чел., направленных к врачу-психиатру (врачу-психиатру-наркологу) в связи с выявленным риском пагубного потребления алкоголя или в связи с выявленным риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (п. 4002).

12. В таблице 5000 указываются сведения о всех заболеваниях, выявленных при проведении Диспансеризации, включая ранее диагностированные и выявленные впервые в жизни. В графе 16 указывается суммарное количество пациентов, с установленным диспансерным наблюдением, как в процессе диспансеризации, так и в предшествующий диспансеризации период.

13. В таблице 5001 приводятся сведения о впервые выявленных заболеваниях при проведении Диспансеризации. В графе 16 указывается количество больных, взятых под диспансерное наблюдение с впервые в жизни выявленным заболеванием.

14. В таблице 6000 приводятся сведения о выявленных при проведении диспансеризации подозрениях на заболевания. В графе 16 указывается количество чел., направленных на дополнительное исследование, не входящее в объем Диспансеризации.

15. Количество выявленных при Диспансеризации заболеваний как всего, так и с диагнозом, установленным впервые в жизни, может превышать число пациентов, прошедших Диспансеризацию.

16. В таблице 7000 приводятся общие результаты Диспансеризации по установленным группам здоровья в соответствии с п. 17 Порядка (строки 1-4),

назначенного лечения (строка 5), направлений на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем Диспансеризации (строка 6), направление на получение специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (строка 7), рекомендации санаторно-курортного лечения (строка 8).

16.1 К таблице 7000 даются дополнения по представлению данных о категориях граждан, прошедших Диспансеризацию за отчетный период:

общее число работающих граждан, прошедших диспансеризацию (п.7001);

общее число неработающих граждан, прошедших диспансеризацию (п.7002);

общее число прошедших диспансеризацию граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме (п. 7003);

общее число прошедших диспансеризацию инвалидов Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), лиц награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», ветеранов, вдов (вдовцов) умерших инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны 1941–1945 годов, бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны (п. 7004);

общее число прошедших диспансеризацию граждан, принадлежащих к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации (п. 7005).

16.2 Также указываются:

общее число медицинских организаций, принимавших участие в проведении диспансеризации, а также имеющих кабинеты или отделения медицинской профилактики (п. 7006);

общее число мобильных медицинских бригад, принимавших участие в проведении Диспансеризации (п. 7007);

общее число граждан, Диспансеризация которых была проведена мобильными медицинскими бригадами (п. 7008);

число письменных отказов от прохождения отдельных осмотров (консультаций), исследований в рамках Диспансеризации (п. 7009);

число письменных отказов от прохождения Диспансеризации в целом (п. 7010);

число граждан, прошедших за отчетный период первый этап Диспансеризации и не завершивших второй этап Диспансеризации (п.7011);

число граждан, проживающих в сельской местности, прошедших Диспансеризацию в отчетном периоде (п.7012).

17. Форма подписывается должностным лицом (уполномоченным) юридического лица медицинской организации, и заверяется печатью, на оттиске которой указано наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

».

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), рисунок 1.

Шкала SCORE абсолютного риска применяется для лиц в возрасте 40-65 лет без доказанных ССЗ, обусловленных атеросклерозом (ИБС, ЦВБ, поражения периферических артерий), 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 при его уровне менее 1%,
средний (умеренный) – в диапазоне от 1% до 5%
высокий – от 5% до 10%,
очень высокий – 10% и более

В рамках диспансеризации пациенты

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

- 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, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического артериального давления (АД мм рт.ст.) и общего холестерина (ммоль/л). Число, указанное в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента. Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет систолическое АД 145 мм

рт. ст и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его риск равен 9% (на рис. 1 цифра 9 размещена в окружности белого цвета).

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

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска к ведению здорового образа жизни может быть полезным сравнение рисков. Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем артериального давления 180 мм рт.ст. и содержанием общего холестерина в крови 8 ммоль/л, что его суммарный сердечно-сосудистый риск смерти в ближайшие 10 лет жизни соответствует риску 65-летнего мужчины, не имеющего указанных факторов риска (см. рис. 1 «Сравнение рисков»).

Методика определения

суммарного относительного сердечно-сосудистого риска

Для лиц в возрасте моложе 40 лет определяется 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).

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

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

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

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

Систолическое АД, мм рт. ст.

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л

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

SCORE - Градация суммарного сердечно-сосудистого риска

Сравнение рисков

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

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

- у лиц с факторами риска, влияющими на прогноз и не включенных в 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.

Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза, утвержденный Постановления Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями от: 30 декабря 2005 г.)

1. Настоящие Порядок и сроки устанавливают основные требования к проведению профилактических медицинских осмотров граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства (далее именуется - население) в целях выявления туберкулеза.

2. Профилактические медицинские осмотры населения направлены на своевременное выявление туберкулеза и проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях в соответствии с инструкцией о проведении профилактических медицинских осмотров населения, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3. При профилактических медицинских осмотрах населения в целях выявления туберкулеза используются методы, методики и технология проведения медицинского обследования, утверждаемые Министерством здравоохранения и социального развития **Российской Федерации.**

4. Население подлежит профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года.

5. В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат **2 раза в год** следующие группы населения:

- а) военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- б) работники родильных домов (отделений);
- в) лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;
- г) лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет после снятия с учета;
- д) лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;
- е) ВИЧ-инфицированные;
- ж) пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;
- з) лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, - в течение первых 2 лет после освобождения;
- и) подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

6. В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат **1 раз в год** следующие группы населения:

- а) лица:

больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;

больные сахарным диабетом;

получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

б) лица, принадлежащие к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом:

без определенного места жительства;

мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;

проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;

в) работники:

учреждений социального обслуживания для детей и подростков;

лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.

7. В индивидуальном (внеочередном) порядке профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат:

а) лица, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом;

б) лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными;

в) граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту;

г) лица, у которых диагноз - ВИЧ-инфекция установлен впервые.

8. Изменение сроков проведения профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения по эпидемическим показаниям в целях выявления туберкулеза определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

9. Лечащий врач в течение 3 дней с момента выявления при профилактическом медицинском осмотре у обследуемого признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, направляет его в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение для завершения обследования.

10. Руководители лечебно-профилактических учреждений по данным индивидуального учета населения обеспечивают планирование, организацию и учет профилактических медицинских осмотров в целях выявления туберкулеза.

11. Комиссия врачей лечебно-профилактического специализированного противотуберкулезного учреждения подтверждает диагноз - туберкулез и принимает решение о необходимости диспансерного наблюдения за больным туберкулезом. О принятом решении больной информируется письменно в 3-дневный срок со дня постановки на диспансерный учет.

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. 1).

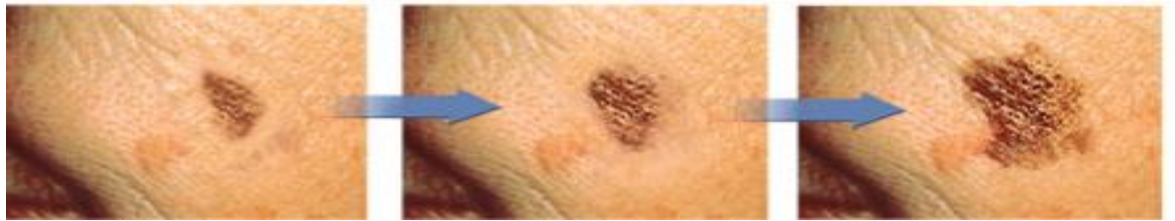


Рис. 1 Эволюция невуса в меланому

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

Пальпация лимфатических узлов. Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя. Медицинский работник становится позади обследуемого. Пальпацию проводят двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи. Пальпация подмышечных лимфатических узлов проводится отдельно с каждой стороны. При этом медицинский работник стоит спереди от пациента, положив его руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфатические узлы пальпируются в положении пациента «лежа на кушетке».

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барьером на пути распространения злокачественного процесса, в них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. Увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов – системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

Пальпация щитовидной железы. Пальпацию щитовидной железы можно проводить стоя спереди или сзади от обследуемого. При положении сзади от пациента пальпация осуществляется четырьмя пальцами обеих рук, при этом большие пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. Во время пальпации обследуемому

предлагается сделать глотательное движение, при этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы.

Щитовидная железа располагается на уровне гортанных хрящей и в норме не содержит уплотнений и узловых образований. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечаются диффузные или локальные уплотнения, асимметрия железы за счет увеличения одной из ее долей.

Обследование молочных желез. Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр пациентки проводится в положении «поднятые руки положены на затылок» на 6—12 день от начала менструации. Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациенту полубоковое положение и попросив его поднять руку. У женщин с железами мягкой консистенции нижние участки желез осмотреть трудно, в этих случаях молочные железы следует поднять кверху.

Необходимо обращать внимание на следующие моменты:

- есть ли асимметрия в размерах желез, увеличена или уменьшена одна из них;
- расположены ли железы на одном уровне по отношению к срединной линии;
- равномерно ли смешаются железы при поднятии рук, изменении положения тела и др.

При наличии асимметрии молочных желез, которая встречается примерно у 30% здоровых женщин, важно знать, когда она появилась. Сравнительно недавнее появление асимметрии одной из желез является признаком возможного заболевания.

Следует осмотреть кожу желез, а также соски: нет ли на их поверхности втяжений, изъязвлений, не изменились ли их цвет и форма.

Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминающая лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания.

Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемой: лежа на спине и стоя, с опущенными и поднятыми руками, ладонной поверхностью 2-4-го пальцев руки легкими вращательными движениями с небольшим надавливанием (рис. 2 - 3). Пальпация проводится подушечками, а не кончиками пальцев. В противном случае имеющееся образование оттолкнется в глубину молочной железы. Ощупывание проводится четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами в зависимости от размера молочной железы. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы противоположная рука поддерживает ее. Ощупывание проводится методично круговыми проникающими пружинящими движениями подушечек пальцев.

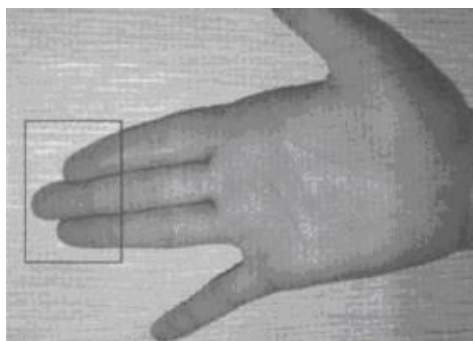


Рис. 2. Подушечки трех средних пальцев, используемые при пальпации

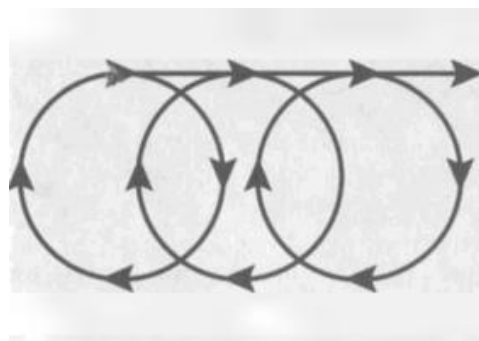


Рис. 3. Траектория круговых движений при пальпации

Начинать осмотр следует с подмышечной области, далее руку смещать по спирали по

направлению к соску. Продолжая осмотр, двигать руку сверху вниз по нескольким вертикалям (рис. 4).

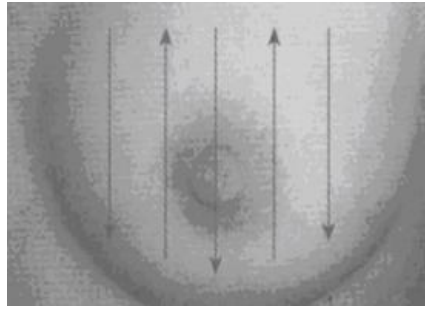


Рис. 4. Пальпация молочной железы по нескольким вертикалям

Проводят «плоской» ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы. Последовательно исследуют все отделы железы: зоны соска, ареолы, ткань железы, наружно-боковую и переднюю поверхность грудной клетки (за пределами железы), подмышечные и надключичные области. Большую отвислую грудь удобнее исследовать в положении лежа, немного повернув пациента сначала на один, а затем на другой бок. Легко нажимая на сосок, следует выяснить, нет ли патологических выделений из соска (рис. 5). При этом обращают внимание на следующие признаки:

- имеется ли втяжение или выбухание участка кожи,
- имеется ли втяжение соска или укорочение радиуса ареолы,
- имеются ли изменения обычной формы и размера одной из молочных желез,
- имеются ли желтоватые или кровянистые выделения из соска или патологические изменения на соске (корочки, мокнутие).



Рис. 5. Сдавление соска у основания подушечками двух пальцев

В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска или фиксацией кожи. При правильной пальпации **можно выявить опухоли размером до 1 см**. При больших размерах молочных желез, в которых трудно пальпаторно обнаружить опухоль, целесообразно направлять женщин в возрасте до 40 лет на ультразвуковое, а старше - на маммографическое исследование.

Методика осмотра грудных желез у мужчин не отличается от таковой у женщин. При осмотре и пальпации обращают внимание на величину и форму сосков, наличие уплотнений в железах, выделений и болевых ощущений. Рак грудной железы у мужчин составляет примерно 1% от всех случаев [рака молочной железы у женщин](#). Основным предрасполагающим фактором развития рака грудной железы у мужчин является гинекомастия - дисгормональное увеличение молочных желез. **Средний возраст клинического проявления рака молочной железы у мужчин составляет 64 года.**

Основным симптомом рака грудной железы у мужчин является наличие узлового образования в молочной железе. Обычно опухоль располагается под соском, ареолой или недалеко от них. Нередко отмечаются кровянистые выделения из соска. При запущенном раке отмечается изъязвление кожи. При распространении опухоли вподмышечные лимфоузлы отмечается их увеличение и уплотнение.

Материалом для цитологического исследования молочных желез являются выделения из сосков. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием в направлении к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4 – 5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем

Осмотр и пальпация живота. Осмотр живота проводится в положении пациента стоя и лежа. Следует обращать внимание на величину и форму живота, наличие асимметрии, изменение сосудистого рисунка кожи, состояние пупка и участие живота в акте дыхания.

Пальпацию живота проводят в положении обследуемого лежа с согнутыми и несколько приведенными к животу ногами, опущенными вдоль тела руками и при полном расслаблении передней брюшной стенки. Пальпацию начинают с левой паховой области, мягкими давящими движениями всей ладонной поверхностью пальцев, постепенно продвигаясь вверх по ходу толстой кишки до правой паховой области. Затем пальпацию продолжают по средней линии живота от лона вверх, пальпируют области пупка, эпигастрия до мечевидного отростка. Далее пальпируют правое и левое подреберья (печень и селезенку). При этом обращают внимание на наличие плотных образований, узлов. Увеличение живота, распластанная форма его могут быть признаками асцита. При пальпации могут быть обнаружены опухолевые образования в верхних и нижних отделах живота, а также в области пупка.

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 шнура или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

Приложение № 11

**Методика оценки результатов
дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий**

При проведении диспансеризации показаниями для назначения дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий является наличие:

- **указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования**
- **комбинации трех факторов риска ХНИЗ: повышенного уровня артериального давления, дислипидемии, избыточной массы тела или ожирения у мужчин в возрасте от 45 лет и старше и женщин в возрасте 55 лет и старше.**

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий проводится на всем протяжении общей сонной артерии и на участках, доступных локации, внутренней и наружной сонных артерий.

С целью выявления атеросклероза и ремоделирования стенок сонных артерий у всех пациентов следует исследовать такие показатели как толщину комплекса интима-медиа (ТИМ), наличие атеросклеротических бляшек (АСБ), степень стенозирования просвета артерий выявленными АСБ.

Степень стеноза сонной артерии рекомендуется оценивать согласно европейской методике (рисунок).

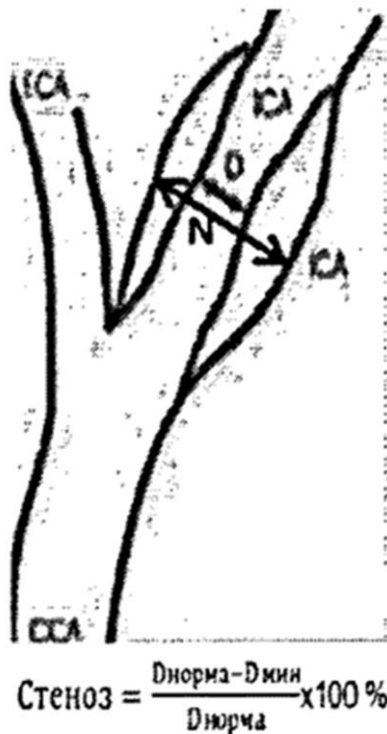


Рис. Европейская методика оценки стеноза сонной артерии.

При оценке наличия атеросклероза в сонных артериях отклонением от нормы следует считать:

А. у лиц < 75 лет:

1. наличие ТИМ > 0,9 мм на любом участке сонных артерий;
2. наличие 1 и более АСБ (любой степени стенозирования);

Б. у лиц ≥ 75 лет:

1. наличие ТИМ > 1,0 мм;
2. наличие АСБ со степенью стенозирования просвета более 25%.

При выявлении атеросклеротических изменений в сонных артериях рекомендуется диспансерное наблюдение. При наличии стабильных АСБ со стенозом менее 50% дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий рекомендуется проводить в рамках диспансерного наблюдения не реже 1 раза в 2 года, при наличии асимптомных АСБ от 50% до 59% - 1 раз в год.

контролем дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий 1 раз в 6 месяцев, пациентам с асимптомными АСБ 60% и более – 1 раз в год.

В строку 7.4.1 учетной формы 131/у («в том числе: закупорка и стеноз прецеребральных, церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга»; код I65, I66) заносится только информация о наличии АСБ, стенозирующих просвет сонных артерий на 50% и более, а также о наличии симптомных АСБ любых размеров.

Всем пациентам с атеросклерозом брахиоцефальных артерий показано диспансерное наблюдение врача-терапевта участкового/врача общей практики (семейного врача), контроль и коррекция факторов риска, при наличии показаний назначение липидкорректирующей и антиагрегантной терапии.

Пациентам, перенесшим вмешательство на сосудах брахиоцефального русла (стентирование, эндатерэктомия, протезирование), необходимо проводить дуплексное сканирование в течение первого года 1 раз в 3 месяца, в последующем – один раз в год.

**Перечень
заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается
группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом**
(Приложение к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 21 декабря 2012 г. N 1344н)
(жирным шрифтом выделены хронические неинфекционные заболевания, являющиеся
основными причинами смертности населения)

N	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1.	Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН <*> не более II функционального класса	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
2.	Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I- II функционального класса со стабильным течением, ХСН не более II функционального класса	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
3.	Стенокардия напряжения I-II функционального класса со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста	2 - 4 раза в год	Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям
4.	Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2 - 4 раза в год	Пожизненно	Консультация врача-ардиолога по медицинским показаниям
5.	Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных препаратов	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
6.	Легочная гипертензия I-II функционального класса со стабильным течением	1 - 2 раза в год	Пожизненно	Консультация врача-кардиолога по медицинским показаниям

7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 1 - 2 раза в год	По рекомендации кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярной диагностике и лечению	Консультация врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению по медицинским показаниям
8.	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год	По рекомендации кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению по медицинским показаниям
9.	ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние	1 - 2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
10.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
11.	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем частоты сердечных сокращений на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
12.	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям

	профилактической антиаритмической терапии			
13.	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	1 раз в 6 месяцев	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
14.	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии - пищевода Баррета)	1 раз в полгода	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
15.	Язвенная болезнь желудка, неосложненное течение	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
16.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
17.	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит	1 раз в год	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
18.	Полипы (полипоз) желудка	1 раз в год	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления малигнизации)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
19.	Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение	1 раз в 6 месяцев, при отсутствии рецидива в течение 3 лет - 1 раз в 12 или 24 месяцев	В течение всей жизни с момента установления диагноза	Консультация) врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога по медицинским показаниям

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

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

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

 <*> Хроническая сердечная недостаточность.

Приложение № 13

Методические рекомендации по проведению консультации (осмотра) врачом-хирургом или врачом-урологом пациентов с повышенным риском рака предстательной железы, выявленным по результатам обследования на первом этапе диспансеризации

О.И. Аполихин, Б.Я. Алексеев, А.В. Сивков, М.И. Катибов,
Д.А. Роцин, И.А. Шадеркин, А.В.Корякин

На втором этапе диспансеризации врач-уролог (врач-хирург) у мужчин с повышенным риском рака предстательной железы, выявленном на первом этапе диспансеризации проводит следующий комплекс обследования:

- 1) выполнение анализа крови на простатический специфический антиген (ПСА) (проводится в рамках диспансеризации);
- 2) пальцевое ректальное исследование (проводится в процессе осмотра рамках диспансеризации);
- 3) трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) (проводится вне рамок диспансеризации).

При интерпретации результатов исследования крови на ПСА необходимо исходить из рекомендованных возрастных норм уровня ПСА представленных в таблице.

Таблица

Возрастные нормы уровня простатспецифического антигена в крови

Возрастной диапазон	Уровень ПСА, нг/мл
40-49 лет	0-2,5
50-59 лет	0-3,5
60-69 лет	0-4,5
70-79 лет	0-6,5

Пальцевое ректальное исследование выполняют в коленно-локтевом положении пациента, при этом предстательную железу оценивают по следующим параметрам:

- форма: симметричная, асимметричная;
- размеры: увеличены, не увеличены;
- контуры: ровные, неровные;
- границы: четкие, нечеткие;
- болезненность: есть, нет;
- структура: однородная, имеются узловые образования;
- консистенция: плотно-эластическая, пастозная, каменистая;
- междолевая борозда: сохранена, сглажена;
- подвижность слизистой прямой кишки над предстательной железой: да, нет.

Основные сонографические характеристики предстательной железы, которые необходимо отразить представлены в протоколе ТРУЗИ,

Протокол трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ)

Оценивают следующие параметры предстательной железы:

- Форма: симметричная, ассиметричная (за счет увеличения правой или левой доли).
- Контуры: ровные, деформированные; четкие, нечеткие.
- Размеры: длина ___ мм, ширина ___ мм, высота ___ мм.

- Объем ___ см³.
Объем предстательной железы рассчитывали по формуле: $V = \pi/6 \times D1 \times D2 \times D3$, где V – объем предстательной железы, D1, D2, D3 – длина, ширина и высота предстательной железы
- Структура: однородная, неоднородная;
- Эхогенность: обычная, пониженная, повышенная.
- Аденома простаты: не выявлена;
выявлена:
состоит из двух боковых долей, средней доли;
рост - внепузырный рост, внутрипузырный, смешанный;
размеры: длина ___ мм, ширина ___ мм, высота ___ мм;
объем: ___ см³.
- Очаговые изменения: не выявлены;
выявлены:
эхогенность – обычная, пониженная, повышенная;
размеры: длина ___ мм, ширина ___ мм, высота ___ мм;
локализация – правая, левая доля;
зональное расположение - периферическая, центральная, периуретральная зона;
подозрение на инвазию капсулы предстательной железы: да, нет.
- Кальцинаты: не выявлены;
выявлены: единичные, множественные;
размеры до ___ мм;
локализация – правая, левая доля;
зональное расположение - периферическая, центральная, периуретральная зона.
- Очаги деструкции: не выявлены;
выявлены:
размеры до ___ мм;
локализация – правая, левая доля;
зональное расположение - периферическая, центральная, периуретральная зона
- Сосудистый рисунок: не изменен, изменен (усилен, деформирован, гиперваскулярные изменения в периферии).

По результатам ТРУЗИ к подозрительным на присутствие рака предстательной железы признакам следует отнести наличие патологического гипоехогенного (смешанной эхогенности) фокуса в периферической части предстательной железы, появление которого нельзя объяснить другими факторами (сосудистые структуры, нормальные анатомические зоны, кисты, артефакты), и/или асимметрию периферической части. Наличие гипоехогенного фокуса в центральной части предстательной железы (зона гиперплазии) необходимо принимать во внимание при сопутствующей асимметрии переходной зоны и/или нарушении в этом месте целостности хирургической капсулы и/или пальпации данного узла.

На основании полученных результатов специального обследования врач-уролог (врач-хирург) определяет необходимость направления пациента в специализированное учреждение (отделение) для выполнения биопсии предстательной железы

Показаниями для биопсии предстательной железы должны служить следующие параметры:

- подозрительные на рак предстательной железы изменения (диффузное или очаговое уплотнение, бугристые контуры, асимметрия, неподвижность предстательной железы или фиксированность к ней слизистой прямой кишки) при пальцевом ректальном исследовании;
- уровень сывороточного ПСА выше возрастной нормы.

Вышеуказанные вероятные признаки опухоли по данным ТРУЗИ могут быть

рассмотрены как показания к биопсии предстательной железы только в дополнение к патологическим пальпаторным изменениям предстательной железы и/или повышенному уровню ПСА.

При выявлении подозрения на злокачественную опухоль прямой кишки по результатам пальцевого ректального обследования пациент направляется на ректороманоскопию, которая проводится в рамках второго этапа диспансеризации.

При выявлении другой патологии мочеполовой системы и прямой кишки врач-хирург (врач-уролог) направляет пациента на необходимое обследование и лечение вне рамок диспансеризации.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ И КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

В соответствии с приказом МЗ РФ от 3 февраля 2015г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения» эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполняется на втором этапе диспансеризации по назначению врача-терапевта (при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта или для граждан в возрасте старше 50 лет при отягощённой наследственности по онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта).

Подготовка к исследованию.

При направлении на ЭГДС пациент должен получить подробные письменные инструкции по подготовке к этому эндоскопическому исследованию.

Подготовка пациента к ЭГДС, помимо отказа от приема пищи за 12-14 часов до исследования и жидкости за 4-6 часов до исследования должна включать прием жидких пеногасителей на основе симетикона и муколитиков на основе ацетилцистеиновой кислоты за 20-30 минут до начала эндоскопического исследования.

Пациент или его законный представитель должен быть ознакомлен и дать письменное информированное добровольное согласие (ИДС) на проведение ЭГДС.

Образец ИДС приведен ниже.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
РОССИЙСКОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО (РЭНДО)**

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

А д р е с ; т е л е ф о н ; ф а к с ; Э л е к т р о н н а я п о ч т а

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Утверждено МЗ РФ, РЭндО и Комитетом по этике Учреждения – дата утверждения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (ЭГДС).

Уважаемый пациент! Просим Вас внимательно прочитать все разделы этого документа, указать дату, Вашу фамилию, имя, отчество и поставить Вашу подпись в соответствующей графе этого юридического документа. Будем рады более подробно обсудить все возникшие вопросы с Вами и с близкими Вам людьми.

Рекомендованное Вам эндоскопическое исследование позволяет врачу осмотреть внутреннюю поверхность пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и выявить заболевания этих органов. В зависимости от показаний, оно производится в неотложном или плановом порядке. ЭГДС выполняется при помощи гибкого эндоскопа, который проводится в пищевод через рот; он не препятствует дыханию и не вызывает боли. С целью уточнения диагноза во время ЭГДС применяются дополнительные методы: **хромоскопия** (окраска слизистой оболочки), **pH-метрия** (исследование кислотности), **биопсия** (взятие образцов ткани на анализ). ЭГДС, как правило, выполняется после премедикации под местной анестезией, а в необходимых случаях - под внутривенной седацией или под наркозом. Средняя продолжительность исследования составляет 20-30

минут. Видеоматериалы и другие данные, полученные во время исследования, принадлежат клинике и могут быть использованы для научных и образовательных целей.

ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ: ЭГДС проводится натощак, поэтому не следует есть, пить и курить, по меньшей мере, в течение 6 часов до исследования; за 30 минут до его начала желательно принять очищающую эмульсию. Если Вы постоянно принимаете лекарственные средства, согласуйте режим и условия их приёма с врачом. Просим Вас прибыть в отделение эндоскопии в назначенное время с медицинской документацией и чистым полотенцем. В отделении Вас встретят врач и сестра; они помогут Вам подготовиться к проведению исследования и квалифицированно выполнят его.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: Предстоящее Вам эндоскопическое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов (не более 0,1%) и максимально бережное выполнение, всё же несёт в себе риск возникновения следующих осложнений: 1) повреждение зубов; 2) повреждение органа; 3) кровотечение; 4) затруднение дыхания, пневмония 5) сердечно-сосудистое расстройство; 6) местные и аллергические реакции; 7) обострение хронического заболевания. При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия.

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ: в течение 30 минут Вам не следует ничего есть и пить; если выполнялась биопсия, употребляйте охлаждённую пищу и напитки в течение суток. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами или принимать важные решения в течение 1 часа, а при выполнении внутривенной седации – в течение суток. Проинформируйте врача при появлении необычных симптомов и любых тревожащих Вас обстоятельств в первые часы и дни после исследования.

АЛЬТЕРНАТИВА ЭГДС. Эндоскопическое исследование является одним из самых достоверных методов диагностики. Однако, в силу объективных причин, его выполнение в полном объёме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Возможной альтернативой ЭГДС являются лучевые методы исследования (в первую очередь – рентгенологические) и видеокапсульная эндоскопия.

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭГДС И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью мне понятно. Мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы, связанные с предстоящим исследованием и меня полностью информировали о его назначении, особенностях проведения, возможных осложнениях и последствиях. Я доверяю врачу и его коллегам принять необходимое решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Дата: _____ ФИО _____ пациента/законного
представителя: _____ Подпись _____

ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ПЛАНИРУЕМОГО ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. Я информирован о возможных последствиях такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

Дата: _____ ФИО _____ пациента/законного
представителя: _____ Подпись _____

Подтверждаю, что мною объяснены пациенту свойства и предназначение эндоскопического исследования.

ФИО направившего на исследование врача	_____	Подпись _____
ФИО врача эндоскописта	_____	Подпись _____

Исследование

Скрининговая ЭГДС выполняется сертифицированным врачом-эндокопистом.

ЭГДС предпочтительно выполнять при помощи современных цифровых видеогастроскопов с торцевой оптикой, позволяющих, в отличие от фиброгастроскопов, реализовать возможности эндоскопии «высокой четкости», а также уточняющих методик «виртуальной хромоскопии» и увеличения.

Необходимым условием эффективности эндоскопического осмотра является адекватная анестезия во время исследования. ЭГДС может выполняться под местной анестезией (у пациентов не препятствующих соблюдению всех методических аспектов грамотного, неторопливого осмотра), а также с поверхностной и глубокой седацией или внутривенной анестезией. Решение о применении обезболивания принимается согласно клинической ситуации. Наиболее комфортные условия для исследования достигаются на фоне тотальной внутривенной анестезии с участием врача-анестезиолога.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) – наилучший способ верификации воспалительных и предраковых состояний/изменений, а также опухолей верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). Правильная реализация методики, а также грамотная трактовка полученных данных является залогом раннего выявления неопластических изменений, что улучшает конечные результаты лечения. Комплексная эндоскопическая диагностика способствует выявлению мельчайших изменений слизистой оболочки, а также четкой границы патологического очага, что важно при выборе места для щипцовой биопсии.

Методика диагностической ЭГДС включает в себя тщательный последовательный осмотр с фото/видео документированием всей поверхности слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Во время исследования необходимо отмывать от слизи и желчи все скрытые для осмотра участки слизистой оболочки. Осмотр проксимальных отделов желудка необходимо осуществлять, как в прямом, так и в инверсионном положении аппарата. При осмотре двенадцатиперстной кишки эндоскоп необходимо проводить, как минимум, до её ниже-горизонтального (третьего) отдела.

При проведении ЭГДС врач-эндокопист в обязательном порядке оценивает и отражает в протоколе исследования: состояние просвета, стенки, слизистой оболочки и сосудистого рисунка ВОПТ; наличие контактной или спонтанной кровоточивости, дефектов слизистой, присутствие эпителиальных и/или подслизистых образований и любое другое отклонение от нормы. На протяжении всего осмотра проводится активный поиск патологических, в том числе, предраковых состояний (пищевод Барретта, атрофический гастрит) или изменений (дисплазия) слизистой.

Локализация патологических изменений должна оцениваться и отражаться в протоколе исследования согласно анатомическим ориентирам. Расстояние от резцов (в сантиметрах) указывается при описании уровня расположения пищеводного отверстия диафрагмы и при локализации патологического очага в пищеводе/пищеводно-желудочном переходе.

Методами улучшения визуализации во время ЭГДС служат аутофлюоресцентное исследование («сигнальная» методика обнаружения новообразования), хромоскопия раствором Люголя (пищевод), уксусной кислоты, метиленовой синей, индигокармина, или виртуальная хромоскопия (NBI, FICE, I-scan и т.д.).

Хромоскопия или виртуальная хромоскопия, по возможности с увеличением, должны в обязательном порядке использоваться при: оценке структуры поверхности эпителиальных образований; определении границ эпителиальных образований, в первую очередь неполипозидных; осмотре рубца после ранее произведенного удаления образования.

Полноценное эндоскопическое исследование у пациентов с пищеводом Барретта возможно лишь при отсутствии выраженных воспалительных изменений в

пищевод, затрудняющих определение границ патологических участков и характера возможных диспластических изменений в слизистой оболочке. С целью уменьшения желудочно-пищеводного рефлюкса и нивелирования его последствий рекомендуется предварительное медикаментозное лечение. При обнаружении пищевода Барретта показано выполнение четырехквadrантной биопсии через каждые 2 см на протяжении всего сегмента пищевода Барретта и прицельной биопсии из наиболее подозрительных участков, что дает возможность выявить кишечную метаплазию и возможную дисплазию эпителия в этих зонах.

При низкой степени дисплазии целесообразно проведение эндоскопического лечения пищевода Барретта (эндоскопическая резекция локальных поражений с последующей эндоскопической абляцией всего сегмента). Наличие высокой степени дисплазии в сегменте пищевода Барретта является абсолютным показанием для оперативного лечения – тотальной эндоскопической резекции всего эпителия Барретта.

Хронический атрофический гастрит и кишечная метаплазия - фон, на котором развивается дисплазия и аденокарцинома желудка кишечного типа, поэтому они и рассматриваются как предраковые состояния. Локализация воспалительных изменений слизистой оболочки в пределах антрального отдела желудка без атрофии и кишечной метаплазии определяется как диффузный антральный гастрит. Наличие множественных очагов атрофии слизистой оболочки и/или кишечной метаплазии, включая малую кривизну тела желудка и свод желудка, определяется как мультифокальный атрофический гастрит.

Дисплазия слизистой оболочки представляет собой предпоследнюю стадию канцерогенеза рака и гистологически определяется как неоплазия без признаков тканевой инвазии. Дисплазия, являясь непосредственно предраковым изменением, характеризуется клеточной атипией, отражающей патологическую дифференцировку и дезорганизацию железистых структур. Правильная диагностика и стадирование дисплазии имеют решающее значение, потому что определяют как риск злокачественного перерождения, так и риск метахронного рака пищевода или желудка. Для оценки степени риска развития рака желудка рекомендуется использовать системы гистопатологического стадирования (OLGA или OLGIM).

Для адекватного стадирования и классификации предраковой патологии пищевода или желудка рекомендуется выполнение щипцовой биопсии. Ввиду того, что атрофия и кишечная метаплазия, как правило, неравномерно распределены по слизистой оболочке желудка, рекомендовано выполнять произвольную биопсию, по крайней мере, из пяти произвольных точек двух отделов желудка (по малой и большой кривизне антрального отдела и тела желудка, а также из области угла) в отдельные препараты. Дополнительно при выявлении локальных патологических участков в пищеводе или желудке рекомендовано выполнение отдельной биопсии. В случае выявления инфекции *Helicobacter pylori* рекомендуется проведение эрадикации, как способа предотвращения дальнейшего развития дисплазии высокой степени и раннего рака желудка.

Пациентам с дисплазией низкой степени в случае наличия видимого при эндоскопии патологического участка показана эндоскопическая резекция для получения более точного гистологического диагноза. В случае наличия дисплазии высокой степени при отсутствии эндоскопически видимого патологического участка в срочном порядке показано повторное эндоскопическое исследование с выполнением множественной биопсии и дальнейшее наблюдение с интервалом 6-12 месяцев. Пациентам с видимым при эндоскопии патологическим участком дисплазии или раннего рака показано стадирование процесса и эндоскопическая резекция.

При выявлении (ново)образования ВОПТ должны быть указаны: его локализация, размер, макроскопический тип и тип структуры поверхности образования. Также отмечается наличие кровоточивости (контактной или спонтанной), язвенных дефектов и стенозирования просвета органа.

Макроскопический тип поверхностного эпителиального новообразования должен описываться согласно Парижской классификации, как полиповидный (на ножке - *Ip* или широком основании - *Is*); плоский (плоский приподнятый - *IIa*, плоский плоский - *IIb*, плоский углубленный – *IIc*, смешанный); изъязвлённый (*тип III*). Макроскопический тип распространённого злокачественного эпителиального новообразования должен описываться согласно классификации Боррманн.

Макроскопическая классификация рака пищеварительного тракта

Поверхностный тип 0	Поверхностные выступающие и невыступающие эпителиальные новообразования (и не только рак!)
Распространённый тип 1	Выступающий (полиповидный) рак, обычно расположенный на широком основании (грибовидная форма рака)
Распространённый тип 2	Изъязвленный рак с чётко отграниченными и приподнятыми краями (блюдцеобразная форма рака)
Распространённый тип 3	Изъязвлённый, инфильтративно растущий рак без чётких границ (инфильтративно-язвенная форма рака)
Распространённый тип 4	Диффузно инфильтрирующий рак без изъязвления.
Распространённый тип 5	Неклассифицируемая распространённая опухоль.

Тип микроструктуры поверхности образования должен описываться как структурный (возможна четкая визуализация кишечных ямок и/или регулярного микрососудистого рисунка) и не структурный (кишечный ямки не видны, бесформенная, с хаотичным микрососудистым рисунком поверхность). По возможности, указывается тип ямочного рисунка как регулярный (округлый, удлинённый, извитой) или нерегулярный (ямки различного размера и формы) и тип микрососудистой архитектоники как регулярный (округлая сеть, палочковидный равномерный рисунок) или нерегулярный (мелкая угловатая сеть, разрозненные извитые сосуды, неравномерно сильно расширенные извитые сосуды). Также указывается наличие или отсутствие четко видимой границы между поражением и окружающей слизистой оболочкой - демаркационной линии. Данные характеристики соответствуют VS-классификации эпителиальных новообразований желудка (К. Уао, 2009 г.).

Доброкачественные эпителиальные образования желудка (за исключением гиперпластических полипов, имеющих неосложненное течение и не превышающих в размерах 1.0 см), которые можно удалить путём петлевой электроэксцизии, рекомендуется удалять без предварительной щипцовой биопсии (при наличии организационной /технической возможности и отсутствии противопоказаний). В противном случае из всех одиночных образований верхних отделов пищеварительного тракта должна быть выполнена щипцовая биопсия, методика которой, в зависимости от размера образования, предусматривает взятие 2-6 биоптатов из разных участков опухоли. При наличии множественных полипов биопсия выполняется из наиболее крупных образований, а также из участков, подозрительных на наличие неопластических изменений. Наличие аденоматозных полипов, а также осложненное течение гиперпластических полипов является показанием для их эндоскопического удаления в условиях стационара.

В том случае, если доброкачественные эпителиальные образования ВОПТ не удалены во время первичной ЭГДС должна быть оценена и указана возможность их эндоскопического удаления в последующем (возможно/затруднено/не возможно). Все удаленные эпителиальные образования (полипы) ВОПТ должны быть извлечены и направлены на патоморфологическое исследование.

Хроническая язва желудка также относится к предраковым состояниям, поэтому при ее обнаружении необходимо выполнять щипцовую биопсию: 4-5 кусочков ткани из края язвы, а также из всех участков неопластической трансформации окружающей слизистой, которые могут быть выявлены при внимательном осмотре с применением уточняющих методик (хромоскопия, NBI, ZOOM).

После исследования.

После проведения ЭГДС врач-эндоскопист должен подготовить письменный протокол исследования, включающий описательную часть, заключение (эндоскопический диагноз, в соответствии с приведенной таблицей), иллюстративную часть (эндофотографии) и рекомендации. В протоколе ЭГДС должно быть подробно описано любое отклонение от нормы. Заключение эндоскопического исследования должно быть составлено согласно «Минимальной Стандартной Терминологии» (версия 3.0). Копия протокола исследования должна оставаться в архиве лечебного учреждения.

Ежегодно в обязательном порядке должен проводиться анализ качества выполнения скрининговой ЭГДС каждым врачом и отделением (кабинетом) эндоскопии в целом. Анализ качества должен в обязательном порядке включать следующие параметры: частота и причины прекращения/неполноценного выполнения исследования; частота выявления пищевода Барретта, атрофического гастрита и кишечной метаплазии в желудке, аденом, ранних и запущенных раков; частота и вид осложнений.

При установлении эндоскопического диагноза для ВОПТ следует использовать нижеперечисленные термины. Предлагается возможность оценивать диагноз как: «установленный без сомнения» (установлен диагноз:...); «предполагаемый» (подозрение на...); полностью исключённый» (исключён диагноз...).

Список эндоскопических диагнозов, используемых для верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Пищевод
Ахалазия
Пищевод Барретта
Доброкачественная стриктура
Рефлюкс-эзофагит
Кольцо Шацкого
Рубец
Хиатальная грыжа
Разрыв Мэллори-Вейсс
Другие эзофагиты
Паразиты
Состояние после склеротерапии
Эозинофильный эзофагит
Доброкачественная опухоль пищевода
Химическое поражение (ожог) пищевода
Рак пищевода
Кандидоз пищевода
Дивертикул пищевода
Фистула пищевода
Инородное тело пищевода
Полип пищевода

Послеоперационный вид пищевода (состояние после операции)
Стриктура пищевода
Поверхностная неоплазия пищевода
Подслизистая опухоль пищевода
Варикозное расширение вен пищевода
Сдавление извне
Желудок
Доброкачественная опухоль желудка
Рак желудка
Дивертикул желудка
Фистула желудка
Инородное тело желудка
Химическое поражение (ожог) желудка
Лимфома желудка
Полип(ы) желудка
Послеоперационный вид желудка (состояние после операции)
Гастростаз
Подслизистая опухоль желудка
Поверхностная неоплазия желудка
Язва желудка
Кровотечение из язвы желудка
Язва анастомоза желудка
Варикозное расширение вен желудка
Гастропатия - эрозивная
Гастропатия - геморрагическая
Гастропатия - гиперемическая
Гастропатия - гипертрофическая
Гастропатия – НПВС-ассоциированная
Гастропатия при портальной гипертензии
Гастропатия папулёзная
Стеноз привратника
Кровотечение из неустановленного источника
Абберантная поджелудочная железа
Поражение Дъелафуа
Двенадцатиперстная кишка
Доброкачественная опухоль двенадцатиперстной кишки
Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
Рак двенадцатиперстной кишки
Дивертикул двенадцатиперстной кишки
Фистула двенадцатиперстной кишки
Полип двенадцатиперстной кишки
Послеоперационный вид двенадцатиперстной кишки (состояние после операции)
Подслизистая опухоль двенадцатиперстной кишки

Поверхностная неоплазия двенадцатиперстной кишки
Язва двенадцатиперстной кишки
Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки
Дуоденопатия - эрозивная
Дуоденопатия - геморрагическая
Дуоденопатия - гиперемическая
Целиакия
Болезнь Крона

Дальнейшее наблюдение.

Пациентам с большой распространенностью атрофии и/или кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка показано эндоскопическое наблюдение 1 раз в 3 года. Пациентам с ограниченной атрофией и/или кишечной метаплазией слизистой оболочки антрального отдела желудка, наблюдение необязательно.

Пациентам с дисплазией низкой степени при отсутствии видимого при эндоскопии патологического участка, показано наблюдение в течение 1 года после установления диагноза.

В случае наличия дисплазии высокой степени при отсутствии эндоскопически видимого патологического участка в срочном порядке показано повторное эндоскопическое исследование с выполнением множественной биопсии и дальнейшее наблюдение с интервалом 6-12 месяцев.

Всем пациентам с хронической язвой желудка показано повторное эндоскопическое исследование с повторной биопсией через 4 недели и далее с интервалом в 2-4 недели вплоть до полного заживления, с целью контроля эпителизации язвенного дефекта и исключения неопластического процесса.

Обработка и дезинфекция оборудования.

Необходимо четко следовать требованиям к комплексной дезинфекции оборудования. Стандартное микробиологическое исследование эндоскопов должно проводиться с интервалами не превышающими 3-х месяцев.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ И КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА КОЛОНОСКОПИИ И РЕКТОРОМАНОСКОПИИ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

В соответствии с приказом МЗ РФ от 3 февраля 2015г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения» колоноскопия или ректороманоскопия выполняются на втором этапе диспансеризации по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога, в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки.

Подготовка к исследованию.

При направлении на колоноскопию пациент должен получить подробные письменные инструкции по подготовке к этому эндоскопическому исследованию.

Пациент должен соблюдать бесшлаковую диету в течение 3 суток до исследования, вне зависимости от используемого метода подготовки.

Стандартным методом подготовки кишечника к колоноскопии является использование 4 литров раствора на основе полиэтиленгликоля в режиме раздельного приема (2 литра вечером накануне исследования + 2 литра утром в день исследования) или применение осмотических слабительных препаратов на основе минеральных солей, также в режиме раздельного приёма (вечер – утро). Рекомендуется включать в состав средств подготовки пеногасители на основе симетикона. Колоноскопию рекомендуется выполнять в интервале от 4-х до 6 часов после приёма последней порции препарата.

Альтернативные методы подготовки (растворы полиэтиленгликоля в объёме 2-3 литра, сочетание растворов полиэтиленгликоля и стимулирующих слабительных, сифонные клизмы и т.д.) могут назначаться в отдельных клинических случаях, когда проведение стандартных методов подготовки противопоказано или невозможно.

Пациент или его законный представитель должен быть ознакомлен и дать письменное информированное добровольное согласие (ИДС) на проведение колоноскопии. Образец ИДС приведен ниже.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ РОССИЙСКОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО (РЭНДО)

Наименование учреждения

Адрес; телефон; факс; Электронная почта

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Утверждено МЗ РФ, РЭндО и Комитетом по этике Учреждения – дата утверждения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ / ОПЕРАТИВНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ

Уважаемый пациент! Просим Вас внимательно прочитать все разделы этого документа, указать дату, Вашу фамилию, имя, отчество и поставить Вашу подпись в соответствующей графе этого юридического документа. Будем рады более подробно обсудить все возникшие вопросы с Вами и с близкими Вам людьми.

Рекомендованное Вам эндоскопическое исследование позволяет врачу осмотреть внутреннюю поверхность толстой кишки, в ряде случаев – дистальные отделы тонкой кишки, и выявить их заболевания. В зависимости от показаний, оно производится в неотложном или плановом порядке. Колоноскопия выполняется при помощи гибкого эндоскопа, который проводится в прямую кишку через задний проход. Проведение

эндоскопа, как правило, не вызывает боли, однако возможен дискомфорт и ощущение вздутия живота. С целью уточнения диагноза во время **КОЛОНОСКОПИИ** применяются дополнительные методы: **хромоскопия** (окраска слизистой оболочки), **биопсия** (взятие образцов ткани на анализ). Во время колоноскопии могут быть выполнены **ЛЕЧЕБНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: полипэктомия** (удаление полипов толстой кишки), **резекция слизистой оболочки** (удаление полипов с окружающими тканями). Колоноскопия, как правило, выполняется под местной анестезией, а в необходимых случаях – с премедикацией; под внутривенной седацией или под наркозом. Средняя продолжительность исследования составляет 60 минут. Видеоматериалы и другие данные, полученные во время исследования, принадлежат клинике и могут быть использованы для научных и образовательных целей.

ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ: Успех исследования напрямую зависит от качества подготовки толстой кишки. Существует несколько методов подготовки кишки к исследованию. Обсудите подходящий для Вас вариант подготовки с врачом. В течение трёх суток до исследования Вам рекомендована бесшлаковая диета с исключением из рациона растительной клетчатки (фрукты, овощи, зерносодержащие продукты), но неограниченным количеством прозрачных жидкостей. Непосредственно в процессе подготовки кишки принимать пищу не следует. Если Вы постоянно принимаете лекарственные средства, согласуйте режим и условия их приёма с врачом. Просим Вас прибыть в отделение эндоскопии в назначенное время с медицинской документацией и чистой простыней. В отделении Вас встретят врач и сестра; они помогут Вам подготовиться к проведению исследования и квалифицированно выполнят его.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: Предстоящее Вам эндоскопическое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов (не более 0,4%) и максимально бережное выполнение, всё же несёт в себе риск возникновения следующих осложнений: 1) перфорация органа; 2) пневмоперитонеум; 3) кровотечение; 4) дыхательное и сердечно-сосудистое расстройство; 5) местные и аллергические реакции; 6) обострение хронического заболевания. При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия.

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ: может сохраняться ощущение вздутия живота, которое пройдет после отхождения газов; если дискомфорт и вздутие в животе сохраняются более 2 часов после исследования, можно принять эспумизан (2-3 капсулы или 2-3 мерные ложки суспензии), полифепам или активированный уголь. Если выполнялась биопсия, следует исключить физические нагрузки в течение суток. Вы должны следовать назначениям врача в отношении приема жидкости и пищи. В течение суток после исследования нежелательно есть свежие овощи, фрукты и пить газированные напитки. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами или принимать важные решения в течение 1 часа, а при выполнении внутривенной седации – в течение суток. Проинформируйте врача при появлении необычных симптомов и любых тревожащих Вас обстоятельств в первые часы и дни после исследования.

АЛЬТЕРНАТИВА КОЛОНОСКОПИИ. Эндоскопическое исследование является одним из самых достоверных методов диагностики. Однако, в силу объективных причин, его выполнение в полном объёме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Возможной альтернативой Колоноскопии являются лучевые методы исследования (в первую очередь – рентгенологические) и видеокапсульное исследование.

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью мне понятно. Мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы, связанные с предстоящим

исследованием и меня полностью информировали о его назначении, особенностях проведения, возможных осложнениях и последствиях. Я доверяю врачу и его коллегам принять необходимое решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Дата: _____ ФИО пациента/законного представителя: _____ Подпись _____

ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ПЛАНИРУЕМОГО ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. Я информирован о возможных последствиях такого отказа, а именно: поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

Дата: _____ ФИО пациента/законного представителя: _____ Подпись _____

Подтверждаю, что мною объяснены пациенту свойства и предназначение эндоскопического исследования.

ФИО направившего на исследование врача	_____	Подпись _____
ФИО врача эндоскописта	_____	Подпись _____

Исследование

Скрининговая колоноскопия выполняется сертифицированным врачом-эндоскопистом.

Для проведения скрининговой колоноскопии рекомендуется использовать видеокколоноскопы с высокой чёткостью изображения (HD).

Колоноскопия может выполняться без обезболивания, а также с поверхностной и глубокой седацией или внутривенной анестезией. Решение о применении обезболивания принимается согласно клинической ситуации.

Колоноскопия считается тотальной при интубации аппаратом купола слепой кишки. Эндоскопическими признаками тотальной колоноскопии является касание дистальным кончиком эндоскопа устья аппендикса и чёткая визуализация Баугиниевой заслонки, области устья аппендикса и участка слепой кишки, расположенного между ними. Также рекомендуется выполнять обследование терминального отдела подвздошной кишки.

Факт достижения подвздошной кишки и купола слепой кишки должен быть отражен в протоколе исследования и документирован путем выполнения эндофотографии устья аппендикса с расстояния 2-4 см, и эндофотографии всей слепой кишки с Баугиниевой заслонкой.

При невозможности достижения купола слепой кишки врач-эндоскопист в протоколе исследования должен указать отдел толстой кишки, до которого был выполнен осмотр (согласно анатомическим ориентирам) и причину по которой не удалось осмотреть вышележащие отделы (стенозирующая опухоль, доброкачественная стриктура, неудовлетворительная подготовка кишечника, технические сложности, нестабильная гемодинамика, отказ пациента от продолжения исследования, другое).

После достижения купола слепой кишки врач-эндоскопист должен провести внимательный осмотр всех отделов толстой кишки при извлечения аппарата (время извлечения аппарата должно составлять не менее 6 минут и должно быть зафиксировано в протоколе исследования).

При проведении колоноскопии врач-эндоскопист в обязательном порядке оценивает и отражает в протоколе исследования: качество подготовки толстой кишки; состояние просвета, стенки, тонуса, слизистой оболочки и сосудистого рисунка толстой кишки; наличие контактной или спонтанной кровоточивости, дефектов слизистой, присутствие эпителиальных и/или подслизистых образований и любое другое отклонение от нормы.

Качество подготовки толстой кишки рекомендуется оценивать по отделам (правая половина – поперечно-ободочная кишка с печёночным и селезёночным изгибами – левая

половина) и суммарно определять как адекватное (отличное и хорошее), позволяющее достоверно осмотреть все отделы прямой и ободочной кишки и неадекватное (посредственное и плохое) при котором достоверный осмотр всех отделов прямой и ободочной кишки невозможен, несмотря на ирригацию и аспирацию кишечного содержимого через колоноскоп.

Локализация патологических изменений должна оцениваться и отражаться в протоколе исследования согласно анатомическим ориентирам. Расстояние от ануса (в сантиметрах) указывается только при условии локализации патологического очага в прямой кишке и ректо-сигмоидном участке.

При выявлении образования толстой кишки должны быть указаны: его локализация, размер, макроскопический тип и тип структуры поверхности образования. Также отмечается наличие кровоточивости (контактной или спонтанной), язвенных дефектов и стенозирования просвета органа.

Макроскопический тип поверхностного эпителиального новообразования должен описываться согласно Парижской классификации, как полиповидный (на ножке - *Ip* или широком основании - *Is*), не полиповидный (плоский приподнятый - *Ila*, плоский плоский - *Ilb*, плоский углубленный - *Ilc*) и смешанный. При обнаружении стелящегося (латерально растущего) новообразования рекомендуется дополнительно указать его тип (зернистое или гладкое).

Макроскопический тип распространённого злокачественного эпителиального новообразования должен описываться согласно классификации Боррманн.

Макроскопическая классификация рака пищеварительного тракта

Поверхностный тип 0	Поверхностные выступающие и невыступающие эпителиальные новообразования (и не только рак!)
Распространённый тип 1	Выступающий (полиповидный) рак, обычно расположенный на широком основании (грибовидная форма рака)
Распространённый тип 2	Изъязвленный рак с чётко отграниченными и приподнятыми краями (блюдеобразная форма рака)
Распространённый тип 3	Изъязвлённый, инфильтративно растущий рак без чётких границ (инфильтративно-язвенная форма рака)
Распространённый тип 4	Диффузно инфильтрирующий рак без изъязвления.
Распространённый тип 5	Неклассифицируемая распространённая опухоль.

Тип микроструктуры поверхности образования должен описываться как структурный (возможна четкая визуализация кишечных ямок и/или регулярного микрососудистого рисунка) и не структурный (кишечный ямки не видны, бесформенная, с хаотичным микрососудистым рисунком поверхность). По возможности указывается тип кишечных ямок по классификации Кудо (I, II, IIIs, IIIl, IV, Vi, Vn).

Методами улучшения визуализации во время колоноскопии являются хромоскопия раствором индигокармина (0,1-0,5%) или виртуальная хромоскопия (NBI, FICE, I-scan и т.д.).

Хромоскопия или виртуальная хромоскопия должны в обязательном порядке использоваться при: оценке структуры поверхности эпителиальных образований; определении границ крупных неполиповидных образований; осмотре рубца после удаления образования фрагментами.

Тотальная хромоскопия с последующей прицельной биопсией должна в обязательном порядке выполняться у всех пациентов с длительным анамнезом (≥ 10 лет) болезни Крона толстой кишки и/или НЯК.

Тотальная хромокопия или виртуальная хромокопия (NBI, FICE, I-scan и т.д.) должна в обязательном порядке выполняться у всех пациентов с синдромом Линча или синдромом зубчатого полипоза толстой кишки.

Доброкачественные эпителиальные образования (полипы) толстой кишки (за исключением гиперпластических полипов прямой и дистальной половины сигмовидной кишки размером ≤ 5 мм), которые можно безопасно удалить путём холодной, в том числе петлевой биопсии, либо петлевой электроэксцизии, рекомендуется удалять во время первичной колоноскопии (при наличии организационной /технической возможности и отсутствии противопоказаний).

В том случае, если доброкачественные эпителиальные образования (полипы) толстой кишки не удалены во время первичной колоноскопии должна быть оценена и указана возможность их эндоскопического удаления в последующем (возможно/затруднено/не возможно).

Все удаленные эпителиальные образования (полипы) толстой кишки должны быть извлечены и направлены на патоморфологическое исследование.

Биопсия (≥ 5 биоптатов) новообразований толстой кишки должна выполняться при подозрении на его злокачественный характер.

Случайная биопсия из всех отделов толстой кишки (≥ 8 биоптатов) должна выполняться у всех пациентов с хронической диареей неясной этиологии с целью исключения микроскопического колита.

Биопсия должна выполняться у всех пациентов с подозрением на болезнь Крона толстой кишки и/или НЯК.

После исследования

После проведения колоноскопии врач-эндоскопист должен подготовить письменный протокол исследования, включающий описательную часть, заключение (эндоскопический диагноз, в соответствии с приведенной таблицей), иллюстративную часть (эндофотографии) и рекомендации. В протоколе колоноскопии должно быть подробно описано любое отклонение от нормы. Заключение эндоскопического исследования должно быть составлено согласно «Минимальной Стандартной Терминологии» (версия 3.0). Копия протокола исследования должна оставаться в архиве лечебного учреждения.

Ежегодно в обязательном порядке должен проводиться анализ качества выполнения скрининговой колоноскопии каждым врачом и отделением (кабинетом) эндоскопии в целом. Анализ качества должен в обязательном порядке включать следующие параметры: частота и причины прекращения колоноскопии до достижения купола слепой кишки, частота выявления аденом и раков толстой кишки, время извлечения колоноскопа, частота и вид осложнений.

При установлении эндоскопического диагноза для толстой кишки, следует использовать нижеперечисленные термины. Предлагается возможность оценивать диагноз как: «установленный без сомнения» (установлен диагноз:...); «предполагаемый» (подозрение на...); полностью исключённый» (исключён диагноз...).

Список эндоскопических диагнозов, используемых для нижних отделов желудочно-кишечного тракта

Термин
Ангиодисплазия/ангиоэктазия
Болезнь Крона неактивная (латентная) активная молниеносная
Геморрой
Дивертикулез толстой кишки

Дивертикулит толстой кишки
Илеит
Инородное тело толстой кишки
Колит - ишемический
Колит - псевдомембранозный
Колит язвенный неактивный (латентный) активный молниеносный
Колит/проктит радиационный
Новообразование эпителиальное поверхностное толстой кишки
Кондиломы
Кровотечение из неустановленного источника
Лимфома толстой кишки
Меланоз толстой кишки
Норма (нормальная толстая кишка)
Опухоль подслизистая Липома
Паразиты
Пневматоз толстой кишки
Полип(ы) толстой кишки
Полипоз толстой кишки (синдром)
Проктит
Рак толстой кишки Первичный Рецидивный (после операции/ в зоне анастомоза)
Свищ толстой кишки
Состояние после операции на кишке
Стриктура толстой кишки воспалительная послеоперационная злокачественная
Язва прямой кишки
Язва солитарная
Другой диагноз (указать)

Дальнейшее наблюдение.

Пациент должен получить письменные инструкции о времени проведения повторного исследования, данные врачом хирургом, колопроктологом или врачом эндоскопистом.

У пациентов *без патологии толстой кишки* контрольное исследование выполняется через 10 лет.

В *группе низкого риска* (выявлены и удалены 1-2 тубулярных аденомы < 10 мм с дисплазией легкой степени или зубчатые аденомы/полипы < 10 мм без дисплазии) контрольное исследование выполняется через 5 лет.

В *группе высокого риска* (выявлены и удалены ≥ 3 аденом, или размер ≥ 10 мм или тяжелая дисплазия или ворсинчатая аденома или зубчатые аденомы/полипы > 10 мм или с дисплазией) контрольное исследование выполняется через 3 года.

После *эндоскопического* удаления образования толстой кишки фрагментами первый контрольный осмотр проводится через 6 месяцев, затем используется стандартная схема наблюдения.

Пациентам с *синдромом Линча* или *синдромом зубчатого полипоза* контрольное исследование выполняется 1 раз в год.

Наблюдение *можно прекратить* при достижении пациентом возраста 80 лет (или раньше, в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни).

При *не вполне удовлетворительной подготовке* толстой кишки во время первичного исследования проводится повторная колоноскопия или в два раза сокращается интервал между контрольными осмотрами.

При *возникновении симптомов и положительном тесте на скрытую кровь* в период между контрольными колоноскопиями решение о выполнении колоноскопии принимается согласно клинической ситуации.

Обработка и дезинфекция оборудования.

Необходимо четко следовать требованиям к комплексной дезинфекции оборудования. Стандартное микробиологическое исследование эндоскопов должно проводиться с интервалами не превышающими 3-х месяцев.

Приложение № 16

**Объем диспансеризации и число
медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85 % от объема
обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина при прохождении диспансеризации**

Раздел.1. Перечень медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации у мужчин в определенные возрастные периоды. Число медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85 % (84 %) от объема обследования, установленного для данного возраста мужчины

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие	Возраст (лет)																												
	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99		
Первый этап диспансеризации																													
1. Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
2. Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Измерение артериального давления	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Определение уровня общего холестерина в крови (допускается экспресс-метод)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6. Опре- деле- ние	относительного суммарного сердечно-сосудистого риска	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7. Электрокардиография (в покое) <1>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8. Флюорография легких	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9. Клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

<1> Для мужчин в возрасте до 35 лет при первичном прохождении диспансеризации.

Раздел 2. Перечень медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации у женщин в определенные возрастные периоды. Число медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста женщины.

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие	Возраст (лет)																										
	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99
Первый этап диспансеризации																											
1. Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Измерение артериального давления	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Определение уровня общего холестерина в крови (допускается экспресс-метод)	+	+	+	+	+	+		+	+		+			+		+		+		+		+		+		+	
5. Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод)	+	+	+	+	+	+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	
6. Опре- деле- ние	относительного суммарного сердечно-сосудистого риска	+	+	+	+	+	+																				
	абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом																										
7. Электрокардиография (в покое) <1>																											
8. Осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (для женщин)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										
9. Флюорография легких	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10. Маммография обеих молочных желез (для женщин)																											
11. Клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов)	+	+	+	+	+	+		+		+		+		+		+		+		+		+		+		+	
12. Клинический анализ крови развернутый (с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови)																											

<1> Для мужчин в возрасте до 35 лет и для женщин в возрасте до 45 лет при первичном прохождении диспансеризации.

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие	Возраст (лет)																											
	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	
13. Анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансаминазы, аланин-аминотрансаминазы, глюкозы, холестерина)							+	+		+		+	+		+	+		+		+		+		+		+		
14. Общий анализ мочи	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
15. Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы)									+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										
16. Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразований органов брюшной полости, малого таза							+	+		+		+	+		+		+		+		+		+		+			
Для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников																												
17. Измерение внутриглазного давления							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
18. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Всего (100 %) мероприятий, число	11	11	11	11	11	11	13	13	14	15	15	15	15	15	15	14	14	13	13	11	11	11	11	11	11			
Округленное число мероприятий, составляющее 85 % от всего объема	9	9	9	9	9	10	11	11	12	13	13	13	13	13	13	12	12	11	11	9	9	9	9	9	9	9		

0

0