

# **РУКОВОДСТВО ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**



**РУКОВОДСТВО  
ПО  
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Под общей редакцией  
В.М. Чернышева

Новосибирск 2013

УДК 616-084.3-053.9 (035)

ББК 51.1 (2) 2

P85

**Авторский коллектив:**

Р.И. Айзман, Л.И. Антерейкина, Н.В. Гапиенко, А.Ю. Гендлин, О.Н. Герасименко, Е.Ю. Герман, В.А. Дробышев, А.И. Зинина, Н.П. Карева, А.И. Клевасов, В.А. Краснов, О.Ю. Лихачева, Л.А. Паначева, Т.И. Петренко, И.М. Поздняков, Л.Л. Позднякова, О.В. Пушкарев, Г.З. Рот, В.Б. Рубанович, О.В. Стрельченко, М.Л. Фомичева, В.М. Чернышев, Л.С. Шалыгина, Я.В. Шамсутдинов, О.В. Шелякина, Л.А. Шпагина, Е.И. Шульман

**Рецензенты:**

проф. В.А. Трешутин, проф. Г.Н. Царик

**Руководство по диспансеризации взрослого населения** / под общей редакцией В.М. Чернышева. – Новосибирск. – ЗАО ИПП «Офсет», 2013. – 543 с.

P85

ISBN 978-5-85957-098-0

В книге авторами поднимается одна из важнейших проблем современности – организация диспансеризация населения и повышение ее эффективности. В связи с этим в ней обсуждаются как вопросы организации: правовые, управления, информатизации, экспертизы временной нетрудоспособности и определение эффективности, а так же такие как формирование здорового образа жизни, скрининговой оценки состояния здоровья и ранней диагностики заболеваний.

Для тех, кто непосредственно осуществляет диспансерное наблюдение значительный интерес представляют разделы, посвященные реабилитации, рациональному питанию, фитотерапии и рекомендации по проведению гигиенического обучения и воспитанию населения.

В последней главе представлены рекомендации по наблюдению при отдельных заболеваниях, в т.ч. за лицами, получившими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Книга представляет интерес для организаторов здравоохранения всех уровней и практических врачей. Может использоваться в педагогическом процессе в медицинских вузах.

УДК 616-084.3-053.9 (035)

ББК 51.1 (2) 2

ISBN 978-5-85957-098-0

© Коллектив авторов, 2013 г

## РЕЦЕНЗЕНТЫ:

**ТРЕШУТИН ВЛАДИМИР АППОЛИНАРЬЕВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель управления Росздравнадзора по Алтайскому краю, государственный советник РФ 2 класса, профессор кафедры терапии и семейной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Алтайского государственного медицинского университета, Отличник здравоохранения РФ, автор более 200 научных публикаций.

**ЦАРИК ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА** – доктор медицинских наук, профессор, директор Института социально-экономических проблем здравоохранения, заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики Кемеровской государственной медицинской академии. Отличник здравоохранения РФ, Заслуженный работник высшей школы РФ. Удостоена международной награды «Элита женского делового сообщества» (2011 г.). Член редакционной коллегии журналов «Проблемы стандартизации в здравоохранении», «Евразийский медицинский журнал» и экспертного совета журнала «Здравоохранение». Академик Российской Академии естественных наук и Петровской Академии наук и искусств.

Автор 253 научных работы, в т.ч. 2 учебников по общественному здоровью и здравоохранению, 10 монографий, 30 методических рекомендаций.

## ОБЩАЯ РЕДАКЦИЯ:

**ЧЕРНЫШЕВ ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ** – доктор медицинских наук, заведующий отделом науки и инновационной деятельности ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета, член редколлегии двух научных журналов, член-корреспондент РАМТН, Почетный академик межрегиональной академии наук, Заслуженный работник здравоохранения России, Кавалер Золотого Почетного знака «Достояние Сибири», автор 245 печатных работ, в т.ч. 15 монографий.

## АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

**АЙЗМАН РОМАН ИДЕЛЕВИЧ** – доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности Новосибирского государственного педагогического университета, заслуженный деятель науки РФ, отличник народного образования РФ, член-корреспондент Международной Академии наук высшей школы, Почетный профессор Тывинского государственного университета. Иностраный член Американского физиологического общества, действительный член Европейского общества педиатров-нефрологов, член редколлегии двух научных ВАКовских журналов. В 1996 г. включен в Международный биографический справочник известных деятелей науки. Награжден Почетным знаком «Достояние Сибири», Золотой медалью «За вклад в науку» Американского биографического института. Автор около 500 научных и методических работ, в том числе 20 монографий, 72 учебных пособий, 239 статей в реферируемых журналах и 13 рац. предложений, патентов, регистрационных свидетельств.

**АНТЕРЕЙКИНА ЛАРИСА ИВАНОВНА** – заместитель главного врача Новосибирского областного наркологического диспансера, главный детский нарколог Министерства здравоохранения Новосибирской области, врач психиатр-нарколог высшей квалификационной категории. Автор свыше 15 публикаций.

**ГАПИЕНКО НАДЕЖДА ВЛАДИМИРОВНА** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета, автор 16 научных публикаций.

**ГЕРАСИМЕНКО ОКСАНА НИКОЛАЕВНА** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница № 2», главный диетолог Минздрава Новосибирской области, профессор кафедры терапии с курсом

клинической диетологии и нутрициологии Новосибирского государственного медицинского университета, автор более 100 публикаций, в т.ч. 6 монографий

**ГЕРМАН ЕВГЕНИЯ ЮЛЬЕВНА** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета. Пульмонолог высшей категории. Член Российского респираторного общества. Автор 40 печатных работ. Главный внештатный специалист Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска по экспертизе временной нетрудоспособности и ведомственному контролю качества.

**ДРОБЫШЕВ ВИКТОР АНАТОЛЬЕВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий курсом медицинской реабилитации при кафедре госпитальной терапии и медицинской реабилитации ГБОУ ВПО НГМУ, главный внештатный специалист-физиотерапевт при Министерстве здравоохранения НСО, председатель ассоциации врачей-физиотерапевтов Новосибирской области, председатель проблемной комиссии «Актуальные проблемы восстановительной медицины и курортологии» при ГБОУ ВПО НГМУ, председатель экспертной группы по аттестации врачей по физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии и ЛФК при Министерстве здравоохранения НСО. Автор 260 публикаций, в т.ч. 3 монографий

**ЗИНИНА АЛЛА ИВАНОВНА** – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская психиатрическая больница № 3», главный психиатр Минздрава Новосибирской области, автор 19 печатных работ, в т.ч. 1 монографии.

**КАРЕВА НИНА ПЕТРОВНА** – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации ГБОУ ВПО НГМУ, зам. председателя проблемной комиссии «Актуальные проблемы восстановительной медицины и курортологии»

при ГБОУ ВПО НГМУ, секретарь экспертной группы по аттестации врачей по физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии и ЛФК при Министерстве здравоохранения НСО. Автор 180 научных публикаций.

**КЛЕВАСОВ АЛЕКСЕЙ ИВАНОВИЧ** – кандидат медицинских наук, генеральный директор ЗАО «Здравмедтех-Н». Автор 16 публикаций, в т.ч. 1 монографии

**КРАСНОВ ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, заведующий кафедрой фтизиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета, член Российского общества фтизиатров, Заслуженный врач РФ. Автор 346 публикаций, в т.ч. 9 монографий

**ЛИХАЧЕВА ОКСАНА ЮРЬЕВНА**, кандидат экономических наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета, арбитр Сибирского третейского суда, член Ассоциации юристов России, автор 24 научных публикаций.

**ПАНАЧЕВА ЛЮДМИЛА АЛЕКСЕЕВНА** – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации НГМУ, куратор отделения профпатологии ГБУЗ НСО «ГКБ № 2». Член областного экспертного совета по медицине труда, член межведомственного радиационного совета при Новосибирском областном клиническом диагностическом центре, член аттестационной врачебной комиссии по диетологии. Автор 350 публикаций, в т.ч. 2 монографий.

**ПЕТРЕНКО ТАТЬЯНА ИГОРЕВНА** – доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, член Российского общества фтизиатров, автор 92 публикаций, в т.ч. 1 монографии

**ПОЗДНЯКОВ ИВАН МИХАЙЛОВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский городской перинатальный центр», профессор кафедры акушерства и гинекологии Новосибирского государственного медицинского университета, Заслуженный врач РФ. Автор около 100 научных публикаций, в т.ч. 2 монографий.

**ПОЗДНЯКОВА ЛАРИСА ЛЕОНИДОВНА** – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1» главный инфекционист Минздрава Новосибирской области, обладатель международного сертификата JCHGCP «Good Clinical Practice for Investigators» (для проведения международных клинических исследований), Заслуженный врач РФ, автор 33 печатных работ.

**ПУШКАРЕВ ОЛЕГ ВЛАДИМИРОВИЧ** – доктор медицинских наук, начальник службы организационно-методической и информационно-аналитической работы ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», ведущий научный сотрудник лаборатории стратегического планирования в здравоохранении ФГБУ «НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» СО РАМН, профессор кафедры экономики и управления в здравоохранении Новосибирского государственного медицинского университета. Автор 107 научных работ, в том числе 3 монографий.

**РОТ ГЕННАДИЙ ЗАХАРОВИЧ** – кандидат медицинских наук, главный врач ГАУЗ Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1», заместитель председателя межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение», академик РАМТН, Заслуженный врач РФ. Автор 80 публикаций.

**РУБАНОВИЧ ВИКТОР БОРИСОВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры физической культуры и анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности Новосибирского государственного педагогического университета. Автор около 200 научных работ, в том числе 5 монографий, 8 учебных пособий, 76 статей в реферируемых журналах, 4 регистрационных свидетельств.

**СТРЕЛЬЧЕНКО ОКСАНА ВЛАДИМИРОВНА** – кандидат медицинских наук, директор ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», автор более 30 печатных работ, в т.ч. 3 монографий.

**ФОМИЧЕВА МАРИНА ЛЕОНИДОВНА** – кандидат медицинских наук, директор Государственного казенного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городской медицинской информационно-аналитический центр», главный специалист по профилактической медицине Министерства здравоохранения Новосибирской области, руководитель Новосибирского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации». Автор 37 печатных работ, в т.ч. 1 монография.

**ШАЛЫГИНА ЛАДА СТАНИСЛАВОВНА** – кандидат медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «Новосибирский НИИТО» Минздрава РФ, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей Новосибирского государственного медицинского университета, ученый секретарь проблемной комиссии «Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения и фармации» НГМУ. Член правления Новосибирской областной ассоциации врачей, исполнительным директором межрегиональной Ассоциации хирургов-вертебрологов. Автор более 80 научных публикаций.

**ШАМСУТДИНОВ ЯРОСЛАВ ВАЛЕРЬЕВИЧ** – заведующий отделением новосибирского областного наркологического диспансера врач-статистик высшей квалификационной категории. Автор 13 публикаций, в т.ч. 1 монографии.

**ШЕЛЯКИНА ОКСАНА ВИКТОРОВНА** – кандидат медицинских наук, руководитель центра восстановительного лечения Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии, ведущий специалист центра прототипирования реабилитационных технологий Новосибирского медицинского технопарка, преподаватель кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации Новосибирского государственного медицинского университета, врач физиотерапевт высшей категории. Автор 18 научных публикаций.

**ШПАГИНА ЛЮБОВЬ АНАТОЛЬЕВНА** – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ НСО «ГКБ № 2», зав. кафедрой госпитальной терапии и медицинской реабилитации НГМУ. Заслуженный врач России. Академик Международной академии естественных наук; член-корреспондент РАЕН; член Европейского респираторного общества, Российского общества пульмонологов, координационного совета по курортологии,

лечебному питанию и физиотерапии, зам. председателя областного экспертного совета по медицине труда, член редакционного совета журнала «Медицина труда и промышленная экология». Автор более 600 публикаций в отечественной и зарубежной печати, в т.ч. 8 монографий.

**ШУЛЬМАН ЕФИМ ИОСИФОВИЧ**, кандидат биологических наук, генеральный директор Научно-инновационной компании «Медицинские Информационные Технологии» – являющейся резидентом Технопарка Новосибирского Академгородка и разработчиком КИС ДОКА+. Автор более 200 научных публикаций.

## Список сокращений

АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
АПУ	– амбулаторно-поликлинические учреждения
ВБ	– вибрационная болезнь
ГХС	– гиперхолестеринемия
Д	– диспансеризация
ДД	– дополнительная диспансеризация
ДС	– дневной стационар
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИППП	– инфекции передаваемые половым путем
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
ЛВ	– локальная вибрация
ЛФК	– лечебная физкультура
ЛПУ	– лечебно-профилактические учреждения.
МЗиСР	– министерство здравоохранения и социального развития
МКБ	– международная классификация болезней
МП	– медицинской помощи
НИЗ	– неинфекционные заболевания
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ОРВИ	– острые респираторные вирусные инфекции
ОХС	– общий холестерин
ПДК	– предельно допустимые концентрации
ПМО	– периодические медицинские осмотры
ПДУ	– предельно-допустимый уровень
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
ПР	– профессиональный риск
СД	– сахарный диабет
СнД	– стационар на дому
СМИ	– средства массовой информации
СН	– санитарные нормы
СП	– структурные подразделения
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита
СР	– суммарный риск
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ССО	– сердечно-сосудистые осложнения
ФОМС	– фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ	– фонд оплаты труда
ФР	– фактор риска
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХС ЛПН	– липопротеиды низкой плотности
ХС ЛПВ	– липопротеиды высокой плотности
ЧСС	– число сердечных сокращений
ЭВН	– экспертиза временной нетрудоспособности.

# СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	6
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b> .....	7
<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	10
<b>Раздел I. ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ</b> .....	11
<b>Раздел II. ИСТОРИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РОССИИ</b> .....	15
<b>Раздел III. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАН</b> .....	18
1. Права пациента при проведении диспансеризации .....	20
2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.....	21
3. Соблюдение врачебной тайны .....	23
4. Порядок проведения диспансеризации.....	23
5. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья.....	25
6. Правовое регулирование финансового обеспечения диспансеризации .....	25
<b>Раздел IV. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	27
<b>Раздел V. УПРАВЛЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ</b> .....	29
1. Планирование диспансеризации .....	30
2. Организация диспансеризации .....	32
3. Мотивация .....	37
4. Организация контроля .....	47
<b>Раздел VI. УЧАСТИЕ ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	52
<b>Раздел VII. РОЛЬ И МЕСТО СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	59
<b>Раздел VIII. СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	67
1. Виды стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи .....	68
2. Дневные стационары в амбулаторно-профилактических учреждениях .....	68
3. Дневные стационары в больницах .....	69
4. Дневные стационары на дому.....	69
5. Редкие формы оказания стационарозамещающей медицинской помощи.....	70
6. Методические основы организации стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи .....	71
7. Основные показатели и анализ работы дневных стационаров .....	72
<b>Раздел IX. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	73
1. Значение информатизации здравоохранения на современном этапе.....	74
2. Преимущества использования клинических информационных систем .....	76
3. Общие сведения о клинической информационной системе ДОКА+.....	77
4. Ведение диспансерного учёта в системе ДОКА+.....	79
<b>Раздел X. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ</b> .....	81
<b>Раздел XI. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ</b> .....	88
1. Современные методы оценки эффективности в здравоохранении .....	89
2. Экономическая и медико-социальная эффективность диспансеризации .....	93
3. Диспансеризация и скрининговые программы с позиций доказательной медицины.....	102
<b>Раздел XII. УЧЕТНО-ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И СТАТИСТИКА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ</b> .....	107
<b>Раздел XIII. ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b> .....	111
1. Образ жизни как социальная проблема .....	111
2. Физическая культура – основа здорового образа жизни .....	115
3. Утренняя гигиеническая гимнастика и закаливание .....	143
4. Значение рационального питания в системе здорового образа жизни .....	150
5. Роль режима труда и отдыха дня для сохранения здоровья.....	161
6. Вредные привычки – враг здоровью .....	164
7. Психоэмоциональная культура как компонент здорового образа жизни .....	167
<b>Раздел XIV. МЕТОДЫ СКРИНИНГ ДИАГНОСТИКИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА</b> .....	173
1. Морфологические показатели.....	173
2. Функциональные показатели .....	174
3. Биохимические показатели .....	178
4. Психологические показатели .....	187



<b>Раздел XV. ПСИХОЛОГИИ ОБРАЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ</b> .....	190
<b>Раздел XVI. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА</b> .....	196
1. Медицинская реабилитация при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата .....	202
2. Медицинской реабилитации при хронической обструктивной болезни легких .....	213
3. Принципы медицинской реабилитации больных инфарктом миокарда .....	219
4. Принципы медицинской реабилитации после операций на органах пищеварения .....	228
5. Медицинская реабилитации больных после операций на желудке .....	228
6. Медицинская реабилитации больных после операций на желчном пузыре и желчных путях .....	229
7. Медицинская реабилитация при урологических и нефрологических заболеваниях .....	231
<b>Раздел XVII. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ (диетотерапия в домашних условиях)</b> .....	232
1. Организация лечебного и профилактического питания .....	233
2. Основные варианты диет, используемых в лечебном питании .....	234
3. Питание при некоторых заболеваниях .....	240
4. Энтеральное питание .....	257
<b>Раздел XVIII. ФИТОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> .....	260
1. Приготовление простых лекарственных препаратов .....	260
2. Лекарственные растения в диетотерапии .....	261
3. Лекарственные сборы и отвары растений, применяемые при различных заболеваниях. Общие правила .....	271
4. Заболевания органов дыхания .....	271
5. Заболевания печени, желчевыводящих путей и хронический панкреатит .....	271
6. Заболевания почек и мочевого пузыря .....	272
7. Хронические пиелонефрит и цистит .....	273
8. Почечнокаменная болезнь .....	274
9. Заболевания суставов .....	274
10. Эндокринные заболевания .....	275
<b>Раздел XIX. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ</b> .....	279
1. Организация работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики медицинского учреждения .....	280
2. Планирование деятельности медицинской организации по гигиеническому обучению и воспитанию населения .....	280
3. Основные понятия: медицинская профилактика, санитарное просвещение, медицинские профилактические услуги, гигиена, экология .....	281
4. Гигиеническое обучение и воспитание населения .....	282
<b>Раздел XX. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	290
1. Диспансеризация работающего населения .....	290
2. Диспансеризация женщин .....	303
3. Организация диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими инфекционные заболевания .....	312
4. Профилактика и диспансеризация больных туберкулезом .....	314
5. Организация диспансерного наблюдения за пациентами, получившими высоко технологичную медицинскую помощь в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, позвоночника, головного мозга .....	322
6. Диспансеризация психически больных .....	323
7. Диспансеризация наркологических больных .....	329
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	341
I. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра .....	341
II. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения .....	344
III. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Методические рекомендации) .....	350
IV. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья (Методические рекомендации) .....	401
V. Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела (Методические рекомендации) .....	445
VI. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения (Методические рекомендации) .....	465
VII. Оказание медицинской помощи взрослому населению по оптимизации физической активности (Методические рекомендации) .....	479
VIII. Основные нормативные документы регламентирующие организацию диспансеризации населения .....	494
IX. Основные нормативные документы, регламентирующие работу медработников по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни .....	495
X. Извлечения из приказ Минздрава РФ № 455 от 23.09.2003 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» .....	495
XI. Извлечения из приказа Минздрава России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» .....	498

XII. Примерные нормативы времени на отдельные виды работ по гигиеническому воспитанию населения (в часах).....	498
XIII. Анкета для определения типа курительного поведения (Д. Хорна).....	499
XIV. Тест Фагенстрема на определение никотиновой зависимости .....	500
XV. Таблица оценки 10-летнего фатального риска ССЗ в Европейских регионах с высоким риском ССЗ на основании пола, возраста САД, ОХС и статуса курения.....	502
XVI. Оценка и прогноз по суммарному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) .....	503
XVII. Базовый спектр обследования женщин с гинекологическими заболеваниями в амбулаторных условиях.....	504
XVIII. Этапность оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями в возрасте до 17 лет включительно .....	520
XIX. Схема динамического наблюдения за лицами, перенесшими инфекционные заболевания и подлежащими диспансеризации.....	526
XX. Схема динамического наблюдения за лицами, получившими высоко технологичную медицинскую помощь в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, позвоночника, головного мозга .....	530
XXI. Расчет показателей, характеризующих состояние диспансеризации .....	533
<b>ЛИТЕРАТУРА</b> .....	<b>536</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

*...Всемогущий – ...сделай меня умеренным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последнем я хочу оставаться ненасытным...*

*Дай мне силу, волю и способности для расширения моих знаний так, чтобы дух мой мог обнаружить и осознать ошибки...*

Ежедневная молитва врача (создал Маймонида).

Произошедшие в здравоохранении перемены, связанные с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровья», программы модернизации отрасли способствовали повышению интереса к диспансеризации (Д) населения, как одному из проверенных и эффективных методов организации оказания медицинской помощи, направленного на сохранение здоровья. Вместе с тем, богатый опыт, накопленный советским здравоохранением, в значительной мере утрачен в 90-х годах прошлого века и начале 21 века.

Во многом это обусловлено дефицитом финансирования и системой оплаты деятельности лечебно-профилактических учреждений. Так широко распространенная оплата за законченный случай откровенно ориентирует на больного человека.

Важным фактором, способствующим снижению внимания к вопросам диспансеризации, является утрата «монополии» участкового врача на ее проведение и организацию, которая частично обусловлена принимаемыми решениями на федеральном уровне. Отсутствие четких критериев для определения перечня заболеваний и состояний, подлежащих наблюдению у некоторых «узких» специалистов, способствовало тому, что диспансерные группы у них оказались значительными, что вынуждает их нередко сокращать время для выполнения своих основных функций (консультирование), требует увеличение соответствующих ставок, но не приводит к заметному повышению качества диспансеризации в целом. Все это и многое другое лишает участкового врача возможности выполнять одну из основных его функций – организации диспансеризации населения, интеграции оказания ему медицинской помощи и оздоровительных мероприятий с позиций оценки состояния здоровья пациента, с учетом всех имеющихся у него заболеваний, а не с точки зрения одного из них, входящего в компетенцию специалиста.

Этому способствовало и снижение внимания к своему здоровью и ответственности за него со стороны самих граждан, что, обусловлено недостаточным уровнем санитарной культуры россиян, в связи с отсутствием в стране системы гигиенического обучения и воспитания населения, недостаточной пропагандой здорового образа жизни.

В настоящей книге наряду с общими сведениями о диспансеризации приведены основные достижения науки и практического здравоохранения, отечественный и зарубежный опыт.

В связи с необходимостью уделять больше внимания сохранению здоровья здоровых, целые разделы посвящены формированию здорового образа жизни, скрининговой оценке состояния здоровья и ранней диагностики заболеваний.

Авторами обсуждаются вопросы организации: правовые, управления, информатизации, экспертизы временной нетрудоспособности и определение эффективности рекомендуемых мероприятий и в целом диспансеризации.

Для тех, кто непосредственно осуществляет диспансерное наблюдение, участковых терапевтов, врачей общей практики, заведующих отделениями поликлиник, «узких» специалистов значительный интерес представляют разделы, посвященные реабилитации, рациональному питанию, фитотерапии и рекомендации по проведению гигиенического обучения и воспитания населения.

В последней главе представлены рекомендации по наблюдению при отдельных заболеваниях, в т.ч. за лицами, получившими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Книга будет интересна для организаторов здравоохранения всех уровней и практических врачей. Может использоваться в педагогическом процессе в медицинских вузах.

В. Чернышев

# Раздел I. ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Р.И. Айзман, В.М. Чернышев

*Здоровье – всему голова.  
Русская пословица*

Само понятие «здоровье» по-английски звучит как *Health*, от англосаксонского *Whole* – целый, целостный, – что означает сложность, целостность и многомерность этого состояния. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 1968), что характеризует целостность этого состояния.

Несмотря на популярность дефиниции, которая выделяет основные компоненты здоровья, в настоящее время существует множество других определений, направленных на количественную характеристику здоровья и его оценку, отражающую способность индивида к выполнению определенных функций.

Ю.П. Лисицын (1973) характеризовал здоровье как «гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными механизмами», что отражает биосоциальную сущность человека.

Один из основателей космической биологии и медицины Р.М. Баевский (1979) считал определяющим фактором здоровья адаптивность организма: «Возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, свободно взаимодействуя с ней, на основе биологической, психологической и социальной сущности человека».

С.Я. Чикин (1979) видел в здоровье гармоническое взаимодействие и функционирование всех органов и систем человека при его физическом совершенстве и нормальной психике, позволяющих активно участвовать в общественно полезном труде.

Г.И. Царегородцев (1983) определял здоровье как состояние гармоничной саморегуляции и динамического равновесия со средой.

Н.М. Амосов (1987) характеризовал здоровье как «уровень функциональных возможностей организма, диапазон его компенсаторно-адаптационных реакций в экстремальных условиях, т.е. уровень резервных возможностей организма».

А.Г. Щедрина (1996) считала, что «здоровье – это целостное многомерное динамическое состояние (включая его негативные и позитивные показатели) в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды, позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции». Таким образом, речь идет о диалектическом единстве здоровья и болезни, возможности их взаимного перехода.

Е.А. Овчаров (1993) дал более подробную характеристику признаков, определяющих здоровье. По его мнению, оно характеризуется:

- нормальной реакцией организма на внешнее воздействие;
- динамическим равновесием организма с факторами внешней среды;

– способностью к полноценному выполнению основных социальных функций, к участию в общественно полезном труде;

– способностью организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования (адаптацией), сохраняя при этом постоянство своей внутренней среды;

– отсутствием болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений, т.е. отсутствием признаков заболевания или какого-либо нарушения;

– полным духовным, физическим, умственным, социальным благополучием, гармоничностью развития физических и духовных сил организма, гармоническим взаимодействием всех органов и систем.

Попытка обобщить многие вышеприведенные определения сделана Санкт-Петербургским физиологом В.В. Колбановым (1996): «Здоровье человека – это континуум естественных состояний жизнедеятельности, характеризующийся способностью организма к совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза, самосохранению и самосовершенствованию, соматического и психического статуса, при оптимальном взаимодействии органов и систем, адекватном приспособлении к изменяющейся окружающей среде, гуманным поведением и использовании резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипическими возможностями выполнения биологических и социальных функций».

По-видимому, в жизнедеятельности человека не может быть ни одного обстоятельства, ни одного показателя, который не сказывался бы в той или иной мере на здоровье. Вот почему сам перечень таких аспектов жизнедеятельности может быть практически бесконечным.

Принципиально новый подход в понимании здоровья предложили В.А. Лишук и Е.В. Мосткова (1999), которые определили здоровье как проявление внутренней активности, в значительной степени, противостоящей внешним воздействиям. Здоровье – это воля к жизни, умение жить. С этой точки зрения, можно определить здоровье как *способность к самосохранению, саморазвитию и самосовершенствованию*. Более детально: здоровье – это способность:

– противостоять внешним и внутренним возмущениям, болезням, повреждениям, старению и другим формам деградации;

– приспосабливаться к среде и своим собственным возможностям;

– сохранять себя, а также естественную и искусственную среду своего обитания;

– увеличивать длительность полноценной жизнедеятельности;

– производить и выращивать полноценное потомство;

– улучшать возможности, свойства и способности своего организма, а также качество жизни и среды обитания;

– создавать, поддерживать и сохранять культурные, духовные и материальные ценности;

– к адекватному самосознанию, этико-эстетическому отношению к себе, ближним, человеку, человечеству, добру и злу.

По мнению этих авторов, отказавшись от понимания здоровья как состояния полного благополучия, человек перестает надеяться на обязанность общества охранять его здоровье, сетовать на невыполнение государством своих обязанностей по здравоохранению, замыкаться на генетической предрасположенности к здоровью или нездоровью, на влияние окружающей среды, а будет стремиться развивать в себе способность к преодолению этих факторов.

Таким образом, во всех приведенных определениях можно выделить несколько подходов к здоровью: чисто биологический, социальный и биосоциальный. Поскольку человек является био-психо-социальным существом, наиболее правильным является комплексная оценка индивидуального здоровья человека с точки зрения его биологических, психических и социальных качеств.

Исходя из целостного (холистического) подхода, мы выделяем следующие уровни здоровья:

- соматический;
- психический;
- социально-духовный, или нравственный.

**Соматическое (физическое)** здоровье включает в себя морфологическое и функциональное состояние всех органов и систем, их взаимосвязь, уровень их развития и функциональных возможностей, обеспечивающие постоянство внутренней среды организма (гомеостаз) и гармоничное его взаимодействие с внешней средой.

Основу соматического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития человека. Эта программа обеспечивает удовлетворение базовых физиологических потребностей (питание, движение, дыхание, познание окружающего мира, сексуальное удовлетворение и т.д.). Нарушения на этом уровне проявляются в виде определенных симптомов (синдромов), которые диагностируются не только в условиях углубленного клинического и лабораторного обследования, но и при скрининге.

Соматическое здоровье имеет следующие уровни: *генетический, биохимический, метаболический, морфологический, функциональный*. В таблице 1 представлены показатели, которые можно использовать для характеристики каждого из этих уровней соматического здоровья.

**Психическое здоровье** есть выражение психической сферы человека, которая отражается на эмоциональном, интеллектуальном, личностном уровнях и включает:

– адекватную *самооценку* и чувство уважения к себе;

– способность *адаптироваться* к изменяющимся условиям жизни;

– способность эффективно *удовлетворять* свои потребности и умение компенсировать те, которые невозможно удовлетворить в данный момент;

– уверенность человека в том, что он сам управляет своей жизнью, т.е. *общий душевный комфорт, адаптивность и эффективный самоконтроль*.

Нэнси Мак-Вильямс – классик современного психоанализа, автор учебника по психоаналитической диагностике, выделила 16 признаков в качестве критериев психического благополучия. Это:

– *Способность любить*. Способность вовлекаться в отношения, открываться Другому человеку. Любить его таким, какой он есть: со всеми недостатками и достоинствами. Без идеализации и обесценивания. Это способность отдавать, а не брать. Это касается и родительской

любви к детям, и партнерской любви между мужчиной и женщиной.

– *Способность работать*. Это касается не только профессии. Это в первую очередь о способности создавать и творить то, что ценно для человека, семьи, общества. Людям важно осознавать, что то, что они делают, имеет смысл и значение и для Других. Это способность приносить в мир что-то новое, творческий потенциал.

– *Способность играть*. Здесь речь идет как о прямом смысле «игры» у детей, так и о способности взрослых людей «играть» словами, символами. Это возможность использовать метафоры, иносказания, юмор, символизировать свой опыт и получать от этого удовольствие.

– *Безопасные отношения*. Это длительная нормальная привязанность людей друг к другу, взаимное доверие, открытость, уважение.

– *Автономия*, т.е. способность самостоятельно контролировать свое поведение.

– *Постоянство себя или концепция интегрированности*. Это способность оставаться в контакте со всеми сторонами собственного Я: как хорошими, так и плохими, как приятными, так и не вызывающими бурной радости. Это также способность чувствовать конфликты и при этом не расщепляться. Это контакт между ребенком, которым я был, тем, кто я есть сейчас, и той личностью, которой я буду через 10 лет. Это способность учитывать и интегрировать все, что дано природой и то, что я в себе сумел развить. Одним из нарушений этого пункта может быть «нападение» на собственное тело, когда оно бессознательно не воспринимается, как часть себя. Оно становится чем-то отдельным, что можно заставить голодать или резать и т.п.

– *Способность восстанавливаться после стресса*, т.е. способность самым лучшим способом адаптироваться к новой ситуации.

– *Реалистичная и надежная самооценка*.

– *Система ценностных ориентаций*. Важно, чтобы человек понимал этические нормы, их смысл, при этом был гибок в следовании им.

– *Способность выносить накал эмоций*. Выносить эмоции – значит уметь оставаться с ними, чувствовать их, при этом не действуя под их влиянием. Это также одновременная способность оставаться в контакте и с эмоциями, и с мыслями – своей рациональной частью.

– *Рефлексия*. Способность посмотреть на себя со стороны. Люди с рефлексией способны видеть, что именно является их проблемой, и соответственно, обходиться с ней таким образом, чтобы решить ее, максимально эффективно помогая себе.

– *Ментализация*. Обладая этой способностью люди способны понять, что Другие – это совершенно отдельные личности, со своими особенностями, личностной и психологической структурой.

– *Широкая вариативность защитных механизмов и гибкость в их использовании*.

– *Баланс между тем, что я делаю для себя и для своего окружения*. Это про возможность быть собой и заботиться о собственных интересах, учитывая при этом и интересы партнера, с которым есть отношения.

– *Чувство витальности*. Способность быть и чувствовать себя живым.

– *Принятие того, что мы не можем изменить*.

Таким образом, у каждого человека могут присутствовать в разной степени эти 16 элементов психического здоровья. Конечно, перечисленные элементы не являются однозначным строгим эталоном, скорее – ориентиром, который, можно использовать для оценки психического

здоровья. В табл. 1 представлены показатели, используемые для характеристики эмоциональной, интеллектуальной и личностной сфер человека.

**Нравственное здоровье** – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека, которая определяется соблюдением общечеловеческих принципов морали и нравственности, правовых норм и законов данного общества.

В упрощенном, и в то же время обобщенном, виде можно считать критериями здоровья: соматического – *я могу*; психического – *я хочу*; нравственного – *я должен* (Д.Н. Давиденко, 1996).

Методологической основой для такого представления является целостная (холистическая) модель здоровья (рис. 1.1) как единство соматического, психического (бессознательного и сознательного) и нравственного начал, оказывающих взаимное влияние друг на друга. Поскольку человек есть часть биосферы и социальной среды, его здоровье нельзя рассматривать изолированно от тех естественных процессов, которые происходят во вселенной и в обществе.

Таким образом, организм как система и единое целое живет и взаимодействует со средой, со стороны которой на него влияют социальные и экологические факторы. Понятно, что нарушение со стороны соматической сферы влияет на психическую сферу и, наоборот, психические изменения – на телесное здоровье. Изменения социальных условий, так же как изменения в экологической среде, влияют и на физическое, и на психическое здоровье. И в то же время сам человек влияет на окружающий мир. Таким образом, устанавливается динамическое равновесие между комплексом эндогенных и экзогенных факторов. Следовательно, коррекция каких-либо отклонений в здоровье обязательно должна быть направлена не только на устранение отдельных симптомов, но на весь комплекс факторов, влияющих на организм, а также на все компоненты, формирующие здоровье.

Поэтому при диспансеризации населения чрезвычайно важно проводить не только диагностику здоровья человека, но и оценивать те условия жизни, экологии, социальной

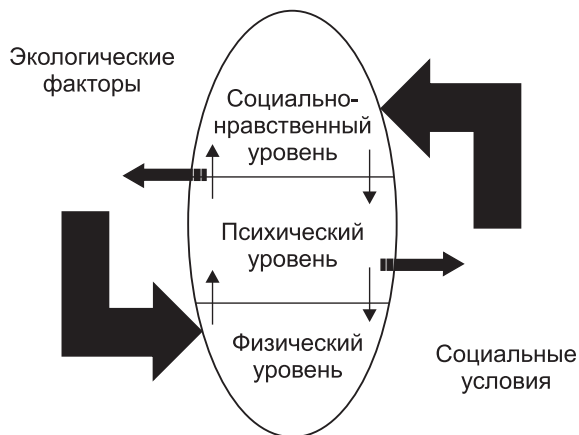


Рис. 1.1. Холистическая модель здоровья.

среды, работы и т.д., которые могут играть существенную роль в возникновении различных нарушений. Например, гипертония может быть обусловлена психо-эмоциональным напряжением, который испытывает человек на работе или дома. По данным ВОЗ, более 80 % соматических заболеваний имеют в своей основе психосоматическую природу.

Понятно, что перечень этих показателей для диагностики здоровья в условиях массового скрининга может варьировать и зависеть от наличия оборудования, кадрового потенциала, материальных ресурсов и стоящих задач. Однако важно, чтобы в программу обследования были включены показатели из каждого уровня здоровья, совокупность которых и позволит составить представление о целостном здоровье индивида. Поскольку при массовых исследованиях оценка духовного здоровья наиболее затруднительна, скрининг должен учитывать физический и психический компоненты здоровья. Каждый из компонентов здоровья может быть оценен объективными критериями, которые включают следующие показатели (табл. 1.1):

Здоровье населения является важнейшим компонентом экономического, социального и культурного разви-

Таблица 1.1

### Показатели индивидуального здоровья человека

Компоненты здоровья	Уровни здоровья	Показатели здоровья
1. Физический (соматическое здоровье) – определяет возможности организма	Генетические Биохимические Метаболические Морфологические Функциональные	Генотип, отсутствие признаков дизэмбриогенеза, наследственных дефектов Показатели биологических жидкостей и тканей Уровень обмена веществ в покое и после нагрузок Уровень физического развития, тип конституции (морфотип) Функциональное состояние органов и систем: а) в покое; б) реакции на оптимальные нагрузки; в) резервные возможности (реакции на максимальные нагрузки); г) функциональный тип реагирования
2. Психический (ментальное здоровье) – обеспечивает удовлетворение потребностей личности	Эмоционально-волевая сфера; Когнитивно-мыслительная сфера; Личностный потенциал.	Функциональная асимметрия мозга, тип ВНД, психотип, темперамент, уровень тревожности, агрессивности, стрессоустойчивости, память, внимание, тип мышления, умственная работоспособность, т.д.
3. Социально-нравственный (духовное здоровье) – определяет обязанности человека	Соблюдение морально-этических и правовых норм	Цель, ценности, идеалы, степень признания, реализация желаний и возможностей – степень самореализации

тия любой страны. В современных условиях неблагоприятного социального и экономического положения населения в России существенно возрастает влияние различных факторов риска на состояние общественного здоровья.

Феномен сверхсмертности вызван высоким уровнем заболеваемости населения, основные причины которой – неправильный образ жизни, плохая экология и медицинская помощь неудовлетворительного качества.

Влияние социально-экономических условий на смертность населения РФ выразилось в том, что тяжесть кризиса обрушилась на трудоспособное население, показатели смертности которого возросли в течение короткого периода времени в кратном выражении.

Высокий уровень смертности в России вследствие влияния таких причин, как неинфекционные заболевания (НИЗ), травмы и несчастные случаи (ТНС), приводит к невосполнимым социально-экономическим потерям. Вклад болезней этих групп в общую смертность населения РФ составил 91 %. Отмечается аномально высокое число смертей от внешних причин (12,5 % от общего числа смертей, более 260 тыс. человек ежегодно, что вдвое больше, чем в Китае и Бразилии, и в 4-5 раз выше, чем в странах ЕС).

Около 40 % всех смертей населения РФ приходится на наиболее трудоспособный возраст – 25-64 года. В этом возрасте более 80 % всех смертей обусловлены НИЗ и внешними причинами. Коэффициенты смертности от всех НИЗ, от БСК и от травм для населения страны в возрасте 15-64 лет превосходят таковые для ЕС на 294, 941 и 484 % соответственно. Хроническая депопуляция, таким образом, угрожает экономическому развитию страны и чревата снижением уровня жизни населения.

Высокая преждевременная смертность населения России приводит к низкой средней ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении. В России показатели ОПЖ в среднем на 10-14 лет ниже, чем в странах ЕС. Короткая ОПЖ и тенденция к ее снижению обусловлены высокой смертностью населения трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний и травм, поэтому снижение смертности населения РФ от этих причин может увеличить продолжительность жизни и численность работающего населения страны.

Проблема смертности трудоспособного населения – это прежде всего вопросы ее преждевременности и предотвратимости. Однако декларативность государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, их несбалансированность с имеющимися финансовыми ресурсами при росте соплатежей населения привели к снижению доступности и качества медицинской помощи для значительной части населения. В конце XX – начале XXI века в России 2/3 объемов медицинской помощи населению оказывалось на муниципальном уровне. При этом доля профилактических посещений в совокупном объеме амбулаторно-поликлинической помощи не превышала 30 % и характеризовалась стойкой тенденцией к уменьшению.

Организация медицинской помощи населению по территориальному и производственному принципу усиливала возможности для сочетания профилактической и лечебной работы, для ранней диагностики болезней. При таком подходе особая роль отводилась профилактическим осмотрам различных контингентов населения. Динамическое наблюдение за здоровьем населения было центральным звеном профилактической медицины, когда охватывались различные группы трудящихся, наибо-

лее подверженные факторам риска заболеваемости. Профилактические медицинские осмотры и последующее динамическое наблюдение за выявленными больными были взаимосвязаны и представляли собой единый процесс в системе диспансеризации. В их содержании не имелось различий, изменялось лишь соотношение различных элементов. Диспансеризация здоровых контингентов имела своей задачей сохранить здоровье и обеспечить правильное физическое развитие этих лиц, оградить их от болезней и инвалидности. Диспансеризация больных по нозологическим формам, преследуя общую с диспансеризацией здоровых лиц конечную цель – снижение заболеваемости, инвалидности и сохранение трудоспособности, ставила во главу угла выявление у больных ранних стадий заболевания, систематическое и активное наблюдение за ними, оказание лечебной помощи и оздоровление. В этом и состоит цель первичной медицинской профилактики – обеспечить высокий уровень физического и психического здоровья и трудоспособности граждан, создать устойчивость к неблагоприятным факторам среды обитания путем проведения широкого круга индивидуальных и общих профилактических мероприятий (физическая культура, гигиенический режим, рациональное питание, гигиена окружающей социальной среды).

Опыт отечественного здравоохранения подтверждает эффективность медицинской профилактики как мощного средства воздействия на здоровье населения, основанного на единстве лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социально-экономических мероприятий. Широкое понимание задач этой отрасли медицины, распространение их за рамки отдельных профессиональных заболеваний, изучение роли факторов – риска в развитии патологии, выявление так называемой предболезни является основой организационно-управленческих моделей создания системы профилактической медицины в современных условиях.

Вследствие активной диспансерной работы могут быть значительно снижены потери экономики, связанные с заболеваемостью. И.В. Лебедева и др. (2005) в качестве примера экономической эффективности диспансерной работы приводят данные за 2000 г. по г. Оренбургу. Затраты на диспансеризацию работающего населения составили 98,4 тыс. руб., а затраты на лечение – 1392,5 тыс. руб., т.е. в 14 раз больше. Авторы полагают, что даже если бы диспансеризация и лечение стоили одинаково, следовало бы отдать предпочтение затратам на диспансеризацию. Проходя диспансеризацию и восстанавливая (поддерживая) свою трудоспособность, человек работает, а значит, производит продукцию и платит налоги. В случае же болезни он из производителя материальных благ и налогоплательщика превращается в потребителя: фонд ОМС или бюджет оплачивают его лечение, и, кроме того, он получает пособие по временной нетрудоспособности (оплачивается листок нетрудоспособности). Экономические потери (недополученные налоги, потери предпринятый от недопроизведенной продукции, израсходованные средства на лечение и т.д.) за анализируемый период составили 137 млн. руб.; эта сумма в 1191 раз превышает затраты на диспансеризацию. Учитывая, что затраты на диспансерную работу многократно меньше, чем величина экономических потерь, связанных с заболеваемостью, становится очевидной целесообразность проведения диспансерной работы, в которой экономически заинтересованы государство, предприятия и сами работники.

В России действующая система медицинских мер, направленных на снижение смертности от болезней си-

стемы кровообращения, не обеспечивала организацию должного наблюдения за контингентами больных с данной патологией. Практически была разрушена система медико-профилактического обслуживания трудящихся, созданная в предшествующий период.

Следует констатировать, что в России деятельность в области медицинской профилактики заболеваний у на-

селения проводится в недостаточном объеме. Исключение составляет проведение медицинской профилактики среди промышленных рабочих и граждан, работающих в особо опасных (вредных) условиях труда, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и работа по иммунопрофилактике ряда заболеваний.

## Раздел II. ИСТОРИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РОССИИ

*В.М. Чернышев*

*История – наука будущего.  
К. Кушнер*

Идея единства лечебной и предупредительной медицины выдвигалась неоднократно передовыми деятелями отечественной медицинской науки (М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Г.Л. Захарьин, Л.Л. Остроумов, И.И. Мечников, С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, И.П. Павлов и др.).

«Взять в свои руки людей здоровых, предохранить их от болезней наследственных или угрожающих, предписать им надлежащий образ жизни есть честно и для врача покойно, ибо легче предохранить от болезней, нежели лечить их. И в сем состоит первая его обязанность» (М.Я. Мудров).

Схема ее реализации на индивидуальном уровне дана М.Я. Мудровым. На уровне учреждений эта идея воплощена в трудах Н.А. Семашко.

Наиболее глубоко и научно обоснованно ведущие задачи диспансеров в системе советского здравоохранения были сформулированы Н.А. Семашко в 1922 г., они включают:

Выявление больных социальными болезнями путем регулярных медицинских осмотров рабочих и служащих промышленных предприятий.

Регулярное проведение медицинских осмотров детей в детских домах.

Обследование членов семей рабочих и служащих.

Проведение мероприятий по систематическому гигиеническому воспитанию не только больных, но и окружающего населения.

Оказание квалифицированной врачебной помощи больным и регулярная проверка выполнения назначений.

Систему диспансеризации, разработанную Н.А. Семашко и З.П. Соловьевым, надо рассматривать при тех условиях, когда она была разработана и реализована:

- 1) слабая экономика;
- 2) доминирующая роль государства;
- 3) низкая медицинская грамотность населения;
- 4) высокая распространенность инфекционных заболеваний.

В силу низкой медицинской грамотности большинства населения, в т.ч. и работающее, т.е. создающее валовой внутренний продукт, мало обращалось к врачам. В связи с этим Н.А. Семашко уделял большое внимание проблеме санитарно-просветительной работы. Кроме того, для обеспечения обязательности прохождения диспансерного наблюдения административным методом был введен осмотр специалистами. Уже в тот период времени Н.А. Семашко говорил о необходимости создания

специальных условий для работающих, т.е. фактически внедрил элементы, позже названные социальной моделью медицины.

**В 1920-1930-е гг. были поставлены задачи массовой диспансеризации рабочих промышленных предприятий, борьбы с профессиональными и социальными заболеваниями. В Москве были созданы амбулаторные объединения, на которые возлагались функции обследования условий быта, принятия мер по предоставлению различных видов социальной и лечебно-профилактической помощи.**

Таким образом, разработанная система диспансеризации соответствовала и обеспечивала решение задач по улучшению здоровья населения в тех исторических условиях.

Первый опыт диспансеризации, накопленный в условиях строительства социалистических государственных учреждений, позволил выдающимся социаль-гигиенистам и организаторам советского здравоохранения – Н.А. Семашко и З.П. Соловьеву – выдвинуть задачи и разработать мероприятия к переходу на следующий этап развития диспансерного метода в стране.

По докладу З.П. Соловьева «Профилактические задачи лечебной помощи» V Съезд здравотделов (1924 г.) принял решение о сочетании лечебной деятельности с задачами профилактической медицины, что может быть достигнуто широким применением диспансерных методов работы.

В 1925 г. в Москве, а затем в Ленинграде и других городах началась «поголовная диспансеризация» рабочих промышленных предприятий, а затем (в Московской губернии) – массовые профилактические осмотры сельского населения (осмотрено более 80 000 человек).

Как отмечали Н.А. Семашко, Г.И. Дембо, П.А. Кувшинников и М.М. Мазур, К.В. Майстрах, Н.В. Базанов и другие исследователи, в проведении массовой диспансеризации 20-х годов были допущены принципиальные ошибки: формальный учет состояния здоровья осмотренных, без дальнейшего наблюдения за больными, ошибочное представление о вредности любого труда, недоучет слабой пока еще сети лечебных учреждений и недостатка медицинских кадров, медикаментов и т.п.

Следует отметить, что не могла оправдать себя и практика диспансеризации, проводимая в конце 20-х – начале 30-х годов так называемыми едиными диспансерами.

Именно в начале 30-х годов для отбора на диспансеризацию был введен новый критерий – социально-



трудоваго подходу: отбор больных по характеру течения заболевания в зависимости от частоты и длительности утраты трудоспособности.

Что касается врачей территориальных врачебных амбулаторий, поликлиник и участковых больниц для обслуживания взрослого населения в городах и сельской местности, то до начала 50-х годов диспансерный метод в их работе не получил практически никакого развития.

Наиболее полно описание диспансерного метода и опыта работы медицинского обслуживания населения представлено в работах Н.А. Семашко «Очерки по теории организации советского здравоохранения» (1947 г.) и «Профилактика и диспансеризация» (1927 г.). Именно там он описал основные функции советского диспансера: «Советский диспансер:

- 1) обеспечивает наиболее своевременную и совершенную постановку диагноза высококвалифицированной лечебную помощь специалистами;
- 2) организует общественность для борьбы с заболеванием;
- 3) проводит мероприятия по оздоровлению труда и быта населения;
- 4) ведет широкую санитарно-просветительную работу;
- 5) обеспечивает пользование подсобными учреждениями (диетстоловыми, ночными и дневными санаториями, детскими площадками) и, наконец,

б) организует дальнейшее лечение больного (в больнице, санатории, на курорте), если таковое необходимо».

Диспансеры работают активными методами: они не довольствуются лечением обращающихся к ним больных, они выявляют больных, принимают меры к лечению начальных стадий заболеваний, например, к ликвидации очагов туберкулеза. Патронажная работа диспансеров, т.е. систематическое наблюдение за больными, приносит огромную пользу, ибо нет сомнения, что чем раньше выявлено заболевание, тем больше шансов на его быстрое излечение.

Таким образом, в советском диспансере находит свое развернутое выражение синтез профилактической и лечебной деятельности. Изучая труд и быт населения своего района, причины и условия возникновения тех или иных заболеваний, диспансер принимает меры к предупреждению распространения заболеваний, к оздоровлению условий труда и быта населения. Оказывая квалифицированную лечебную помощь, связываясь с другими лечебно-профилактическими учреждениями, диспансер успешно ликвидирует заболеваемость, т.е. выполняет лечебно-профилактические функции».

«В чем сущность советского диспансерного метода работы? Не только больной, но и здоровый является объектом наблюдения и заботы диспансера. Ничего подобного нет в деятельности «диспансеров» капиталистических стран. Они не занимаются профилактикой. Они даже, как правило, не лечат, а ограничиваются лишь «советами» больным; лечиться же они должны у частнопрактикующих врачей» (Н.А. Семашко).

В одной из своих работ Н.А. Семашко писал: «Профилактическим направлением должны пропитаться не только санитарные, но и лечебные органы и учреждения. Каким путем? Проведением в их практику диспансерного метода. В чем состоит этот диспансерный метод работы? Каковы отличительные особенности («конституциональные признаки») диспансера? Под диспансером мы разумеем лечебно-социальное учреждение, которое не только оказывает лечебную помощь больным, но и

держит на учете санитарное состояние своего района (учетно-статистическая и обследовательская работа диспансера), держит систематическую связь с организациями трудящихся (организационная работа диспансера), оказывает социальную помощь как проходящим, так и больным на дому, «вылавливает» больных (социальная задача диспансера) и ведет санитарное просвещение в районе своей деятельности.

Необходимо, чтобы каждое лечебное учреждение и каждая лечебная организация действовали этим диспансерным методом, т.е. не ограничивали свою работу одной только лечебной деятельностью. Если мы используем всю нашу лечебную сеть в этом направлении, начиная с крайней периферической ячейки, пункта первой помощи на фабрике и заводе (используя его для оздоровления труда рабочих), продолжая врачами помощи на дому (имеющими громадное значение для оздоровления быта трудящихся), заканчивая нашими амбулаториями и больницами, которые должны работать по диспансерному методу; если в деревне мы сознательно разовьем присущий каждому сельскому медицинскому участку диспансерный метод работы (в деревне эти функции диспансера хотя и примитивнее, но еще естественнее), — тогда мы сумеем проводить профилактические задачи и через лечебную медицину».

**В 1930-1940-е гг. были заложены основы применения территориального принципа диспансеризации, создания единых диспансеров, объединяющих специальные диспансеры, поликлинику, женские и детские консультации, эпидемиологические организации и учреждения социального назначения: диетические столовые, дневные и ночные санатории, оздоровительные площадки. Переход на обслуживание по месту жительства определил некоторое ослабление внимания к работникам промышленных предприятий, т.е. произошел отказ от производственного принципа обслуживания. В этот период уменьшилось число массовых обследований, определились группы контингентов для проведения диспансеризации, например часто и длительно болеющие, высококвалифицированные рабочие дефицитных профессий и др.**

**В первые послевоенные годы основное внимание было сосредоточено на диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны.**

**В 1950-1960-е гг. получил дальнейшее развитие территориальный участковый принцип диспансеризации, стало осуществляться диспансерное наблюдение за отдельными контингентами здоровых и определенными группами больных, имеющих хронические заболевания, диспансерный метод приобрел распространенность в деятельности учреждений, расположенных в сельской местности.**

Успешному развитию диспансеризации населения страны в 50-60-е годы способствовали несколько ведущих факторов:

1. Укрепление территориальной и цеховой участковости.
2. Значительный рост врачебных кадров и широкой сети мощных городских поликлинических учреждений и крупных медико-санитарных частей.
3. Укрупнение сельских районов, создание крупных центральных районных и номерных больниц.
4. Активное развитие узкопрофильных специализированных видов лечебно-профилактической помощи населению (кардиоревматологическая, гематологическая,

эндокринологическая, пульмонологическая, проктологическая и др.).

5. Проведение научных исследований по теории и методике диспансеризации.

6. Развитие вопроса теории и практики диспансеризации населения в 1952-1952 гг. на страницах медицинских журналов, особенно «Советского здравоохранения».

7. Издание Министерством здравоохранения СССР в 1954 г. методических писем «О применении диспансерного метода обслуживания населения в городских больницах и медико-санитарных частях» и «О диспансеризации сельского населения».

В последующие годы опыт диспансеризации населения был обобщен в ряде научных исследований (С.В. Курашов, С.Я. Фрейдлин и др., К.В. Майстрах, И. Гуревич, И.Д. Богатырев, Б.М. Хромов, А.М. Марков, С.И. Стегунин, П.И. Артемов, Я.С. Миндлин, Т.К. Краева, Л.Е. Сырцова и др.).

Методическим письмом МЗ СССР № 16-6 от 28.01.1964 «О применении диспансерного метода обслуживания в городских больницах и медико-санитарных частях» в отношении больных гипертонической болезнью, стенокардии и ревматизмом предусмотрена обязательная диспансеризация.

На эффективную результативность отдельных элементов диспансерного метода (трудоустройства, санаторно-курортного лечения, профилактической госпитализации) при гипертонической болезни указывается в работах А.Л. Мясникова (1965), П.Е. Лукомского (1966, 1977) и др.

Проведенная в конце 60-х – начале 70-х гг. на страницах журнала «Советское здравоохранение» дискуссия о путях развития в СССР диспансерного метода и организация Всесоюзного симпозиума по данному вопросу позволили Министерству здравоохранения СССР в 1971 г. на одном из заседаний коллегии обсудить вопрос «О состоянии и развитии диспансеризации в СССР».

В 1966 г. профессор С.Я. Фрейдлин писал: «Пожалуй, ни в одной другой области нашего здравоохранения не было столько сомнений, споров, неясностей, как при проведении диспансеризации». По его совместно с Н.В. Базановым материалам ведущая роль в диспансеризации принадлежит участковым терапевтам (51,2 %). В 1971 г. Н.В. Эльштейн заметил, что терапевты обычно ничего не понимают в диспансеризации больных, выходящих за пределы их компетенции, а направлять работу, не понимая ее сущности, по мнению автора, – малореальная задача.

В 1975 г. разработан проект «Инструктивно-методических указаний по диспансеризации взрослого населения и рабочих промышленных предприятий» для внедрения их в практику здравоохранения (Г.З. Демченкова, П.А. Новгородцев, И.Н. Тюльпин, А.Е. Шахгельдянц, Полонский М.Л. и др.).

Одной из проблем, представленных в диссертации Я.С. Миндлина (1973), является качество диспансерного наблюдения, осуществляемого участковыми и цеховыми терапевтами, и необходимость передачи соответствующих групп больных под наблюдение врачей-специалистов.

**В 1960-1980-е гг. происходит увеличение контингентов, подлежащих диспансеризации, привлечение к диспансеризации врачей-специалистов и решение задачи по охвату всего населения страны диспансерным наблюдением. Этот период времени характеризуется глубокими теоретическими разработками основ**

**диспансеризации населения, проведенными в рамках научных исследований ВНИИ им. Н.А. Семашко (в настоящее время – ГУ «Национальный НИИ общественного здоровья РАМН») и не потерявшими актуальности и к настоящему времени. Методические материалы по организационным формам и порядку проведения ежегодной диспансеризации всего населения, ранжированию нозологических форм заболеваний, выявляемых при ежегодных осмотрах и подлежащих диспансерному наблюдению, могут применяться при определенной степени адаптации к современным условиям и в настоящее время.**

**Большую активность в этот период времени проявляют и местные органы управления здравоохранением, разрабатывая и утверждая на региональном уровне инструкции по проведению диспансеризации населения в зависимости от конкретных географических и экономических возможностей регионов.**

О незамедлительном охвате всех работающих активным динамическим медицинским наблюдением и обеспечении его высокой эффективности писали В.А. Миняев (1980), Л.Ф. Серенко (1982), Г.З. Демченкова, М.Л. Полонский, (1984, 1987) и др.

В соответствии с положением «О враче-терапевте участковой поликлиники (амбулатории)» участковый терапевт обязан обеспечить организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка (выявление, взятие на учет, динамическое наблюдение, лечебно-оздоровительные мероприятия), анализ эффективности и качества диспансеризации.

В соответствии с приказом Минздрава СССР № 1000 от 29.09.1981 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» организуются отделения профилактики.

Таким образом, в основном были разработаны информационно-методические материалы для проведения диспансеризации, была и политическая поддержка со стороны государства, но не были обеспечены управленческая, финансовая, материальная и мотивационная компоненты. Население прошло диспансеризацию, выявили новые случаи заболеваний, а ресурсов (кадровых, финансовых, материальных) оказалось совершенно недостаточно для проведения соответствующих методов лечения, профилактики и реабилитации. В результате отказались от всеобщей диспансеризации.

Особо следует обратить внимание на приказ Минздрава СССР от 30.05.1986 № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения». Этим документом наряду с определением числа специалистов – терапевт, хирург (для осмотра лиц старше 30 лет), акушер-гинеколог, стоматолог – и объема инструментальных исследований устанавливается дополнительное число врачебного и среднего медицинского персонала для проведения всеобщей диспансеризации населения.

В период реформ (в 85-95-е годы), в связи с резким ухудшением социально-экономической благополучия людей, изменением отношения власти к профилактике и проблемам здоровья нации, крушением прежних ценностей и неопределенностью новых, разрушением системы профилактической помощи, ситуация с диспансеризацией ухудшилась и в организационном, и в информационном аспекте.

**В конце 90-х годов – начале 21-го века, в связи с повышением внимания государства к проблемам общественного здоровья в стране и в соответствии с рядом**

международных и российских документов, стали возвращаться к испытанным методам – диспансерному наблюдению. В первую очередь это касалось детского населения (приказ Минздрава России от 15.03.2002 № 81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году»). В педиатрической практике действуют нормативно-методические и инструктивные документы, определяющие частоту профилактических осмотров детей разных возрастных групп, и подавляющее число детей находится под постоянным наблюдением в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

В приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 марта 2006 г. № 188 «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» указан порядок и объем проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях, в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, в научно-исследовательских учреждениях.

Результатами проведения дополнительной диспансеризации граждан должны быть:

- Снижение прямых экономических затрат на лечение и реабилитацию больных.
- Уменьшение непрямых расходов, связанных с длительной нетрудоспособностью и социальной помощью.
- Повышение мотивации населения к ЗОЖ. Проведение дополнительной диспансеризации граждан в возрасте 25-55 лет сделало возможным:
  - предупреждение и раннее выявление заболеваний различного характера, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний;
  - планирование и проведение комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья населения и факторами среды обитания;
  - практическая реализация создания единого федерального регистра работающего населения;
  - формирование условий для реализации федеральных целевых программ по предупреждению заболеваний социального характера, развитию системы мер по снижению рисков для здоровья населения.

В то же время представляется проблематичным получение данных результатов при реальном уровне методического, организационного, финансового, материального и кадрового обеспечения, отношения пациентов к своему здоровью.

В 2006-2007 гг. общее число осмотренных составило 17,4 млн. чел. В результате медицинских осмотров было выявлено 7 тыс. чел., нуждающихся в высокотехнологической медицинской помощи, выявлено 800 заболеваний туберкулезом.

В соответствии с действующими нормативно-правовыми документами диспансеризацией должно быть охвачено практически все население. Однако при этом нужно учитывать основные параметры современной среды и характеристики здоровья населения России в 21-м веке:

- 1) слабая экономика;
- 2) быстрое изменение социальной среды (богатые и бедные);
- 3) демографический кризис;
- 4) низкий уровень знаний и медицинской активности населения;
- 5) преобладание хронических неинфекционных заболеваний;
- 6) увеличение числа хронических заболеваний на 1 пациента.

Изменение типа патологии привело к повышению роли хронических неинфекционных заболеваний в структуре смертности, инвалидности и заболеваемости. Вместе с тем имеют место высокий уровень и неблагоприятная динамика по сравнению с предыдущим периодом ряда инфекционных, в том числе и социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ/СПИД, заболевания, передающиеся половым путем).

В связи с выше изложенным, все большее значение приобретает изучение и внедрение в практику здравоохранения технологии комплексной диспансеризации населения на основе «автоматизированного проведения диспансерных осмотров». В настоящее время по результатам эксперимента ведущие ученые организации здравоохранения (Щепин О.П., Стародубов В.И., Медик В.А 2005) ставят задачу – «От качественной диспансеризации к государственной системе охраны и укрепления здоровья населения России».

### Раздел III. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАН

*О.Ю. Лихачева*

*Всякое право человека, прямо или косвенно, сводится к обеспечению за ним возможности исполнять его обязанности.*

*С. Франк*

Нормативно-правовое регулирование диспансеризации осуществляется посредством принятия, изменения, признания утратившими силу нормативных правовых актов, которые представляют собой письменный официальный документ, принятый (изданный) в определенной

форме правотворческим органом в пределах его компетенции и направленный на установление, изменение или отмену соответствующих правовых норм.

В свою очередь, под правовой нормой принято понимать общеобязательное государственное предписание

постоянного или временного характера, рассчитанное на многократное применение. Систему нормативно-правовых актов Российской Федерации составляют: Конституция, законы, подзаконные акты.

**Статья 2 Конституции Российской Федерации определяет, что высшей ценностью являются человек, его права и свободы. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства. Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Они определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием (статья 18 Конституции Российской Федерации).**

Охрана здоровья граждан имеет первостепенное значение и является неотъемлемым условием жизни общества. Государство признает и гарантирует приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь является одним из основных конституционных прав граждан Российской Федерации. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (часть 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации). Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь является также общепризнанной нормой международного права, содержащейся во Всеобщей декларации прав человека (статья 25) и в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (статья 12).

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») является основополагающим федеральным актом, регулирующим отношения в области охраны здоровья граждан, который закрепляет основные принципы, определяющие процесс формирования и реализации охраны здоровья на любом этапе, в частности, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, приоритет охраны здоровья детей, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья, доступность и качество медицинской помощи, недопустимость отказа в оказании медицинской помощи, приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, соблюдение врачебной тайны.

Охрана здоровья граждан представляет собой систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи (п.2 статьи 2 Федерального зако-

на «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

**Частью 2 статьи 41 Конституции Российской Федерации предусмотрено финансирование федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения, принятие мер по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощрение деятельности, способствующей укреплению здоровья человека. Конституционное право на охрану здоровья органично дополняется статьями 18 и 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривающими право каждого гражданина на оказание доступной и качественной медицинской помощи, в гарантированном объеме, оказываемой без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств. Также государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию (п.3, 4 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Видами медицинской помощи являются:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказы-

вающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

**Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 4 закрепляет в качестве основного принципа охраны здоровья, то есть основополагающего положения, лежащего в основе, приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Профилактика определяется как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (п. 6 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).**

Согласно статьи 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, а также проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Правовые основы диспансеризации регулируются статьей 46 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения являются обязательными.

## **1. Права пациента при проведении диспансеризации**

При проведении диспансеризации пациенты имеют права, в соответствии со статьей 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с Федеральным законом;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

• получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

Реализация права выбора гражданином врача и медицинской организации осуществляется в соответствии со статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

При выборе для получения первичной медико-санитарной помощи:

- гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина);

- в выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н (зарегистрировано в Минюсте России 21.05.2012 № 24278).

В случае выбора врача и медицинской организации за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи), осуществляется в порядке, который должен быть установлен уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в инфор-

мационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

## **2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства**

Правовые основы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и реализация права пациента на отказ от медицинского вмешательства регулируются статьей 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информированное добровольное согласие определено как необходимое предварительное условие любого медицинского вмешательства. Под медицинским вмешательством понимается выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Информированное добровольное согласие может быть оформлено на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. В соответствии с п. 7 статьи 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информированное добровольное согласие оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем и медицинским работником, содержится в медицинской документации пациента. Наличие письменной формы согласия на любое медицинское вмешательство впервые введено Федеральным законом.

Таким образом, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства, а также относится к формам медицинской документации, регламентирующей действия, связанные с оказанием медицинской помощи.

Информированность пациента перед медицинским вмешательством является правом пациента при получении медицинской помощи и обязанностью медицинского работника при исполнении своих профессиональных обязанностей.

Порядок информирования пациента детально урегулирован статьей 22 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения:

- о результатах медицинского обследования;
- о наличии заболевания;
- об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания;
- о методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске;
- о возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (больных наркоманией 16 лет), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме.

Также пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, указанных п. 9 статьи 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, или законного представителя.

В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами или совершивших общественно опасные деяния (преступления) решение принимается судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Для оформления отказа действующее законодательство предъявляет требования, аналогичные оформлению

## Законные представители физических лиц

Представляемый	Законный представитель	Основание возникновения представительства
Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет	Родители, усыновители, попечители	Статья 26 Гражданского кодекса РФ (часть первая), статья 64 Семейного кодекса РФ
Несовершеннолетние, не достигшие 14-ти лет (малолетние)	Родители, усыновители, опекуны	Статья 28 Гражданского кодекса РФ (часть первая), статья 64 Семейного кодекса РФ
Граждане, нуждающиеся в установлении над ними опеки или попечительства, и граждане, находящиеся под опекой или попечительством Несовершеннолетние и недееспособные граждане, находящиеся под опекой или попечительством, если действия опекунов или попечителей по представлению законных интересов подопечных противоречат законодательству Российской Федерации и (или) законодательству субъектов Российской Федерации или интересам подопечных либо если опекуны или попечители не осуществляют защиту законных интересов подопечных	Органы опеки и попечительства	Статья 123 Семейного кодекса РФ, статьи 7 и 8 Федерального закона от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»
Граждане, признанные судом недееспособными вследствие психического расстройства	Опекун	Статья 32 Гражданского кодекса РФ (часть первая)
Граждане, ограниченные судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами	Попечитель	Статья 33 Гражданского кодекса РФ (часть первая)
Недееспособные или не полностью дееспособные граждане, помещенные под надзор в образовательные организации, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	Организации, в которых под надзором находятся недееспособные (не полностью дееспособные) граждане	Статья 35 Гражданского кодекса РФ (часть первая)
Пациенты, признанные в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющие законного представителя	Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара	Статья 39 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 № «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

информированного добровольного согласия. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Как и согласие, отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

Важным является указание закона на то, что порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Но в настоящее время проект соответствующего приказа Министерства здравоохранения России находится на стадии согласования.

Впервые Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлено, что для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на весь срок их выбора граждане дают информированное

добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н утвержден Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. В соответствии с приказом пациент или законный представитель дают единое согласие на следующие виды медицинских вмешательств при получении первичной медико-санитарной помощи:

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. Тонметрия.
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, спиреография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рээнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

### 3. Соблюдение врачебной тайны

Соблюдение врачебной тайны отнесено к основным принципам охраны здоровья. Соблюдение врачебной тайны является одной из обязанностей не только медицинских работников, но и медицинских организаций.

В соответствии со статьей 13 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врачебной тайной являются сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Соблюдение врачебной тайны является обязанностью лиц, которым сведения, составляющие врачебную тайну стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека.

Особенностью разглашения является то, что с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение врачебной тайны в целях медицинского обследования и лечения пациента; проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях; использования в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовного-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;
- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

- в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий»;

- в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

- в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

- при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

- в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

- в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом.

### 4. Порядок проведения диспансеризации

В соответствии с п.7 статьи 46 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения и перечень включаемых в них исследований утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приказом Министерства здравоохранения от 21 декабря 2012 г. № 1344н утвержден Порядок проведения диспансерного наблюдения взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше). Утвержденный Порядок не применяется в случаях, если нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения диспансерного наблюдения при отдельных заболеваниях (состояниях).

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

Диспансерное наблюдение за гражданами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, являющимися основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее – хронические неинфекционные заболевания), а также имеющими основные факторы риска развития таких заболеваний (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение), входит в часть комплекса мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.



Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинская организация):

1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) (далее – врач-терапевт);

2) врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);

3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;

4) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

5) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее – фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта).

Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний) и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии со статьей 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе вынесенные по результатам лечения гражданина в стационарных условиях.

Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, включая рекомендуемые длительность и периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложении к Порядку.

В случае если гражданин определен в группу диспансерного наблюдения врачом-специалистом по профилю

заболевания гражданина и такой врач-специалист в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, отсутствует, врач-терапевт направляет гражданина для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания гражданина.

Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляет диспансерное наблюдение за гражданами, отнесенными по результатам диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) к III группе состояния здоровья, а также за гражданами, отнесенными ко II группе состояния здоровья, и имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Медицинский работник при проведении диспансерного наблюдения:

1) ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

2) информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;

3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

4) в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником включает:

1) оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;

2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;

3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);

4) проведение краткого профилактического консультирования;

5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);

6) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья также осуществляет коррекцию факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (курение табака, избыточная масса тела или ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, пагубное потребление алкоголя).

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);

2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);

3) устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию гражданина, а также в учетную форму № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения», утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее – контрольная карта диспансерного наблюдения) (за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за больными отдельными заболеваниями).

Врач-терапевт, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.

Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;

3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

4) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

## **5. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья**

Для успешной реализации профилактических мероприятий и диспансеризации граждан необходимо совершенствование нормативной базы, регулирующей обязанности субъектов в сфере охраны здоровья.

Статьей 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплены

обязанности граждан в сфере охраны здоровья. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Безусловно, данные нормы направлены на развитие ответственного отношения граждан к своему здоровью, следовательно, на реализацию принципа приоритета профилактики в сфере охраны здоровья. Без определения мер ответственности за невыполнение указанных норм, перечисленные обязанности носят в настоящее время абстрактный характер. Добровольный характер участия в диспансеризации граждан и отсутствие в действующем законодательстве принципов обязательности для граждан, работников и работодателей значительно снижает эффект проводимых мероприятий. В настоящее время система здравоохранения Российской Федерации находится в стадии кардинальных преобразований. Согласно Стратегии национальной безопасности России до 2020 года прямое негативное воздействие на обеспечение национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации оказывает незавершенность формирования нормативной правовой базы здравоохранения.

Именно поэтому основной целью проводимой реформы в сфере здравоохранения является совершенствование законодательного регулирования отношений по охране здоровья граждан.

## **6. Правовое регулирование финансового обеспечения диспансеризации**

В соответствии с Конституцией Российской Федерации координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. По предметам совместного ведения издаются федеральные законы и принимаемые в соответствии с ними законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации (п.ж ч. 1 статьи 72, ч. 2 статьи 76 Конституции Российской Федерации).

К полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения относится проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи (ст.14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, профилактики заболеваний; разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р утверждена государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» до 2020 года, предусматривающая в подпрограмме 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие первичной медико-санитарной помощи», мероприятия по разработке и утверждению нормативно-правовых актов, регулирующих проведение диспансеризации и диспансерного наблюдения.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» определены требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи. Территориальная программа, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения, включая подростков и студентов, обучающихся по очной форме на бюджетной основе.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан. При этом, страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программой также определены средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам, рассчитанные в единицах объема на 1 жителя в год. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год – 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2013 год составляют на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов – 271 рубль, за

счет средств обязательного медицинского страхования – 266,3 рубля. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 посещение с профилактической целью за счет средств соответствующих бюджетов 360 рублей на 2014 год, 448,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 318,4 рубля на 2014 год, 348,4 рубля на 2015 год.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления органом государственной власти субъекта Российской Федерации дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Программа дополнительной диспансеризации работающего населения как одного из направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, нормативно урегулирована подзаконными актами.

Так, Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2012 г. № 1228 (ред. от 04.09.2012) утверждены Правила предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, предусматривающие, что объем и порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, а также указанный норматив определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н (ред. от 31.01.2012 № 70н) утвержден Порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан. Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 31 марта 2010 г. № 203н (ред. от 07.04.2011 № 271н, от 13.04.2012 № 354н) утвержден Порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства. Соответствующие нормативные акты органов исполнительной власти приняты на территориях субъектов Российской Федерации.

Приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования регламентированы процедуры отчетности по проведению дополнительной диспансеризации, порядок проведения медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации и др.

## Раздел IV. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко

*Лучше совсем не знать чего-либо, чем знать плохо.*

*Публилий Сир*

Профилактическое направление здравоохранения наиболее ярко воплощается в диспансеризации населения (Д). Профилактика рассматривается как общее дело органов и учреждений здравоохранения, всех ведомств, общественных организаций при широком участии самого населения. Она призвана обеспечить снижение общей и профессиональной заболеваемости, совершенствование режима труда, учебы, отдыха, рациональное питание, физическое и санитарно-гигиеническое воспитание населения, оздоровление окружающей среды, формирование здорового образа жизни.

В зависимости от объекта приложения профилактических мер говорят о первичной профилактике, когда меры направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения у здоровых пациентов, и о вторичной профилактике в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего у пациента заболевания или повреждения.

Ведущим, первым принципом является *профилактика здоровья здоровых*, т. е. диспансеризация определенных контингентов здоровых людей, объединенных или общими возрастными-физиологическими особенностями (дети, беременные женщины и др.), или условиями труда (учащиеся, подростки, спортсмены, рабочие определенных профессий и др.).

Основная социально-гигиеническая цель диспансеризации здоровых – сохранение и дальнейшее укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание нормальных условий труда и быта, раннее выявление заболеваний, предупреждение их развития, сохранение трудоспособности.

Первичная профилактика включает следующие мероприятия:

принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха и др.), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;

гигиеническое обучение и гигиеническое воспитание населения;

формирование здорового образа жизни;

меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.;

выявление при профилактических медицинских осмотрах вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению или снижению;

проведение иммунопрофилактики различных групп населения;

оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Наиболее демонстративный пример первичной профилактики – санитарно-гигиенические и эпидемиологические мероприятия, иммунизация.

В профилактической медицине, особенно в первичной профилактике, медицинскому работнику приходится иметь дело чаще всего с пациентами, не предъявляющими жалоб на свое здоровье, но имеющими те или иные факторы риска, требующие врачебного вмешательства, что принципиально отличается от работы с больными людьми. В этой ситуации задача медицинского работника – убедить пациента в необходимости сделать шаг в сторону оздоровления, отказаться от вредных привычек, избавиться от лишнего веса, урегулировать питание, режим и др. Нужно помнить два очень важных положения, нашедших отражение и в рекомендациях ВОЗ по профилактике заболеваний. Во-первых, давая рекомендации по образу жизни, привычкам питания, поведения и пр., медицинские работники так или иначе вторгаются в личную сферу жизни, что требует психотерапевтического подхода, понимания и максимальной индивидуализации даваемых советов. Во-вторых, беседуя с пациентом, особенно в случаях выявления тех или иных отклонений, обнаруженных в ходе профилактического обследования, необходимо максимально привлечь внимание больного к своему здоровью, не развив у него страха перед болезнью.

Второй принцип – диспансеризация больных (вторичная профилактика) определенными нозологическими формами заболеваний (сердечно-сосудистые болезни, желудочно-кишечные расстройства, эндокринные заболевания, злокачественные опухоли, нервно-психические расстройства, хирургические болезни и др.).

Основная социально-гигиеническая цель диспансеризации больных – выявление заболеваний в ранней стадии патологического процесса, недопущение обострений и ухудшения клинического течения заболеваний, сохранение трудоспособности, снижение инвалидности, повышение средней продолжительности жизни больных и активной работоспособности.

Вторичная профилактика включает в себя:

целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;

проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения;

проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование

правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;

проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния факторов риска, сохранение трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов.

Для проведения мероприятий первичной и вторичной медицинской профилактики медицинским работникам необходимы знания по гигиене, санитарии, психологии, экологии, специальные знания и навыки по индивидуальному и групповому профилактическому консультированию (гигиеническому обучению и воспитанию).

**Диспансеризация населения** – основной метод профилактики заболеваний и важнейший метод работы лечебно-профилактических учреждений, как стройная система динамического наблюдения за состоянием здоровья здоровых и больных людей, страдающих хроническими заболеваниями. Она осуществляется лечебными учреждениями в целях своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Основу диспансеризации составляет диспансерный метод, который заключается в постоянном медицинском наблюдении за лицами, состоящими на учете, осуществлении по отношению к ним мер индивидуальной и общественной профилактики, а также в оздоровлении условий труда и быта. С помощью диспансерного метода осуществляется синтез лечебного и профилактического принципов в медицине.

Успешное проведение диспансеризации во многом зависит от участия в ней населения и широкой общности. Только опираясь на помощь и содействие общественного актива, диспансеры и поликлиники могут расширять масштабы и совершенствовать формы диспансеризации.

В отечественном здравоохранении исторически определились и практически оправдали себя два основных принципа отбора контингентов лиц, подлежащих диспансеризации: это социальный и медицинский. В соответствии с ними, в настоящее время диспансерным наблюдением, как указывалось ранее, в основном охвачены определенные группы здоровых людей, объединенных общими возрастнo-физиологическими особенностями (дети, подростки, беременные и т. д.) или условиями труда (рабочие определенных профессий, учащиеся, спортсмены и др.), и уже заболевшие с конкретными определенными заболеваниями легких, сердечно-сосудистой, эндокринной систем и т. д.

В настоящее время выделяют следующие виды диспансеризации:

- диспансеризация больных, перенесших острые терапевтические заболевания;
- диспансеризация хронических больных;
- диспансеризация декретированных контингентов;
- диспансеризация здоровых людей

К лечебно-оздоровительным мероприятиям, проводимым диспансерным больным, относятся:

- противорецидивное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях;
- лечение в дневном стационаре поликлиники;
- стационарное лечение в плановом порядке;
- оздоровление в санаториях, пансионатах, санаториях-профилакториях, домах отдыха, на курортах;
- трудоустройство;

- занятие лечебной гимнастикой;
- массаж, иглорефлексотерапия, фитотерапия;
- диетическое питание;
- психотерапия, психологическая коррекция.

Научно-организационный комплекс диспансеризации включает:

– правильное планирование и рациональное финансирование сети и кадров лечебно-профилактических учреждений;

– четкую организацию работы амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, медицинского персонала, и прежде всего участковых и цеховых терапевтов;

– дальнейшее развитие поликлинической и стационарной высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи городскому и сельскому населению;

– достаточное материальное оснащение лечебно-профилактических учреждений, обеспечение поликлиник и диспансеров новейшей медицинской аппаратурой, ин-струментарием, организационной техникой;

– высокую квалификацию врачей, как по своей специальности, так и по основам организации здравоохранения и общественного здоровья, экспертизе трудоспособности, гигиены труда и профессиональной патологии, а также в области геронтологии и гериатрии;

– применение четкой научно апробированной методики приема больных, правильной системы плановой госпитализации, противорецидивного лечения, системы учета и отчетности, анализа показателей качества и эффективности диспансеризации.

При правильном проведении диспансеризации наиболее отчетливо должно проявиться единство лечебных и социально-профилактических мероприятий, которые характеризуются следующими основными чертами:

– специальное и углубленное изучение условий труда и быта диспансеризуемых;

– систематическое и целенаправленное изучение заболеваемости, инвалидности, смертности и ее причин у диспансеризуемого контингента здоровых и больных людей;

– определение возможного влияния вредных для здоровья факторов труда и быта и разработка мероприятий по их устранению;

– проведение обязательных медицинских осмотров (предварительных, периодических и специальных), а также комплексных обследований больных, состоящих под диспансерным наблюдением (2-4 и более раз в год в зависимости от формы и характера течения патологического процесса);

– применение новейших методов диагностики и лечения, комплексное обследование больных с участием необходимых специалистов, проведение специализированного, комплексного, профилактического лечения;

– дифференцированный подход к вопросам лечения и профилактики заболевших с учетом тяжести течения заболевания, т. е. степени функциональных нарушений и глубины патоморфологических изменений в пораженной области, с учетом наличия осложнений и общего состояния организма;

– проведение в жизнь комплекса мероприятий по социально-трудовой профилактике: реабилитация и реадaptация, рациональное трудоустройство, экспертиза трудоспособности, предоставление профилактического питания, профилактических отпусков, путевок в санатории и профилактории и др.;

- направление больных на санаторно-курортное лечение и диетическое питание;
- проведение целенаправленной пропаганды гигиенических и медицинских знаний среди диспансеризуемых и всего населения;
- анализ показателей эффективности диспансеризации по медицинским признакам, по степени утраты трудоспособности и др.

Исключительно важное значение имеет рациональное трудоустройство диспансеризуемых, которое включает несколько этапов:

- а) обследование рабочего места больного;
- б) изучение его профессионального маршрута;

в) изучение общих факторов профессиональной вредности данного производства, цеха;

г) выбор нового временного или постоянного вида работы; д) заключение комиссии и выдача документа о трудоустройстве;

е) систематический контроль за состоянием здоровья рабочего на новом месте;

ж) оценка эффективности трудоустройства.

Вся работа по рациональному трудоустройству проводится цеховым (участковым) врачом совместно с врачами-специалистами, представителями профсоюзной организации и администрации промышленного предприятия (цеха).

## Раздел V. УПРАВЛЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ

*В.М. Чернышев*

*Для того, чтобы хорошо управлять, порядок и последовательность нужнее великих дарований.*

*Оноре Г. Мирабо*

**Управление** – это процесс планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для того, чтобы сформулировать и достичь целей организации. Суть управления состоит в оптимальном использовании ресурсов при их достижении.

**Планирование.** С помощью этой функции определяются цели деятельности организации, средства и наиболее эффективные методы для достижения этих целей. Важным элементом этой функции являются прогнозы возможных направлений развития и стратегические планы. На этом этапе ЛПУ должно определить, каких реальных результатов оно может добиться, оценить свои сильные и слабые стороны, а также состояние внешней среды (экономические условия, правительственные акты, действия конкурирующих организаций, предпочтения потребителей, общественные взгляды, развитие медицинских и управленческих технологий и др.).

**Организация.** Эта функция управления формирует структуру организации и обеспечивает ее всем необходимым (персонал, денежные средства, расходные материалы и т.д.). То есть на этом этапе создаются условия для достижения целей организации. Хорошая организация работы персонала позволяет добиться более эффективных результатов.

**Мотивация.** Это процесс побуждения сотрудников к деятельности для достижения целей организации. Выполняя эту функцию, руководитель осуществляет материальное и моральное стимулирование работников, и создает наиболее благоприятные условия для проявления их способностей и профессионального «роста». При хорошей мотивации персонал организации выполняет свои обязанности в соответствии с целями этой организации и ее планами. Процесс мотивации предполагает создание для работников возможности удовлетворения их потребностей, при условии надлежащего выполнения ими своих обязанностей. Прежде, чем мотивировать персонал на более эффективную работу, руководитель должен выяснить реальные потребности своих работников.

**Контроль.** Эта функция управления предполагает оценку и анализ эффективности результатов работы организации. При помощи контроля производится оценка степени достижения организацией своих целей, и необ-

ходимая корректировка намеченных действий. Процесс контроля включает: установление стандартов, измерение достигнутых результатов, сравнение этих результатов с планируемыми и, если нужно, пересмотр первоначальных целей. Контроль связывает воедино все функции управления, он позволяет выдерживать нужное направление деятельности организации и своевременно корректировать неверные решения.

**Целью каждого процесса управления и, следовательно, управления диспансеризацией, является перевод системы в другое, запрограммированное для нее состояние. Поэтому если учесть, что управление представляет собой систему воздействий, то это определение предполагает необходимость конкретной целенаправленности этих воздействий. Только в таком случае управляемая система может быть переведена в новое для нее состояние.**

Комплексный подход к совершенствованию любой управляющей системы требует решения четырех основных проблем: организации аппарата управления системой (в данном случае – диспансеризацией); овладения методами управления; обеспечения высокой культуры и оптимального стиля управления системой (в первую очередь компетентности руководящих кадров и главных специалистов, участвующих в управлении диспансеризацией); использования технических средств в управлении системой. Решение всех четырех проблем должно осуществляться комплексно.

Таким образом, постановка четких, научно аргументированных целей является не только важнейшим условием организации эффективной системы диспансеризации, наведения должного порядка в ней, но и непременным условием успешного управления этим процессом. Суть процесса управления диспансеризацией, как и любыми другими системами, состоит в первую очередь в организации управленческих воздействий. Организацией информационных процессов для управления системой диспансеризации в целом и каждым ее компонентом в принятии решений, отражающих цели, задачи, основные направления работы и модели деятельности для реализации комплекса проблем диспансеризации, в планировании реализации решений. Затем следует реализация

управленческих воздействий: организация или упорядочение системы для выполнения принятых решений и разработанных на их основе планов реализации или регулирования существующих систем с той же целью. Особое место в ходе процесса управления занимает контроль исполнения.

Часто управление не является взаимосвязанным непрерывным процессом, повторяющимся циклом воздействий вплоть до получения конечных результатов. Нередко оно представляет собой разрозненные воздействия на отдельные ее стороны. В таком случае невозможно достижение конечных результатов диспансеризации и рациональное, целенаправленное расходование ресурсов на эти цели.

Для успешного управления Д необходимо соблюдение ряда требований:

1. Должна быть обеспечена непрерывность между фазами управления в пределах одного его цикла (в течение календарного года) и между циклами управления в процессе достижения целей (преемственность при ежегодном планировании).

2. Пусковым механизмом процесса управления является управленческое решение. Все последующие фазы процесса управления основываются на этом решении, поэтому от его содержания, организующей роли зависят качество и эффективность процесса управления диспансеризацией.

3. Качество и результативность всего процесса управления и каждой фазы его зависят от трех факторов:

– компетентности лиц, осуществляющих этот процесс;

– наличия, качества и своевременности поступления информации;

– уровня овладения аппаратом управления технологией работы на каждом этапе процесса управления.

4. Непременное участие в процессе управления диспансеризацией, как правило, трех групп лиц:

– одни из них (руководители высшего ранга) осуществляют главные процессы управления;

– другие – вспомогательные (подготовку, анализ, передачу информации, подготовку проектов, вариантов решений, проектов планов, принимают участие в упорядочении систем диспансеризации в процессе реализации решений, в процессе контроля исполнения и т. д.);

– третья группа лиц осуществляет так называемые технические процессы: тиражирование и рассылку документов, контроль сроков исполнения их и т. д.

От оптимального соотношения численности сотрудников в этих группах, а главное от четкого выполнения ими своих обязанностей зависят качество и в конечном итоге результаты процесса управления диспансеризацией.

5. Процесс управления всей системой диспансеризации и каждым ее разделом (компонентом) осуществляется одновременно (если в нем участвуют люди) двумя путями: прямым и опосредованным.

Только сочетанное и компетентное применение этих двух путей управления диспансеризацией может дать положительные результаты.

Это означает, что управление диспансеризацией находится в прямой зависимости, с одной стороны от того, насколько продуманы, исполнимы будут решения (приказы), планы их реализации, действенен контроль, а с другой – насколько комплексно ведется работа в коллективе по реализации формулы успешного управления: «знают», «могут», «хотят», «успевают».

Вместе с тем, анализ неэффективного управления Д показал, что основными причинами этого являются:

- недостаточная или некачественная информация о ходе проведения Д и итогах;

- недостаточная компетенция руководителей в вопросах управления Д, не использование современных управленческих технологий;

- дефицит кадров, как осуществляющих Д, так и тех, кто осуществляет управление ею, загруженность персонала несвойственной для них работой (частое выписывание льготных рецептов, заполнение большого количества бумаг вручную и т.д.);

- низкая санитарная культура населения;

- снижение авторитета медицинских работников;

- низкая материальная мотивация занятия Д;

- недостаточная компьютеризация процессов планирования, учета и отчетности по вопросам Д;

- система оплаты деятельности ЛПУ, зачастую ориентирующая персонал на большого человека и др.

Работа трех групп специалистов, участвующих в процессе управления диспансеризацией имеет так же ряд недостатков:

а) отсутствие должной численности лиц, осуществляющих, прежде всего, вспомогательные и технические процессы управления;

б) нет четкого разделения обязанностей между группами и, тем более, их взаимодействия;

в) серьезные трудности возникают вследствие слабой компьютеризации технических процессов управления.

Однако первопричиной всех перечисленных недостатков, является отсутствие комплексного, системного подхода к управлению диспансеризацией, включающей три взаимосвязанных основных компонента: управляющий субъект, управляемый объект и блок научного регулирования системы.

Управление и планирование ежегодной диспансеризации всего населения осуществляют органы и учреждения здравоохранения, которые и несут персональную ответственность за проведение этой работы. Методическое руководство возлагается на организационно-методические отделы (кабинеты) республиканских, краевых, областных, городских и центральных районных больниц.

## 1. Планирование диспансеризации

**Планирование** – это ориентированный в будущее систематический процесс принятия решений, которое вырабатывается на основе целей, формулируемых вышестоящей организацией. В понятие «планирование» входит определение целей и путей их достижения. Планы всех структурных подразделений тесно взаимосвязаны между собой. По мнению многих авторов, планирование – одна из важнейших функций управления, которая позволяет принимать управленческие решения относительно:

- распределения ресурсов;

- координации деятельности между отдельными подразделениями;

- координации с внешней средой (рынком);

- создания эффективной внутренней структуры;

- контроля за деятельностью;

- развития учреждения в будущем.

Планирование означает, прежде всего, умение думать с опережением и предполагает системность в работе, исключение ошибок и способствует более полному использованию возможностей учреждения. Кроме того, оно обеспечивает ряд преимуществ:

- устраняет неопределенности;

- точно определяет цели и действия по их достижению;
- появляется осмысленность в деятельности;
- исключает ошибки в будущей деятельности;
- позволяет предвидеть и действовать в будущей ситуации, опережая время;
  - помогает решать задачи рационально и с наименьшими затратами;
  - помогает улучшить координацию действий исполнителей;
  - обеспечивает более рациональное использование ресурсов;
  - помогает руководителям мыслить перспективно, использовать будущие возможности;
  - обеспечивает возможность контроля за событиями и позволяет управлять ими;
  - готовит учреждение к возможным изменениям;
  - способствует повышению образовательного уровня менеджеров и др.

**Различают три основные формы организации планирования:**

- «сверху вниз»;
- «снизу вверх»;
- «цели вниз – планы вверх».

**Планирование «сверху вниз»** основывается на том, что руководство создает планы, которые надлежит выполнять их подчиненным. Такая форма планирования может дать положительный результат только при наличии жесткой, авторитарной системы принуждения.

**Планирование «снизу вверх»** основано на том, что планы создаются подчиненными и утверждаются руководством. Это более прогрессивная форма планирования, но в условиях углубляющейся специализации и разделения труда сложно создать единую систему взаимосвязанных целей.

**Планирование «цели вниз – планы вверх»** соединяет достоинства и устраняет недостатки двух предыдущих вариантов. Руководящие органы (руководство ЛПУ) разрабатывают и формулируют цели для своих подчиненных и стимулируют разработку планов в подразделениях. Такая форма дает возможность создать единую систему взаимосвязанных планов, так как общие целевые установки являются обязательными для всей организации.

В отношении каждого из объектов планирования нужно соблюдать такую последовательность:

**Анализ и оценка настоящего положения.**

**Определение целей.**

**Определение средств для достижения целей.**

**Определение и взвешивание альтернативных возможностей.**

**Определение препятствий и принятие мер для уменьшения их воздействия.**

**Уточнение мер, определение порядка их важности и времени исполнения.**

**Разбитие средств на конкретные работы со сроками**

**Контроль.**

**Из указанного выше вытекают правила планирования, с помощью которых можно значительно повысить его эффективность:**

- для начала нужно сформулировать цель – это есть необходимое условие начала любого планирования, цель должна быть объективной и отвечать возможностям учреждения;
- определите возможные условия и факторы, могущие оказать на план то или иное влияние;

- попытайтесь скомбинировать и адаптировать их таким образом, чтобы они в максимальной степени отвечали потребностям поставленной цели;
- попробуйте дать оценку составленных комбинаций и выберите наилучший вариант;
- при непосредственной разработке плана не следует слишком его детализировать, во всех частях детализация должна носить примерно одинаковый характер;
- никогда не внедряйте незаконченные планы, неполное планирование может привести к необходимости импровизации, что в свою очередь вызовет неуверенность и приведет к хаосу;
- в планировании могут быть допущены и отклонения, которые в важных частях плана следует сводить до минимума, это относится, например, к первоочередным целям, что же касается перспективных целей, то такие отклонения могут достигать больших величин.

Наиважнейшим фактором при планировании является целеполагание, т.к. от правильно выбранной цели во многом зависят результаты Д.

**Целеполагание** – это процесс разработки системы целей, начиная от общих целей организации и заканчивая целями отдельных ее подразделений. В результате получается дерево целей, которое лежит в основе всего процесса планирования.

Само по себе наличие цели еще не означает, что она будет достигнута, необходимо наличие соответствующих материальных, финансовых и людских ресурсов. При этом часто от количества этих ресурсов зависит уровень достижения цели. Финансовый ресурс обязательно должен быть в наличии, и тогда будет обеспечено сочетание цели и средства ее достижения. Как результат координации появляются планы, в которых сочетаются мероприятия по достижению целей, сроки, средства и исполнители.

Процесс планирования проходит в 4 этапа:

- разработка общих целей;
- определение конкретных, детализированных целей на заданный, сравнительно короткий период времени;
- определение задач и средств их решения;
- контроль за достижением поставленных целей путем сопоставления плановых показателей с фактическими.

Для реализации процесса планирования также необходимо иметь налаженную организационную систему. Работа организации направлена на достижение планового показателя, и от того, как построена и скоординирована эта работа, зависит результат. Даже самые идеальные планы не будут реализованы без соответствующей организации. Должна существовать исполнительская структура. Кроме того, у организации должна существовать возможность будущего развития, так как без этого она будет разрушаться, ее будущее зависит от условий среды, в которой она работает.

Планирование всегда ориентируется на данные прошлого, но стремится определить и контролировать достижение поставленной цели в перспективе, поэтому надежность планирования зависит от точности фактических показателей прошлого.

Технология планирования хорошо разработана и постоянно используется. Формулируются стратегические цели, указывающие, что делать в целом. Затем они конкретизируются до задач, а те – до конкретных заданий. Далее подсчитываются необходимые ресурсы: материальные, финансовые, кадровые, временные – и при необходимости пересматриваются задания, задачи и цели. В результате получают реально осуществимый план.



План Д, как итог планирования для исполнителей является директивным документом и должен включать как обязательные, так и рекомендательные показатели, причем с увеличением сроков планирования число индикативных (рекомендательных) показателей растет. Это связано с тем, что при долгосрочном планировании результат не может быть определен абсолютно точно, так как он зависит от изменения условий хозяйствования и имеет вероятностный характер. Планироваться могут конкретные мероприятия, услуги и работы.

Далеко не во всех ЛПУ составляется отдельно план диспансеризации, чаще всего он является составной частью общего плана работы учреждения на год. Учитывая важность этого направления в работе поликлиник, целесообразно выделение его в самостоятельный документ.

Планирование мероприятий по организации диспансеризации осуществляется врачами, начиная с территориального, приписного терапевтического (цехового), общеврачебного участка; для сельской местности – врачами участковой больницы, врачебной амбулатории. С этой целью проводится персональный учет всего населения, проживающего в районе обслуживания, в соответствии с «Инструкцией о порядке учета ежегодной диспансеризации всего населения».

Планирование диспансеризации целесообразно осуществлять по принципу – «цели вниз – планы вверх». Руководящие органы разрабатывают и формулируют цели для ЛПУ, руководство которых определяют цели для своих структурных подразделений и специалистов, стимулируют разработку планов в подразделениях. На их основе формируется соответствующий план (либо раздел общего плана) ЛПУ.

Для того, чтобы при реализации плана Д в целом по учреждению не возникли обстоятельства, препятствующие его безусловному выполнению, необходимо учесть специфику деятельности учреждения и предвиденные обстоятельства. Это, прежде всего, сезонность заболеваемости и обращаемости населения. Необходимо учесть график отпусков и возможности диагностических и лечебных служб, чтобы обеспечить непрерывность и своевременность проведения Д, исключить длительные ожидания пациентами исследований и консультаций специалистов.

Не менее важным для обеспечения качества медицинской помощи при проведении Д является индивидуальный план наблюдения для диспансеризуемого. Порядок наблюдения определен приказами МЗ РФ и методическими рекомендациями, разработанными на их основе (приложения 1-9), вместе с тем, при составлении индивидуального плана, следует уделить должное внимание особенностям течения заболевания у каждого пациента, которые лечащий врач должен знать.

**В индивидуальный план Д** включаются следующие мероприятия:

- проведение необходимых исследований (рентгенологических, лабораторных, функциональных и т. д.) с указанием конкретных сроков. Помимо тех исследований, которые проводятся в отношении каждого больного (флюорография, общий анализ крови и т. д.), следует предусмотреть проведение исследований, обязательных в отношении больного определенной нозологической формой заболевания (приложение 1-8). Так, больным сахарным диабетом необходимо определение суточного диуреза и сахара в моче, исследование глазного дна, а также может назначаться ряд других анализов;

- проведение консультаций в отношении данного больного с врачами других специальностей. Так, при гипертонической болезни консультантами обязательно должны быть кардиолог, невропатолог, офтальмолог, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – хирург, онколог и рентгенолог;

- установление периодичности наблюдения за данным больным (зависит от нозологической формы заболевания и характера его течения). Например, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, рекомендуется обследовать больного не реже 2 раз в год при спокойном течении болезни и 4-6 раз в год в острой стадии;

- определение видов и методов рекомендуемого лечения на основании уточненного диагноза и установленной степени тяжести данного заболевания – амбулаторное, стационарное или санаторно-курортное, медикаментозное, фитотерапии, физиотерапевтическое, диетолечение, лечебная физкультура, санация полости рта, противорецидивное лечение, трудотерапия и т. д. Проведение оздоровительных мероприятий, предусматривающее выявление вредных факторов и их устранение, улучшение условий труда и быта (отмена работы в ночных сменах, отмена или ограничение командировок, перевод на другую работу, предоставление отпуска в летний период и т. д.);

- оказание правовой помощи диспансеризуемым (улучшение жилищных условий, предоставление льгот и т. д.);

- гигиеническое воспитание больного и окружающих его лиц.

Составленный таким образом план является программой действий как для врача и медицинской сестры, так и для самого диспансерного больного. И очень важно, чтобы каждый из них принимал активное участие в реализации этого плана. Кроме тех мероприятий, которые предусмотрены планом, должны быть обеспечены выявление причин обострения болезни и принятие мер по их устранению, раннее выявление новых заболеваний в семье и в коллективе, контроль за выполнением больными рекомендованного режима, назначений врача.

## 2. Организация диспансеризации

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья трудящихся следует проводить по трем группам. I группа – здоровые, не имеющие хронических заболеваний и полностью трудоспособные; II группа – группа риска в отношении хронических заболеваний не влияющие на жизненно важные органы и трудоспособность (т.е. практически здоровые) III группа – хронически больные пациенты (здесь динамическое наблюдение должно способствовать облегчению течения болезни).

Как известно, диспансеризация основывается на участковом принципе. Это позволяет воздействовать на факторы влияющие на заболеваемость, включая плановое оздоровление условий труда и быта. Участковый принцип позволяет установить постоянное медицинское наблюдение за определенными группами населения, углубленно изучать заболеваемость и смертность, эффективно бороться с наиболее распространенными хроническими заболеваниями. Метод специализированной участковости, заметно улучшает качество и организацию проведения диспансеризации, решает вопросы о внебольничной помощи пациентам в современных условиях.

Участковые врачи возглавляют диспансеризацию на участке, организуют наблюдение, обследование, лече-

ние и контроль. При смежных заболеваниях пациенты, находящиеся под диспансерным наблюдением, консультируются врачами других специальностей. Результаты клинко-диагностических исследований, полученных при профилактических осмотрах, используются врачами при диспансеризации. Участковая медицинская сестра осуществляет по назначению участкового врача предварительное обследование пациентов в лаборатории и кабинетах функциональной диагностики. Направления во вспомогательные кабинеты обычно доставляются пациенту на дом. Для проведения очередной диспансеризации пациент посещает поликлинику не более двух раз в год так же по приглашению врача. Особое внимание уделяется ведению амбулаторных карт на каждого диспансерного пациента, в которых подробно изложены история жизни и заболевания, записи диспансерных осмотров и годовых эпикризов, что облегчает ориентацию и в медицинской документации и в данных динамического наблюдения. Для проведения диспансеризации выделяется специальное время, несколько фиксированных дней в месяц (вечерний прием). Участковая мед. сестра посещает пациента на дому предварительно за 1-2 дня и приглашает на Д прием в поликлинику. В этот день текущего приема как правило не должно быть. Дальнейшее развитие диспансеризации неразрывно связано с расширением профилактических мероприятий. Известно, что профилактика дешевле лечения, а профилактические мероприятия при современном размахе поглощают определенную долю расходов, предназначенных на лечебные цели. В этих условиях основной становится разработка наиболее эффективных и экономических методов диспансеризации. Одной из важных современных черт диспансеризации населения являются перенесение внимания с больного на здорового человека, выявление факторов риска, которые могут способствовать возникновению заболевания, и в связи с этим – проведение полного комплекса мероприятий, направленных на обеспечение общественного здоровья и индивидуальную профилактику. Мероприятия, проводимые амбулаторно-поликлиническими учреждениями, различны на разных этапах диспансеризации: первый этап – при планировании работы в связи с ежегодными осмотрами организованного и неорганизованного населения; второй этап – выявление контингентов подлежащих диспансерному наблюдению; третий этап – проведение активного динамического наблюдения, лечебно-оздоровительных, реабилитационных мероприятий.

На первом этапе – проводится учет численности населения на участке; определяется возрастно-половой и социальный состав; выделяет тех пациентов, которые наблюдаются в других учреждениях и по месту работы. Определяет очередность приглашения населения на осмотры, составляет графики осмотра населения.

Второй этап – выявление контингентов подлежащих Д наблюдению осуществляются в ходе профилактических осмотров, на амбулаторных приемах, при анализе медицинской документации (выписки из стационаров, санаториев, листки временной нетрудоспособности и т.д.).

На третьем этапе – медицинская сестра активно приглашает на прием пациентов находящихся под наблюдением у врача, контролирует своевременную их явку, ведет картотеку диспансеризуемых, оформляет медицинскую документацию, контролирует выполнение врачебных рекомендаций, фиксирует явки в журнале диспансеризации.

Особое значение при проведении диспансеризации имеет активное и своевременное выявление заболеваний, когда пациенты еще не предъявляют жалоб и имеется возможность прервать дальнейшее развитие болезни или ликвидировать ее. В настоящее время более 50 % всех диспансеризуемых пациентов приходится на участковую службу и участковый врач является ведущей фигурой в системе здравоохранения, ответственен за состояние здоровья, а следовательно и за динамическое наблюдение каждого проживающего на территории участка. То есть врач и мед. сестра лучше других специалистов знают особенности патологии населения, условий труда, быта, отношение в семье и на производстве, в связи с чем именно они могут определить число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении в зависимости от диагноза, стадии и длительного лечения паталогического процесса, возрастно-половых и производственных особенностей. Не случайно диспансерный метод Н.А. Семашко связывал с участковым принципом медицинского обслуживания населения, так как, по его мнению, в работе участкового терапевта и мед. сестры гармонически сочетается лечебная помощь с профилактикой заболеваний. Он был твердо убежден, что профилактическое направление помогает лучше распознавать и лечить болезни. «Науки профилактические, естественно, будут выдвигаться на первое место, а не будут оставаться в том загоне, в котором они были до сих пор. Место врача-ремесленника, умеющего орудовать лишь молоточком, займет врач с широким социальным кругозором, умеющий в каждом больном находить социально-этиологические моменты, участник социальной терапии». Современный участковый терапевт или врач общей практики понимают, что диспансеризация – это не кампания, а непрерывный процесс, объединяющий различные формы профилактической, лечебно-оздоровительной, санитарно-просветительской работы с параллельным осуществлением комплекса социально-гигиенических мероприятий. Проведение диспансерной работы немыслимо без знания своего участка, обслуживаемого контингента. Об эффективности мероприятий по реабилитации можно судить по тому, что при хорошо налаженной системе диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения пациенты получают возможность подавляющую часть времени находиться в привычных им домашних условиях, сохраняя и поддерживая прежние социальные связи. Диспансеризация всего населения предусматривает соблюдение правил и навыков здорового образа жизни, который подразумевает отказ от вредных привычек (курение, наркомания, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, психоэмоциональная невздержанности и др.), поддержание гигиены жилища, простое, но обоснованное без излишеств питание, рациональное сочетание труда и отдыха, моральную чистоту и дух оптимизма. Под диспансерной системой понимается такая организация охраны здоровья населения, в основу которой положена не стихийная обращаемость в амбулаторно-поликлинические учреждения, а постоянное динамическое наблюдение за состоянием здоровья. Диспансерная система здравоохранения – не только наиболее яркое проявление синтеза профилактики и лечебного дела, но и основа организации будущего здравоохранения.

Диспансеризация невозможна без санитарно-гигиенического воспитания населения, повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта, искоренения вредных привычек. Совершенство-

вание диспансеризации неразрывно связано с улучшением амбулаторно-поликлинической помощи и прежде всего с дальнейшим развитием сети поликлиник, максимальным удовлетворением потребности населения во внебольничной помощи, повышении качества медицинского обслуживания путем совершенствования организационных форм и методов работы, укреплением участкового принципа, расширением специализированной медицинской помощи, развитием консультативно-диагностических служб. Построение системы диагностического наблюдения за состоянием здоровья диспансеризуемых является важнейшей задачей развития диспансеризации населения.

### **Особенности диспансеризация сельского населения**

Проведение профилактических осмотров в сельских районах зависит в первую очередь от сезонности работ. В большинстве районов медицинские осмотры работников сельского хозяйства проводятся после окончания осенних полевых работ, все профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия – до начала весенних работ, а контроль за состоянием здоровья диспансеризуемых в течение напряженных весенне-летних и осенних работ осуществляется непосредственно на фермах и полевых станах. Проведение профилактических осмотров сельских тружеников в ноябре – декабре позволяет оздоровить всех выявленных больных до начала массовых полевых работ. В вопросах организации профилактических осмотров и обследования лиц ведущих профессий сельскохозяйственного производства, проживающих на участках обслуживания фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц, большую роль играют центральные районные больницы.

Проведение в настоящее время профилактических осмотров сельского населения связано с большими трудностями и сложностями. В зависимости от местных условий и возможностей используются различные формы этой работы. В течение длительного времени труженики села по согласованию фельдшера с руководителями сельхоз предприятий на автомашинах доставлялись в районные и участковые больницы, специалисты которых проводили медицинские осмотры. Форма, функционирующая по принципу «на себя», имеет существенные недостатки: одновременный отрыв от работы на продолжительное время части работников, в результате чего, страдает производство; нехватка специального автотранспорта для перевозки людей и др. Эти обстоятельства приводили к ограниченности охвата осмотрами и к частым срывам их, что в свою очередь нарушало цикличность работы врачей-специалистов.

Значительную помощь в организации и проведении массовых профилактических осмотров сельского населения, особенно жителей населенных пунктов, отдаленных от районного центра, оказывают передвижные медицинские службы. В зависимости от конкретных географических, экономических особенностей и имеющихся возможностей существуют различные формы работы передвижных служб, хотя все они направлены на выполнение одной цели. Так, в некоторых сельских районах профилактические осмотры тружеников села проводятся врачами-специалистами районных больниц, выезжающими по определенному графику на специальном транспорте, оснащенных флюорографом, клинико-диагностической лабораторией, имеющих зубопротезный кабинет.

Осмотры работников отгонного животноводства обеспечиваются передвижными медицинскими службами по так называемому кольцевому методу. В части регионов функционируют «плавающие амбулатории» (катера и баржи), оснащенные необходимым оборудованием. В северных районах России для проведения профилактических осмотров, обследования и оказания медицинской помощи оленеводам и коренному населению, проживающему в отдаленных от районных больниц местностях, передвижные медицинские отряды могут использовать «летающие поликлиники» (самолеты и вертолеты) и лишь в отдельных случаях наземный транспорт – вездеходы. Данная форма организации проведения осмотров с одновременным оказанием специализированной медицинской помощи непосредственно на рабочих местах при активном участии фельдшеров, работающая по принципу «от себя», является более эффективной как в медицинском, так и в экономическом отношении.

Однако и эта форма организации, направленная на осуществление профилактики с одновременным приближением специализированной медицинской помощи к труженикам села, далека до идеала. Еще недостаточен охват профилактическими осмотрами сельского населения, крайне низок объем доврачебного обследования с помощью аппаратных и инструментальных методов.

При проведении диспансеризации сельских жителей отмечается значительная степень участия средних медицинских работников. Благодаря длительной и квалифицированной подготовке средние медицинские работники успешно проводят санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия. Участие средних медицинских работников в проведении диспансеризации заключается в составлении под руководством врача сельской участковой больницы плана проведения диспансеризации. Средние медицинские работники организуют и обеспечивают своевременное проведение медицинских осмотров врачом; систематически наблюдают и оказывают лечебную помощь диспансеризуемым, выполняя советы и рекомендации районных специалистов. В обязанности средних медицинских работников входит контроль за выполнением рекомендаций по трудоустройству, режиму, аккуратностью последующих явок к врачу. Они принимают меры к улучшению условий труда и быта диспансеризуемых.

В настоящее время, при переходе к всеобщей диспансеризации, необходимо научно обосновать роль и расширить диапазон участия средних медицинских работников в диспансеризации. Оснащение учреждений современным оборудованием, аппаратурой, повышение уровня знаний средних медицинских работников уже в настоящее время позволяют снять с врача некоторые функции по диспансеризации сельского населения и передать их фельдшеру, оставив за врачом обязательный контроль за проведением этих мероприятий.

В решении проблемы диспансеризации, перспективным является более широкое и полное доврачебное обследование населения с использованием лабораторно-диагностических методов, которые впоследствии будут использоваться врачами различных специальностей.

При проведении профилактических осмотров условно можно выделить два периода – подготовительный и рабочий.

Подготовительный период включает решение ряда организационных и методических вопросов: перепись населения с целью определения объема и структуры работы, анализ и укрепление технического и кадрового

оснащения районов, создание рабочих групп из числа медицинских работников, исполнительных органов власти и общественных организаций, комплектование выездных бригад, состоящих из средних медицинских работников и врачей центральной районной больницы (ЦРБ), межрайонных, городских или областных больниц, инструктивно-методическая работа с врачами, вошедшими в состав бригад.

Рабочий период заключается в непосредственной организации медицинских осмотров в районах, которая имеет ряд особенностей: бригады могут размещаться в участковых и центральных районных больницах, а население для осмотров привозят на автобусах, выделенных (нанятых) для этих целей сельхозпредприятиями и администрацией муниципальных образований. Бригады могут и непосредственно выезжать в населенные пункты, размещаясь в фельдшерско-акушерских пунктах, в помещениях, специально приспособленных для проведения осмотров. Целесообразно в распоряжении бригады иметь транспорт.

Ответственным моментом является привлечение населения для участия в осмотрах. С этой целью должны быть организованы передачи по радио, публикации в местных газетах, собрания сельских жителей, а также индивидуальные приглашения населения по квартирам санитарными активистами и фельдшерами по составленному графику. Ответственность за явку на осмотры работающих и членов их семей несут руководители сельхозпредприятий и администрация муниципального образования.

В последние годы определились два варианта проведения профилактических осмотров, связанные с составом бригад: медицинская сестра, акушерка, врач-терапевт; медицинская сестра, акушерка, врачи: терапевт, хирург, оториноларинголог, окулист, невропатолог, стоматолог. При первом составе бригады больного с неясным диагнозом терапевт направляет в каждом случае к соответствующим специалистам для уточнения диагноза. Это затягивает срок обследования отдельных лиц и создает определенные трудности. Однако этот вариант проведения профилактических осмотров более экономичен и не требует одновременного отрыва от текущей работы врачей различных специальностей.

Участие врачей-специалистов в проведении профилактического осмотра сельских тружеников в значительной мере повышает качество этих осмотров и с медицинской точки зрения более эффективно. В связи с этим особое значение приобретает правильное комплектование состава бригады. При этом прежде всего следует учитывать производственно-профессиональную, возрастную-половую и социальную структуру населения. Состав бригады будет определяться также показателями заболеваемости по обращаемости.

В структуре заболеваемости сельского населения первое место принадлежит болезням органов дыхания, второе – органов пищеварения, третье – нервной системы и органов чувств, далее идут болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы. В структуре патологии детского и взрослого населения в классе болезней органов пищеварения преобладают болезни зубов и полости рта. По результатам комплексных профилактических осмотров населения кариесом поражено около 80 % всего населения.

При проведении массовых профилактических осмотров особое внимание должно быть уделено жителям непунктовых селений, так как показатели их заболеваемо-

сти (по обращаемости) значительно ниже, чем сельских жителей пунктовых селений.

Известно, что по мере отдаления жителей сел от амбулатории размеры обращаемости их за медицинской помощью снижаются. При меньшей доступности некоторые группы больных реже обращаются к врачам. Следовательно, комплексное проведение профилактических осмотров жителей непунктовых селений позволяет выявить значительное число заболеваний, по поводу которых они не обращались или обращались к средним медицинским работникам, что имеет большое значение для раннего выявления заболеваний и последующего диспансерного наблюдения.

Особое значение в обеспечении должного качества профилактических осмотров принадлежит проведению лабораторно-диагностических исследований. В передвижных лабораториях важно иметь оборудование для проведения клинико-диагностических исследований, флюорограф, электрокардиограф. Важно в таких лабораториях использовать экспресс-методы диагностики. Следует предусмотреть также возможность передачи ЭКГ в центр для расшифровки.

При проведении профилактических осмотров особое внимание следует уделять лицам с хроническими заболеваниями, учитывая, что у многих из них выявляются одновременно и сопутствующие.

Степень участия медицинских служб разного уровня в проведении профилактических осмотров сельского населения может быть представлена следующим образом:

Уровень – фельдшерско-акушерский пункт – полицейский учет проживающего на территории населения, определение возрастного-полового и производственно-профессиональной структуры его, выделение лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в участковой и центральной районной больницах, передача всех сведений участковому врачу и согласование с ним возможных сроков проведения профилактических осмотров, широкое оповещение населения с целью привлечения на осмотры в намеченные сроки; непосредственное участие в осмотрах населения: измерение роста, массы тела, глазного давления, артериального давления, осмотр женщин акушерками.

Уровень – врачебная амбулатория и сельская поликлиника – анализ возрастного-полового и производственно-профессиональной структуры населения участка и составление графика проведения профилактических осмотров; участие в осмотрах терапевта, стоматолога, проведение необходимых диагностических исследований; заполнение первичной учетной документации (формы № 25 и 30), анализ качества проведения осмотров, формирование контингентов лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в связи с заболеваниями, назначение необходимых оздоровительных мероприятий; тесные контакты с руководителями сельхозпредприятий и администрациями сельских муниципальных образований с целью обеспечения 100 % охвата тружеников села профилактическими осмотрами.

III уровень – поликлиника ЦРБ – составление сводного плана проведения профилактических осмотров в районе, ежегодных сетевых графиков проведения осмотров, четкое сетевое планирование, выделение специалистов для проведения осмотров (оториноларинголога, офтальмолога, невропатолога, дерматовенеролога), проведение методических совещаний по осмотрам, анализ их результатов в районе, оценка качества и эффективности, определение контингентов лиц, подлежащих диспансерному

наблюдению на разных уровнях и у врачей различных специальностей.

При проведении профилактических осмотров, важная роль принадлежит главным специалистам, которые, выезжая на места, проверяют качество проведения осмотров и их эффективность в выявлении различных форм заболеваний, оказывают консультативную помощь, определяют контингента лиц для стационарного лечения на районном, межрайонном, областном и федеральном уровнях.

Несмотря на важность и необходимость проведения профилактических осмотров, они являются лишь начальным этапом в диспансеризации населения. Очень сложный и трудоемкий этап проведения диспансеризации – оздоровление выявленных контингентов и динамическое наблюдение за состоянием их здоровья. Как известно, число врачебных посещений на одного сельского жителя пока еще меньше, чем в городе.

Изучение состояния диспансеризации в сельских районах наряду с имеющимися успехами позволило выявить ряд недостатков, устранение которых в значительной степени будет способствовать улучшению этой работы. К ним относятся недостаточный охват диспансерным наблюдением больных по отдельным нозологическим формам, отсутствие постоянного наблюдения за больными в состоянии «предболезни», недостаточная степень участия врачей-специалистов, а также средних медицинских работников, особенно заведующих фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, недостаточная взаимосвязь и преемственность в диспансеризации учреждений различного типа и врачей на разных этапах оказания медицинской помощи. Недостаточно качество динамического наблюдения за больными – нерегулярность активных вызовов больных, отсутствие консультаций у врачей-специалистов, неполное клинико-диагностическое обследование, недостаточное проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Своевременное и полноценное оздоровление больных является важным и сложным моментом в проведении диспансеризации. Число посещений к врачам различных специальностей у больных, состоящих под диспансерным наблюдением, выше, чем у больных, не состоящих под наблюдением.

Большее число посещений диспансеризуемых больных позволяет более широко и своевременно проводить диагностические и лечебно-оздоровительные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, предотвращать осложнения процесса, добиваться стойкой компенсации.

Число посещений к фельдшерам с целью проведения назначенных врачами лечебно-оздоровительных мероприятий диспансеризуемых больных в 2 раза выше, чем у лиц, не находящихся под диспансерным наблюдением. Показатель госпитализации диспансеризуемых в 2,3 раза выше.

Переход к всеобщей диспансеризации в нашей стране связано с максимальной мобилизацией всех имеющихся возможностей на разных этапах оказания медицинской помощи сельским жителям и совершенствованием форм и методов диспансеризации.

Дальнейшему развитию диспансеризации сельских жителей будут способствовать укрепление материально-технической базы сельского здравоохранения, улучшение укомплектованности медицинских учреждений врачебными кадрами, рациональное их использование; развитие и совершенствование специализированной

амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи; улучшение организации труда медицинского персонала путем внедрения последних достижений практического здравоохранения. Необходимо также еще более приблизить врачебную помощь к сельскому населению.

Диспансерный метод теснейшим образом связан с участковым принципом обслуживания населения. Основная масса больных терапевтического профиля должна наблюдаться участковыми терапевтами, в связи с этим соблюдение участковости на селе является одной из важных предпосылок эффективного проведения диспансеризации. Непосредственными помощниками в проведении диспансеризации являются средние медицинские работники. Им можно поручить периодический контроль за ростом, массой тела диспансеризуемых лиц, измерение артериального и глазного давления, а также проведение лечебных процедур, назначенных врачами. С целью обеспечения преемственности в диспансеризации больных на фельдшерско-акушерских пунктах необходимо иметь амбулаторные карты (форма № 25) и дубликаты «Контрольных карт диспансерного наблюдения» (форма № 30). Целесообразно иметь направленные с отрывными талонами, которые сопровождали бы больного по маршруту: фельдшерско-акушерский пункт – участковая больница – районная – межрайонная – областная больницы – фельдшерско-акушерский пункт. В таком талоне важно отмечать проведенные диагностические исследования, лечебно-оздоровительные мероприятия и рекомендации.

Формы проведения динамического наблюдения могут быть разными: выделение специального дня в неделю для проведения диспансеризации больных, отведение 1-1,5 часа из приема каждого врача для диспансеризуемых больных, использование бригад, состоящих из нескольких специалистов, для проведения диспансеризации.

Весьма целесообразно проведение групповых осмотров диспансеризуемых с однородными заболеваниями.

Преимущество этого метода заключается в том, что больных с одноименными заболеваниями осматривают одновременно несколько специалистов. После осмотров целесообразно приглашать руководителей хозяйств, представителей общественности для ознакомления с результатами профилактических осмотров, рекомендациями по улучшению санитарно-гигиенического содержания производственных объектов, изменению условий труда на них, улучшению планировки и заселения мест, улучшению быта, общественного и диетического питания и т. д.

Необходимо участие работников Роспотребнадзора в проведении мероприятий по оздоровлению внешней среды, санитарно-оздоровительных мероприятий, направленных на улучшение условий труда и быта. Особенное внимание должно быть уделено гигиене труда.

Аграрно-промышленные комплексы, создающие условия высокой степени концентрации и отраслевой специализации производства на промышленной основе, увеличивают риск новой профессиональной патологии среди сельского населения (травматические, вибрационные, шумовые повреждения и др.), что ставит задачу проведения профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на борьбу с ними.

Роль сельских учреждений разного типа в проведении диспансеризации можно представить следующим образом. Несмотря на то что число обращений к средним медицинским работникам еще остается значительным, уже сейчас в областях и сельских районах, где достигнута высокая обеспеченность населения больнич-

ными койками и врачебными кадрами, число больных, обращавшихся за медицинской помощью к фельдшерам, резко уменьшается. Фельдшерско-акушерский пункт превращается в сельский доврачебный пункт здоровья, опорный фельдшерский пункт – основу профилактики.

На ФАПе профилактическая работа признана ведущей формой деятельности среднего медицинского персонала на селе. Большая роль принадлежит фельдшерско-акушерским пунктам в обследовании производственных условий и условий быта, выполнении профилактических рекомендаций врача, контроле за своевременностью активных вызовов диспансеризуемых, выполнении назначенных врачом лечебно-оздоровительных мероприятий.

Роль врачебной амбулатории заключается в учете и планомерном наблюдении за физическим состоянием здоровья проживающего населения, проведении профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, терапевтами, стоматологами, проведении широких санитарно-гигиенических мероприятий.

Поликлиника сельской участковой больницы проводит диспансеризацию врачами педиатрами, терапевтами, стоматологами, акушерами-гинекологами, хирургами больных соответствующего профиля; осуществляет лечебно-оздоровительные и социальные мероприятия; оценивает эффективность диспансерного наблюдения. Участковые больницы используются для профилактической госпитализации больных, состоящих под диспансерным наблюдением.

Поликлиника центральной районной больницы оказывает консультативно-методическую помощь больным, диспансеризуемым сельскими поликлиниками, анализирует проводимую ими работу по диспансеризации, проводит диспансеризацию с помощью врачей-специалистов – невропатологов, офтальмологов, оториноларингологов, травматологов, дерматовенерологов, онкологов, эндокринологов, кардиоревматологов, логопедов; анализирует состояние диспансеризации в районе, разрабатывает меры по ее улучшению.

Поликлиника областной больницы анализирует качество и эффективность диспансеризации в области, широко проводит методическую работу по диспансеризации, осуществляет повышение квалификации врачей проводящих диспансеризацию в районах, участвует в диспансеризации с помощью врачей-специалистов – аллерголога, гематолога, проктолога, нейрохирурга, хирурга по сердечно-сосудистым заболеваниям; оказывает консультативную помощь всем учреждениям, участвующим в проведении диспансеризации на предыдущих этапах, консультативно-диагностическую помощь больным, находящимся под диспансерным наблюдением и прошедшим профилактические осмотры.

Задача сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению, решаемая в комплексе социально-экономических мер по изменению условий жизни сельского населения, в свою очередь будет способствовать росту числа диспансеризуемых (здоровых и больных) в сельских районах.

Необходимым условием совершенствования диспансеризации является дальнейшее укрепление участковой службы, с одной стороны, и специализация медицинской помощи жителям сельской местности – с другой.

Механизация и химизация сельского хозяйства ставят ряд специфических вопросов в связи с охраной труда механизаторов и лиц, работающих с ядохимикатами и пестицидами. Это в свою очередь требует дальнейшего расширения профилактики – увеличения объема и улуч-

шения качества профилактических осмотров, расширения охвата диспансерным наблюдением здоровых, лиц с повышенным риском заболевания, больных.

### 3. Мотивация

**Мотивация** – это процесс, с помощью которого руководитель побуждает других людей работать для достижения организационных целей, тем самым удовлетворяя их личные желания и потребности, обеспечивает достижение общих целей организации, в нашем случае – проведение эффективной диспансеризации. Важную роль при этом играет стимулирование, как метод воздействия на трудовое поведение работника опосредовано через его мотивацию. При стимулировании побуждение к труду происходит в форме компенсации за трудовые усилия. Воздействие через стимулы обычно оказывается сильнее прямого воздействия, но по своей организации оно сложнее последнего. Деление стимулов на «материальные» и «моральные» условно, поскольку они взаимосвязаны. Например, премия выступает и как акт признания по отношению к работнику, как оценка его заслуг, а не только материальное вознаграждение результатов труда. Иногда у работников ориентации на общение, принадлежность к определенному сообществу, престиж проявляются сильнее, чем ориентация на денежное вознаграждение. В социологии подход к трудовому стимулированию состоит в выделении и сопоставлении, с одной стороны, системы стимулов, с другой – системы мотивов и потребностей, на удовлетворение которых направлены эти стимулы.

В той мере, в какой согласуются встречные потоки стимулов и мотивов, будет эффективным и стимулирование, и, наоборот, их рассогласованность снижает эффект стимулирования. Следовательно, одной из важных управленческих задач является обеспечение такого воздействия стимулов на мотивы (потребности), которое вызывало бы наиболее целесообразное для организации трудовое поведение работников.

Вместе с тем, очень важным является и повышение заинтересованности самого ЛПУ в достижении поставленных целей, получении желаемого результата, на основе справедливой оплаты его деятельности пропорционально объему выполненной работы с учетом ее качества. Еще одним условием эффективного стимулирования является рациональное распределение средств между всеми структурными подразделениями внутри учреждения. Соблюдение всех перечисленных условий позволит обеспечить повышение качества и эффективности деятельности учреждения, в т.ч. диспансеризации.

**Методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.** Правильная мотивация является основным условием для достижения поставленной цели. Важно создать эффективный механизм управления, который морально и материально заинтересовывал бы АПУ, его структурные подразделения и каждого медицинского работника в улучшении организации и повышении качества диспансеризации, в улучшении здоровья населения. Чтобы обеспечить такую заинтересованность необходимо демократизировать управление здравоохранением, путем повышения самостоятельности трудовых коллективов ЛПУ, их подразделений и отдельных работников в выборе наилучших путей для достижения поставленных целей. При этом важнейшей частью механизма управления становится не только поощрение за достигнутые позитивные результаты, в том числе материальное, но и материальная ответственность за невыполнение поставленных задач.

Выбранный метод оплаты медицинских услуг необходимо оценивать с точки зрения решения следующих задач: во-первых, он должен ограничивать излишний спрос на медицинские услуги, стимулируемый врачами; во-вторых – он должен способствовать заинтересованности ЛПУ в удовлетворении потребностей пациентов и повышении качества медицинских услуг. С точки зрения экономического анализа, эти требования в целом можно определить как создание стимулов для медицинских учреждений в экономически эффективном с позиции общества поведении. Таким образом, система оплаты медицинской помощи – один из важнейших механизмов обеспечения макроэффективности системы здравоохранения и ограничения роста затрат.

При выборе системы оплаты необходимо учитывать, что финансовые ресурсы системы здравоохранения ограничены при практически неограниченной потребности населения в медицинской помощи. Практика зарубежных стран и отечественный опыт последних лет показали, что экономическая заинтересованность медицинских учреждений и их работников во многом определяется выбранной системой финансирования медицинской помощи. Так, например, число посещений в расчете на одного жителя к врачам общей практики в Великобритании, где оплата этих врачей не зависит от числа визитов, почти в 2 раза ниже, чем в Германии и Франции, использующих гонорарный метод оплаты, зависящий от числа посещений. По данным зарубежных авторов, около 20 % проделанных в США пациентам исследований и манипуляций были излишними. Никакое усиление контроля со стороны страховщиков (который тоже стоит немалых денег) не может в этом случае ограничить рост стоимости медицинской помощи.

По современным представлениям, оптимальная система финансирования медицинской помощи должна отвечать следующим критериям:

1. Система финансирования должна носить антизатратный характер;
2. Расходы на медицинскую помощь должны быть предсказуемы заранее;
3. Должны быть минимизированы расходы финансирующей стороны (в т.ч. страховщика) на контрольные функции, связанные с оплатой медицинских услуг;
4. Методы оплаты каждого вида медицинской помощи должны стимулировать ЛПУ к выполнению ими своих функций наилучшим для пациентов образом в условиях максимально эффективного использования ресурсов.

Амбулаторно-поликлиническое звено, где, как правило, начинается и заканчивается большинство маршрутов пациента в системе здравоохранения, обладает значительными возможностями для повышения эффективности использования финансовых ресурсов. Так, например, на некоторых территориях до 40 % вызовов скорой медицинской помощи осуществляется к хроническим больным, находящимся на диспансерном учете (Исакова Л.Е., Зелькович Р.М., 1996). Вызов скорой медицинской помощи – это дорогостоящая услуга. Большинство таких вызовов к хроническим больным можно предотвратить при хорошей работе участкового звена.

Известно, что оказание медицинской помощи на амбулаторном этапе обходится в 4 и более раз дешевле, чем в стационаре. В то же время, как показывают экспертные оценки, около четверти госпитализируемых пациентов могли бы получить эффективную и качественную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Звено амбулаторно-поликлинической помощи должно выполнять прежде всего профилактическую работу, а также обеспечивать организацию медицинской помощи прикрепившемуся населению на всех этапах. Следовательно, система финансирования амбулаторно-поликлинической помощи должна предусматривать оплату организационной деятельности и, соответственно, включать финансовую ответственность за недостатки в этой работе. Очень опасно, если система финансирования амбулаторно-поликлинической помощи построена таким образом, что чем больше население болеет (и, следовательно, чем больше пролеченных больных), тем больше получают работники АПУ. В этом случае система финансирования всей медицинской помощи приобретает ярко выраженный затратный характер, что противоречит основным принципам оптимальной системы финансирования медицинской помощи, перечисленным выше.

Таким образом, с точки зрения экономического и социального интересов общества АПУ должны быть материально заинтересованы в том, чтобы население меньше болело, т.е. получать деньги за здоровье населения, чем меньше оно болеет, тем выше доход учреждения и наоборот. Если создать такую систему стимулов у врачей этого звена, лучше всех знающих состояние здоровья своих пациентов и организующих профилактику заболеваний, в т.ч. диспансеризацию и оказание им медицинской помощи, это будет способствовать эффективному расходованию средств во всей системе здравоохранения.

Рассмотрим некоторые наиболее популярные в настоящее время методы оплаты деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ).

**Гонорарный метод оплаты.** Гонорарный метод предполагает оплату каждой детальной услуги, процедуры, консультации, диагностических исследований, выписок лекарств и проч. (рис. 5.1). Степень детализации может быть различна. Например, в Канаде расчеты ведутся на основе тарифов, установленных для 7 тыс. услуг. Во Франции используются более укрупненные группы врачебных услуг, оплачиваемые на основе единого тарифа. Органы медицинского страхования совместно с врачебными ассоциациями и органами управления здравоохранением разрабатывают шкалу гонораров за каждую услугу. В соответствии с утвержденным списком детальных услуг, оплачиваемых страховыми организациями, каждой услуге придается определенный код и число баллов.

Достоинством метода является то, что он позволяет связать оплату с реально предоставляемым объемом услуг. С точки зрения пациентов, гонорарный метод дает определенную гарантию получения достаточного объема медицинской помощи. Вероятность искусственного занижения объема услуг невелика. В то же время, данный метод нацеливает врачей на более дорогие методы лечения. Стимулируя предоставление услуг, он таит в себе угрозу раскручивания затратного механизма. У врачей появляется соблазн навязать пациентам не очень нужные процедуры и лекарства (рис. 5.1).

Данные литературы свидетельствуют о том, что в западноевропейских странах, где используется гонорарный метод, число посещений врача выше, чем в странах с иными методами оплаты врачебных услуг. Отметим также, что аналогичная ситуация складывается и в восточноевропейских странах, избравших гонорарный метод в качестве основного. Так, в Чехии, начиная с 1992 г., используется шкала ставок гонораров для 4 тыс. видов

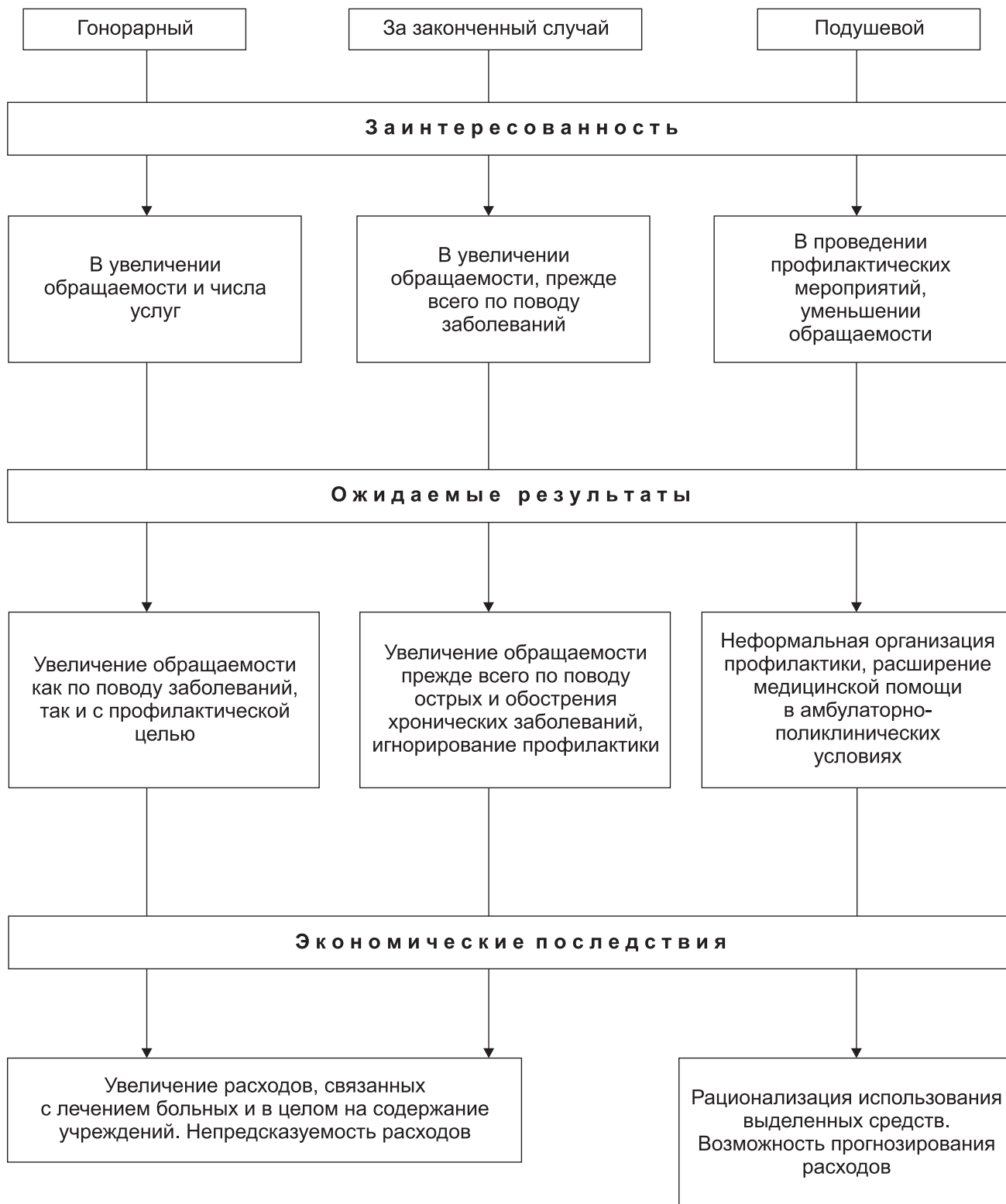


Рис. 5.1. Некоторые варианты финансирования АПУ и ожидаемые результаты деятельности.

услуг. В ходе реализации новой системы не были использованы механизмы, сдерживающие «накручивание» объема услуг, как это делается в других странах с гонорарной системой оплаты. В результате контроль за размерами затрат был утрачен. Действие затратного механизма проявилось со всей остротой уже в первые несколько месяцев осуществления реформы. В настоящее время в стране рассматривается вариант перехода к системе, основанной на сочетании подушевого и гонорарного методов оплаты.

К недостаткам метода можно отнести также отсутствие заинтересованности врача в здоровом пациенте, поскольку каждое его посещение или процедура дают врачу дополнительный доход. Следует также учитывать необходимость построения больших централизованных баз данных для осуществления расчетов и исключения приписок.

Органы государственного управления пытаются нейтрализовать недостатки гонорарного метода оплаты. Для этого используются различные способы регулирования,



главный из них – установление лимитов расходов на определенные виды помощи. Ведутся переговоры с врачебными ассоциациями об уровне этого лимита.

Другой метод – контроль за объемами и стоимостью услуг. Для осуществления контроля используется метод составления так называемых «профилей» врачей общей практики. В этом случае ставится задача оценки рациональности действий врача – объема назначений, масштаба делегируемых другим звеньям функций. Собирается и анализируется информация о выписках дорогостоящих лекарств, направлениях к специалистам, на госпитализацию, назначениях процедур. Отклонения от средних и стандартизированных показателей дают информацию о деятельности врача. При этом эксперты в меньшей мере затрагивают собственно клиническую деятельность и избегают делать заключения о выбранной тактике лечения. Акцент делается на анализ показателей и выявление зон неэффективности. Собранный информация доводится до врача с рекомендациями о возможной корректировке его практики. Эта информация носит конфиденциальный характер и предназначена не столько для наказаний, сколько для ориентации врачей. Самым большим наказанием является прекращение договорных отношений с неэффективным врачом.

Хотя затратный характер гонорарного метода несколько сдерживается установлением лимитов и контрольными мероприятиями, эксперты ВОЗ не рекомендуют его использование в новых системах медицинского страхования. Объясняется это сложностью и высокой стоимостью самой процедуры расчетов, а также сложностью построения механизма контроля. Допускается лишь комбинирование этого метода с другими вариантами расчетов.

**Подушевое финансирование на объём деятельности звена первичной медико-санитарной помощи.** Этот метод расчётов предполагает передачу средств звену ПМСП в расчете на прикрепившийся контингент населения. Каждый застрахованный выбирает врача, соответственно его выбору финансируется врачебная практика. Размер финансирования участкового врача или врача общей практики и амбулаторного звена оплачиваются либо на основе гонорарного метода, либо они получают фиксированную ставку заработной платы, которая может дополняться премиями по результатам деятельности. Существуют две разновидности этого метода – оплата по общему нормативу и по нормативу, учитывающему половозрастную структуру приписанного населения. Первый вариант используется, например, в Дании и Нидерландах, второй – в Италии и Великобритании.

В отличие от гонорарного метода подушевое финансирование не предполагает обработку счетов за каждую оказанную услугу. В этом его несомненное достоинство для плательщиков за медицинскую помощь. Расходы на проведение расчетов резко снижаются. Отпадает необходимость в содержании большого штата работников для проверки счетов, снижается потребность в услугах расчётных центров. Особенно важно то обстоятельство, что при использовании подушевого метода финансирования сдерживается рост расходов на медицинскую помощь: врачи не заинтересованы в увеличении числа посещений, обследований, консультаций; появляются стимулы к профилактике заболеваний (рис. 5.1).

Для плательщика важно повышение степени предсказуемости расходов. Это может быть достигнуто при использовании подушевого финансирования. Ориентиром является реально сложившийся уровень финанси-

рования. Однако, российские реалии требуют внесения существенных корректив, поскольку имеет место огромный дефицит финансирования медицинской помощи.

В условиях конкуренции врачей подушевой метод создаёт определенный стимул к наращиванию объёма медицинской помощи и, прежде всего, он связан со стремлением врачей расширить свою практику за счёт привлечения новых пациентов. Но даже в этих условиях данный стимул быстро исчерпывается. Лучшие врачи быстро достигают максимально возможного размера практики, за пределом которого они либо ничего не получают, либо оплачиваются по пониженным нормативам. Более того, в западных странах этические кодексы, принятые врачебными ассоциациями, обычно не поощряют слишком активные усилия врачей по привлечению новых пациентов, т.к. это ведет к чрезмерно большому размеру врачебной практики и, следовательно, уменьшению размеров практик других врачей, снижению качества медицинской помощи.

В отсутствие конкуренции подушевой метод не создаёт стимулов к более интенсивной работе. Существенным его недостатком является слабая заинтересованность врача в том, чтобы брать на себя более значительный объём помощи пациентам. Мнение о том, что этот недостаток в какой-то мере нейтрализуется проведением экспертизы обоснованности направлений на госпитализацию и к узким специалистам, разделяют далеко не все авторитетные специалисты в области общественного здоровья. Показатель госпитализации при ряде хронических неинфекционных болезней зависит от качества работы врачей первичного контакта (общей практики), однако эта связь не является ни линейной, ни прямой. На уровень госпитализации влияет целый ряд иных факторов не медицинского, а социально-психологического порядка.

Целесообразно накапливать данные о госпитализации по каждому участковому врачу и врачу общей практики, анализировать на этой основе соотношение нагрузки врачей первого контакта, стационаров и врачей специалистов. Целесообразно также дополнять подушевой метод финансирования элементами гонорарного принципа – платить за приоритетные виды услуг по шкале тарифов за каждый вид работ. Их использование в наибольшей мере оправдано для оплаты профилактических услуг. С помощью элементов гонорарного метода можно стимулировать и расширение компетенции участкового врача, в частности, платить за выполнение отдельных функций педиатра, невропатолога, акушерско-гинекологическую помощь, малую хирургию и т.п. Условием применения этого метода является выдача врачам лицензий на оказание этих услуг, что, разумеется, предполагает соответствующую подготовку специалистов.

Подушевое финансирование поликлиники на общий объём медицинской помощи (полное фондодержание). Этот метод предусматривает передачу поликлинике средств не только на собственный объём деятельности, но и на стационарную помощь, специализированные обследования, консультации и лечение, скорую и неотложную помощь (рис. 5.1). Поликлиника оплачивает из собственных средств услуги, которые не может оказать сама. Чем шире спектр услуг поликлиники, тем больше средств остаётся в ее распоряжении. В результате повышается заинтересованность в увеличении объёма внебольничной помощи, снижается количество необоснованных госпитализаций. Поликлиника заинтересована в сокращении вызовов скорой и неотложной помощи, поскольку за каждый вызов приходится платить. Появляет-

ся реальная заинтересованность в сохранении здоровья своих пациентов, в хорошей организации в т.ч. диспансеризации (рис. 5.1).

Очевидны и недостатки этого метода. Врачи могут необоснованно задерживать направления пациентов в стационар. Иногда это связано не только с желанием сэкономить на больном, но и с переоценкой собственных возможностей, усиливаемой экономической мотивацией. В ходе осуществления «нового хозяйственного механизма» в ряде регионов России были опробованы механизмы, призванные нейтрализовать недостатки метода полного фондодержания и не допустить ущерба пациенту. Так, в Кемеровской области использовались следующие меры:

- «свободный» выбор пациентом врача;
- госпитализация без направления при наличии медицинских показаний;
- оценка качества лечения на основе медико-экономических стандартов (оценке подлежало 30 % случаев) и связь результатов этой оценки с оплатой труда врачей;
- штрафные санкции в случае направления больного в запущенном состоянии по вине медицинских работников;
- использование годовых моделей конечных результатов для оценки деятельности поликлиники и связь этой оценки с размером фонда социально-экономического стимулирования поликлиники.

Последняя мера призвана задать поликлинике целевые установки в отношении конечных показателей работы в терминах показателей здоровья приписанного населения. Наиболее эффективным условием реализации метода полного фондодержания, несомненно, является добросовестная конкуренция поставщиков медицинских услуг. Боязнь потерять пациента и, следовательно, доход является сильным средством.

В современной ситуации использование подушевого метода сдерживается несколькими обстоятельствами. Главным и наиболее трудно преодолемым из них является низкий объем финансирования и непредсказуемость поступления средств. В этой ситуации поставщики медицинских услуг (поликлиники, врачи общей практики) не могут взять на себя финансовые риски, связанные с фондодержанием. Экспериментальная апробация метода фондодержания в трех поликлиниках г. Кемерово, проведенная в 1995-1996 гг. в рамках российско-американской программы «ЗдравРеформа», продемонстрировала зависимость метода фондодержания от общей финансовой ситуации: подушевой норматив, доводимый поликлиникам, оказался ниже уровня, необходимого для построения системы взаиморасчетов со стационарами. Стержнем эксперимента стало поощрение развития стационар замещающих медицинских технологий (прежде всего, стационаров на дому), а также использование элементов гонорарного принципа оплаты за приоритетные виды работ к подушевому финансированию.

Подушевое финансирование поликлиники на общий объем внебольничной помощи. В этом случае поликлинике передаются лишь средства на амбулаторную помощь. В подушевой норматив входят расходы на специализированное обследование, консультирование, лечение, и, возможно, скорую и неотложную медицинскую помощь.

При таком порядке оплаты предполагается заинтересованность поставщика медицинских услуг (поликлиники и врача общей практики) в сохранении здоровья своих пациентов. У медицинских работников не должны возникать стимулы к необоснованному увеличению числа посеще-

ний, обследований и консультаций. Ожидается появление реальной возможности сократить число вызовов скорой и неотложной медицинской помощи. Врачам поликлиник экономически будет выгодно брать на себя основную нагрузку по оказанию специализированной амбулаторной помощи, не перекладывая ее на стационары. Однако здесь существенным ограничением может оказаться независимый от системы здравоохранения социально-психологический и политический фактор готовности населения отказаться от привычных стереотипов.

В то же время, при этом методе расчетов сохраняется главный недостаток – поликлиника заинтересована направлять в стационары тех больных, которых можно лечить амбулаторно, поскольку услуги стационара для неё бесплатны. Кроме того, получив средства на проведение специализированной внебольничной помощи, поликлиника может необоснованно снижать объем обследований и лечения при конкретном заболевании. Механизм компенсации этих недостатков совпадает с используемым при полном фондодержании.

Подушевое финансирование поликлиники на объем внебольничной помощи и часть объема стационарной помощи (частичное фондодержание). Частичное фондодержание предпочтительней для страховщиков по сравнению с полным, поскольку в этом случае они контролируют основную часть средств на оказание стационарной помощи. Для повышения заинтересованности поликлиники в сокращении объемов госпитализации возможно использование следующих механизмов:

1. Передача поликлинике дополнительно к подушевому нормативу на оплату амбулаторно-поликлинической помощи примерно 10-15 % планируемых средств на оплату стационарной помощи. Размеры тарифов на услуги стационара для поликлиник строятся таким образом, чтобы сделать невыгодным направление в стационар больных, которые могут получать лечение амбулаторно. Для этого «утяжеляются» тарифы на случаи, которые могут быть объектом деятельности врачей поликлиники. Кроме этого, необходимо разработать тарифы для краткосрочного направления в стационар с целью проведения дифференциального диагноза.

2. Право направления в стационар предоставляется только врачу звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Его незамедлительно ставят в известность обо всех случаях экстренной или иной госпитализации приписанных к нему больных. Он имеет право наблюдать за ходом лечения в стационаре и высказывать свое мнение страховщикам в процессе согласования пребывания больного в стационаре сверх установленного минимального срока, при определенных условиях может сам лечить своих пациентов, определяет возможность долевания больного в амбулаторных условиях, наблюдения их специалистами и т.д.

3. Врач звена ПМСП принимает участие в оценке уровня качества лечения в стационаре. Соответствующий показатель учитывается при расчетах со стационаром (коэффициент уровня качества лечения умножается на условный тариф на стационарную помощь). При этом особенно важно, чтобы полученная таким образом общая сумма оплаты случая стационарной помощи доводилась до сведения лечащего врача стационара.

4. Звено ПМСП оплачивает все услуги в поликлинике (обследования, консультации, дневной стационар, стационар на дому).

5. Звено ПМСП оплачивает обследования и консультации пациента вне поликлиники.

6. Технически все расчёты поликлиники со смежниками выполняет страховщик, который предоставляет поликлинике детальную информацию.

7. Из резерва предупредительных мероприятий страховщик выделяет врачу ПМСП дополнительные средства, из которых он оплачивает каждый вызов скорой и неотложной медицинской помощи.

8. Сэкономленные средства поступают в фонд материального стимулирования звена ПМСП.

9. Деятельность звеньев ПМСП и других подразделений оценивается по моделям конечных результатов с использованием медико-экономических стандартов.

10. Оплачиваются законченные случаи профилактики и лечения. Для этого рассчитывается доля подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, направляемая на оплату соответствующих услуг.

11. Взаиморасчёты с другими амбулаторно-поликлиническими учреждениями осуществляются по тарифам за каждую услугу.

Подушевое финансирование поликлиники в сочетании с нормированием объема стационарной помощи по направлениям поликлиники. Данный метод в определенной мере повторяет методы подушевого финансирования на объем внебольничной помощи. Поликлиника получает средства на объем деятельности участкового врача либо на весь объем внебольничной помощи. Но при этом нормируется стоимость стационарной помощи, на которую может рассчитывать поликлиника по направлениям своих пациентов. Кроме того, страховая медицинская организация самостоятельно рассчитывается за услуги стационаров, сохраняя за собой контроль за расходованием средств.

Страховщик учитывает и анализирует состав и стоимость пролеченных в стационаре больных, прикрепленных к поликлинике, и на этой основе доводит ей нормативы затрат на оказание стационарной помощи для направляемых пациентов. По-другому этот норматив может называться квотой поликлиники на получение стационарной помощи для прикрепленного к ней населения. Данный норматив доводится до поликлиники в виде суммарного объема затрат без распределения по стационарам. В пределах квоты поликлиника выбирает стационар для своих пациентов

Если в результате проведенных организационно-экономических мероприятий поликлиника берет на себя часть нагрузки стационара и обеспечивает экономию средств (стоимость стационарной помощи по ее направлениям оказывается ниже нормативной), то она получает от страховщика оговоренную часть экономии. Если норматив превзойден, то страховщик изучает причины превышения. При выявлении достаточно большого числа случаев некачественного амбулаторного лечения или задержки направлений в стационары поликлиники возмещают часть дополнительных расходов из собственных средств. Разумеется, превышение норматива и экономия могут складываться под действием факторов, которые не контролируются поликлиникой. Например, при вспышках заболеваний или изменении состава прикрепившихся к участковому врачу может произойти удорожание стоимости стационарной помощи. Поэтому требуется тщательный анализ потоков и состава пациентов, а также факторов их изменения.

Централизация оплаты стационарной помощи (без передачи средств поликлинике) позволяет повысить качество экономической экспертизы и дает страховщикам

дополнительные рычаги для отбора наиболее эффективных учреждений. Одновременно обеспечивается экономическая заинтересованность амбулаторного звена в увеличении объема собственной деятельности и формируется целевая установка на профилактику заболеваний.

Оплата законченных случаев амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам, рассчитанным на основе медико-экономических стандартов. В этом случае оплата осуществляется на основе нормативной стоимости лечения, независимо от фактического числа посещений и фактического объема параклинических услуг. Законченные случаи лечения классифицируются по некоторым параметрам, таким, как трудозатраты, тяжесть случая, общее число требуемых посещений. Каждая группа случаев оплачивается по установленному тарифу. Оплате подлежат законченные случаи лечения, диспансерного наблюдения и профилактического осмотра в разрезе медико-экономических стандартов, нормируемое число внешних консультаций, прочие случаи (выдача справки, оформление санаторно-курортной карты и т.д.).

Оплата законченных случаев ориентирует врачей на увеличение числа пролеченных больных и сокращение сроков лечения. Врачи утрачивают интерес к назначению лишних посещений и процедур. По сравнению с гонорарным методом сокращается число обрабатываемых счетов.

К числу недостатков метода относятся:

- трудности прогнозирования объема финансирования;
- слабо выраженная заинтересованность врачей в здоровье населения;
- могут возникать попытки необоснованной экономии на предоставлении детальных услуг (проведение анализов, обследований и т.д.);
- сохраняется возможность манипулирования составом услуг (например, завышение тяжести случая);
- сохраняется заинтересованность поликлиник в перекладывании на стационар относительно трудоёмких случаев лечения.

Использование данного метода требует проведения медико-экономической экспертизы и других форм контроля страховщиков за работой поликлиники. Он вряд ли может быть рекомендован для оплаты деятельности участкового врача или врача общей практики, поскольку не ориентирует на проведение профилактических мероприятий. Метод может быть использован внутри учреждений для оплаты услуг узких специалистов, а также для оплаты услуг специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений (женские консультации, кожно-венерологические диспансеры, стоматологические поликлиники и кабинеты, скорая медицинская помощь). В практике российского здравоохранения данный метод всё более активно используется при оплате дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров на дому. Это существенно стимулирует развитие стационарозамещающих технологий.

В то же время, опыт многих регионов показал, что введение метода оплаты за законченный случай с использованием стационарозамещающих технологий во многих случаях приводит к тому, что поликлиники начинают искусственно перемещать пациентов на «гонорарные» участки работ, переводя их в дневные стационары при поликлиниках. В результате происходит не дополнение, а замещение сложившихся объёмов амбулаторно-поликлинической помощи. Для преодоления этого замещения требуется серьёзная аналитическая работа

страховщиков. Они должны спланировать и согласовать с поликлиниками виды и объёмы оплачиваемых услуг, в том числе и в дневных стационарах.

Анализ методов оплаты амбулаторной помощи даёт основание для обобщений в отношении выбора наиболее рациональных методов применительно к задачам российского здравоохранения. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует о том, что не существует идеального метода оплаты медицинской помощи. Каждый из них имеет свои сильные и слабые стороны. Критерием выбора можно считать соответствие метода оплаты целям и задачам государственной политики в области здравоохранения. При этом важно учитывать действие нескольких факторов.

Прежде всего, это финансовое положение отрасли. Следует учитывать, что в западноевропейских системах ОМС использование гонорарного метода оплаты за фактический объём оказываемых амбулаторных услуг основано на относительной подвижности ставок страховых взносов. Страховщики имеют возможность переложить растущие затраты на страхователей через периодическое повышение ставок взносов (хотя и в этих странах возможности такого переключивания сокращаются). Эта ситуация в какой-то мере снижает негативные последствия затратности гонорарного метода оплаты. В России невозможно рассчитывать на эластичность размера страховых взносов. Поэтому следует строить систему оплаты медицинской помощи с учетом весьма ограниченных финансовых ресурсов.

Отсюда вытекает первое требование к системе оплаты медицинской помощи: *она должна сдерживать действие затратного механизма*. Возникает необходимость нормирования расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь и планирования объёма оказываемых услуг. Это предполагает использование различных вариантов подушевого финансирования поликлиник.

Второе требование – *система оплаты должна ориентировать на укрепление сектора амбулаторно-поликлинической помощи, а в её составе – на повышение роли звена первичной медико-санитарной помощи*. При этом особенно важно не допустить прямой связи между материальным вознаграждением работников и количеством заболевших пациентов, а также числом обращений. В этом случае система оплаты становится затратной. К тому же она ориентирует на экстенсивное наращивание объёма ресурсов, вовлекаемых в систему здравоохранения (нужны новые специалисты, мощности для диагностических исследований и т.д.). С точки зрения экономических интересов страховщика (и общества в целом) врачи звена ПМСП должны быть экономически заинтересованы в том, чтобы иметь более здоровых пациентов и лучше использовать выделяемые им средства. Такая система экономических интересов врачей избавляет страховщиков от необходимости чрезмерного контроля за деятельностью медика. Звено ПМСП становится естественным союзником органов финансирования здравоохранения.

Третье требование к системе оплаты медицинской помощи – *обеспечение возможности финансирующей стороны целенаправленно формировать наиболее рациональный объём и структуру оказания медицинской помощи*. Действуя, как информированный покупатель медицинской помощи, страховщик или орган управления здравоохранением, должны выбирать наиболее эффективные варианты предоставления медицинской помощи с акцентом на укрепление роли первичного звена, повышение объёма внебольничной помощи, формиро-

вание многоуровневой системы стационарной помощи. Данное требование предполагает управление методом оплаты медицинской помощи. Недостаточно выбрать эффективный метод оплаты, следует заниматься постоянным мониторингом и оценкой его последствий. Следует исходить из того, что даже самые положительные стороны метода оплаты могут превратиться в свою противоположность и, как следствие, усилить действие затратного механизма. Например, введение оплаты за законченный случай в дневном стационаре, развернутом в поликлинике, как отмечалось выше, может привести к тому, что поликлиники будут перемещать объёмы амбулаторной помощи в эти стационары. Вместо ожидаемой экономии для системы в целом возникают дополнительные затраты. Если эти антистимулы своевременно зафиксировать, то можно с ними бороться путем планирования объёмов помощи в дневных стационарах, увязывая с другими видами работ в поликлинике.

Четвертое требование – *минимизация административных расходов финансирующей стороны на оплату медицинской помощи*. Гонорарный метод оплаты требует значительных затрат. В среднем каждый застрахованный обращается в поликлинику примерно 10 раз в год и каждый раз ему предоставляется набор из нескольких детальных услуг, оплачиваемых на основе счетов медиков. Обработать такую лавину счетов без мощных компьютеров и соответствующих программ невозможно. Кроме этого, требуется значительное число операторов, экономистов, расчётчиков, контролёров. С учётом относительно низкой стоимости амбулаторных услуг удельные административные затраты (в расчёте на одну детальную услугу) оказываются запредельно высокими.

**Принципы и порядок финансирования структурных подразделений в ЛПУ.** В основе распределения финансовых потоков, должна быть, прежде всего, материальная заинтересованность каждого подразделения в качественном выполнении своих главных функций и обеспечении приоритетности в регулировании средств структуре, которые являются ведущими, «зарабатывающими». Для этого следует:

1. Поставить в прямую зависимость (установить долю) от дохода учреждения ФОТ административно-управленческого и хозяйственного персонала;
2. Установить долю заработанных средств направляемых на общие нужды ЛПУ – коммунальные расходы, ремонты и др.
3. Функции основных «распорядителей» средств, непосредственно направленных на лечебно-диагностический процесс, возложить на лечебные структурные подразделения (лечебные в стационаре и участковая служба в поликлинике);
4. Оплата труда специалистов-консультантов и сотрудников вспомогательных служб (лабораторно-диагностической, физиотерапевтической и др.) осуществлять по гонорарному принципу (с оплатой каждой отдельной услуги) с учетом реально предоставленных ими услуг (исследований, консультаций, процедур и др.).

Для реализации использования финансовых средств, повышения качества медицинского обслуживания необходимы, коренные изменения в управлении учреждениями, их структурными подразделениями на основе редко упоминаемого сегодня хозрасчета.

**ХОЗЯЙСТВЕННЫЙ РАСЧЕТ** – метод организации деятельности ЛПУ, требующий соизмерения в денежной форме затрат и результатов хозяйственной деятельности, возмещения расходов учреждения за счет собственных доходов.

Хозрасчет предполагает единство государственного регулирования с широкой инициативой и заинтересованностью работников в результатах своей деятельности.

Необходимость хозрасчета в здравоохранении выведена:

**во-первых**, потребностью повышения качества медицинской помощи на основе расширения коллективной и индивидуальной заинтересованности и ответственности, прежде всего материальной, за результаты труда;

**во-вторых**, для привлечения дополнительных средств, помимо бюджета и обязательного медицинского страхования;

**в-третьих**, необходимостью демократизации отношений в коллективах, развития инициативы, творческой активности, направленных на улучшение медицинского обслуживания населения; более рационального расходования средств, которыми располагает здравоохранение, т.е. использование ПРОТИВОЗАТРАТНОГО хозяйственного механизма.

Хозяйственный расчет должен стимулировать наиболее экономичные и эффективные технологии оказания медицинской помощи (МП). Для этого необходимо заинтересовать каждое структурное подразделение, каждого работника, демократизировать управление, обеспечив реальную самостоятельность трудового коллектива и конкретных работников в выборе наилучших путей для достижения поставленных целей, установив одновременно жесткую экономическую ответственность за КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ деятельности (целевые показатели, модель конечных результатов и др.).

Организация хозрасчета строится на следующих основных принципах:

1. Сочетание централизованного управления с оперативной хозяйственной самостоятельностью учреждения, его структурных подразделений. В учреждении должны быть определены общие нормативы, обеспечение ресурсами, принципы экономического взаимодействия, определение критериев оценки деятельности структурных подразделений (СП) и требований к качеству выполняемой ими работы. Внедрение экономических методов управления позволяет выявлять внутренние резервы, интенсифицировать труд персонала, на основе рационализации материального стимулирования структурных подразделений (СП) и оплаты труда по конечному результату, а также оптимизации использования финансовых и материальных ресурсов.

2. Рентабельность, самофинансирование, самокупаемость.

3. Материальная заинтересованность в повышении эффективности деятельности, на основе внедрения новых высокоэффективных медицинских технологий, роста производительности труда. Материальные поощрения являются обязательным условием для СП и лиц, успешно осуществляющих инновационную деятельность.

4. Материальная ответственность за результаты деятельности. Она предполагает обязательное применение мер материального воздействия в случае невыполнения или некачественного выполнения СП и должностными лицами своих обязанностей. Это может быть сокращение суммы оплаты за выполненную работу, отказ в выплате установленных надбавок, лишение премий и др.

5. Контроль рублем, который должен осуществляться в учреждении.

Обязательным условием успешного функционирования любого ЛПУ является развитие хозрасчетных отношений между подразделениями внутри учреждения. Хоз-

расчет основан на планомерном регулировании деятельности учреждения с использованием товарно-денежных отношений и материальной заинтересованности. Сущность хозрасчета состоит в соизмерении в денежной форме затрат на оказание медицинских услуг и достижения определенных результатов, на возмещение расходов учреждений за счет их дохода и обеспечении прибыли.

Для успешного и эффективного использования хозрасчета в здравоохранении необходимо выполнение нескольких условий.

Во-первых, соблюдение руководством ЛПУ принятых на себя обязательств, включая достаточность финансирования, предусмотренные договорами, регулируемыми их взаимоотношения, права СП, достаточную независимость их оперативно-хозяйственной деятельности.

Во-вторых, обеспечение материальной заинтересованности в результатах своего труда, как всего коллектива учреждения, СП, так и отдельных работников. Только через наиболее полное удовлетворение индивидуальных интересов может и должно обеспечиваться удовлетворение интересов коллектива, общества.

В-третьих, создание экономического механизма для реализации в ЛПУ принципа: от каждого по способности, каждому по труду, как для СП, так и сотрудников.

Наиболее приемлемым механизмом, способным реализовать указанные выше принципы, является внутриучрежденческий хозрасчет (ВУХР), предусматривающий приоритетность основных СП (лечебных) при формировании денежных потоков внутри организации (рис. 5.2).

Основные, принципиальные условия успешного внедрения ВУХР в деятельность ЛПУ, являются едиными для всех медицинских организаций.

1. Оплата медицинской помощи определяется соглашением между финансирующими сторонами (страховые медицинские организации, органы управления здравоохранения и др.) и ЛПУ до момента оказания помощи, то есть оплачивается согласованный объем помощи по «внешним ценам», либо за фактически выполненную работу, согласно реестрам из чего формируется доход учреждения.

2. Учреждение может по своему усмотрению, исходя из финансовых возможностей (дохода), формировать разные фонды (рис. 5.2) для стабильного функционирования и развития учреждения (фонды развития, материального поощрения, риска и др.). Они создаются за счет экономии, возникающей в результате оптимизации структуры ЛПУ, сокращения необоснованных случаев госпитализации в стационар, использования малозатратных форм оказания МП (стационар замещающие виды) и др., без ущерба для его качества.

В фондах могут аккумулироваться средства, которые ЛПУ может получить при использовании излишних мощностей, например, аренда недостаточно интенсивно (в одну смену) используемого оборудования, свободных площадей в помещениях, земли, принадлежащей организации и др. Наличие резерва финансовых средств гарантирует ЛПУ стабильное функционирование. Во-первых, средства из резерва могут покрывать «коридор риска» – возможные отклонения фактических объемов от плановых, в пределах которых выплачивается согласованная сумма, как в случае превышения плановых показателей, так и при их невыполнении. Во-вторых, эти средства возможно использовать в целях внедрения в практическую деятельность учреждения инновационных технологий, на обучение медицинского персонала, на поощрения и т.п.

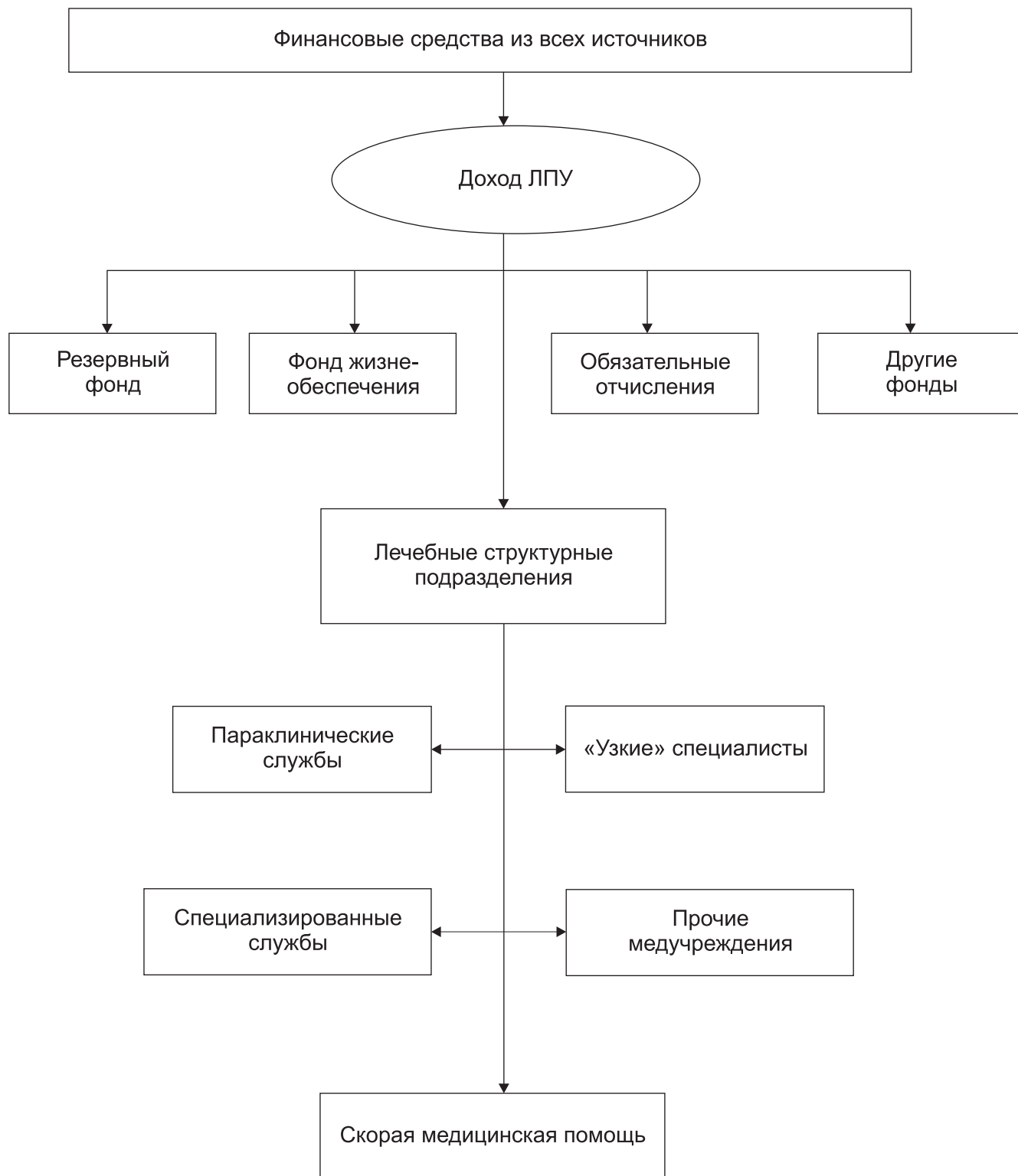


Рис. 5.2. Универсальная схема движения финансовых средств в ЛПУ.

После того, как ЛПУ создаст резерв финансовых средств и произведет отчисления на содержание служб жизнеобеспечения, государству, необходимо произвести распределение заработанных средств между отделениями стационара, поликлиники и параклиническими службами.

При формировании фондов неприкосновенными являются средства, предназначенные для приобретения лекарственных средств, на питание больных, приобретение мягкого инвентаря.

3. При отчислении средств на оплату деятельности служб жизнеобеспечения (хозяйственная служба, административно-управленческий персонал и др.) должен быть применен дифференцированный подход, который предполагает не только поощрения за выполненную работу, но и лишения выплат за нарушения. Отчисления на содержание таких служб должно быть в прямой зависимости от дохода, т.е. составлять определенную его долю. При этом обеспечивается заинтересованность всех сотрудников указанных служб в повышении эффектив-

ности функционирования учреждения, т.к. пропорционально росту дохода, будет расти и их зарплата. Это является абсолютно необходимым, т.к. накопленный опыт свидетельствует о том, что даже стабильный высокий доход ЛПУ и заработная плата сотрудников не являются гарантией добросовестного и ответственного отношения к выполнению своих обязанностей. И наоборот, «плавающая» зарплата, даже незначительные колебания которой находятся в зависимости от качества и объема оплачиваемой работы, являются надежным стимулом для персонала.

4. В учреждениях здравоохранения следует отказаться от принципа – «излечение больного любой ценой», а руководствоваться другими подходами, обеспечивающими получение оптимального результата при минимальных затратах. Создать условия, при которых все сотрудники больницы, включая медицинский персонал, были бы материально заинтересованы в экономии средств и конечном результате, отслеживали и соблюдали соотношение – «затраты – конечный результат».

5. В ЛПУ распределение средств должно быть строго регламентировано и учитываться. Для этого формируются субсчета для всех структурных подразделений на основании «Положения о порядке оплаты деятельности СП учреждения» (название документа может быть и другим, по усмотрению администрации). Указанное Положение может быть самостоятельным документом, либо составной частью коллективного договора. В нем должны быть указаны все источники финансирования, порядок получения средств каждым структурным подразделением, формирование фондов общего пользования (резервный, развития, материального поощрения и др.). Положение принимается на общем собрании коллектива и согласуется с выборным профсоюзным органом.

6. Оплата деятельности ЛПУ осуществляется по согласованным с СМО и фондом ОМС тарифам и ценам, установленным на платные медицинские услуги, так называемым внешним ценам. Внутри ЛПУ, после отчисления средств в фонды организации, взаиморасчеты проводятся по внутренним ценам и тарифам, устанавливаемым на услуги, предоставляемые «узкими» специалистами, параклиническими службами и т.д.

Внутренние цены должны полностью включать в себя все расходы, в т.ч. для расчетов со вспомогательными СП, необходимые для оказания пациентам полноценной медицинской помощи (в соответствии со стандартами) и получение оптимального результата.

7. Независимо от вида учреждения (поликлиника, стационар, больнично-поликлиническое объединение) обязательным условием является фондодержание СП, формирующих окончательную сложную (комплексную) медицинскую услугу для пациента (комплекс лечебно-диагностических мероприятий) для обеспечения его выздоровления, либо получение ремиссии у хронических больных. В связи с этим, все необходимые для этого средства концентрируются на субсчетах этих подразделений в соответствии с количеством фактически пролеченных ими больных.

8. Оплата деятельности вспомогательных служб и специалистов, осуществляется по гонорарному принципу, т.е. за фактически выполненные услуги (диагностические исследования, консультации, физиотерапевтические процедуры и др.) по ЗАЯВКЕ ОСНОВНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ.

Такой подход, если не исключает совсем, то значительно ограничит количество необоснованных исследований и

консультаций. Это позволит формировать штаты вспомогательных служб в зависимости от реальной потребности в тех или иных услугах. СП сами должны решать, какими силами они будут выполнять эту работу и, соответственно, какую зарплату они будут получать (либо много сотрудников и низкая заработная плата, либо наоборот).

Такая организация работы и движения финансовых средств позволит в системе здравоохранения отказаться от содержания излишних мощностей, особенно стационаров, оптимизировать структуры медицинских организаций и направить сэкономленные средства на укрепление материально-технической базы отрасли и отдельных учреждений, а так же будет способствовать повышению качества медицинской помощи и заработной платы медицинских работников.

**Особенности движения финансовых средств и оплата труда участковой службы в АПУ.** В поликлинике участковая служба должна осуществлять функцию фондодержания, поэтому средства, предназначенные для оплаты медицинского обслуживания населения, прикрепленного к участку в полном объеме, должны находиться (после формирования фондов общего пользования) на субсчете участка. За счет их осуществляется оплата всего того, что делается не персоналом участка, но по их направлению, как в самой поликлинике, так и за ее пределами (исследования, процедуры, прививки, консультации, лечение в условиях стационара с круглосуточным пребыванием и др.). Обязательным условием является материальная заинтересованность сотрудников в экономном использовании выделенных средств. Для этих целей используется заранее оговоренная часть сэкономленной суммы (40-50 %), иначе снижается мотивация и заинтересованность персонала в рационализации своей работы, более внимательном отношении к своим пациентам, созданию условий, при которых они меньше болеют, т.е. профилактике заболеваний и обострений хронических болезней и т.д.

В порядке взаиморасчетов, средства с субсчета участка переводятся на субсчета СП за конкретные услуги, предоставленные ими пациентам участка по НАПРАВЛЕНИЯМ участкового врача (рис. 5.2), его помощника или медицинской сестры. Оплата осуществляется в соответствии с реестрами на выполненные ими услуги для населения участка, которые составляются исполнителями и, после согласования с участковым врачом (либо его доверенным лицом), передаются в бухгалтерию для проведения взаиморасчета.

Во всех остальных случаях (по инициативе самих граждан, «узких» специалистов и др.) оплата осуществляется за счет личных средств пациентов, со счетов направивших учреждений, организаций, специалистов и т.д.

Таким образом, врач будет заинтересован в оказании большего объема помощи собственными силами, включая все виды профилактики, чтобы жители его участка меньше болели, т.к. именно при этом условии больше средств сохранится, естественно, и врач с участковой медицинской сестрой вправе рассчитывать на дополнительное вознаграждение.

Доплата из сэкономленных средств, осуществляется либо ежемесячно, либо, что целесообразней, ежеквартально. Из суммы, предусмотренной для оплаты оказания МП жителям района обслуживания при «подушевом» финансировании (С), вычитается заработная плата участкового врача и медицинской сестры (ЗП), полученные в течение квартала, расходы за лечение пациентов в стационарах, обследование, выполнение других назначе-

ний проведенных в лабораториях, физиокабинете и т.д. (ДР). Оставшаяся сумма используется для окончательного расчета доплаты за квартал персоналу участка. Она делится между врачом и медицинской сестрой. При этом если заработная плата врача принимается за 1,0 (КДвр), то коэффициент доплаты медицинской сестре (КДмс) определяется как отношение ее ставки (с учетом поправочного коэффициента 1,5-1,25) к врачебной. Например, зарплата уч. врача 22 000 р., медицинской сестры (с учетом поправочного коэффициента) 18 000 руб., при этом коэффициент ее будет равен 0,82. В соответствии с положением о начислении доплат из сэкономленных средств, на них выделяется 50 %. Размер доплаты врачу и медицинской сестре можно определить по формулам:

$$СД = С - ЗП - АУА - ДР;$$

$$Двр = \frac{СД}{СК} \times КДвр; \quad Дмс = \frac{СД}{СЛ} \times КДмс.$$

Более объективным представляется расчет коэффициентов доплаты с учетом качества выполненной работы (применением понижающих коэффициентов (ПК), либо коэффициентов уровня качества лечения (УКЛ) и уровня качества работы (УКР):

$$Двр = \frac{СД}{СК} \times КДвр \times УКЛ; \quad Дмс = \frac{СД}{СЛ} \times КДмс \times УКР.$$

СД – сумма доплаты персоналу по итогам работы за квартал;

С – общая сумма, выделенная участку для организации профилактической работы и оказания медицинской помощи жителям района обслуживания на квартал;

ЗП – выплачено врачу и медсестре за квартал в виде аванса;

ДР – прочие расходы за обследование и лечение больных, проведение профилактических мероприятий и т.д.;

АУА – сумма, выплаченная административно управленческому аппарату;

СК – сумма коэффициентов доплаты врача (КДвр) и медсестры (КДмс);

КДвр – коэффициент доплаты врачу;

КДмс – коэффициент доплаты медсестре;

Двр – сумма доплаты врачу за квартал;

Дмс – сумма доплаты медицинской сестре за квартал.

**ПРИМЕР** расчета доплаты участковому врачу и медицинской сестре:

С – сумма, выделенная участку для организации профилактической работы и оказания медицинской помощи жителям района обслуживания на квартал – 1 400 000 руб.;

ЗП – выплачено врачу и медсестре за квартал – 120 000 руб.;

ДР – прочие расходы за обследование и лечение больных, профилактические мероприятия и т.д. – 950 000 руб.;

СД – сумма доплаты персоналу – 165 000 руб.;

КДвр – коэффициент доплаты врачу – 1,0;

КДмс – коэффициент доплаты медицинской сестре – 0,82.

$$Двр = \frac{СД}{СК} \times КДвр = \frac{165000}{1,82} \times 1,0 = 90660 \text{ руб.};$$

$$Дмс = \frac{СД}{СЛ} \times КДмс = \frac{165000}{1,82} \times 0,82 = 74340 \text{ руб.}$$

При тех же самых условиях с применением коэффициентов, отражающих качество работы (УКЛ = 0,95; УКР = 0,9), размер зарплаты будет другим:

$$Двр = \frac{СД}{СК} \times КДвр \times УКЛ = \frac{165000}{1,82} \times 1,0 \times 0,95 = 86126 \text{ р.}$$

$$Дмс = \frac{СД}{СЛ} \times КДмс \times УКР = \frac{165000}{1,82} \times 0,85 \times 0,90 = 66906 \text{ руб.}$$

Как видно из приведенного примера, при определенных условиях сумма доплат может превысить установленную заработную плату.

Такой подход заинтересовывает участковую службу в том, чтобы больше уделять внимания пациентам, делать назначения действительно необходимые для ускорения постановки диагноза и назначения эффективного лечения при этом, соотношение «затраты – конечный результат» для врача становится привлекательным, т.к. от полученной экономии определенная часть будет передана ему в виде поощрения.

В целях экономии средств на зарплату допускается, что участковый врач может сам лечить своих пациентов, направленных на лечение как в стационары с круглосуточным пребыванием, так и в дневных стационарах, соответственно стоимость лечения таких пациентов будет меньше на размер заработной платы врача в стационаре, а получит ее участковый врач.

#### 4. Организация контроля

Когда умный человек видит, почему он добился успеха, он делает так снова. Когда же он видит свои ошибки, он не повторяет их.

Из китайской книги «И Цзинь»  
(книга перемен)

Исторически первоначальным является объяснение контроля как проверки правдивости и достоверности документов. Следующим этапом стало представление о контроле как проверке соответствия действий поставленным целям, задачам, действующим законам. Третий этап включил в контроль и анализ отклонений, раскрытие их причин.

Классики науки управления (Ф.У. Тейлор, А. Файоль, Г. Эмерсон, Г. Черч) подчеркивали, что без контроля невозможно управлять любым процессом. Так, А. Файоль отмечал, что в любом мероприятии цель контроля состоит в проверке того, все ли происходит в соответствии с принятым планом, действующими инструкциями и установленными принципами. Цель контроля – выявить слабые места и ошибки, своевременно исправить и не допускать их повторения. По его мнению, следует контролировать все: предметы, людей, действия.

Реализация контроля выступает как процесс, который позволяет определить качество работы, выяснить, как организация продвигается к намеченной цели, установить степень отклонений и выбрать соответствующие действия или альтернативный курс.

**КОНТРОЛЬ** – это процесс обеспечения достижения организацией своих целей. Процесс контроля состоит из установки стандартов (критериев), измерения фактически достигнутых результатов и проведения корректировок в том случае, если они существенно отличаются от установленных стандартов.

**Необходимость контроля.** Обоснование необходимости контроля в управленческой деятельности:



1. *Исчезает неопределённость*: никакое планирование, даже самое тщательное, не может учесть всех возможных осложнений и обстоятельств. Мероприятия контроля выявляют их и дают возможность корректировать программу действий.

2. *Появляется возможность предотвращения кризисов*: никакая организация функционирования объекта не боится от ряда мелких ошибок и упущений. Если их вовремя не исправлять, их количество может превысить некую «критическую массу». Мероприятия контроля позволяют выявить и исправить их, не дожидаясь кризиса.

3. *Выявляются не только деструктивные, но и конструктивные явления*: контроль позволяет выявить эффективные решения, определить перспективные направления деятельности.

**Система контроля включает в себя следующие блоки:**

- цели контроля;
- элементы контроля;
- функции контроля;
- принципы контроля;
- методы контроля;
- принципы контроля;
- процесс контроля.

**Цели контроля:**

- Оценка обоснованности и эффективности принятых управленческих решений.
- Оценка результатов реализации этих решений.
- Выявление отклонений в функционировании объекта:
  - от принятых решений;
  - от установленных правил и норм.
- Разработка мер по преодолению выявленных отклонений.
- Разработка мер по корректировке управленческих процессов с целью профилактики деструктивных отклонений.
- Устранение препятствий для оптимального функционирования объекта.

Таким образом, контроль является процессом, обеспечивающим достижение организацией поставленных целей путём сравнения фактического состояния ее с желаемым.

**Элементы контроля.** Контроль (как и любая стадия управления) характеризуется следующими элементами:

- субъект контроля – тот, кто осуществляет контроль;
- субъект принятия решений по результатам контроля;
- объект контроля – то, что подлежит контролю;
- предмет контроля – набор вопросов и критериев, согласно которым организуется контроль;
- цель контроля;
- задачи контроля;
- принципы контроля;
- методы контроля;
- технология контроля;
- процесс контроля.

**Функции контроля.**

Выявление отклонений от требований нормативных актов различных уровней.

Анализ причин отклонений (в том числе, кадровых).

Коррекция, то есть разработка предложений по устранению выявленных нарушений.

Профилактика, то есть разработка мер по недопущению таких нарушений в дальнейшем.

Правоохрана, то есть привлечение к ответственности лиц, допустивших нарушения.

**Принципы контроля.** Принципы представляют собой нечто устойчивое, имеющее непреходящее значение, это руководящая идея, начальная точка опоры, отсчета. Принцип по своей природе объективен, по способу формулировки, выделения из объективной реальности – он субъективен. Формулируется принцип умственным, спекулятивным путем. Поэтому иногда принципы тоже изменяются, образно говоря «проверяются на принципиальность». Поэтому было бы ошибочно считать принципы контроля неизменными.

**1. Принцип соответствия:** содержание, цели и задачи контроля должны соответствовать :

- а. Задачам проверяемого объекта;
- б. Задачам контролирующего органа.

**2. Принцип системности:** при проведении контроля должны рассматриваться полностью все аспекты деятельности объекта во взаимосвязи.

**3. Принцип всеобщности:** всякая социальная либо экономическая деятельность, совершаемая в государстве, должна быть подвержена системному и комплексному контролю с точки зрения:

- а. Законности.
- б. Целесообразности.
- с. Эффективности.

**4. Принцип непрерывности:** все объекты контроля должны подлежать постоянному наблюдению. Мероприятия контроля должны осуществляться последовательно и регулярно. Необходим также контроль действий, предпринимаемых объектом контроля по устранению ранее выявленных нарушений.

**5. Принцип объективности:** оценка деятельности объекта контроля и её результатов осуществляется только на основании соответствия проверенных фактов с требованиями законодательных и иных нормативных актов, регулирующих проверяемую деятельность.

**6. Принцип независимости:** недопустимость положения, при котором субъект контроля при осуществлении контрольных мероприятий руководствуется какими-либо соображениями, кроме компетентного и добросовестного выполнения задач контроля. Запрет на какое бы то ни было силовое, материально или моральное воздействие на субъект контроля.

**7. Принцип гласности** (вытекает из принципа соответствия): результаты контроля должны быть обязательно доведены:

- а. До объекта контроля;
- б. До субъекта принятия решений по результатам контроля.

**8. Принцип эффективности:** результаты контроля должны обеспечивать :

- а. Полноту выявления отклонений (фактического состояния от требуемого);
- б. Своевременность выявления таких отклонений;
- с. Установление причин отклонений;
- д. Установление виновных лиц;
- е. Помощь в разработке профилактических мер.

**9. Принцип научности:** контроль осуществляется путём применения научно обоснованных методов и приёмов.

**10. Принцип плановости:** контроль должен осуществляться планомерно:

- а. Планируются мероприятия контроля определённого субъекта (контролирующего органа) на период времени;

б. Планируется набор определённых контрольных действий в рамках мероприятия контроля;

с. Контрольным действиям должно предшествовать предварительное изучение объекта контроля для достижения понимания его деятельности.

**11. Принцип законности:** осуществление контроля в соответствии с законодательством; обеспечение охраны законных интересов как государства и общества в целом, так граждан и юридических лиц.

**12. Принцип ответственности:** Нормативно предусмотренная ответственность субъекта контроля:

а. За соблюдение в процессе контроля законов и правовых актов;

б. За достоверность результатов контроля (так как на их основании принимаются решения, включая правовые).

**13. Принцип сочетания различных видов контроля:** поскольку объект управления сходен, то и контроль должен по структуре быть ему соответствующим. Сложность контроля раскрывается через посредство учета различных плоскостей контрольных процедур: временных, содержательных, видовых, функциональных, технологических и т.д.

**14. Принцип универсальности:** обеспечение всеобъемлющего, повсеместного, постоянного характера контроля. При всей тональности контроля следует избегать мелочности, того, что в народе называют «стоять над душой». Как обеспечить желаемый характер контроля и избежать негативных последствий. Для этого надо все управленческие функции замкнуть на контроль.

**15. Принцип координации контроля в управлении:** это означает согласование и установление целесообразного соотношения действий различных органов, занимающихся контролем, их структурных подразделений и должностных лиц для достижения целей с наименьшими затратами сил и средств. Координация в контроле имеет свои особенности. Она предусматривает равноправие и самостоятельность участников совместных контрольных действий в пределах их полномочий и сферы компетенции.

**Основные этапы контроля (с точки зрения временной компоненты).**

1. Предварительный контроль.
2. Текущий контроль;
3. Заключительный контроль.

Предварительный заключается в выработке цели управления, прогнозировании, т.е. предвидении результатов развития, планировании, т.е. система мер, необходимых для преодоления отклонения прогнозируемых итогов от намеченной нами цели. На этапе предварительного управления уже присутствуют элементы контроля. Они заключаются в обеспечении соответствия планов целям, оценке реальности и напряженности планов, подготовке кадров, оснащение их современным оборудованием и управленческими технологиями.

Текущий контроль предусматривает реализацию функций организации и мотивации. Содержательно данный этап предполагает формирование организационной структуры управления, специализацию различных структурных частей, делегирование полномочий на разные уровни управленческой вертикали и выбор соответствующих стимулов для исполнителей. Контроль здесь также необходим для обеспечения стыковки при переходе от одного управленческого действия к следующему и замыкания всех действий на выработанный план и сформулированные цели.

В деятельности медицинских организаций, это регулярное отслеживание показателей, характеризующих качественную и количественную сторону проведения Д, соответствие их запланированным значениям (количество осмотренных пациентов, состоящих на Д учете, полнота обследования их и т.д.). Осуществляется это по данным, предоставляемым статистическим отделом, нарастающим итогом, чтобы наглядней была степень достижения установленного уровня. Устанавливается периодичность предоставления информации, ее содержание, определяются конкретные лица, ответственные за ее подготовку. Предоставляется она по отделениям, а при необходимости (неудовлетворительное состояние дел), на каждого специалиста, чтобы более объективно оценить их деятельность и правильность принимаемых решений по их поощрению (в т.ч. материального) или наказанию.

В информации включить сведения о полноте выполнения планов проведения периодических медицинских осмотров, осмотров лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, полноту их обследования и т.д. Не реже одного раза в квартал необходимо рассматривать показатели, характеризующие качество Д.

Наиболее часто указанные данные заслушиваются на аппаратных совещаниях (часе контроля) у руководителя учреждения.

На заключительном этапе управленческого цикла, контроль тесно взаимодействует с учетом и анализом. Учет означает наблюдение за фактами и явлениями, их измерение, регистрацию на различных носителях, хранение полученных данных и их обработку. Анализ представляет собой систему специальных познавательных шагов, связанную с исследованием явлений и процессов в их взаимосвязи и взаимообусловленности. И учет, и анализ предоставляют ценный материал, но его надо соотносить с целями управления. Данную задачу решает контроль на заключительном этапе.

Как правило, предварительные результаты, необходимые для эффективного планирования работы организации на следующий год, подводятся по итогам 9 месяцев, когда достаточно отчетливо видны основные результаты и перспективы выполнения намеченных планов, достижения поставленной цели. Вместе с тем выявляются и проблемы, которые препятствуют или способствуют ее достижению (организация работы специалистов, диагностических и лечебных подразделений и т.д.). Наряду с решением выявленных проблем до конца года, в плане работы на следующий год предусматриваются меры для их исключения или минимизации их влияния на деятельность организации, исходя из конкретной ситуации, с учетом перспектив развития ЛПУ и изменений внешних факторов, влияющих на ее деятельность.

Как относительно обособленная часть управления контроль заключается:

- в наблюдении за соответствием деятельности подконтрольного объекта
  - предписаниям (нормативам);
  - в выявлении результатов воздействия субъекта на объект;
  - в определении допущенных отклонений и их оценке.
- Контроль включает анализ причин отклонений, устранение негативных явлений, определяет способы воздействия на управляемый объект с целью преодоления отклонений.

Существует ряд отличий контроля от учета и анализа. Например:

– если учет и анализ отражают деятельность всей управляемой системы в целом, то контроль прово-

дится строго целенаправленно, т.е. контролируются воздействия на систему, проводится их сортировка и оценка с точки зрения влияния на запрограммированный результат и с точки зрения ответной реакции на возмущения;

– учет заканчивается выдачей соответствующего значения измеряемой величины, анализ – исследованием явления, факторов и причин их обусловивших, контроль позволяет определить пути преодоления неблагоприятных воздействий;

– в процессе учета и анализа изучаются в основном количественные показатели, контроль предполагает получение не только количественной, но и качественной информации;

– учет и анализ изучают, прежде всего, уже свершившиеся факты, контроль же в значительной части ориентирован на будущие события.

Таким образом, контроль наряду с учетом и анализом является частью заключительного этапа управления. Однако ему присуща и определенная самостоятельность как функции управления.

**Важные аспекты контроля.** Для понимания сущности контроля необходимо выделить ряд аспектов:

• Контроль – один из процессов, обеспечивающий достижение организацией поставленных целей. Для того, чтобы контрольные процессы могли реализоваться, необходимо, чтобы в системе были организованы также следующие управленческие процессы (элементы управления):

– установление стандартов (критериев) деятельности системы, подлежащих проверке;

– корректировка управленческих процессов, если достигнутые результаты существенно отличаются от установленных стандартов.

• Контроль направлен на недопущение разрастания проблемы (отклонения фактического состояния системы (объекта) от заданного).

• Важнейшей составляющей контроля является обратная связь (рис. 5.3).

• Контроль не должен быть чрезмерным, так как несущественные отклонения фактического состояния объекта (управляемой системы) от заданного, вызывающие срабатывание контрольных механизмов, делают эту систему неэкономичной. Также важно учесть, что чрезмерный контроль может переориентировать элементы управляемой системы с достижения поставленных целей на удовлетворение требований контроля.

**Процесс контроля.** В процедуре контроля есть три четко различных этапа: выработка стандартов и критериев, сопоставление с ними реальных результатов и принятие необходимых корректирующих действий. На каждом этапе реализуется комплекс различных мер.

Первый этап процедуры контроля демонстрирует, насколько близко слиты функции контроля и планирования. Стандарты – это конкретные цели, прогресс в отношении которых поддается измерению. Эти цели явным образом вырастают из процесса планирования. Все стандарты, используемые для контроля, должны быть выбраны из многочисленных целей и стратегий организации.

Для здравоохранения, это чаще всего, целевые показатели или модель конечных результатов. Как правило, они устанавливаются на основе прогнозирования развития организации и окружающей ее среды (социально-экономическая ситуация в стране, конкретном регионе и т.д.). К сожалению, прогнозирование далеко не всегда научно обосновано, а носит эмпирический характер.

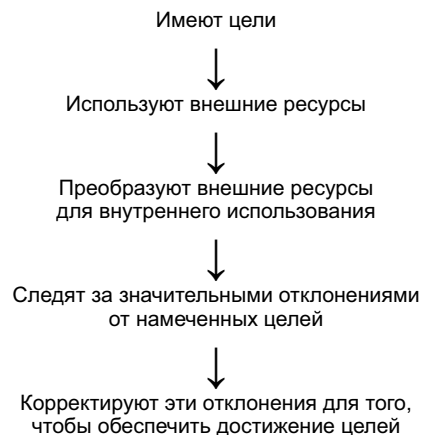


Рис. 5.3. Алгоритм эффективной обратной связи в управлении организацией.

В основе многих показателей лежат плановые задания (государственный заказ).

Цели, которые могут быть использованы, в качестве стандартов (критериев) для контроля отличаются две важные особенности. Они характеризуются наличием временных рамок, в которых должна быть выполнена работа, и конкретного критерия, по отношению к которому можно оценить степень выполнения работы. Конкретный критерий и определенный период времени называются показателями результативности. Он точно определяет то, что должно быть получено для того, чтобы достичь поставленных целей. Подобные показатели позволяют руководству сопоставить реально сделанную работу с запланированной и ответить на следующие важные вопросы: «Что мы должны сделать, чтобы достичь запланированных целей?» и «Что осталось несделанным?»

Второй этап процесса контроля состоит в сопоставлении реально достигнутых результатов с установленными стандартами. На этом этапе необходимо определить, насколько достигнутые результаты соответствуют ожидаемым. При этом принимается еще одно важное решение: насколько допустимы или относительно безопасны отклонения от результатов. На этой стадии процедуры дается оценка, которая служит основой для решения о начале действий. Деятельность, осуществляемая на этой стадии контроля, зачастую является наиболее заметной частью всей системы контроля. Эта деятельность заключается в определении масштаба отклонения, измерении результатов, передаче информации и ее оценке.

Масштаб допустимых отклонений устанавливает руководство высшего звена. Отклонение полученных результатов от намеченных пределах масштаба, не должно вызывать тревоги.

Определение масштаба допустимых отклонений – вопрос кардинально важный. Если взят слишком большой масштаб, то возникающие проблемы могут приобрести грозные очертания, если же масштаб взят слишком маленьким, то организация будет реагировать на очень небольшие отклонения, и такая система контроля будет скорее препятствовать, чем помогать достижению цели.

Один из способов увеличения экономической эффективности контроля состоит в использовании метода управления по принципу исключения и заключается в том, что система контроля должна срабатывать только при наличии заметных отклонений от стандартов. Основная проблема состоит в том, чтобы определить понастоящему важные отклонения.

Измерение результатов, позволяющих установить, насколько удалось соблюсти установленные стандарты, самый трудный и дорогостоящий элемент контроля. Для того чтобы быть эффективной, система измерения должна соответствовать тому виду деятельности, который подвергается контролю. Необходимо выбрать единицу измерения такую, которую можно преобразовать в те единицы, в которых выражен стандарт. Равно важно, чтобы скорость, частота и точность измерений тоже были согласованы с деятельностью, подлежащей контролю. В ЛПУ это происходит ежемесячно, но чаще всего ежеквартально, в связи с тем, значительная часть учетных документов, предполагает поквартальное заполнение. В учреждениях, где планирование (прогнозирование) научно-обосновано и является достаточно объективным, адекватным возможностям организации, такая периодичность достаточна.

Любая система сбора и обработки информации относительно дорога. Стоимость проведения измерений зачастую бывает наиболее крупным элементом затрат во всем процессе контроля. Необходимо избегать искушения измерить все и как можно точнее.

Для того чтобы система контроля действовала эффективно, следует обязательно довести до сведения соответствующих работников организации как установленные стандарты, так и достигнутые результаты. Подобная информация должна быть точной, поступать вовремя и доводиться до сведения ответственных за соответствующий участок работников в виде, позволяющем легко принять необходимые решения и действия. Желательно также быть полностью уверенным, что установленные стандарты хорошо поняты сотрудниками. Это означает, что должна быть обеспечена эффективная связь между теми, кто устанавливает стандарты и теми, кто должен их выполнять.

На заключительной стадии этого этапа контроля должна быть дана оценка информации о результатах. Важная информация – это такая, которая адекватно описывает исследуемое явление и необходима для принятия правильного решения.

После вынесения оценки процесс контроля переходит на третий этап. Необходимо выбрать одну из трех линий поведения:

**1. Ничего не предпринимать.** Если сопоставление фактических результатов со стандартами говорит о том, что установленные цели их достигаются.

**2. Устранить отклонения.** Понять причины отклонения и добиться возвращения организации к правильной и эффективной деятельности.

**3. Пересмотр стандартов.** Стандарты, требования которых выполнить очень трудно, делают тщетными стремления сотрудников достичь сформулированных целей и сводят на нет всю мотивацию.

Контроль часто оказывает сильное влияние на поведение системы. Неудачно спроектированные системы контроля могут сделать поведение работников ориентированным на них, т.е. люди будут стремиться к удовлетворению требований контроля, а не к достижению поставленных целей. Такие воздействия могут привести к выдаче неверно информации. Ньюмен сформулировал рекомендации для того, чтобы избежать непреднамеренного негативного воздействия контроля на поведение сотрудников и таким образом повысить его эффективность:

- устанавливайте осмысленные стандарты, воспринимаемые сотрудниками;
- устанавливайте двустороннее общение;
- избегайте чрезмерного контроля;

- устанавливайте жесткие, но достижимые стандарты;
- вознаграждайте за достижение стандарта.

Важная проблема процесса контроля – выбор критических точек, приоритетных показателей. Контролем необходимо охватить все стороны и все звенья функционирования организации. Однако для этого не требуется проверять каждого работника. Контролировать необходимо лишь точки (показатели), заслуживающие особого внимания. В умении выбрать такие критические точки (показателей) и состоит искусство управления. Можно предложить следующую методику по определению данных критических точек. Методика предлагает ответы на следующие вопросы:

- какие показатели отражают наилучшим образом цели подразделения;
- по нашим признакам я вернее всего могу определить, что эти цели не выполняются;
- каковы оптимальные методы оценки серьезных отклонений;
- каким образом я получу информацию о том, кто несет ответственность за те или иные неполадки;
- для каких данных сбор информации оправдан.

При этом встает вопрос о качестве контрольной информации. Проверяя полезность информации, именно для контроля следует учитывать несколько моментов.

Во-первых, информация должна содержать данные о фактическом состоянии дел по всем управленческим параметрам, нормативы, и разность между двумя этими величинами, по которой, собственно, и судят о контролируемом процессе.

Во-вторых, различные уровни управления должны получать сопоставимую информацию, но неодинаковую по степени подробности: чем ниже управленческое звено, тем более подробной должна быть информация.

В-третьих, необходима валидная, т.е. достоверная информация. Лицо, принимающее решение, должно быть уверено в том, что сведения, на основе которых будет принято решение, не искажены.

В-четвертых, должны быть определены и строго выдержаны интервалы времени, в течение которых поступают сведения.

#### **Черты эффективного контроля.**

1. Стратегическая направленность контроля. Чтобы быть эффективным контроль должен отражать общие приоритеты организации.

2. Ориентация на результаты. Конечная цель контроля не в том, чтобы собрать информацию, установить стандарты и выявить проблемы, а в том, чтобы решить задачи, стоящие перед организацией. Контроль можно назвать эффективным только тогда, когда организация фактически достигает желаемых целей в состоянии сформулировать новые цели, которые обеспечат ее выживание в будущем.

3. Соответствие делу. Для того чтобы быть эффективным, контроль должен соответствовать контролируемому виду деятельности.

4. Своевременность контроля. Система эффективного контроля – это система, которая дает нужную информацию нужным людям до того, как разовьется кризис.

5. Гибкость контроля. Контроль должен приспосабливаться к происходящим изменениям.

6. Простота контроля. Контроль должен соответствовать потребностям и возможностям людей, взаимодействующих с системой контроля и реализующих ее.

7. Экономичность контроля. Любой контроль, который стоит больше, чем он дает для достижения целей,

не улучшает ситуацию, не имеет право на осуществление.

#### **Резюме.**

1. Контроль – это процесс, обеспечивающий достижение целей организации. Он необходим для обнаружения и разрешения возникающих проблем раньше, чем они станут слишком серьезными, и может также использоваться для стимулирования успешной деятельности.

2. Предварительный контроль обычно реализуется в форме определенной политики, процедур и правил. Прежде всего он применяется по отношению к трудовым, материальным и финансовым ресурсам. Текущий контроль осуществляется, когда работа уже идет и обычно производится в виде контроля работы подчиненного его непосредственным начальником. Заключительный контроль осуществляется после того, как работа закончена или истекло отведенное для нее время.

3. Текущий и заключительный контроль основывается на обратных связях. Управляющие системы в организациях имеют разомкнутую обратную связь, так как руководящий работник, являющийся по отношению к системе внешним элементом, может вмешиваться в ее работу, изменяя и цели системы, и характер ее работы.

4. Первый этап процесса контроля – это установка стандартов, т.е. конкретных, поддающихся измерению целей, имеющих временные границы. Для управления необходимы стандарты в форме показателей результативности объекта управления для всех его ключевых областей, которые определяются при планировании.

5. На втором этапе сравнения показателей функционирования с заданными стандартами определяется масштаб допустимых отклонений. В соответствии с принципом исключения, только существенные отклонения от заданных стандартов должны вызывать срабатывание системы контроля, иначе она станет неэкономичной и неустойчивой.

6. Следующий этап – измерение результатов – является обычно самым хлопотным. Сравнивая измеренные результаты с заданными стандартами, необходимо определить, какие действия необходимо предпринимать.

7. Такими действиями могут быть изменение некоторых внутренних переменных системы, изменение стандартов или невмешательство в работу системы.

8. Контроль часто оказывает сильное влияние на поведение системы. Неудачно спроектированные системы контроля могут сделать поведение работников ориентированным на них, т.е. люди будут стремиться к удовлетворению требований контроля, а не к достижению поставленных целей. Такие воздействия могут также привести к выдаче неверной информации.

9. Проблем, возникающих вследствие воздействия системы контроля, можно избежать, задавая осмысленные приемлемые стандарты контроля, устанавливая двустороннюю связь, задавая напряженные, но достижимые стандарты контроля, избегая излишнего контроля, а также вознаграждая «за достижение» заданных стандартов контроля.

10. Контроль является эффективным, если он имеет стратегический характер, нацелен на достижение конкретных результатов, своевременен, гибок, прост и экономичен.

11. Информационно-управляющая система (ИУС) – это формальная система, снабжающая руководящих работников информацией, необходимой им для принятия решений. Эффективная ИУС принимает во внимание различия между уровнями управления, сферами действия, а также внешними обстоятельствами и дает каждому руководящему работнику информацию только того типа и качества, которая ему необходима.

12. Основными этапами создания ИУС являются анализ системы принятия решений, анализ требований к информации, агрегирование (группировка) решений, проектирование системы обработки информации, а также создание системы управляющих воздействий и ее контроль.

13. Для повышения эффективности ИУС необходимо привлекать пользователей к процессу создания системы, проводить обучение пользователей, концентрировать внимание лишь на нужной информации, обеспечивать высокие экономические показатели работы системы, содержать необходимый штат технических работников для ее обслуживания, проводить тестирование ИУС, а также модернизировать ее в соответствии с возникающими изменениями.

## **Раздел VI. УЧАСТИЕ ВРАЧЕЙ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ**

*В.М. Чернышев, А.И. Клевасов*

*Быть врачом – это значит обладать огромной  
над людьми властью. Поэтому пользоваться ею  
надо мудро, ответственно и человечно.*

*Н.В. Эльштейн*

**1. Участковый врач – основная фигура в проведении диспансеризации больных.** Задачи по рационализации путей и методов наиболее эффективного решения основных вопросов диспансеризации, среди которых одним из главных является переход от диспансеризации определенных групп населения к массовой диспансеризации, требуют организации стройной системы мероприятий, включающих первичную профилактику, раннюю диагностику, лечение, реабилитацию и вторичную профилактику.

В настоящее время практически все исследователи указывают, что более 50 % всех диспансеризуемых больных приходится на участкового врача, и это правильно, ибо, являясь ведущей фигурой в системе здравоохранения, участковый врач, прежде всего, следит за состоянием здоровья, обеспечивает динамическое наблюдение за каждым проживающим на территории участка. Он лучше других специалистов знает особенности патологии населения, условия труда, быта, отношения в семье и на производстве, в связи с чем, именно он может определить

число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении, в зависимости от диагноза, стадии и длительности течения патологического процесса, возрастнo-половых и производственных особенностей. Не случайно диспансерный метод Н.А. Семашко связывал с участковым принципом медицинского обслуживания населения, так как, по его мнению, в работе участкового врача гармонически сочетается лечебная помощь с профилактикой заболеваний. Он был твердо убежден, что профилактическое направление, находя отражение в клинике в форме более углубленного изучения этиологии, помогает лучше распознавать и лучше лечить болезни. Он писал: «Науки профилактики, естественно, будут выдвигаться на первое место, а не будут оставаться в том загоне, в котором они были до сих пор. Место врача-ремесленника, умеющего орудовать лишь молоточком, займет врач с широким социальным кругозором, умеющий в каждом больном находить социально-этиологические моменты...»

Современный участковый врач должен понимать, что диспансеризация – это не кампания, а непрерывный процесс, объединяющий различные формы профилактики, лечебно-оздоровительной, санитарно-просветительной работы с параллельным осуществлением комплекса социально-гигиенических мероприятий.

Участковый врач – не только врач-клиницист, но и врач-организатор. Именно он является организатором диспансерной работы на своем врачебном участке. На участкового врача-терапевта возлагается основная ответственность за организацию диспансерного обслуживания населения участка, за привлечение к этой работе специалистов других профилей.

Улучшению качества диспансеризации будут способствовать: в случаях совместительства – обязательное осуществление диспансеризации на совмещаемом участке, достаточная длительность и непрерывность работы участкового врача на конкретном участке; освобождение его от выполнения несвойственной ему работы, не требующей высокой квалификации; регулярное (не реже 1 раза в 5 лет) повышение квалификации; обязательная квалификационная аттестация; умение участковых врачей самостоятельно анализировать результаты ЭКГ, рентгенограмм, лабораторных исследований, оснащение участковых терапевтов портативными аппаратами и средствами для экспресс-диагностики заболеваний; отведение участковым врачам для проведения диспансеризации не менее 3 ч. в неделю.

Проведение диспансерной работы немислимо без знания своего участка, обслуживаемого контингента. Участковый врач, организуя работу профильных специалистов по диспансеризации, должен иметь полную информацию о своем участке. Этому способствует ведение паспортов врачебных участков, куда вносятся все необходимые для работы демографические данные, сведения об условиях труда и быта, заболеваемости с временной утратой трудоспособности обслуживаемого населения и др.

Изучение условий труда и быта, характера питания, санитарно-эпидемиологической характеристики участка целесообразно осуществлять с обязательным участием представителей Роспотребнадзора. Получение такой информации, особенно о работающих, позволит выявить возможные факторы, отрицательно влияющие на состояние их здоровья, а, следовательно, разработать и провести в жизнь необходимые санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия.

Под диспансерным наблюдением у врача-терапевта в настоящее время состоят больные гипертонической

болезнью, перенесшие инфаркт миокарда, больные хронической ишемической болезнью сердца, стенокардией, ревматизмом, хронической пневмонией, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, эмфиземой легких, пневмосклерозом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки др.

Особое значение имеет правильная постановка диспансерного учета и методика статистического обобщения результатов диспансеризации. Диспансерный учет и диспансерная статистика отличаются от общего учета и статистики лечебно-профилактических учреждений: в основу диспансерного учета положены строго очерченная группировка контингентов, особая единица учета, учетный инструментарий, сочетающий в себе интересы оперативные и учетно-статистические.

При обобщении материалов диспансеризации определяют численность больных, ее динамику, возрастнo-половой, социальный и клинический состав диспансеризуемого контингента, своевременность взятия на учет, длительность и систематичность наблюдения, проведение лечебно-профилактических мероприятий, трудоспособность и трудоустройство, эффективность диспансеризации.

Особое значение при проведении диспансеризации имеет активное и своевременное выявление больных с заболеваниями, когда пациенты еще не предъявляют жалоб на свое здоровье и когда имеются все возможности прервать дальнейшее развитие болезни или совсем ликвидировать ее.

Наблюдение за больными, выявленными в порядке текущей обращаемости в медицинские учреждения и представляющими собой случайный и неорганизованный коллектив, не должно ограничиваться только лечебно-, профилактическими мероприятиями, влияющими на текущий процесс. Наряду с индивидуальной профилактикой врачу следует искать меры общественной профилактики.

Выявление заболеваний в значительной степени зависит от использования различных методов диагностических исследований, и прежде всего лабораторно-диагностических.

Особую актуальность в работе по диспансеризации представляют вопросы выявления заболеваний в ранних доклинических стадиях их развития. Трудность диагностики заболеваний в этом периоде требует от руководителей медицинских учреждений изыскания наиболее эффективных организационных форм и методов повышения качества диагностического и лечебного процессов. Особенно это важно при таких серьезных по прогнозу заболеваниях как болезни сосудов и сердца, онкологические, эндокринологические и др. Для этого целесообразно в учреждении разработать комплекс мероприятий, включающий занятия по повышению знаний врачей по вопросам диагностики, лечения и реабилитации лиц с указанной патологией, освоению и использованию современных методов диагностики и лечения.

Врачи поликлиники, и в первую очередь участковые терапевты, должны быть обеспечены инструкциями, приказами и другими официальными документами. Однако эти документы являются лишь примерным ориентиром. Врач поликлиники в каждом отдельном случае должен сам определять конкретный план диагностических исследований и других мероприятий с учетом индивидуальных особенностей обследуемого стандартов оказания медицинской помощи.

Врач должен также хорошо знать характер и особенности труда своих пациентов, взаимоотношения в кол-

лективе, семье, индивидуальные особенности, склонности, привычки. Прежде всего, участковому врачу следует проанализировать социальный состав проживающего на участке населения.

Необходимо определить долю лиц, проживающих на территории участка, которые постоянно наблюдаются в других учреждениях, и степень участия участкового врача в обслуживании этого контингента. Участковый врач должен знать специфику условий труда и быта работающих, обслуживаемых по месту жительства.

Группа неработающих должна интересоваться участкового врача, прежде всего с позиций их возрастного состава, наличия хронических заболеваний в стадиях компенсации, а также наличия тяжелобольных, требующих особого внимания, активных посещений на дому. Поэтому участковый врач должен правильно планировать активное наблюдение за различными группами в течение года. Переход к диспансеризации всего населения на участке обслуживания возможен лишь при условии, если увеличение контингентов будет идти не только за счет больных, отобранных по нозологическому принципу, но и при обязательном учете возрастных, половых, профессиональных особенностей жителей участка.

Качество проведения диспансеризации неразрывно связано со своевременной постановкой на учет нуждающихся в ней. Своевременным может считаться учет диспансеризуемого не позднее чем через 30 дней после установления диагноза. В связи с этим в амбулаторной карте следует сделать подробную запись о взятии под диспансерное наблюдение, включающую анамнез жизни (бытовые и производственные условия) и заболевания, отметить все виды проведенных диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий, консультации специалистов и заполнить «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (форма № 30).

Изучение и анализ заболеваемости на участке являются необходимым условием качественного проведения диспансеризации, которая в свою очередь, предполагая углубленное изучение причин заболевания, должна составлять одну из главных частей комплексного плана оздоровительных мероприятий на участке.

Постановка на учет всех нуждающихся в диспансерном наблюдении должно обязательно основываться на данных заболеваемости населения участка всеми заболеваниями. С этой целью участковому врачу необходимо получать из кабинета статистики данные о заболеваемости не реже 2 раз в год. Учет каждого впервые выявленного заболевания позволит участковому врачу своевременно и качественно проводить оздоровление обслуживаемого населения.

Существующая статистическая разработка заболеваемости в кабинетах медицинской статистики амбулаторно-поликлинических учреждений была бы более совершенной, если бы она основывалась на клинических группировках заболевших и санитарно-гигиенических условиях их труда и быта. В связи с этим диспансерное наблюдение в зависимости от контингента населения и характера заболеваний открывает большие возможности для серьезного изучения и планирования снижения заболеваемости. Общеизвестно, что тщательный учет, наблюдение и статистическая разработка данных инфекционной заболеваемости, туберкулеза, венерических болезней позволяют успешно бороться с ними. На этом же основании должна проводиться борьба со всеми заболеваниями. Участковый врач должен принимать участие не только в анализе цифровых данных, но и обязатель-

но сопоставлять их с клиникой, социальными и гигиеническими условиями жизни населения. Диспансерная работа, основанная на этих принципах, явится прочным фундаментом как для разработки системы динамического изучения заболеваемости, так и для ее внедрения и распространения в широкой практике.

С другой стороны, проведение диспансеризации не может быть плановым и научно обоснованным, если оно не является результатом углубленного анализа заболеваемости. Такой анализ необходим при массовой диспансеризации для отбора контингентов, планирования профилактических и оздоровительных, индивидуальных и общественных мер, наблюдения за эффективностью диспансеризации по динамике заболеваемости среди контингентов диспансеризуемых и в целом по учреждению. При этом необходимо уделять внимание заболеваемости как с утратой трудоспособности, так и не приводящей к ней. Должно быть четкое представление о заболеваемости в различных возрастных, половых и социальных группах острыми и хроническими инфекционными заболеваниями, острыми неинфекционными, хронически протекающими заболеваниями. Необходимо анализ заболеваемости по классам и отдельным нозологическим формам, а внутри их – по тяжести и длительности течения. Это связано в первую очередь с тем, что в настоящее время проводится диспансеризация не только хронических больных, но и лиц, перенесших острые заболевания. Кроме того, в связи с проведением диспансеризации порядку заболеваний в специализированных диспансерах, необходимо установление СВЯЗИ с ними с целью преемственности в наблюдении за конкретными больными.

Наблюдение за больными хроническими заболеваниями должно проводиться не только в отношении данной нозологической формы. Оно должно быть комплексным, направленным на охрану здоровья конкретного больного, с учетом возможного влияния на заболевание факторов внешней среды, а также вызываемых этим заболеванием изменений со стороны других органов и систем. При этом обязательно должны учитываться способности данного больного сопротивляться заболеванию, приспосабливаться к нему, его режим жизни, привычки, тренировки и т. д.

Диспансеризация с целью предупреждения преждевременного старения, борьба за долголетие не могут ставиться как проблема только последних 15-20 лет жизни (диспансеризация лиц старших возрастных групп), причем оторванная от условий внешней среды, всей жизни человека. Это противоречит физиологическому учению И.П. Павлова, современным научным представлениям. Болезни, проявляющиеся с возрастом, формируются в течение всей жизни ее режимом, привычками, условиями, в которых она протекает, и чем раньше врачи активно вмешиваются с помощью науки в регулирование ее, тем больше будет успех.

В повседневной профилактической работе человек не должен рассматриваться как пассивный восприимчивый различных воздействий среды. Важно учитывать характер ответных реакций каждого человека. Неправильно в профилактической деятельности разграничивать работу над факторами внешней среды от работы над организмом человека. Диспансеризация, основной целью которой является предупреждение заболеваний, не может быть правильно поставлена, если ее проводить по двум изолированным направлениям – лечебному и санитарному. Необходимо объединение сил санитарных и лечебных врачей в поисках путей к сохранению равновесия между внеш-

ней средой и организмом, на что указывал И. П. Павлов, не только вне его, но в нем самом, в привычках, режиме, трудовой жизни. При правильно поставленной диспансеризации исключена возможность вести профилактику «вообще», т. е. речь идет только о конкретных оздоровительных мероприятиях, направленных на борьбу и предупреждение совершенно конкретных форм заболеваний среди также конкретных групп людей.

В профилактической деятельности врач не только должен обращаться к факторам внешней среды, требующим какой-то коррекции с целью борьбы с заболеваниями, но и к человеку, к его реакциям на эти факторы, поведению, которое может способствовать или препятствовать возникновению заболеваний.

Не менее важное значение имеет выявление и взятие под диспансерное наблюдение лиц с факторами риска, а так же с ранними (доклиническими) формами заболеваний, в первую очередь с сердечно-сосудистой патологией (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др.). Врачей целесообразно обеспечить инструкциями, специальными картами, помогающими ориентироваться в вопросах определения состояний, являющихся факторами риска в отношении заболеваний того или иного профиля, провести занятия с врачами по указанным вопросам.

В решении их большую роль могут сыграть кардиологический, гастроэнтерологический, пульмонологический и другие кабинеты, являющиеся своего рода специализированными центрами поликлиник по данному профилю.

Особое значение при проведении диспансеризации имеет активное динамическое наблюдение. Участковый врач в каждом конкретном случае намечает частоту и время явки диспансеризуемого. Частота наблюдения колеблется от 2 до 6 и более раз в год в зависимости от состояния здоровья. Частота наблюдения, так же как и очередность взятия участковым врачом под диспансерное наблюдение, зависит от клинического течения заболевания, его формы и стадии.

Группировка диспансеризуемых больных по течению заболевания – тяжелое течение, средней тяжести, легкое, практически здоров – позволяет решить ряд организационных вопросов: периодичность врачебных осмотров, рентгенологических и лабораторных обследований и др., объем лечебно-оздоровительных мероприятий.

Знание состава больных по тяжести необходимо для получения объективной оценки эффективности диспансеризации, так как при одинаковом качестве диспансеризации показатели эффективности для каждой группы больных будут различными.

Планирование активных осмотров диспансеризуемых должно соответствовать пикам сезонных обострений, что улучшит выявление больных с обострениями, а проведение противорецидивного лечения следует планировать перед сезонами обострения (август, сентябрь, февраль-апрель).

Особое значение при диспансеризации хронических больных имеет противорецидивное лечение. Изучение проведения его в ряде амбулаторно-поликлинических учреждений страны выявило целый ряд недостатков: объем лечения не дифференцирован в зависимости от тяжести заболевания, медикаментозная профилактика нередко проводится без учета клинического варианта болезни, редко осуществляется профилактическая госпитализация и т.д.

В инструктивно-методических документах по диспансеризации определены примерные сроки регулярно-

сти и продолжительности активных наблюдений, однако более правильным критерием при планировании содержания лечебно-оздоровительных мероприятий и сроков наблюдений является общая оценка состояния здоровья диспансеризуемого. Врачи должны не только руководствоваться положениями по диспансеризации, но также исходить из реальных требований здравоохранения, направлять работу на выявление и максимальный охват диспансерным наблюдением лиц с доклиническими функциональными формами заболеваний, а также проводить активный медицинский контроль за состоянием здоровья здоровых и лиц с факторами риска.

При контроле выполнения рекомендованных лечебно-профилактических мероприятий необходимо знать, проводятся ли они с учетом факторов, влияющих на течение и возможное обострение заболеваний, таких, как сезонность, изменение метеорологических условий, перенапряжение на работе и др.

Диспансерная работа на врачебном участке, в учреждении должна анализироваться в динамике. В этом плане очень важна роль участкового врача и заведующих соответствующими отделениями и кабинетами. Участковый врач совместно с врачами-специалистами должен систематически проверять выполнение рекомендованных лечебно-оздоровительных мероприятий в течение года с последующим обсуждением полученных результатов на совещаниях и конференциях поликлиник. Задача заведующих отделениями и кабинетами – контролировать проведение такого анализа врачами отделений и кабинетов, проверяя при этом с помощью экспертной оценки и других методов диспансерную работу своего отделения или кабинета.

Очень важным вопросом в диспансеризации является определение ее эффективности. К сожалению, единых и точных критериев эффективности диспансеризации не существует. Очень часто при ее определении имеет место субъективизм. Поэтому важной задачей при определении эффективности диспансеризации является сведение к минимуму субъективного фактора оценки. В связи с этим для оценки эффективности диспансеризации необходимо пользоваться комплексом показателей (приложение 21). Целесообразно определять отдельно эффективность диспансеризации здоровых, больных острыми заболеваниями, хроническими заболеваниями.

Эффективность диспансерных мероприятий при острых заболеваниях определяется на основании полного выздоровления. Переход заболевания в хроническую форму должен всегда настораживать врача, при этом следует тщательно анализировать своевременность диагностики и качество проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий.

Для определения эффективности диспансеризации больных с хроническими заболеваниями многими авторами предложен ряд тестов. Все врачи при этом приходят к мнению о необходимости комплексного определения эффективности диспансеризации.

Наиболее часто используемыми показателями являются показатели временной и стойкой утраты трудоспособности, переход заболевания из клинической стадии более легкого течения в более тяжелую клиническую стадию; осложнения заболеваний; обострения заболевания, случаи летальных исходов и др.

Перед снятием с диспансерного учета следует убедиться в том, что у данного человека на протяжении длительного периода (многих лет) нет проявлений активности процесса, нет функциональной недостаточности органа или системы, подтвердив это данными кли-



нических, инструментальных, биохимических и других исследований в динамике, т.е. на основе доказательной медицины.

Следуя современному направлению в диспансеризации, будет более правильным не снимать с активного наблюдения лиц по выздоровлении, а переводить их в группу здоровых или практически здоровых, находящихся под наблюдением. Это будет способствовать планомерному оздоровлению населения и постепенному накоплению контингентов, находящихся под наблюдением, что облегчит переход к массовой диспансеризации населения.

Таким образом, диспансерный метод позволяет врачам: раньше уловить самые начальные формы болезни; установить связь между появлением ранних признаков болезни и условиями труда и быта, а также поведением человека; находить способы купирования болезни в самом начале, а также предотвращения дальнейшего развития уже возникшей болезни; находить конкретные меры к предупреждению появления этих форм болезней путем изменения как условий труда и быта, так и поведения человека.

Успех работы по диспансеризации на врачебном участке во многом определяется качеством групповой и индивидуальной медицинской пропаганды, а также зависит от того, насколько четко будет налажен контакт участкового врача с больным, членами его семьи, сотрудниками по работе, санитарными активистами. Наличие такого контакта дает возможность своевременно выявить те или иные изменения в состоянии здоровья больного и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия. В программе конференций поликлиники необходимо предусмотреть курс лекций по методике диспансерного наблюдения, оценке ее эффективности и качества, анализу показателей работы участковых врачей по диспансеризации.

Только правильное сочетание лечебно-диагностической, профилактической, санитарно-просветительной и организационной работы в деятельности участкового врача будет способствовать улучшению диспансеризации населения и состояния его здоровья.

## **2. Роль врачей специалистов в системе диспансерного наблюдения за больными.**

Современный период развития диспансеризации характеризуется значительной степенью участия в ней врачей различных специальностей. Активное диспансерное наблюдение осуществляют практически врачи всех специальностей: терапевты и акушеры-гинекологи, хирурги и невропатологи, оториноларингологи и психиатры, онкологи, окулисты, дерматовенерологи, стоматологи. В последние годы увеличилась доля участия узкоспециализированных служб – кардио-ревматологической, гастроэнтерологической, пульмонологической, нефрологической, гематологической, аллергологической и др.

Активное диспансерное наблюдение в учреждениях разного типа осуществляют врачи более чем 20 специальностей почти по 230 нозологическим формам. В среднем у врачей-специалистов состоит под диспансерным наблюдением в различных учреждениях от 42 до 54 % больных.

Диспансерный метод работы врачей различных специальностей, так же как и участковых врачей, имеет ряд признаков, отличающих его от обычной поликлинической работы и требующих в связи с этим определенных организационных мероприятий:

– контингенты для динамического наблюдения составляют лица, активно отобранные врачами;

– различные методы лабораторно-диагностических, функциональных и рентгенологических исследований, так же как и консультации врачей различных специальностей и в разных типах учреждений, проводятся в обязательном порядке в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях;

– обследуются и при необходимости улучшаются условия труда и быта;

– обеспечивается тщательное наблюдение за проведением в жизнь назначений и рекомендаций врача, за явкой больных в установленные сроки;

– с целью воздействия на больного используется помощь родных, коллег, общественных и административных органов;

– наряду с проведением современных патогенетически обоснованных лечебно-профилактических мероприятий обеспечивается направление нуждающихся в профилактории, дома отдыха, санатории, предоставление отпуска, изменение или облегчение условий работы;

– госпитализация, временное освобождение от работы или направление на МСЭ в отдельных случаях могут быть проведены как профилактические мероприятия.

Роль врачей различных специальностей в проведении диспансеризации населения можно рассматривать по трем основным направлениям: в работе специализированных диспансеров; врачей основных специальностей и специализированных служб в амбулаторно-поликлинических учреждениях и врачей узкоспециализированных служб в амбулаторно-поликлинических учреждениях и специально созданных центрах.

Как известно, диспансерный метод работы стал прежде всего применяться в области борьбы с социальными болезнями. Встав первыми на путь создания новой формы оказания лечебно-профилактической помощи населению, противотуберкулезные, дерматовенерологические, психиатрические, онкологические диспансеры в настоящее время достигли больших успехов в борьбе с указанными заболеваниями.

Работы диспансеров имеют следующие особенности: определение групп наибольшего риска возникновения заболеваний и установление за ними специального наблюдения; этапность и преемственность в оказании лечебно-профилактической помощи: поликлиника диспансера – стационар диспансера – санатории, социально трудовые прогнозы и организация реабилитационных мероприятий при различных формах течения заболеваний.

Определение групп риска связано с внешними причинами – **окружающей** средой, условиями на производстве и в быту, образом жизни, привычками, а также **внутренними** – полом, возрастом, физиологическими особенностями индивидуума, наследственностью, состоянием различных органов и систем и т.д.

Соблюдение преемственности между врачами разных учреждений способствует рациональному использованию больничных и санаторных коек, повышению качества и улучшению результатов лечения. Наиболее важным в обеспечении преемственности на различных этапах являются правильное и своевременное заполнение выписок из историй болезни при направлении больного из поликлиники в стационар, из стационара в поликлинику, санаторий и из санатория. Необходимо также подробное уведомление о методах и результатах всех обследований и лечения на предыдущем этапе, сведения о сопутствующих заболеваниях, требующих терапии наряду

с основным лечением, о рекомендациях по медицинской и трудовой реабилитации.

Более широкое участие врачей-специалистов в проведении профилактических осмотров разного типа, внедрение бригадного метода работы не только способствуют своевременности и правильности диагностики, но и повышают эффективность лечебно-профилактических мероприятий в группе активно наблюдаемых лиц.

Если проанализировать долю впервые установленных заболеваний от всех выявленных по каждой специальности, то видно, что наиболее эффективны осмотры гинеколога, хирурга, окулиста, невропатолога, оториноларинголога. Это говорит еще раз о целесообразности участия врачей различных специальностей в активном выявлении патологии населения.

У врачей-хирургов находятся под диспансерным наблюдением больные со следующими заболеваниями: грыжи врожденные и приобретенные, аппендицит хронический, энтерит облитерирующий, атеросклероз нижних конечностей, варикозное расширение вен, флебит и тромбоз вен нижних конечностей и таза, доброкачественные опухоли (миома и др.), водянка яичка, остеомиелит гематогенный, геморрой и др.

Особенностью диспансерного наблюдения у хирургов является краткосрочность его по некоторым нозологическим формам – до и после операции, совместное наблюдение за рядом больных с врачами других специальностей (чаще всего с врачами-терапевтами). К таким больным относятся: лица с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом и холангитом, хроническим панкреатитом, абсцессом легкого, бронхоэктатической болезнью, зобом с явлениями тиреотоксикоза и др.

Под наблюдение хирургов передаются больные при подозрении на злокачественные перерождения, с желудочными кровотечениями, рубцовым стенозом, со стойким болевым синдромом, а также с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, не поддающиеся консервативному лечению. Кроме того, пациенты с заболеваниями желчевыводящих путей в случаях наличия в анамнезе обтурационных желтух, диагностированных или подозреваемых камней желчного пузыря и протоков, при частых обострениях, не поддающихся терапевтическому и санаторно-курортному лечению.

С целью выявления больных смежной группы, нуждающихся в оперативном лечении, необходимы совместные осмотры их врачами хирургами и терапевтами. После проведения оперативного лечения хирург наблюдает за ними до трудоустройства, а далее больной вновь передается терапевту. При этом также целесообразны совместные осмотры.

В настоящее время, когда условия жизни, особенно в больших городах с их нарастающими темпами, усложнением трудовых процессов предъявляют высокие требования к нервной системе человека, вызывают эмоциональное и психическое перенапряжение, особое внимание должно уделяться профилактике нервно-психических заболеваний. Н.А. Семашко в период организации первых советских диспансеров указывал, что едва ли найдется область врачебной деятельности, на которой лежала бы такая ответственность в области профилактики и такая широкая перспектива, как в неврологии и психиатрии. Сейчас под диспансерным наблюдением невропатологов состоят больные с сосудистыми поражениями мозга, нейроинфекциями, органическими поражениями центральной нервной системы, остеохондрозом, рассеян-

ым склерозом, черепно-мозговыми травмами, синингомиелией, пояснично-крестцовым радикулитом и др.

В связи с тем, что невропатологи при современной нагрузке их в районных поликлиниках не могут обеспечить диспансерным наблюдением больных всеми нозологическими формами, очередность взятия под наблюдение должна определяться конкретными условиями лечебно-профилактических учреждений.

В первую очередь должны быть взяты на учет с начальными проявлениями сосудистых поражений головного и спинного мозга, с преходящими расстройствами мозгового кровообращения, с остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения давностью до 1 года; с заболеваниями периферической нервной системы, частыми и длительными обострениями, с обострениями на протяжении последнего года, с инфекционными заболеваниями нервной системы (случаи краевой патологии).

Во вторую очередь диспансерное наблюдение следует установить за больными с остаточными явлениями после нарушения мозгового кровообращения давностью более 1 года, с последствиями черепно-мозговой и спинномозговой травм, с остаточными явлениями нейроинфекций (за исключением случаев краевой патологии), с демиелинизирующими заболеваниями и дизонтогенезами, с семейно-наследственными заболеваниями нервной системы, с последствиями проведенных нейрохирургических вмешательств. Больные эпилепсией при отсутствии выраженных психических нарушений и больные неврозами должны быть взяты под диспансерное наблюдение в неврологическом кабинете, ибо в ряде случаев невропатологи имеют возможности эффективно помочь этим больным.

При диспансеризации больных врачами-окулистами особое внимание уделяется раннему выявлению и активному наблюдению за больными с глаукомой. Раннее выявление, правильная организация диспансерного обслуживания позволяют в большинстве случаев сохранять зрительные функции у больных глаукомой. В настоящее время достигнуты значительные успехи в изучении патогенеза глаукомы, используются эффективные методы ее хирургического лечения.

Основной задачей врача, ведущего диспансерное наблюдение больных глаукомой, является сохранение функций органа зрения. Это может быть достигнуто при своевременно установленном диагнозе, систематическом наблюдении больного, выполнении полного объема всех необходимых исследований, рационально проводимом лечении, широком проведении санитарно-просветительных мероприятий по оздоровлению труда и быта больных. В зависимости от количества больных, состоящих под диспансерным наблюдением, руководители лечебно-профилактических учреждений решают вопрос о выделении фиксированного дня или часов для приема таких больных.

При динамическом наблюдении за больными в стадии компенсации процесса рекомендуется ежеквартально исследовать остроту зрения с коррекцией, проводить тонометрию, периметрию, 1 раз в год – гониоскопию. Широко используется хирургическое лечение, особенно в начальных стадиях процесса и в случаях, если компенсации процесса добиться не удастся. Ежегодно все больные подлежат консультации с врачами других специальностей: терапевтом, невропатологом, эндокринологом, акушером-гинекологом и др. при показаниях. Под наблюдением окулистов находятся больные туберкулезом глаз, повреждением органа зрения и их последствиями, отслойкой сетчатки, онкологическими заболеваниями

органа зрения, воспалительными заболеваниями зрительного нерва и сетчатки, дистрофическими изменениями сетчатки, аномалиями рефракции, сопровождающимися значительным понижением остроты зрения.

Врачи узких специальностей не только оказывают консультативную помощь в проведении диспансеризации, но и наблюдают за наиболее сложными в лечебно-диагностическом отношении больными, оказывают постоянную методическую помощь врачам, способствуют повышению уровня их подготовки по соответствующим профилям. Успехи в диспансеризации больных терапевтического профиля основываются на изучении и диагностике состояний предболезни, разработке мер первичной профилактики; совершенствовании современной клинической характеристики заболеваний, разработке новых современных методов терапии, определении индивидуальных особенностей больных, ранней диагностике различных осложнений, вызванных основным заболеванием, совершенствовании лечебных комплексов для вторичной профилактики; совершенствовании реабилитационных мероприятий, оценке отдаленных результатов лечения. Способствуют этому и проведение эпидемиологических исследований, изучение распространенности общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности по отдельным нозологическим формам; совершенствование научно обоснованной структуры и форм организации специализированной помощи населению.

Одной из важнейших социальных проблем медицинской науки и практики, проблемой государственной важности является борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Организация специализированной кардиоревматологической службы (отделения в больницах, кабинеты в поликлиниках, диспансеры) имела большое значение в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Поиски причин возникновения сердечно-сосудистых заболеваний обнаружили ряд социальных факторов риска, таких как, увеличение доли лиц пожилого и старшего возрастов, изменение образа жизни, ее темпов (гиподинамия), состава и характера питания в т.ч. избыточный вес; появление значительного числа профессий, требующих нервно-эмоционального напряжения, наличие вредных привычек и т. д.

Повышению качества диспансеризации сердечно-сосудистых больных способствуют достижения клинической кардиологии в борьбе с атеросклерозом и ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, артериальной гипертонией, сердечной недостаточностью, нарушениями сердечного ритма и др.

Достигнуты наиболее значительные успехи в совершенствовании клинической трактовки пульмонологических заболеваний. Получены интересные данные о патогенезе неспецифических заболеваний легких с помощью иммунологических, биохимических, функциональных и бронхологических методов. Значительно увеличены возможности бронхологической диагностики, благодаря использованию эндоскопической и современной рентгеновской техники. Актуальной и наименее разработанной в пульмонологии является проблема состояний предболезни.

Особое значение приобретают методы реабилитации больных в специализированных учреждениях и санаториях. Пульмонологические кабинеты поликлиник наряду с диспансеризацией наиболее сложных больных должны оказывать консультативную помощь врачам в проведении комплексов лечебных мер для вторичной профилактики заболеваний, организовывать и проводить школы для больных бронхиальной астмой и др.

Благодаря достижениям химиотерапии и организации диспансеризации гематологических больных существенно увеличилась длительность жизни больных хроническими лейкозами. Разработана и применяется заместительная терапия больных гемофилией. Стало реальным создание специализированных диспансерных групп для лечения и профилактики геморрагических диатезов у больных с наследственными нарушениями системы свертывания крови.

Диспансерный метод имеет ведущее значение в решении одной из главных проблем современной эндокринологии – выяснении причин распространения и разработке методов профилактики сахарного диабета. В настоящее время под наблюдением врача-эндокринолога в поликлинике состоит от 180 до 450 больных, причем большую часть из них составляют больные сахарным диабетом. «Угрожаемым контингентом» являются лица, страдающие различной степенью ожирения, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, атеросклеротическим поражением артерий головного мозга и нижних конечностей. Значительное число больных сахарным диабетом выявляется при целенаправленном обследовании больных холециститом, панкреатитом, туберкулезом и грибковыми заболеваниями. К контингентам риска относятся женщины, в анамнезе которых были патологическая беременность, спонтанные аборт, рождение мертвого плода, а также женщины, у которых родственники больны сахарным диабетом.

Успехи клинической гастроэнтерологии по проблеме язвенной болезни и гастрита, достижения в диагностике и лечении заболеваний кишечника, поджелудочной железы, печени в значительной степени способствовали повышению эффективности диспансеризации больных этого профиля. Разработаны различные схемы пролонгированной профилактической терапии (не менее 2 лет) с учетом клинического варианта течения заболевания, предусматривающие рациональное трудоустройство больных, психотерапию, лечебное питание, физиотерапию, лечебную физкультуру и санаторно-курортное лечение и т.д.

Проведение диспансеризации неразрывно связано с диагностическими исследованиями: лабораторными, функционально-диагностическими, рентгенологическими. Они играют важную роль на всех этапах диспансеризации: на первом этапе лабораторно-диагностические исследования проводятся с целью раннего выявления заболеваний и установления диагноза; на втором этапе – для динамического наблюдения за изменениями функций различных органов и систем в процессе проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, на третьем этапе – с целью оценки эффективности проведенного лечения.

Эффективное проведение диспансеризации связано также с увеличением числа анализов, приходящихся на одного диспансеризуемого. Увеличение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, приведет к увеличению объема работы лабораторий, а переход к диспансеризации всего населения значительно увеличит объем работы лабораторной службы. В связи с этим дальнейшее улучшение организации лабораторной клинико-диагностической службы в стране является важной задачей.

Таким образом, с увеличением объема профилактической работы, потребность населения в клинико-диагностических исследованиях и в дальнейшем будет увеличиваться. Чтобы полностью удовлетворить ее, необходимо решить целый ряд организационных вопросов: дальнейшее расширение сети централизованных диагностических служб, улучшение их технического оснаще-

ния, расширение номенклатуры выполняемых исследований; передача средним медицинским работникам дополнительно части работы и т.д. Наряду с проведением наиболее сложных исследований основными функциями врачей диагностических служб следует считать контроль за качеством проведения исследований и консультативно-методическую помощь врачам различных специальностей и в первую очередь участковым врачам по вопросам диагностики.

Проблема удовлетворения непрерывно растущих потребностей в диагностических исследованиях может быть решена за счет использования автоматических и полуавтоматических систем для широкого скрининга при массовых профилактических осмотрах; повседневного индивидуального скрининга при обследовании в амбулаторно-поликлинических учреждениях или в

момент поступления в стационар, в различных типах учреждений; узкоцелевого скрининга, направленного на выявление определенного вида патологии.

Целесообразна организация банка диагностических исследований на базах централизованных комплексов, содержащего результаты анализов на каждого жителя района обслуживания с целью накопления их для сравнения динамики и устранения дублирования в различных типах медицинских учреждений. Перспектива перехода к диспансеризации всего населения, а, следовательно, удовлетворения возросших потребностей в диагностических исследованиях может быть решена за счет информатизации системы диагностических служб, включающей все процедуры – от взятия проб и производства исследований до получения, хранения и воспроизводства их результатов.

## Раздел VII. РОЛЬ И МЕСТО СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

*В.М. Чернышев, И.М. Поздняков, А.И. Зинина, Т.И. Петренко*

*Сейчас сестры заботятся о больных, но настанет день, когда их «пациентами» станут здоровые и заботиться они будут о поддержании, об охране их здоровья.*

*Florence Nightingale*

С развитием медицинской науки и совершенствованием здравоохранения возрастает роль специалистов со средним медицинским образованием. Теперь для ухода за больным они должны обладать всё более сложными медицинскими, естественнонаучными, а также техническими познаниями и навыками. Задачи, возложенные на средних медицинских работников, и их деятельность становятся всё более многосторонними.

Всемирная Организация Здравоохранения рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущей потребности населения в доступной медицинской помощи.

Специалисты, имеющие среднее медицинское образование и составляющие самую многочисленную категорию работников здравоохранения, играют важную роль в реформе здравоохранения, обеспечении доступности и качества предоставляемых населению услуг, усилении профилактической направленности, решении задач медико-социальной помощи. Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением – это прежде всего развитие первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний, укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения.

Важное значение в сохранении и поддержании здоровья имеет диспансеризация, внимание к которой в последние годы вновь растет. Рассматривая участие и организацию работы среднего медицинского персонала в обеспечении диспансерного наблюдения среди населения, следует иметь в виду, что в современных условиях роль медицинских специалистов среднего звена в диспансеризации неуклонно возрастает. Это определяет весьма высокие требования к подготовке таких специалистов,

которые должны обладать всё более глубокими знаниями в области профилактической медицины, рядом важных практических навыков, необходимых для реализации диспансерного метода в практике здравоохранения.

Перспективными формами профилактической работы являются школы для больных с хроническими заболеваниями, опыт которых убедительно продемонстрировал новые возможности специалистов сестринского дела, способствующие улучшению состояния здоровья и качества жизни пациентов.

До настоящего времени не стало практикой использование широко применяемого в зарубежной медицине показателя – удовлетворённости пациента качеством предоставленной медицинской помощи. Тем не менее ориентация на потребителя является ключевым принципом системы управления качеством в здравоохранении и предусматривает совершенствование управления деятельностью сестринских служб, формирование среды в практическом здравоохранении для работы специалистов сестринского дела новой формации.

К сожалению, в настоящее время в отрасли среда для деятельности медицинской сестры новой формации окончательно не сформирована. Руководители лечебно-профилактических учреждений не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учётом его профессиональной компетенции. Прежде всего это касается введения современной системы сестринского ухода, включая работу по профилактике заболеваний, укреплению здоровья, реабилитации, уходу на дому, оказанию паллиативной помощи. Сегодня темпы развития и внедрения в практическое здравоохранение современных сестринских технологий недостаточны, что требует разработки особой модели деятельности специалистов сестринского дела с учётом реформирования отрасли,

расширения амбулаторно-поликлинической помощи и перераспределения существующих медицинских услуг. В связи с этим российская «Концептуальная модель сестринского дела» должна стать профессиональным стандартом. Она должна определить принципы и философию сестринского дела, миссию и функции, место российской медицинской сестры в отечественном здравоохранении в соответствии с целями сестринского дела, а также границы компетенции сестры новой формации в зависимости от уровня её образования с чётким разграничением обязанностей сестринского и врачебного персонала.

Задачи, стоящие перед здравоохранением, требуют повышения эффективности работы медицинского персонала, для чего следует:

- устранить дублирование функций, перераспределить их между различными профессиональными группами медицинского персонала;
- преобразовать структуры кадров на основе формирования института медицинских работников общей практики;
- упорядочить должностные структуры учреждений здравоохранения в соответствии с прогрессивной нормативной базой;
- модернизировать рабочие места, повысить техническую оснащённость.

Независимо от специализации специалисты со средним медицинским образованием имеют общие для все должностные обязанности, права и ответственность.

#### **Должностные обязанности:**

1. Обеспечивает инфекционную безопасность (соблюдает правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, асептики, правильно хранит, обрабатывает, стерилизует и использует изделия медицинского назначения).

2. Осуществляет все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом, итоговую оценку достигнутого).

3. Своевременно и качественно выполняет профилактические и лечебно-диагностические процедуры, назначенные врачом.

4. Ассистирует при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях.

5. Оказывает неотложную доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

6. Вводит лекарственные препараты, противошоковые средства (при анафилактическом шоке) больным по жизненным показаниям (при невозможности своевременно прибытия врача к пациенту) в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии.

7. Сообщает врачу или заведующему, а в их отсутствие, дежурному врачу о всех обнаруженных тяжелых осложнениях и заболеваниях пациентов, осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций или о случаях нарушения внутреннего распорядка учреждения.

8. Обеспечивает правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарств пациентами.

9. Взаимодействует с коллегами и сотрудниками других служб в интересах пациента.

10. Ведет утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию.

11. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.

12. Проводит санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

#### **Медицинская сестра имеет право:**

1. Применять по назначению врача консервативные методы лечения больных, проводить определенные лечебные процедуры.

2. Получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей.

3. Вносить предложения по совершенствованию работы медицинской сестры и организации сестринского дела в учреждении.

4. Требовать от старшей медицинской сестры отделения обеспечения поста (рабочего места) оборудованием, оснащением, инструментарием, предметами ухода и т.д., необходимыми для качественного выполнения своих функциональных обязанностей.

5. Повышать свою квалификацию в установленном порядке, проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

6. Участвовать в работе профессиональных ассоциаций медицинских сестер и других общественных организаций, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

#### **Медицинская сестра несет ответственность:**

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, – в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, – в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

3. За ошибки, повлекшие за собой тяжкие последствия (причинение вреда здоровью людей), – в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства.

Вместе с тем, известно, что работа с определенными контингентами больных имеет специфику, в связи с чем, ниже описаны особенности наблюдения за пациентами с учетом заболеваний, по поводу которых они находятся на диспансерном наблюдении.

**Диспансеризация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.** Болезни системы органов кровообращения имеют широкое распространение, относятся к прогностически неблагоприятным заболеваниям и занимают первое место среди причин смерти и инвалидизации населения.

Одним из важных разделов работы по вторичной профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы является диспансерное наблюдение больных. В процессе диспансерного наблюдения роль среднего медицинского персонала сводится к приглашению пациента на диспансерный осмотр, ведению медицинской документации (журнал диспансерного наблюдения, контрольные карты диспансерного наблюдения, амбулаторные карты и др.), остальная работа лежит на плечах врача.

В настоящее время в литературе широко обсуждаются новые технологии и модели оказания помощи больным, когда медицинской сестре предоставлена большая само-

### Частота посещения очагов туберкулезной инфекции фтизиатром и участковой медицинской сестрой

Группа очага	Фтизиатр	Участковая медицинская сестра
Первая	Не реже одного раза в квартал	Один раз в месяц
Вторая	Один раз в полугодие	Один раз в квартал
Третья	Один раз в течение года	Один раз в полугодие
Четвертая	Первичное обследование, затем по показаниям	По показаниям
Пятая	Один раз в полугодие	По показаниям

стоятельность, расширены границы ее компетентности, имеется возможность раскрыть в профессиональной деятельности творческие способности.

В рамках сестринского приема может быть проведен осмотр пациента, оформлено направление его на необходимые клинические и функциональные исследования согласно стандарту, намечена дата врачебного осмотра, на который пациент придет с готовыми результатами. Таким образом, вследствие разграничения обязанностей врача и медсестры пациент сможет сэкономить свое время, а врач – использовать высвобожденное время для пациентов, нуждающихся во врачебной помощи.

Ведение занятий в школах для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями – достаточно новое, но перспективное направление в работе медсестры. Медицинская сестра должна получить теоретическую подготовку по ведению таких школ, возможность практического участия в их работе, которая покажет эффективность занятий для пациентов, что будет стимулом для ее дальнейшей работы. Обучение в школе медсестра может вести не только методом групповых занятий в поликлинике, но и методом индивидуальных занятий с пациентами на дому.

В работе с пациентами медсестра ставит следующую задачу: пробуждение интереса к знаниям о своем состоянии здоровья, возможности его улучшения и формирования желания или потребности изменить образ жизни с целью улучшения самочувствия.

Развитие этого направления в работе медсестры принесет ощутимый экономический эффект и, самое главное, – повысит качество жизни обученных пациентов. Это и должно стать доминирующей мотивацией в работе медсестер по пропаганде школ для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

Создание и ведение школ для пациентов предоставляет медсестре неограниченные возможности для проявления инициативы, творчества, самостоятельности, повышения своей значимости в обществе. Это послужит росту авторитета медсестры среди пациентов.

Медсестра, работая в тесном контакте с больным и его родственниками, выявляет проблемы больного и его семьи (физиологические, психологические, социальные), связанные с развитием или хронизацией заболевания; составляет и выполняет план ухода за больным; проводит мероприятия по поддержанию и восстановлению независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

**Диспансеризация больных туберкулезом.** В организации и проведении диспансерных противотуберкулезных мероприятий большое значение имеет работа участкового фтизиатра и участковой медицинской сестры в очагах туберкулезной инфекции – в квартире или общежитии, где проживает больной, в мокроте которого обнаруживаются микобактерии туберкулеза.

Для контроля за проведением противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции установлены определенные сроки посещений очагов медицинскими работниками (табл. 7.1).

В проведении противотуберкулезной профилактической и лечебной работы весьма ответственные функции выполняет **участковая медицинская сестра фтизиатрического участка**. Кроме общих профессиональных знаний, участковая медицинская сестра должна иметь подготовку в области профилактики, клиники и лечения туберкулеза, его эпидемиологии, проведении вакцинации, лекарственной терапии в амбулаторных условиях и

хорошо знать организацию своевременного выявления заболевших туберкулезом.

Наряду с этим участковой медицинской сестре необходимо иметь достаточную подготовку по оказанию доврачебной помощи больным при легочном кровотечении и при других неотложных состояниях, типичных для туберкулезных больных, а также хорошо знать медицинскую документацию, требования к ее ведению.

Весьма важны функции, выполняемые медицинской сестрой в организации и проведении амбулаторного приема больных. От ее усилий в значительной мере зависит не только сама организация приема, но и качество его проведения.

При подготовке к амбулаторному приему медицинская сестра отбирает необходимые истории болезни, подклеивает в них результаты анализов, подбирает соответствующие рентгенограммы, получает и дает на просмотр врачу выписки, поступающие из других лечебно-профилактических учреждений (больниц, санаториев и др.).

Во время амбулаторного приема медицинская сестра должна обеспечить четкую очередность направления больных к врачу, в первую очередь больных с повышенной температурой, с жалобами на боли, кровохарканье, одышку, плохое самочувствие. Прежде всего следует направлять к врачу всех пожилых, ослабленных больных, приехавших на консультацию из отдаленной местности, а также всех имеющих на руках больничные листы. Участковая медицинская сестра должна уметь вести необходимую документацию и во время приема: заполнять по указанию врача различные направления, справки, учетные формы и другие документы.

Весьма важной функцией медицинской сестры является ведение картотеки. Она должна регулярно отмечать даты явки больного на прием и время очередного прихода больного, вписывать в карточки диагноз, группу учета, сведения об амбулаторном, стационарном и санаторном лечении, изменениях в трудовой деятельности больных, места жительства.

При работе с туберкулезными больными крайне важно обеспечить их своевременную явку в диспансер, поэтому, работая с картотеккой, медицинская сестра должна выявить лиц, не явившихся в установленные сроки, и обеспечить их вызов. Под контролем медицинской сестры должна находиться и регулярность явки больных в процедурный кабинет. В случае если больной не прибыл для проведения назначенных врачом процедур, меди-

цинская сестра выясняет причину неявки и обеспечивает вызов таких больных повторно. Очень важна помощь участковой медицинской сестры и медицинскому статистику при разработке годового отчета, особенно в сборе необходимых материалов.

Участковая медицинская сестра работает в сотрудничестве с медицинской сестрой детского отделения диспансера, помогая выявлять детей, контактирующих с больными туберкулезом, и привлекать их в диспансер для систематического наблюдения, а при необходимости и для лечения.

Важна работа участковой медицинской сестры по оздоровлению очагов туберкулезной инфекции, а также совместная деятельность с врачом по организации и проведению лечения больных в домашних условиях.

В крупных противотуберкулезных диспансерах участковыми медицинскими сестрами руководит опытная старшая медицинская сестра отделения, которая обеспечивает инструктаж участковых сестер, а также необходимый контроль за амбулаторной лекарственной терапией, выявлением лиц, имеющих контакт с больными туберкулезом, ведением необходимой медицинской документации и т. д.

В работе участковой медицинской сестры, занятой обслуживанием туберкулезных больных, очень большое значение имеют два обстоятельства. Во-первых, умение медицинской сестры правильно построить свои отношения с больным, у которого подозревается или установлен диагноз туберкулеза легких. Во-вторых, в своей работе медицинская сестра должна учитывать, что у окружающих больного людей нередко встречаются предрассудки, преувеличенные представления об опасности контактов с больным.

Для успешного решения самых различных вопросов, возникающих в процессе работы с туберкулезными больными, особенно важно наличие у медицинской сестры не только необходимых знаний и навыков по профилактике туберкулеза, наблюдению за больными и их лечению, но и способность завоевать доверие больного. Не меньшее значение имеет и умение медицинской сестры тактично и грамотно дать представление окружающим больного людям о реальной степени опасности заболевания туберкулезом при контакте с больным или человеком, у которого туберкулезный процесс излечен. Нужно иметь в виду, что проявление неоправданно больших опасений у окружающих весьма отрицательно влияет не только на психику больного, но и на течение болезни, эффективность лечения, при этом следует учитывать, что для больных туберкулезом особенно большое значение имеет внимание, проявление чуткости и заботы со стороны медицинского персонала – как врача, так и медицинской сестры.

Находясь в тесном контакте с больными и окружающими их людьми, хорошо зная обстановку, которая складывается у больных дома, в семье и на производстве, участковая медицинская сестра имеет возможность эффективно контролировать выполнение больными назначений врача и требований противоэпидемического режима, санитарно-гигиенических правил, может влиять на моральное состояние больных.

Всю работу участковой медицинской сестры можно разделить на внутридиспансерную и деятельность вне противотуберкулезного диспансера – на фтизиатрическом участке.

Важным разделом *внутридиспансерной работы участковой медицинской сестры* является активное ее

участие в приеме больных, который проводится ежедневно участковым фтизиатром, а также четкое ведение картотеки на всех лиц, находящихся под наблюдением специалистов противотуберкулезного диспансера. Ежемесячный просмотр этой картотеки позволяет эффективно контролировать своевременность профилактических и лечебных мероприятий, которые должны проводиться среди всех лиц, находящихся под наблюдением диспансера, выявлять и своевременно вызывать больных, не являющихся в диспансер на прием к врачу или для выполнения необходимых процедур. Картотека при условии ее правильного ведения позволяет получить также данные, которые необходимы для ведения в диспансере медицинского учета и отчетности.

Основное направление *внедиспансерной работы участковой медицинской сестры* противотуберкулезного диспансера – проведение необходимых мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. В этих целях карта участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера заполняется на каждый очаг туберкулезной инфекции. Карта содержит паспортные данные о лицах, контактирующих с бациллообразителем, а также отметки о датах и результатах обследования контактирующих; подробное описание очага и рекомендации участкового фтизиатра и эпидемиолога, на основании которых составляется план санации очага. Ежегодно участковая сестра подводит итог проведенной работы. Указывает число посещений очага участковым фтизиатром, эпидемиологом, участковой сестрой и проведенных бесед, количество выданных дезинфекционных средств, данные о заключительных дезинфекциях, изменениях жилищно-бытовых условий, данные о вакцинации и химиофилактике среди контактирующих, а так же делает выводы о результатах проведенной оздоровительной работы.

Весьма ответственные функции в противотуберкулезной работе выполняет **участковый фельдшер в сельской местности**, в особенности руководящий фельдшерско-акушерским пунктом. Участковый фельдшер должен обеспечить учет всех лиц (больных и здоровых), нуждающихся в систематическом наблюдении и лечении, выполнение под руководством районного фтизиатра лечебных назначений врача, профилактических прививок; контроль за установлением рационального режима труда и быта у состоящих под наблюдением лиц; проведение подворных обходов в населенных пунктах, медицинских осмотров, дезинфекции в очагах туберкулезной инфекции, санитарно-просветительной работы и т. д.

Эффективность работы по профилактике туберкулеза и лечению больных во многом зависит от квалификации и организации труда среднего медицинского персонала, в частности от медицинской сестры, которая выделяется для обслуживания фтизиатрического участка. Должности участковых медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям участковых врачей-фтизиатров амбулаторного приема, а медицинских сестер врачебных кабинетов – соответственно должностям врачей амбулаторного приема (кроме должностей участковых врачей-фтизиатров).

Во время проведения массовых флюорографических обследований ответственные функции выполняются средними медицинскими работниками (медицинскими сестрами). Для обеспечения максимального охвата обследованием намеченных контингентов (коллектива предприятия, учреждения, населения конкретного района и т. д.) очень важно организовать до начала об-

следования заполнение карт индивидуального учета, в которые затем вносятся результаты флюорографии. Это мероприятие обычно проводится средним медицинским персоналом медицинских учреждений общей лечебно-профилактической сети.

Очень важно обеспечить хороший учет и в последующем – при контрольном флюорографическом дообследовании лиц, у которых выявлена патология органов грудной клетки или имеется подозрение на наличие заболевания (контрольное дообследование обычно проводится через 1-2 дня после массового обследования). Тщательный учет необходим и при направлении выявленных больных для детального обследования и последующего направления в соответствующие лечебно-профилактические учреждения (противотуберкулезные диспансеры, поликлиники, стационары и т. д.).

Для обеспечения эффективности всей следующей за массовым флюорографическим обследованием работы большое значение имеет периодический просмотр карт (базы данных) для выявления лиц, своевременно не прошедших повторных обследований (в том числе флюорографических), а также лиц, которые должны быть вызваны для проведения лечения. Такой просмотр карт (базы данных), как правило, проводит медицинская сестра. Она же обеспечивает контроль за своевременной явкой вызываемых в лечебно-профилактическое учреждение лиц и проведением и учетом необходимых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Опыт показывает необходимость ведения флюорокартотеки. Информация, которая накапливается в картах флюорокартотеки, позволяет при последующих обследованиях следить за динамикой патологического процесса. Как уже указывалось выше, ведением такой картотеки занимается медицинская сестра флюорографического кабинета.

Важным разделом работы противотуберкулезного диспансера является организация и проведение диспансерного наблюдения за всеми состоящими на учете больными туберкулезом, а также теми категориями здоровых, у которых существует опасность возникновения заболевания (т. е. лиц, контактирующих с заболевшими).

Для обеспечения эффективности противотуберкулезных мероприятий – как профилактических, так и лечебных – большое значение имеет рациональная организация санитарного просвещения среди населения. Непосредственным организатором гигиенического обучения является районный фтизиатр. Активное участие в этой работе должна принимать и участковая медицинская сестра. Особенно много полезных сведений она может сообщить больным туберкулезом и проживающим совместно с ним людям, проводя беседы с самими больными, членами их семей, соседями по квартире. Тематика этих бесед, их содержание и форма проведения должны отрабатываться под руководством фтизиатра.

**Диспансеризация больных кожными и венерическими заболеваниями.** Важнейшими условиями, обеспечивающими высокую эффективность диспансеризации больных с указанной патологией, являются: планирование и хорошая организация профилактических и лечебных мероприятий в диспансерном обслуживании больных кожными и венерическими заболеваниями; взаимодействие в работе специализированных кожно-венерологических учреждений с лечебно-профилактическими учреждениями общей сети здравоохранения, а также с органами санитарно-эпидемиологического надзора; постоянное совершенствова-

ние подготовки в области профилактики, диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний самих дерматовенерологов, среднего медицинского персонала дерматовенерологических учреждений, а также врачей и среднего медицинского персонала общей сети здравоохранения; систематическое проведение мер, направленных на повышение общей и медицинской культуры населения, в особенности рациональной организации санитарного просвещения.

В выявлении источников заражения при заразных кожных заболеваниях может принимать участие участковый врач. Хорошее знание своего участка очень важно для своевременного выявления источников. Здесь особенно важна роль **участковой медицинской сестры**. Опыт показывает, что высокое доверие к сестре, ее авторитет, правильный подход к больному позволяют сестре получить необходимые сведения об источнике заражения, которые в ряде случаев получить врачу значительно труднее.

Активную работу по профилактике, диагностике и лечению венерических и кожных заболеваний в условиях сельской местности должны проводить **кожно-венерологические кабинеты** районных номерных, а в масштабе всего района – **специализированные (кожно-венерологические) отделения** центральных районных больниц. Наряду с этим работа по профилактике и лечению кожных и венерических болезней, а также контроль за регулярностью и полнотой лечения больных, в особенности венерическими и заразными кожными заболеваниями, в условиях сельской местности могут выполняться медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов. Врачи-специалисты кожно-венерологических кабинетов и отделений больниц должны оказывать всемерную помощь врачам сельских врачебных участков и среднему персоналу фельдшерско-акушерских пунктов в их работе по профилактике, диагностике и лечению кожных и венерических заболеваний.

Для ведения переписки с другими учреждениями, обеспечения патронажной работы (вызов больных для осмотров и лечения, проведение лечебно-профилактических мероприятий на дому и т. д.) в кожно-венерологическом диспансере может создаваться **патронажный кабинет** во главе со старшей медицинской сестрой, общее руководство работой которого обычно возлагается на главную медицинскую сестру диспансера. Старшая патронажная сестра является непосредственным организатором работы патронажных сестер. Она распределяет работу между ними, ведет ее учет и обеспечивает систематический контроль за их деятельностью. Для проведения индивидуальной профилактики венерических заболеваний при диспансере может развертываться специальный пункт личной профилактики.

К диспансерным формам работы кожно-венерологического диспансера относятся также организация и проведение мероприятий, обеспечивающих профилактику врожденного сифилиса, предупреждение возникновения венерических и заразных кожных болезней в детских учреждениях.

Непременным условием эффективной профилактики врожденного сифилиса является тесное взаимодействие в работе кожно-венерологического диспансера с женскими консультациями, родильными домами, а также детскими учреждениями, работающими в районе, который обслуживается диспансером.

Опыт показывает, что диспансерное обслуживание больных с гнойничковыми заболеваниями, эпидермофи-



тиями, трихомикозами, нейродермитом, экземой, профессиональными и другими болезнями кожи, в процессе которого обеспечивается систематическое наблюдение за больным в ходе лечения (а при необходимости и в последующем), содействие в улучшении условий труда и быта, рациональное трудоустройство, способствует сокращению сроков лечения, снижению трудопотерь, улучшению исходов заболеваний.

Для каждого врача и медицинской сестры кожно-венерологического диспансера санитарная пропаганда такой же важной задачей, как и другие виды лечебно-профилактической работы. Именно поэтому каждый медицинский специалист диспансера должен хорошо владеть методикой санитарного просвещения и активно участвовать в этой работе.

В процессе проведения санитарно-просветительной работы следует обращать особое внимание на ознакомление населения с социальной опасностью, причинами возникновения и симптомами венерических и кожных заболеваний, мерами их профилактики, юридической ответственностью за заражение венерической болезнью другого человека и уклонение от лечения после предупреждения со стороны органов здравоохранения. При организации санитарно-просветительной работы, направленной на профилактику венерических заболеваний, нужно постоянно помнить о необходимости ее проведения на высоком научном уровне; соблюдения большого такта во время беседы как со здоровыми, так и в особенности с больными людьми. Умение расположить к себе больного имеет большое значение в работе по выявлению источников заражения, так как это связано с интимными сторонами жизни человека.

**Диспансеризация психически и нервнобольных.** Пациенты психоневрологического профиля обеспечиваются медицинской помощью в различных учреждениях системы здравоохранения.

Активное участие в оздоровлении микросоциальной среды пациентов, их рациональном трудоустройстве, обеспечении корректного отношения к ним окружающих может принимать **участковая медицинская сестра**. Ее усилия должны быть направлены не только на самого пациента, но и на его окружение с целью создания наиболее благоприятного климата и условий для социальной адаптации, при этом следует учитывать, что формы, приемы работы с пациентами с психическими нарушениями отличаются от работы с больными других профилей.

Для медицинской сестры большое значение имеет умение понять больного и завоевать его доверие. В работе с пациентами психоневрологического профиля исключены проявления как неуважительного, иронического, так и фамильярного к ним отношения.

Неизменное внимание к пациентам, забота о них – важнейшее условие завоевания их доверия, достижения успеха в проведении профилактических и лечебных мероприятий. Внимательная медицинская сестра может подметить важные особенности в поведении, действиях больного, которые очень ценны для лечащего врача. Установить и сообщить врачу о материальном положении в семье больного, находящегося под диспансерным наблюдением, особенностях взаимоотношений в этой семье и т. д. Все эти данные необходимы врачу для правильной организации диспансерного наблюдения за больными психоневрологического профиля.

Велика роль медицинской сестры и в проведении разъяснительной работы в семье, с целью дестигматизации. Эта работа должна быть направлена на преодоле-

ние бытовых предрассудков и мифов о психически больных и психиатрической помощи, которые сложились в общественном сознании за многие десятилетия. Широко распространен миф об опасности посещения психоневрологического диспансера, так как врач может необоснованно признать душевнобольным, в силу субъективизма оценок, что повлечет постановку на учет и ограничение в социальных правах. Не менее распространен миф о большей опасности психически больных в плане совершения преступлений, чем обычных людей.

Сложившиеся стереотипы приводят к тому, что психиатрический диагноз воспринимается как постыдный, дискриминирующий, отторгающий. У пациента и родственников возникают чувства стыда, страха и неуверенности, что приводит к стремлению скрыть симптомы заболевания, отгородиться от всех. Такая тактика приводит к отказу от посещения врача в диспансере, поддерживающего лечения и коррекционных мероприятий и, как следствие, ухудшает прогноз заболевания.

Важной формой оказания больным внебольничной психоневрологической помощи является **патронаж**, который должен обеспечиваться после выписки больного из стационара во время его пребывания в семье. Пребывание в семье среди психически здоровых людей, участие в социальной жизни, а также проведение в процессе патронажа необходимого поддерживающего и противорецидивного лечения – весьма эффективные факторы, способствующие социальной и трудовой реадaptации лиц с психическими заболеваниями.

Ведущую роль в процессе диспансерного обслуживания больных психоневрологического профиля выполняет **медицинская сестра социальной помощи**, которая является ближайшей помощницей участкового психиатра и работает под его непосредственным руководством.

*Важнейшие функции медицинской сестры социальной помощи:* систематическое изучение условий быта и труда больных и перенесших психические заболевания и проведение необходимых профилактических, оздоровительных мероприятий в семье; защита юридических прав больных (в соответствии с существующим трудовым законодательством, пенсионное обеспечение, право на жилую площадь и т. д.); контроль за состоянием здоровья пациентов, состоящих на диспансерном учете, и выполнением ими рекомендаций и назначений врача; фиксация сведений (полученных при обследованиях, проведенных в семье, и принятых мерах) в историях болезней или в специальных анкетах.

В комплекс реабилитационных мероприятий входит работа с родственниками пациентов. Осознание родственниками имеющейся проблемы приводит к улучшению внутрисемейных отношений, налаживанию сотрудничества с медицинскими работниками в плане оптимизации прогноза заболевания и улучшения качества жизни пациентов. Сближение семей пациентов приводит к преодолению замкнутости и изоляции. Наиболее активные родственники могут создавать инициативные группы, которые в тесном сотрудничестве с медицинскими работниками могут решать многие вопросы о связях с СМИ, общественными организациями, со спонсорами, организовывать волонтерское движение родственников и пациентов, проводить кружковую работу. Активное вовлечение родственников улучшает процесс психосоциальной реабилитации.

**Диспансеризация онкологических больных.** Основным содержанием диспансерного метода в борьбе со злокачественными новообразованиями являются выяв-

ление и хорошо поставленный учет предопухолевых заболеваний (полипы желудка, кишечника, дискератозы, язвенная болезнь желудка, хронические воспалительные заболевания различных органов и др.) и уже возникших опухолей и проведение необходимых мероприятий по их выявлению, а также по профилактике рака. Основные пути выявления предраковых заболеваний и уже возникших опухолей – массовые профилактические осмотры, выявление этой патологии в процессе текущего амбулаторного (поликлинического) приема больных, а также в период пребывания больных в стационарных лечебных учреждениях – как специализированных (в том числе онкологических), так и общего типа.

Важный раздел диспансерного обслуживания – диспансерное наблюдение за онкологическими больными после завершения их лечения, которое проводится на протяжении всей их последующей жизни. В соответствии с существующими положениями больные с предопухолевыми заболеваниями должны находиться на учете на протяжении одного года, в течение которого обязательно проведение контрольных обследований не реже чем один раз в 3 мес.

Практика здравоохранения показывает, что больные злокачественными новообразованиями впервые по поводу опухоли чаще обращаются к участковому врачу и вообще к врачам, не имеющим специальной подготовки области онкологии. И поэтому диагноз злокачественного новообразования может устанавливаться при первом обращении больного к врачу поликлиники, медико-санитарной части предприятия или учреждения, врачу сельского врачебного участка, фельдшеру (медицинской сестре) фельдшерско-акушерского пункта. Это требует от врачей и среднего медицинского персонала общей сети здравоохранения, во-первых, определенного минимума знаний по диагностике злокачественных новообразований и, во-вторых, так называемой онкологической настороженности у медицинского специалиста любого профиля. Под *онкологической настороженностью* понимается хорошее знание ранних проявлений (симптомов) злокачественных опухолей; знание предраковых заболеваний, их диагностики и методов лечения; тщательное обследование каждого больного, особенно при подозрении на онкологическое заболевание; быстрая постановка диагноза и принятие мер к его уточнению путем привлечения специалистов-онкологов.

Число должностей участковых медицинских сестер определяется соответственно числу должностей врачей-онкологов диспансера, ведущих амбулаторный прием. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются соответственно должностям врачей-онкологов, проводящих в этих кабинетах амбулаторную и консультативную помощь. Кроме того, на 10 должностей врачей амбулаторного приема в штат онкологического диспансера включается одна должность процедурной медицинской сестры.

Все больные, у которых заподозрено злокачественное новообразование (клиническая группа I), должны пройти тщательное обследование в срок, который не должен превышать 10 дней (после того, как поставлен предположительный диагноз). Если диагноз подтвердился, больного ставят на диспансерный учет и обеспечивают необходимое лечение (амбулаторное или стационарное).

Больные, у которых установлено предопухолевое заболевание, должны находиться под наблюдением врачей лечебно-профилактических учреждений общей сети здравоохранения. Диспансерное обслуживание женщин,

у которых установлено предопухолевое заболевание, организуется, как правило, в женских консультациях.

Всем больным, у которых поставлен диагноз злокачественного новообразования, требующего специализированного лечения (клиническая группа II), должно быть обеспечено необходимое обследование и интенсивное лечение (амбулаторно или в условиях стационара). Больные группы IIa (больные со злокачественными новообразованиями, нуждающиеся в радикальном лечении) помещаются, как правило, в стационар для проведения хирургических операций с применением (при наличии показаний) и других методов лечения (рентгено-, радио- и химиотерапии).

Все больные групп II и IIa после завершения лечения, а также больные III клинической группы должны состоять на учете и также находиться под диспансерным наблюдением на протяжении всей последующей жизни.

Больные IV клинической группы (со злокачественными новообразованиями в запущенной стадии) подлежат только симптоматическому лечению. Изучение причин поступления больных с запущенными формами опухолей, которое должно проводиться в каждом таком случае, позволяет получить очень важные данные для рациональной организации работы по предупреждению этих случаев. Наиболее частые причины запущенности рака: ошибки в диагностике вследствие недостаточной квалификации врачей в области онкологии, а также неполноценного и длительного обследования больных; несвоевременное обращение самих больных за медицинской помощью; скрытое и малосимптомное течение болезни.

Одним из наиболее эффективных путей, обеспечивающих активное выявление ранних форм злокачественных новообразований, а также предраковых заболеваний, являются **профилактические осмотры**. В настоящее время разработано и применяется несколько видов этих осмотров: массовые, целевые, комплексные, бригадные, индивидуальные (в поликлиниках, стационарах и смотровых кабинетах) и др.

Для обеспечения наиболее полного охвата населения профилактическими осмотрами как в городе, так и в условиях сельской местности необходимо широкое привлечение к работе среднего медицинского персонала: участковых сестер городских и сельских врачебных участков, а также персонала фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшеров и акушерок) при проведении профилактических осмотров в сельских районах.

Практика организации профилактических осмотров показала, что именно с помощью среднего медицинского персонала удается обеспечить проведение осмотров в каждой квартире, в каждом доме в сельской местности. Всех выявленных больных со злокачественными новообразованиями, предраковыми заболеваниями, а также подозрительных на заболевание средний медицинский работник для уточнения диагноза направляет к врачу. Опыт показывает также, что широкое привлечение средних медицинских работников особенно полезно для обеспечения наиболее полного охвата профилактическими осмотрами так называемого неорганизованного населения – в первую очередь пенсионеров и домохозяйек. Весьма желательно до начала проведения профилактического осмотра организовать специальные занятия для повышения уровня знаний у фельдшеров, медицинских сестер и акушерок по профилактике и самой методике проведения осмотров.

В процессе общения с онкологическими больными как врачам, так и средним медицинским работникам

приходится решать очень ответственные и сложные задачи, которые относятся к области деонтологии – раздела медицинской науки, наиболее важной частью которой является проблема правильных взаимоотношений между медицинскими специалистами и больными. Установление правильных взаимоотношений между врачом, медицинской сестрой и больными – непростое дело вообще, однако эти взаимоотношения в процессе общения с больными злокачественными новообразованиями особенно сложны и ответственны. Здесь одно неосторожное выражение, слово, даже жест могут нанести непоправимый ущерб состоянию психики больного, неблагоприятно сказаться на течении болезни, крайне осложнить ведение больного, его лечение и уход за ним. Умением вселить в пациента уверенность в благополучный исход болезни должен обладать медицинский специалист любого профиля и уровня подготовки.

В настоящее время основным средством повышения медицинской грамотности и санитарной культуры населения в области профилактики и раннего обнаружения злокачественных новообразований является **противораковая пропаганда**, санитарно-просветительная работа среди населения. Важнейшие задачи этой работы: ознакомление широких слоев населения с симптоматикой при злокачественных новообразованиях и предраковых заболеваниях, особенно в ранней их стадии, разъяснение значения раннего выявления этой патологии и своевременно назначенного лечения.

Особенно большое значение имеют рационально построенная пропаганда здорового образа жизни, разъяснение опасности вредных привычек, необходимости своевременного лечения заболеваний, которые могут вести к возникновению злокачественных новообразований; иными словами – раскрытие значения мероприятий, направленных на профилактику опухолей. В пропаганде профилактических мероприятий следует использовать данные о заболеваемости, об эффективности современных методов лечения рака, особенно в ранних стадиях этого заболевания. Наряду с этим следует широко пропагандировать меры профилактики, которые разработаны отечественными и зарубежными специалистами-онкологами.

При проведении санитарно-просветительной работы среди населения особое внимание следует уделять описанию ранних проявлений (признаков) злокачественных новообразований, разъяснению необходимости безотлагательного обращения к врачу при появлении этих признаков и строгого выполнения всех указаний медицинских специалистов – врача, фельдшера и медицинской сестры. Следует непременно разъяснять нецелесообразность, а в ряде случаев и опасность пользования «домашними» средствами лечения без консультации с медицинскими работниками, а также аргументированно показывать отрицательные последствия лечения зачастую у невежественных людей – знахарей. Необходимо также раскрывать сущность и высокую эффективность диспансерного метода обслуживания населения в борьбе со злокачественными новообразованиями.

Опыт проведения противораковой пропаганды и санитарного просвещения показывает большое значение активного участия в этой работе специалистов со средним медицинским образованием и в первую очередь фельдшеров, акушерок и медицинских сестер.

**Диспансеризация гинекологических больных.** Организация амбулаторно-поликлинической помощи предусматривает проведение мероприятий по профилактике

гинекологических заболеваний, раннему их выявлению и оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным.

Гинекологические заболевания диагностируют:

- при обращении в женскую консультацию, в том числе по поводу беременности;
- при осмотре на дому (по вызову или при активном посещении врачом);
- при проведении профилактических осмотров в женской консультации, смотровых кабинетах поликлиник, на предприятиях, при стационарном лечении по поводу экстрагенитальной патологии.

Важным разделом диспансерного обслуживания гинекологических больных является диспансерное наблюдение, оздоровление и реабилитация детородной функции.

Одним из наиболее эффективных путей, обеспечивающих активное выявление гинекологических, в том числе предраковых заболеваний, являются профилактические осмотры.

Для обеспечения наиболее полного охвата населения профосмотрами необходимо привлечение среднего медицинского персонала: акушерок смотровых кабинетов и фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности. Опыт показывает, что привлечение средних медработников особенно полезно для обеспечения наиболее полного охвата профосмотрами неорганизованного населения: пенсионеров, домохозяек. До начала профосмотра акушерка должна быть подготовлена теоретически по вопросам диагностики гинекологических и онкогинекологических заболеваний, иметь практические навыки забора материала для цитологического исследования, навыки обследования молочных желез, бимануального и ректального осмотра.

Специалистами Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН предложены **критерии определения групп здоровья**, которые могут быть использованы при оценке результатов профилактических осмотров (гинекологических):

1. Здорова:

- жалоб нет;
- менструальная функция не нарушена;
- гинекологические заболевания отсутствуют;
- органы репродуктивной системы при обследовании (лабораторном и клиническом) не изменены.

2. Практически здорова:

- в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, в том числе аборт, нарушения ритма и характера менструации;
- жалобы на момент обследования отсутствуют;
- при объективном обследовании могут быть обнаружены анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции репродуктивной системы и не снижающие трудоспособности женщины.

3. Больная. При объективном обследовании диагностировано гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

В процессе общения с пациентками как врачам, так и средним медработникам приходится решать ответственные задачи, относящиеся к области деонтологии. Умением вселить в пациента уверенность в благополучный исход болезни должен обладать медицинский специалист любого профиля и уровня подготовки.

В настоящее время основным средством повышения медицинской грамотности и санитарной культуры населения в области профилактики гинекологических и предраковых заболеваний является санитарно-просветительная

работа среди населения. Особенно большое значение имеют рационально построенная пропаганда здорового образа жизни, разъяснение опасности вредных привычек, необходимости своевременного лечения фоновых и предраковых заболеваний.

При проведении мероприятий гигиенического характера следует широко разъяснять важное значение активного образа жизни, исключения курения, соблюдение ра-

ционального режима труда и отдыха, сбалансированного питания, ограничение употребления алкоголя.

Следует разъяснять опасность самолечения, а также аргументированно представлять отрицательные последствия обращения к знахарям. Необходимо также раскрывать сущность и высокую эффективность диспансерного метода обслуживания населения в профилактике новообразований, в том числе злокачественных.

## **Раздел VIII. СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ**

*Н.В. Гапиенко*

*Одним из основных направлений реформы здравоохранения, является внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению.*

*(Концепция развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации)*

Сокращение коечного фонда в последние годы происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и невостробованности в связи в этом части коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием (Ю.П. Лисицын, 1998; В.И. Стародубов, 1998, 2002 и др.)

Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой – необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения, то есть объективной потребностью самой системы здравоохранения, действующей в реальной социально-экономической среде (В.Б. Филатов и соавт., 2005).

В целом за последние годы в Российской Федерации число дневных стационаров (ДС) на базе амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) увеличилось в 3,8 раза, ДС на базе больничных учреждений – в 12,4 раза, а число стационаров на дому (СД) в 4,4 раза. При этом число пролеченных больных возросло в ДС на базе АПУ в 4,4 раза, а в ДС на базе больничных учреждений – в 17,3 раза и в СД – в 3,3 раза.

**История развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в России.** Впервые в России дневной стационар был открыт в 1930 г. в Московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина, который выполнял функцию промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера. В 1933 году в Москве функционировало уже 3 подобных учреждения. В дальнейшем такая форма оказания медицинской помощи стала появляться в других отраслях медицины (Ю. Федорова, 2000).

В 1970-е годы в психиатрической службе были созданы различные стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (СЗФОМП). Такие как ночные стационары, стационары выходного дня (на субботу и воскресенье), стационары с режимом «частичной госпитализации» и др. Режим частичной госпитализации позволял врачу отпускать больного на определенное время домой, продолжая при этом наблюдение за ним и корректировку лечения. Это снимало у больных реакцию пред-

убеждения и протеста, создавая атмосферу доверия, сотрудничества с медицинским персоналом (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

Начавшая в нашей стране в 1960-е гг. работа по созданию СЗФ оказания медицинской помощи позволила оценить позитивные стороны их деятельности, обосновать их медико-организационную целесообразность (В.И. Стародубов, А.А. Калининская, 2001, С.И. Шляфер, 2002). Однако интерес к этой форме работы в последующие два десятилетия был несколько потерян в связи с отсутствием директивных документов, регламентирующих ее деятельность, нерешенностью вопросов финансирования. (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

В 60-е годы прошлого века был проведен ряд исследований, позволявших оценить положительные стороны работы дневных стационаров и обосновать их медико-организационную целесообразность (В.И. Стародубов, 2001). Так, И.Н. Розова и соавт. (1987, 1989) одними из первых попытались обобщить опыт организации работы дневного стационара для больных терапевтического и неврологического профилей. По данным авторов, лечение в ДС позволило получить выраженный положительный эффект у 86,5 % больных. Сразу по окончании лечения в ДС были выписаны на работу 84,7 % больных. Кроме того, авторы проанализировали социальную эффективность данной формы лечения. По результатам проведенного социологического опроса пациентов, закончивших лечение, 90 % респондентов предпочитают лечиться именно в дневном стационаре, а не в больнице. Все респонденты отметили, что лечение в дневном стационаре предпочтительнее, так как позволяет проводить комплексное лечение в течение 3-4 ч., после чего возвращаться домой, не прерывая привычных социальных связей, не испытывая сложностей госпитальных условий.

Дневной стационар поликлиники как новая форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению появился в середине 80-х годов и был регламентирован Приказом Минздрава СССР № 1278 от 16.12.1987 «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стацио-

нара в поликлинике и стационара на дому». В настоящее время этот нормативный документ утратил силу.

Дневные стационары организовывались не только на базе поликлиник, но и поликлинических отделений городских больниц, центральных районных больниц, диспансеров, клиник НИИ, имеющих необходимую материально-техническую базу (В.И. Стародубов, 2001). Позднее был издан приказ МЗ РФ № 438 от 16.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».

### **1. Виды стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи**

Дневные стационары могут быть организованы как в составе амбулаторно-поликлинических, так и при стационарных учреждениях здравоохранения (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006). Они занимают промежуточное место между стационарными и амбулаторными учреждениями, обладают преимуществами больницы: регулярное (ежедневное) наблюдение больного медицинским персоналом, активное лечение и обследование в объеме, близком к осуществляемому в больнице. С другой стороны, ДС сохраняют положительные черты амбулаторного лечения, главной из которых является то, что больной находится в привычной для него среде.

Следует отметить, что ДС на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений имеют общие цели, задачи и функции, вместе с тем в ДС на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать двух-трехразовое питание, чем в условиях ДС на базе АПУ. Преимуществом ДС на базе амбулаторно-поликлинических учреждений может быть большая возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения (Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И., 2000).

Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются (К.Ш. Зыятдинов и Л.И. Рыбкин, 2000):

- Проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшения состояния здоровья пациентов.
- Проведение комплексного активного лечения пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем больным, которые по каким-то причинам не могут быть госпитализированы в больницы.
- Рациональное использование коечного фонда стационарных отделений больницы для лечения, прежде всего, тяжелобольных пациентов.
- Долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в стационаре.
- Повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам.
- Проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих или специальной подготовки или последующего наблюдения, осуществляемых медицинским персоналом.
- Расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в амбулаторных условиях пациентам с некоторыми хирургическими, оториноларингологическими, офтальмологическими и гинекологическими заболеваниями.
- Сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста по поводу наблюдаемых заболеваний.

• Плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов.

• Временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время посещения возникли неотложные состояния, для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния.

• Решение отдельных вопросов врачебно-трудовой и врачебно-медицинской экспертизы.

### **2. Дневные стационары в амбулаторно-профилактических учреждениях**

При АПУ ДС могут быть организованы на базе поликлиник, поликлинических отделений городских больниц, ЦРБ, диспансеров, клиник НИИ, имеющих хорошую материально-техническую базу. Мощность ДС определяется в зависимости от потребности и местных условий. Ответственность за их деятельность несет главный врач учреждения. Необходимое количество медицинского персонала определяется по действующим штатным нормативам в пределах общей численности.

Организация ДС при поликлиниках может быть построена по централизованному, децентрализованному и смешанному принципу:

– централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестры). Медицинской сестрой делаются все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1-2 раза в день. При такой форме врач и медицинская сестра СД обслуживают в день 12-14 больных.

– децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2-3 больных своего участка.

Наиболее целесообразно ДС располагать в отдельном крыле поликлиники, приблизив максимально его к отделению восстановительного лечения, что позволит широко применять различные физиотерапевтические процедуры, психотерапию, иглорефлексотерапию, ЛФК и т.д.

Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, должен включать лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств.

Больные проходят лечение в ДС в среднем 10-12 дней. Как и в обычном стационаре, они регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т.д.

В условиях ДС может также осуществляться долечивание больных, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской к трудовой деятельности. В ДС помимо лечения основного заболевания больным целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В период лечения широко используются физиотерапия, бальнеолечение, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапия, иглорефлексотерапия и другие методы восстановительного лечения. В функции ДС может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем больным, у которых в период обращения в поликлинику развились неотложные состояния, приступы пароксизмальной тахикардии, стенокардии, бронхиальной астмы и др. Особое внимание следует уделять диспансерной группе боль-

ных, для которых лечение в условиях ДС проводится, как правило, с профилактической целью.

Первичный отбор больных в ДС осуществляется лечащими врачами поликлиники и направляются с санкции заведующего отделением, либо заместителя главного врача по лечебной работе. Если дневной стационар создан на базе отделения восстановительного лечения, окончательный отбор больных проводится реабилитационной комиссией отделения при участии врача ДС. Для работы в ДС должны быть выделены опытные медицинские работники: врачи соответствующей специальности в зависимости от профиля дневного стационара (терапевты, хирурги, травматологи, невропатологи и др.), средние медработники, санитарки. Врачи ДС должны владеть методами догоспитальной реанимационной помощи.

Дневной стационар позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники. Кроме того, как говорилось выше, открываются широкие возможности для активного оздоровления больных из диспансерной группы. В целом, ДС способствует развитию преемственности между специалистами и службами поликлиники, обеспечивая непрерывность лечебного процесса (Е. Черниенко и соавт., 2006).

Развитие стационарозамещающих технологий является особенно рациональным для поликлиники, имеющей в своем составе консультативно-диагностический центр, поскольку, расширенная диагностическая база позволяет в условиях поликлиники проводить целый ряд сложных диагностических исследований, требующих последующего медицинского наблюдения, таких, как контрастная холестихопангиография, экскреторная урография и др.

Режим работы ДС предусматривает 2-3 сменный прием пациентов, таким образом, на 1 койке ежедневно происходит лечение 2-3 пациентов, в удобное для них время.

Преимущества организации ДС для поликлиники – это дополнительные средства, поступающие в бюджет учреждения, так как в условиях дневного стационара тарифы выше, чем для лиц, находящихся в обычном амбулаторном лечении (Е. Черниенко и соавт., 2006). ДС могут также финансироваться из других источников, не запрещенных законодательством, в них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и граждан.

Таким образом, лечение пациентов в стационаре дневного пребывания экономически выгодно ЛПУ, имеет преимущество в деонтологическом отношении – большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что повышает эффективность лечения. (Е.В. Хворова, 2002).

Кроме того, средняя длительность лечения в ДС составляет меньше сроков лечения в стационаре круглосуточного пребывания.

### **3. Дневные стационары в больницах**

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений, позволяет более широко и эффективно использовать их ресурсные возможности. Структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: дневной стационар для более легкого контингента больных, а стационар круглосуточного пребывания – для более тяжелых больных, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения (В.Б. Филатов и соавт., 2005).

Главным преимуществом данной структуры при многопрофильной больнице, это наличие мощной диагностической и реабилитационной баз, что позволяет обеспечить низкую длительность пребывания в дневном стационаре и сократить длительность пребывания в круглосуточном стационаре в связи с долечиванием пациентов в дневном стационаре (Т.П. Баснак, 2005).

Следует отметить, что на практике организационные формы работы дневных стационаров на базе больничных учреждений строятся по-разному. В основном это койки долечивания в профильных отделениях стационаров.

Организация ДС, как коек долечивания на базе больниц не дает большого экономического эффекта. В лучшем случае это только экономия затрат на питание больных. Реже ДС организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов. Организация ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничного или амбулаторно-поликлинического учреждения с выделением штатов и помещения позволяет более экономно расходовать финансовые возможности больниц. Стоимость лечения больных в таком ДС почти в 2 раза меньше, чем в одноименном отделении стационара за счет: сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача и круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала), а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание больных.

Более выраженный экономический эффект достигается при условии работы ДС в 2 смены.

При этом, необходимо понимать, что дневные стационары никогда не смогут заменить круглосуточные, и такая цель не стоит. Их задача – снизить нагрузку на больничные учреждения и стать связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью (Е. Черниенко и соавт., 2006).

### **4. Дневные стационары на дому**

В настоящее время вопросы ухода за больными на дому приобретают все большее значение в России и мире. С одной стороны, это обусловлено реструктуризацией системы здравоохранения и службы социальной защиты, переориентацией первичной медико-социальной помощи населению в сторону амбулаторного звена, так как стационарное обслуживание пациентов связано с большими экономическими затратами. С другой стороны, наблюдается рост числа пожилых людей (В.Б. Филатов, В.И. Ярохно, Е.А. Финченко, 2005). Численность россиян старше трудоспособного возраста в 2003 г. составила 20,8 % населения России. Люди пожилого возраста особенно нуждаются в медико-социальной помощи на дому. Расчеты показывают, что в среднем из 100 тыс. человек 20 тыс. составляют пожилые лица (65 лет и старше), из них 1200 человек не выходят из дома, так как плохо себя чувствуют, 300 человек прикованы к постели и еще 300 являются обитателями домов престарелых (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

Результаты проведенных исследований показывают, что среди обратившихся в поликлинику за помощью на дому, доля лиц старше 60 лет составляет 60 %, а среди вызовов скорой помощи их более 65 %. Свыше 45 % всех заболеваний начинаются с вызова врача на дом, а в осенне-зимний период на это приходится почти 90 %. В общем объеме помощи, оказываемой населению городскими поликлиниками, почти 30 % занимает медицинская помощь на дому.

Индейкин Е.Н. (2002) определяет СД как такой вид медицинской деятельности, когда активное лечение болезненных состояний, требующих по прежним представлениям стационарных условий, может осуществлять работниками здравоохранения в домашних условиях.

Существующая на сегодняшний день система ухода на дому не охватывает достаточно большую часть граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи, – это тяжело больные люди с далеко зашедшими хроническими заболеваниями, нуждающиеся в интенсивной медико-социальной реабилитации на дому (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

Если состояние больного и домашние условия позволяют, можно организовать лечение на дому (СД) с целью оказания квалифицированной медицинской помощи в т.ч. лицам, нуждающимся в стационарном лечении, но не госпитализированным в больницу по целому ряду причин.

На современном этапе с учетом продолжающегося старения населения и ростом хронических заболеваний особое внимание должно быть уделено медицинской помощи на дому.

Организация СД предполагает ежедневное наблюдение больного, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции) и т.д. При необходимости в комплекс лечения больных включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др. Больным в СД оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей. В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными осуществляется дежурными врачами и медсестрами, для чего они обеспечиваются специально выделенным автотранспортом.

Руководство СД осуществляется заведующим терапевтическим отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу и его заместителю по лечебной части. Отбор больных на лечение в СД производится заведующим терапевтическим отделением совместно с врачом СД по представлению участковых врачей или врачей других специальностей.

Больные в СД регулярно наблюдаются врачом. За время лечения больных (1-2 раза) посещает заведующий отделением, при необходимости их консультируют врачи узких специальностей. Медсестра СД осуществляет на дому забор крови, мочи, мокроты на анализ и др., делает инъекции (внутримышечные, внутривенные), выполняет процедуры, контролирует выполнение больными назначенного лечения. В СД делают ЭКГ. Более сложные диагностические обследования (фонокардиограмма, эхокардиограмма, рентгеноскопия и др.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда больные доставляются санитарным транспортом. При показаниях больные в СД получают физиотерапевтические процедуры и отдельные виды восстановительной терапии (массаж, консультации инструктора ЛФК и др.). ВКК проводится на дому. Все записи производятся в амбулаторной карте.

Как и в ДС при АПУ, на практике в ДС существуют 2 метода организации работы врачей и медсестер: централизованный и децентрализованный. В первом случае для работы в стационаре на дому выделяют врача и медсестер. Установлено, что они могут обслужить в день 12-14 больных. В случае децентрализованного метода организации труда медицинских работников в стационаре на дому помощь оказывают участковый врач и участковая медсестра. В выходные дни пациенты в СД обслужива-

ются дежурной службой, а ночью при необходимости могут наблюдаться отделением неотложной помощи. Наиболее целесообразной является организация работы СД по второму типу участковым врачом и медсестрой, при этом выделяются 1-2 выездных процедурных медсестры в помощь участковым медсестрам для проведения больным в СД процедур. При этом участковыми врачом и медсестрой обслуживаются в СД 2-3 больных своего участка, а выездной процедурной медсестрой 12-14 больных близлежащих участков. Выездная процедурная медсестра обеспечивается автотранспортом. Участок ее обслуживания включает приблизительно 20 тыс. населения.

При использовании СД для лиц старшего возраста, инвалидов, особенно с целью реабилитации следует помнить о том, что дома пациент остается один на один со своей болезнью, что значительно затрудняет его социальную адаптацию. Вместе с тем, от медицинских работников требуется работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке.

Говоря о перспективах развития СД, можно предвидеть их трансформацию с приходом в поликлиники врача общей практики, с одной стороны, и с другой – их перерастание в мощные центры амбулаторной помощи, высокооснащенные технически, которые будут оказывать не только медико-социальную, но и специализированную МП. Деятельность этих центров не исключает и оказание платных услуг.

## **5. Редкие формы оказания стационаророзамещающей медицинской помощи**

К числу других, более редких форм стационаророзамещающей медицинской помощи относятся вечерние и ночные стационары, стационары выходного дня, комплексы: дневной стационар – пансионат.

Ночным стационарам в отечественной литературе уделяется недостаточное внимание, хотя определенный опыт все же имеется. Например, в г. Ленинграде при глазной больнице работает ночной глазной диспансер, в котором без отрыва от производства обследуются больные с подозрением на глаукому. В диспансере 3 палаты по 10 человек, столовая, кабинет врача и медицинской сестры. Штат сотрудников включает одного врача, 2,5 ставки медсестры и 1 ставку санитарки. Пациенты находятся в отделении с 18 часов до 8 часов утра. В течение этого времени им производят динамические наблюдения за уровнем внутриглазного давления и проводится подбор лечения.

В психиатрии ночные стационары создают благоприятные условия для лечения больных, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на продолжение работы или учебы, лечение нервнопсихических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна).

В некоторых промышленных предприятиях функционируют ночные профилактории, на базе которых проводится плановое обследование (диспансеризация) и профилактическое лечение сотрудников предприятия.

Вечерние стационары (программы) разворачивают как в комплексе с дневными стационарами в одном помещении с ними, так и самостоятельно.

Стационары выходного дня широко практикуются при профилакториях. Однако, с переходом на новые условия хозяйствования станет очевидной выгода от создания в помещении дневного стационара, работающего по пя-

тидневке, стационара выходного дня для работающих. За рубежом широко практикуется опыт коммерческих учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения (массаж, водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура).

Интересна идея комплекса дневной стационар – пансионат, которая частично воплощена в жизнь в МНТК «Микрохирургия глаза», где пациент после операции помещается в пансионат с более широким предоставлением сервисных услуг, часть из которых он оплачивает. В пансионате больной находится на свободном режиме, однако при возникновении осложнений ему тут же оказывается соответствующая помощь.

Другой подход нужен к дневным стационарам, организованным на базе консультативно-диагностических поликлиник и специализированных центров разных уровней. Главной их целью является – приблизить к пациенту, сделать менее дорогостоящей и более доступной специализированную помощь. В процессе поиска путей совершенствования специализированной помощи были найдены формы, близкие по содержанию к дневным стационарам. Это специализированное, курсовое амбулаторное лечение (СКАЛ) и так называемый процедурный блок.

Специализированное курсовое амбулаторное лечение является амбулаторным эквивалентом стационарного лечения на базе специализированного центра, получаемого больным при регулярных явках в центр в течение определенного времени.

Разновидностью дневных стационаров, являющихся развитием идеи отделений краткосрочного пребывания на базе специализированных подразделений, являются однодневные стационары. Палаты однодневного пребывания функционируют на базе офтальмологических, гинекологических, проктологических, детских хирургических, нефрологических и др. отделений. Больным в течение дня может быть проведено комплексное обследование и хирургическое лечение, в т.ч. под наркозом. Через 2-3 часа после выхода из наркоза и восстановления основных жизненно важных функций, а также при отсутствии осложнений больной может быть выписан домой. При наличии проблем в лечении и самочувствии больного, он остается в отделении для дальнейшего лечения.

За рубежом чрезвычайно распространены амбулаторные центры на базе больниц работающие по принципу однодневного стационара. Как правило, в состав таких центров входит в качестве одного из подразделений служба помощи на дому для тех, кто выписан из дневного стационара. Кроме того, в зарубежной литературе пропагандируется опыт создания дневного стационара для детей сотрудников на базе предприятия или детского учреждения.

## **6. Методические основы организации стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи**

При принятии решения об открытии дневных стационаров, необходимо изучить: демографическую обстановку (возрастную структуру) в районе обслуживания ЛПУ, структуру заболеваемости, доступность различных видов стационарной помощи для жителей района, а также материально-техническую базу, силы и средства учреждения (М.И. Майоров, 2002).

Целью организации ДС на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного ме-

дицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. ДС на базе больничных учреждений могут быть организованы в структуре профильных отделений городских больниц, ЦРБ, диспансеров, клиник, НИИ, МСЧ.

### *Функции ДС:*

- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающей, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;

- послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения по поводу несложных хирургических вмешательств (удаления доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, флегмон, панарициев и др.);

- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или с хроническими заболеваниями при изменении степени тяжести заболевания (например, больным сахарным диабетом);

- профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска, а также длительно и часто болеющих;

- долечивание в условиях активного режима больных, выписанных из стационара в более ранние сроки;

Профиль ДС должен определяться исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территорией (район, город, область). Контингент больных, направляемых в ДС различны: дети, взрослые, женщины, лица старших возрастов. В своей деятельности ДС используют диагностическую, лечебную базу и консультации специалистов того учреждения, на базе которого они развернуты. Ответственность за деятельность дневного стационара несет главный врач поликлиники или больницы.

В медицинском учреждении ДС создается приказом главного врача, которым утверждается положение о ДС и должностные инструкции его сотрудников.

Ключевая мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

Койки дневного пребывания в стационарах являются структурной частью коечного фонда учреждения (отделения). Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Учет коек дневного пребывания, их работы в больничных учреждениях, движение больных осуществляется в установленном порядке.

Желательно размещение ДС в обособленных помещениях медицинского учреждения с отдельным входом. ДС должен включать несколько комнат, в числе которых: кабинет врача, не менее 2 комнат – палаты ДС (мужская и женская), в которых можно разместить 8-10 больных, помещение для отдыха после процедур. Целесообразно создать возможности для приема больными пищи, принесенной из дома, или организовать питание больных в



буфете при учреждении. Режим работы ДС рекомендуется строить по 6-дневной рабочей неделе в одну или в две смены (иногда в три).

Учитывая особенности работы дневных стационаров, желательно на врача возложить обязанности заведующего, который будет осуществлять всю координационно-организационную и лечебную работу.

Для упорядочения работы дневного стационара целесообразно иметь штамп-клише «дневной стационар». Маркированные таким штампом направления на обследование и рецептурные бланки на лекарства должны обеспечивать преимущественно безочередное обслуживание больных дневного стационара.

Отбор больных на лечение в дневном стационаре производят участковые врачи и врачи – специалисты, руководствуясь, прежде всего тем положением, что дневной стационар организован для больных, которым не показано круглосуточное наблюдение и лечение.

В каждом медицинском учреждении, исходя из объемов его деятельности, наличия специалистов и уровня их квалификации, других реальных возможностей, необходимо разработать четкий перечень показаний и противопоказаний для госпитализации в ДС. На госпитализацию в ДС поликлиник целесообразно направлять следующие группы пациентов:

- лиц, за которыми после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, в т.ч. оперативных вмешательств, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;

- больных, у которых возможно развитие неблагоприятных реакций после переливания крови и ее препаратов, внутривенного вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;

- лиц, нуждающихся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;

- пациентов, которым показаны различные процедуры (ванны, грязевые аппликации, массаж, вытяжение и т.д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);

- больных, требующих специальной подготовки (если они не могут провести ее самостоятельно) для проведения некоторых диагностических исследований;

- пациентов, нуждающихся в проведении сложных врачебных манипуляций /пункция плевры с удалением плевральной жидкости, артроскопия и др./;

- пациентов, требующих неотложной помощи по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике и на близлежащей территории (приступ бронхиальной астмы, пароксизм тахикардии и тахиаритмии, гипертонический криз и др.);

- пациентов, требующих долечивания после интенсивного лечения в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (послеоперационные, постинсультные, постинфарктные состояния и т.д.);

- лиц, в отношении которых следует решить сложные вопросы врачебно-трудовой экспертизы с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований;

- лиц, нуждающихся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.);

- пациентов, нуждающихся в сложных реабилитационных процедурах;

- лиц, имеющих социальные показания для пребывания в ДС и т.д.;

Противопоказаниями для госпитализации в ДС являются:

- тяжелое состояние больных, нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и уходе;

- потребность в круглосуточном парентеральном введении препаратов;

- резко ограниченная возможность пациентов к самостоятельному передвижению;

- необходимость соблюдения обязательного круглосуточного постельного режима;

- потребность соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях;

- статус больных, когда их самочувствие и состояние может ухудшиться при нахождении на холодном воздухе, жаре и т.д. по дороге в дневной стационар и домой и др.

Понятно, что этот перечень может изменяться в зависимости от конкретных местных условий. Например, если при ДС поликлиники функционирует служба помощи на дому, имеются возможности транспортировать больных из дому и домой. Если в поликлинике есть отделение неотложной помощи, и она находится недалеко от стационара, где имеется реанимационное отделение и операционный блок, перечень показаний может быть расширен, а противопоказаний, наоборот, сужен.

С другой стороны, следует определить, в какой мере можно отрывать активное лечение и обследование от условий стационара, готового в любую минуту подключиться к оказанию экстренной помощи больному при возникшем осложнении (анафилактический шок, кровотечение и т.п.). При организации ДС на базе амбулаторно-поликлинического учреждения должна быть обеспечена высококвалифицированная неотложная помощь, гарантирована возможность перевода в стационар круглосуточного пребывания.

ДС должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, но, главным образом, на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой – освобождает койки в стационарах круглосуточного пребывания для больных с острыми заболеваниями, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством.

Учитывая, что режим работы ДС, как правило, строится в 2 смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, чем в стационаре круглосуточного пребывания, достигается результат увеличения числа пролеченных больных и сокращение круглосуточного коечного фонда.

## **7. Основные показатели и анализ работы дневных стационаров**

Важной проблемой является определение эффективности деятельности ДС: медицинской, социальной и экономической (табл. 8.1).

Основные показатели для оценки работы дневного стационара

№ п/п	Группа показателей	Наименование показателей и их динамика
1.	Медицинская эффективность	1.1. Исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья. 1.2. Сроки лечения. 1.3. Частота обострений заболеваний. 1.4. Частота послеоперационных осложнений. 1.5. Частота заживления ран первичным натяжением. 1.6. Уровень летальности при лечении в дневном стационаре.
2.	Социальная эффективность	2.1. Снижение временной потери нетрудоспособности у лечившихся в дневном стационаре и более быстрое их возвращение к трудовой деятельности. 2.2. Снижение временной нетрудоспособности по причине обострений заболеваний. 2.3. Степень удовлетворения потребности населения в стационарной помощи. 2.4. Сокращение времени пациентов на стационарное лечение. 2.5. Снижение психологического травмирования больных и членов их семей в связи с госпитализацией дневной стационар. 2.6. Отсутствие жалоб на лечение в дневном стационаре.
3.	Экономическая эффективность	3.1. Снижение стоимости лечения пациентов – эффективность в дневном стационаре по сравнению с таковой в стационарном отделении больницы. 3.2. Уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара. 3.3. Снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре.

Медицинская эффективность, предлагает оценку таких показателей, как: исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья; сроки лечения; частота обострений заболеваний; частота послеоперационных осложнений; частота заживления ран первичным натяжением и др.

При определении социальной эффективности используется анкетирование пациентов, которое является ценным и актуальным инструментом оценки качества деятельности ДС, независимого контроля уровня организации их работы с участием самой заинтересованной стороны – пациентов. Развитие СЗФОМП предопределяется региональными особенностями: плотностью населения, развитием транспортных путей сообщения и др., в связи с

чем необходима корректировка показателей результатами социологических опросов больных.

Экономическая эффективность – один из главных, показателей деятельности ДС. Многие авторы приводят данные о экономичных средствах в процессе функционирования ДС за счет снижения стоимости лечения пациентов, уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара, снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре.

В заключение, следует подчеркнуть, что дневные стационары, как прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов, не исчерпала своих возможностей, требует дальнейшего совершенствования в процессе практической ее реализации.

## Раздел IX. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

*Е.И. Шульман, Г.З. Рот*

*...будущее в гармонии, не в противопоставлении личности технике.*

*Н.В. Эльштейн*

В XXI веке информационные технологии играют важную роль в самых различных сферах деятельности человека. В здравоохранении, фундаментальной и практической медицине их использование позволяет решать такие задачи, которые ещё в середине прошлого столетия невозможно было представить. Современные клинические информационные системы, основанные на локальных компьютерных сетях ЛПУ, дают возможность работать с медицинской документацией пациента одновременно нескольким специалистам, помогают врачам в ведении

лечебно-диагностического процесса в проактивном режиме, дают оперативный доступ руководителям ЛПУ к исходной и агрегированной информации.

Диспансеризация населения относится к числу проблем, решение которых также базируется на применении информационных систем. Такие системы представляют собой либо специализированные автономные программные продукты, использование которых предполагает ведение диспансерного учёта граждан и статистический анализ его результатов в различных разрезах, но без

естественной связи с медицинской документацией, формируемой во время лечения в ЛПУ, вследствие их автономности, либо клинические информационные системы, предназначенные для использования всем медицинским персоналом ЛПУ и обеспечивающие такую связь.

В представленной главе рассмотрены преимущества применения второго варианта как основы для консолидации всей информации о здоровье, заболеваниях и лечении граждан с целью ведения диспансерного учёта в ЛПУ и обеспечения исходной информации для последующего статистического анализа результатов на различных уровнях здравоохранения, необходимого для принятия обоснованных и своевременных управленческих решений.

Программа модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 и последующие годы, в рамках которой предусмотрена информатизация всех ЛПУ регионов, базируется на использовании медицинских информационных систем (Концепция создания..., 2011), создаёт предпосылки для создания технологической основы организации и ведения диспансерного учёта населения в масштабах каждого региона и всей страны в целом.

### 1. Значение информатизации здравоохранения на современном этапе

Задачи диспансеризации населения на различных уровнях (страна, регион, город или конкретное ЛПУ) характеризуются с технической точки зрения следующими факторами:

- большое количество объектов (субъектов) исследования (от десятков тысяч до десятков миллионов);
- большой объём массивов числовых и текстовых данных, относящихся к каждому объекту;
- необходимость контроля наступления различных событий во времени и формирования различных списков граждан, подлежащих осмотрам или прошедших их в определённые периоды времени;
- необходимость анализа и статистической обработки результатов проводимых осмотров.

Обработка, анализ и контроль таких объёмов данных, хранящихся на бумажных носителях, представляет собой неразрешимую задачу. Совокупность указанных факторов обусловила то, что изложенные в данном руководстве подходы к диспансеризации населения стали возможными в 80-х годах прошлого столетия вследствие появления средств вычислительной техники, способных хранить и обрабатывать столь большие объёмы информации. Очевидно, что использование современных медицинских технологий для массового обслуживания населения, невозможно без таких средств.

Важно отметить, что применение компьютеров в медицине, начавшееся на несколько десятилетий ранее с целью хранения, обработки и представления результатов лабораторных и рентгенологических исследований, также изначально было обусловлено указанными факторами. Все последующие годы использование компьютеров и таких, основанных на вычислительной технике, информационных и телекоммуникационных технологий, как локальные и глобальные компьютерные сети, идёт параллельно в различных областях медицины, здравоохранения и, в частности, в области организации диспансеризации населения и диспансерного учёта.

Впечатляющие достижения информационных технологий в последние два десятилетия, такие как широкое распространение персональных компьютеров и Интернета, создали предпосылки для повсеместного использования

персоналом медицинских учреждений информационных систем в ежедневной работе по ведению документации. А создание мобильных устройств и методов интеллектуального анализа данных привело к появлению принципиально новых возможностей поддержки врачебных решений в ходе лечебно-диагностических процессов.

С течением времени происходит ряд общесистемных процессов, имеющих отношение к самым различным сферам деятельности человека, и облегчающих применение информационных технологий в медицине, здравоохранении и, в частности, в решении задач диспансеризации населения. К числу таких процессов относятся:

- непереносимое обучение студентов всех ВУЗов, в том числе и медицинских, основам информатики и работе с компьютерными программами;
- стремление образованных людей различных возрастных категорий к освоению компьютеров для использования электронной почты, поиска полезной информации, общения в социальных сетях и с другими целями;
- постоянное совершенствование самих информационных технологий и медицинских информационных систем, приводящее к облегчению их использования без специального обучения персонала;
- создание электронных сервисов доступа к информации и к получению различных услуг в сети Интернет;
- идущее параллельно совершенствование и удешевление компьютеров и телекоммуникационных устройств, способствующее переводу их в категорию повсеместно применяемых бытовых устройств.

Наряду с общесистемными процессами идёт процесс распространения в медицинских учреждениях различных медицинских программных продуктов и информационных систем. Распространение таких продуктов и систем, как и каких-либо других инновационных продуктов, подчиняется универсальному закону, описываемому теорией диффузии инноваций, которая была разработана Е. Роджерсом (E.M. Rogers, 2003). В соответствии с этой теорией, основанной на анализе большого объёма эмпирических данных, полученных в различных сферах деятельности человека, зависимость количества людей, принявших и использующих какую-либо инновацию от момента времени её появления описывается S-образной кривой (рис. 9.1). В значительной степени решение вопроса о принятии той или иной инновации к использованию в медицинском учреждении зависит от личных качеств его руководителя (Е.И. Шульман, 2010).

В настоящее время значение применения информационных технологий уже не исчерпывается возможностями хранения и обработки очень больших массивов данных. Использование таких технологий позволяет усовершенствовать саму организацию медицинской помощи населению и оказывать существенное влияние на ведение лечебно-диагностических процессов в ЛПУ. Общепризнанным и особо значимым фактором такого влияния является повышение качества лечения и, в частности, повышение уровня безопасности пациентов, обусловленное снижением рисков лечения и диагностики, вследствие компьютерной поддержки врачебных решений, основанной на использовании актуальных информационно-справочных баз и различных клинических руководств, встраиваемых в современные клинические информационные системы (КИС).

Появление практических доказательств таких возможностей и осознание общественностью и руководителями развитых стран (М.В. Глазатов и др., 2004) их важности для здравоохранения привело к тому, что в ряде стран, например, в США, Канаде, Англии, в начале 21-го века

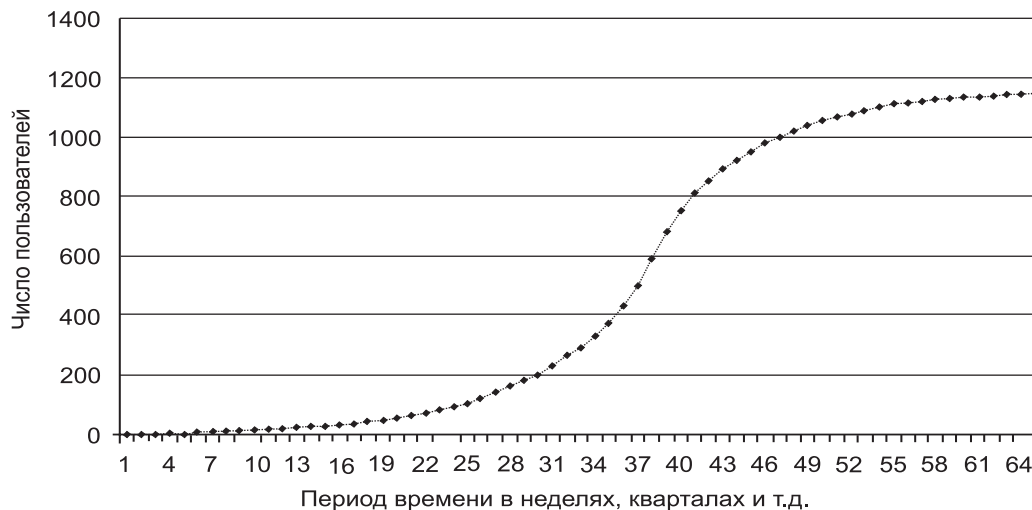


Рис. 9.1. Пример S-образного вида зависимости числа пользователей какой-либо инновации от времени.

были приняты, финансируются и реализуются национальные программы информатизации здравоохранения. В нашей стране реализация подобной программы осуществляется с 2011 г. в рамках программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Для населения России информатизация российского здравоохранения, предусмотренная программой Минздравсоцразвития России, должна привести:

- к наличию электронной медицинской карты у каждого гражданина, содержащей всю информацию и его здоровье и заболеваний на протяжении всей его жизни и возможность доступа к этой информации с согласия гражданина в любом медицинском учреждении страны;
- к возможности дистанционной (с использованием сети Интернет) записи на приём к врачам первичного звена здравоохранения с выбором врача и удобных для пациента даты и времени приёма;
- к возможности проведения телемедицинских консультаций с ведущими специалистами региональных и федеральных медицинских учреждений с использованием современного телемедицинского оборудования.

Осуществление этой программы потребует длительного времени и значительных финансовых затрат (на первый этап – с начала 2011 г. по конец 2012 г. запланировано выделение примерно 24 миллиардов рублей из федерального бюджета). Предполагается, что в результате выполнения программы к 2020 г. все ЛПУ страны будут оснащены медицинскими информационными системами. Можно предполагать, что уже в ближайшие несколько лет количество ЛПУ внедривших такие системы, перейдёт в фазу ускоренного роста на S-образной кривой (рис. 9.1.). Это создаст предпосылки для организации и проведения диспансеризации населения и ведения диспансерного учёта на основе применения именно таких систем, а не автономных программ, разрабатываемых специально для решения задач диспансеризации.

Очевидно, что для этого потребуются внедрение специального прикладного программного обеспечения в деятельность органов управления здравоохранением каждого региона страны, ориентированного на решение задач анализа и оценки результатов диспансеризации населения, проводимой во всех ЛПУ. Эффективность использования таких продуктов в масштабе регионов в настоящее время не вызывает сомнения. Примером может служить использование базы данных «Диспансеризация», входящей в состав автоматизированной информационной системы «Мониторинг состояния здоровья

трудящихся» (АИС СЗТ), разработанной и поддерживаемой в актуальной состоянии коллективом Кустового медицинского информационного центра под руководством д.м.н., проф. Г.И. Чеченина, используемой на протяжении ряда лет в крупном промышленном городе Новокузнецке (Н.М. Жилина и др., 2011, А.П. Шадрин и др., 2011). Результаты поведённых исследований позволили проследить динамику количества диспансерных больных на протяжении ряда лет; получить процентное отношение граждан, состоящих на диспансерном учёте у специалистов различного профиля; обнаружить, что при снижении числа своевременных обращений к врачам первичного звена происходит увеличение числа работающих граждан, стоящих на учёте по поводу хронических заболеваний (Н.М. Жилина и др., 2011); получить сведения и провести анализ структуры и динамики диспансерных заболеваний по классам МКБ для граждан пенсионного возраста (А.П. Шадрин и др., 2011).

Подчеркнём, что указанные исследования были проведены с использованием базы данных, которые на протяжении ряда лет переносились в АИС СЗТ из заполняемых в ЛПУ г. Новокузнецка учётных форм.

Использование в ЛПУ для ведения диспансерного учёта населения не автономных программных продуктов, созданных специально для этого, а медицинских информационных систем, предназначенных для решения широкого круга задач ведения лечебно-диагностических процессов, также является в высокой степени эффективным. Подтверждением этого могут служить оценки эффективности, полученные в исследовании (А.В. Кириллова и др., 2005). Организация диспансерного наблюдения пациентов на основе применения медицинской информационной системы в поликлинике Карельского научного медицинского центра Северо-западного отделения РАМН г. Кондопога привела к следующим результатам:

- выявлено уменьшение количества несвоевременных явок пациентов с 7,6 % до 3,03 %;
- показано снижение затрат времени на заполнение медицинской документации, в том числе статистической отчетности: для оформления всех документов в обычных условиях требуется несколько дней, а при использовании информационной системы – несколько минут);
- обнаружено статистически достоверное снижение частоты госпитализаций в связи с ИБС на 22,2 % и уменьшение средней продолжительности временной нетрудоспособности у больных ИБС на 23,4 %.

Результаты происходящих в последние годы процессов распространения информационных технологий для решения задач здравоохранения и практической медицины, примеры эффективности использования информационных технологий в организации ведения диспансерного учёта на уровне ЛПУ (А.В.Кириллова и др., 2005) и анализа получаемых данных на уровне крупного промышленного города (Н.М. Жилина и др., 2011, А.П. Шадрин и др., 2011) приводят к выводу о необходимости повсеместного внедрения таких технологий для диспансеризации населения в масштабах страны.

Ускорение диффузии программных продуктов в области здравоохранения, несомненно, имеет большое положительное значение для практического решения задач диспансеризации населения. Однако такое ускорение влечёт за собой обострение проблемы использования и защиты персональных данных пациентов, которая необходима в соответствии с законом о защите персональных данных (А.П. Столбов и др., 2010). Способы организации такой защиты в локальных и глобальных компьютерных сетях хорошо известны, однако их реализация требует значительных финансовых затрат и подготовки специалистов, способных создать условия для безопасного обмена персональными данными между различными ЛПУ, органами здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями и другими организациями (А.П. Столбов и др., 2010).

## 2. Преимущества использования клинических информационных систем

К числу первых известных программных продуктов, которые относительно широко использовались для диспансеризации и профилактических осмотров различных категорий населения относятся такие системы как КАСМОН (Г.С. Попов и др., 1898, В.В. Канеп, 1984) и АСПОН (И.М. Воронцов и др., 1899, Д. Мансур и др., 1990). Эти системы представляли собой автономные программы, предназначенные для проведения диспансеризации и профилактических осмотров различных категорий населения (детей, взрослых, организованных групп населения). Они работали на выпускаемых на рубеже 70-х и 80-х годов прошлого века советских микро- и мини-ЭВМ. Характерной особенностью таких систем было использование опросников (распечатанных анкет с вопросами о здоровье, заболеваниях и образе жизни), которые предварительно заполнялись обследуемыми гражданами, а затем вводились в компьютер операторами. На основе ответов автоматически формировался необходимый перечень осмотров врачами-специалистами и обследований, что позволяло оптимизировать затраты и ускорить проведение массовой диспансеризации, а, следовательно, охватить более широкий круг населения, несмотря на ограниченность имевшихся кадровых ресурсов, материальных и технических средств. Предполагалось, что именно эти системы будут широко использоваться в ходе всеобщей диспансеризации населения СССР (Положение о порядке..., 1986).

Очевидно, что и в настоящее время проблема ограниченности ресурсов стоит не менее остро, а сложность осуществления диспансеризации и объёмы накапливаемых данных в связи с увеличением числа обязательных обследований увеличилась. При этом увеличивается и трудоёмкость ввода данных операторами в автономные программы. Большую сложность ведения на уровне города или региона исходных данных, относящихся к диспансерному учёту, продемонстрируем на примере про-

### Информация о пациентах, необходимая при проведении диспансеризации

Информация о гражданине	Информация об обследованиях	Дополнительная информация о заболеваниях	Информация о страховании иностранных граждан
Фамилия	Дата проведения осмотра	Основной диагноз	Код территории страхования
Имя	Дата проведения исследования	Диагноз, с которым больной направлен на госпитализацию	Номер и серия полиса ОМС
Отчество	Выявленный диагноз по МКБ-10	Группа здоровья	Название СМО
Дата рождения, пол	Стадия заболевания	Факт взятия на диспансерный учёт	Адрес гражданина по месту регистрации

ведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в Новосибирской области.

Приказ Департамента здравоохранения Новосибирской области (Приказ Департамента..., 2010) предписывает главным врачам учреждений здравоохранения, заключившим договоры с Новосибирским областным фондом обязательного медицинского страхования (Новосибирский ОФОМС) о финансировании расходов по проведению дополнительной диспансеризации работающих граждан, организовать работу в установленном порядке. Кроме этого, приказ возлагает на главных врачей персональную ответственность за достоверность предоставляемой информации по дополнительной диспансеризации работающих граждан. В таблице 9.1 приведён перечень данных, относящихся к каждому гражданину, прошедшему обследование в рамках программы дополнительной диспансеризации работающих граждан. Эти данные медицинским учреждениям области необходимо представлять в Новосибирский ОФОМС для получения оплаты за проведение дополнительной диспансеризации в течение отчётного месяца. Весь этот объём информации должен быть введён в базу данных посредством специальной автономной программы, которая установлена в учреждениях здравоохранения области.

Указанная в таблице 9.1 информация по каждому законченному случаю вводится в программу оператором из амбулаторной карты гражданина, проходящего диспансеризацию, и ежемесячно отправляется по электронной почте в Новосибирский ОФОМС. Случай считается законченным, когда проведен необходимый для дополнительной диспансеризации объём исследований и осмотров всеми специалистами в соответствии с приказом (Приказ Министерства..., 2010). Отметим, что программы, служащие для ввода информации, позволяют, кроме этого, автоматически формировать карты учёта дополнительной диспансеризации работающего гражданина в соответствии с Приложением № 2 к приказу (Приказ Министерства..., 2010) и создавать отчётные формы «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих

граждан» в соответствии с Приложениями № 3 и № 4 к этому приказу.

Медицинские информационные системы, предназначенные для ведения амбулаторных карт, и все клинические информационные системы, как правило, предусматривают ввод всей информации, приведённой в таблице 9.1, в том месте и в то время, где и когда она возникает: на компьютере медрегистратора, в диагностическом кабинете, в лаборатории, в кабинете врача (Г.З. Рот и др., 1998). Такая работа с информацией в ЛПУ приводит к появлению двух групп факторов, дающих ряд важных положительных эффектов. Первая группа факторов обусловлена исключением необходимости ввода данных в специальные программы ведения диспансерного учёта и условно может быть названа «экономическими факторами».

Во-первых, исключаются затраты труда операторов на проведение большого объёма рутинной работы.

Во-вторых, в процессе диспансеризации исключается необходимость регистрации тех пациентов, которые ранее обращались в ЛПУ или относятся к прикрепленному к этому ЛПУ населению, так как в этих случаях информация о них уже присутствует в системе.

В-третьих, подход к проведению диспансеризации на основе КИС, используемой в ЛПУ, приводит к исключению ошибок ввода операторами перечисленных в таблице 9.1 данных. А такие ошибки неизбежно возникают при вводе в программу информации из амбулаторной карты, вследствие неразборчивости рукописных записей, вносимых в неё медицинскими работниками.

В-четвёртых, использование в ЛПУ информационных систем приводит к уменьшению штрафных санкций со стороны СМО, обусловленных ошибками, обнаруживаемыми экспертами в медицинской документации.

Вторая группа факторов, которую условно можно обозначить как «медицинские факторы», обусловлена набором специальных функций, присущих КИС, реализация которых логически невозможна в специальных программах, предназначенных для ведения диспансерного учёта в ЛПУ. Отсутствие такой возможности обусловлено тем, что диспансерный учёт является лишь одним из направлений деятельности ЛПУ, вследствие чего специальные автономные программы для диспансеризации оперируют строго ограниченным объёмом информации, вводимой в них операторами, что не позволяет решать задачи, основанные на использовании данных, полнота которых определяется всем спектром деятельности ЛПУ. К этой группе относятся следующие факторы.

Во-первых, наличие структурированной и легко читаемой информации в медицинской документации, аккумулируемой в КИС, существенно облегчает и ускоряет экспертам страховых медицинских организаций (СМО) проведение медико-экономической экспертизы, основанной на проверке полноты и правильности медицинской документации.

Во-вторых, КИС «берут на себя» всю логику формирования набора обследований и осмотров из общего списка для каждого проходящего диспансеризацию в ЛПУ гражданина, в зависимости от пола и возраста. Система автоматически формирует «маршрут» осмотров и обследований в зависимости от пола и возраста гражданина, проходящего диспансеризацию, сразу же после выбора гражданина в списке зарегистрированных ранее в этом ЛПУ пациентов или после его регистрации в качестве пациента.

В-третьих, рассматриваемый подход даёт возможность осуществлять предварительное формирование

### Факторы, обуславливающие положительные эффекты применения КИС

Группа экономических факторов	Группа медицинских факторов
Отсутствуют затраты труда операторов на ввод данных	Облегчение экспертам СМО проведения медико-экономической экспертизы
Исключается необходимость регистрации пациентов, которые ранее обращались в ЛПУ или относятся к прикрепленному к этому ЛПУ населению	Формирование набора обследований и осмотров из общего списка для каждого гражданина в зависимости от его пола и возраста
Исключаются ошибки ввода операторами данных, необходимых для проведения диспансеризации	Распределение посещений гражданами врачей для осмотров в заранее назначенные системой интервалы времени
Уменьшаются штрафные санкции со стороны СМО, обусловленные ошибками ведения медицинской документации	Использование информации, собираемой в процессе проведения диспансеризации для дальнейшего динамического наблюдения диспансерных больных

«маршрутов» для определённых контингентов граждан. Такие предварительно сформированные маршруты позволяют распределять посещения гражданами врачей для осмотров в заранее назначенные системой интервалы времени.

В-четвёртых, автоматически обеспечивается возможность накопления и использования информации, собираемой в процессе проведения диспансеризации, для дальнейшего динамического наблюдения различных групп диспансерных больных.

Перечень основных факторов, относящихся к каждой из двух групп, и определяющих преимущества применения КИС для решения задачи ведения диспансерного учёта в ЛПУ, приведён в таблице 9.2.

Приведённые преимущества использования клинических информационных систем перед специальными автономными программами для решения задач диспансеризации населения означают, что в будущем именно КИС будут применяться в ЛПУ для ведения диспансерного учёта и решения всего круга задач, связанных с диспансеризацией различных контингентов населения. Одной из таких систем является КИС ДОКА+, хорошо известная в России и отличающаяся от других систем наличием в её составе информационно-справочных баз и проактивных функций поддержки врачебных решений. Рассмотрим на примере этой системы свойства, которые обеспечивают эффективность её применения медицинским персоналом в целом и, в частности, для решения задач диспансеризации.

### 3. Общие сведения о клинической информационной системе ДОКА+

Главное отличие КИС от административных, статистических, радиологических, лабораторных и других видов медицинских информационных систем, с которыми КИС должны работать в «тесной связке» (т.е. интегрироваться или, иначе говоря, сопрягаться – обмениваться данными), состоит в их предназначении. КИС разрабатываются для медицинского персонала: врачей, меди-

цинских сестёр, клинических фармакологов, провизоров и т.д. с целью облегчения их работы и повышения её эффективности.

Для достижения этой цели в составе КИС должны быть три основные подсистемы (Е.И. Шульман, 2010):

1. Подсистема ведения медицинской документации пациентов.

2. Подсистема компьютерного заказа назначений на лечение и обследования.

3. Подсистема поддержки принятия врачебных решений.

Первая подсистема даёт возможность вести медицинскую документацию в электронном виде, что позволяет медперсоналу получать доступ к ней из любого кабинета ЛПУ, в котором есть компьютер, подключенный к локальной сети.

Вторая – служит для того, чтобы медики могли заказывать назначения пациентам лечения и обследований непосредственно в системе. Третья – содержит функции, помогающие врачам принимать решения в ходе лечебно-диагностических процессов. Эти функции должны быть настолько удобными в использовании, насколько необходимо главному участнику этих процессов – лечащему врачу.

В настоящее время не выработаны стандарты, определяющие необходимый набор функций КИС. Несколько лет назад канадские учёные из Университета Виктории сформулировали в виде аксиомы два наиболее важных «пожелания» к таким системам – они должны быть: 1) удобными в использовании и 2) полезными (S. Raptazietal., 2005). Кажется неправдоподобным, но существующие в мире системы лишь теоретически основаны на столь очевидной аксиоме. Удобность использования КИС медперсоналом является её важнейшим свойством, а степень полезности определяется тем набором функций, которые реализованы в системе.

Рассмотрим функции, присущие современным и необходимые для будущих КИС, проиллюстрировав их на примере системы ДОКА+ (Применение клинической..., 2011), которая является одной из первых российских клинических информационных систем и применяется в многопрофильных больницах (региональных клинических, городских, центральных районных) и специализированных ЛПУ (Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулёза Минздравсоцразвития России, клиники институтов СО РАМН, родильные дома, санатории и др.). Не останавливаясь на базовых функциях, назначение которых состоит в компьютерном ведении медицинской документации (историй болезни, историй развития новорожденного, амбулаторных карт и др.), опишем те функции, которые отличают КИС от известных медицинских информационных систем, предназначенных для ведения медицинской документации в электронном виде. Такие функции мы назвали проактивными, поскольку они работают в упреждающем режиме, предлагая помощь лечащему врачу в принятии решения именно в тот момент, когда она может быть им востребована (Е. Шульман, 2008).

К числу проактивных относится целый ряд функций, реализованных в системе ДОКА+. Результатом их работы являются выдаваемые на экран монитора сообщения, предупреждающие врача непосредственно при заказе им назначения о потенциальной опасности для пациента назначаемых препаратов, связанной с:

– риском нежелательного взаимодействия нескольких назначаемых (и назначенных ранее) медикаментов между собой;

– наличием у пациента противопоказаний по назначаемому препарату, вследствие имеющегося у него сопутствующего заболевания или осложнения основного;

– превышением рекомендуемой максимальной разовой, суточной, курсовой дозы назначаемого препарата;

– риском назначения пациенту препарата, не рекомендованного для людей его возрастной категории;

– риском неблагоприятного изменения некоторых лабораторных показателей;

– эффектами взаимодействия назначаемого препарата с некоторыми компонентами пищи.

Ещё одна из проактивных функций предупреждает врачей о назначении пациенту обследования, не входящего в стандарт обследования его заболевания. Отметим, что в системе ДОКА+ реализован и используется ряд проактивных функций, предназначенных для поддержки работы медсестёр, провизоров и другого медицинского персонала. Для руководителей ЛПУ главными преимуществами использования этой системы являются: увеличение эффективности лечения; повышение уровня безопасности пациентов; рационализация расходов (Г.З. Рот и др., 2006).

Очень важно, что можно получить количественные оценки эффективности работы указанных функций. Количественные оценки эффективности применения системы ДОКА+, полученные в многопрофильных больницах различного профиля и статуса (краевой клинической, районной, частной) и географического положения (Кемеровская и Новосибирская области, Приморский край, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра), приведены в ряде публикаций (В.М. Чернышев и др., 2006, Л.А. Богданова и др., 2009). Среди основных эффектов отметим уменьшение числа назначаемых врачами пар взаимодействующих между собой препаратов (от 1,5 до 1,9 раз), сокращение числа назначений препаратов с дозой, превышающей максимально допустимую (например, в Усть-Таркской ЦРБ Новосибирской области такое сокращение превысило 50 %).

Влияние проактивных функций КИС на принятие решения руководителями о внедрении её в ЛПУ является непосредственным, так как их применение даёт весомые преимущества перед традиционным способом ведения лечебно-диагностических процессов.

Со временем набор проактивных функций в составе КИС будет увеличиваться, в результате чего системы станут ещё полезнее как для врачей, так и для их пациентов. Основанные на стандартах лечения и диагностики, на данных доказательной медицины, такие функции будут анализировать все имеющиеся в системе сведения о каждом пациенте, его заболеваниях и лечении, и сопоставлять их с информацией, извлекаемой из многочисленных клинических руководств и справочников. Они будут показывать врачу результаты анализа, проводимого в фоновом режиме (инициируемого самой системой) и предлагать ему набор вариантов коррекции лечения или дополнительного обследования для уточнения диагноза, прогноз развития заболевания и его исхода при различных условиях. В сложных ситуациях система не только покажет врачу сообщение на экране монитора при включении компьютера – мгновенно после формирования сообщения, оно будет автоматически отправлено врачу на его мобильное телекоммуникационное устройство.

Также КИС будут иметь возможность самостоятельно (в проактивном режиме) передавать деперсонализиро-



ванные сведения о пациенте из ЛПУ и обращаться через Интернет к централизованным деперсонализированным базам медицинских данных, содержащим миллионы структурированных историй болезни и использующим сложные алгоритмы интеллектуального анализа данных для поиска аналогичных прецедентов заболевания.

Важно отметить, что применение в ЛПУ таких систем уже сегодня способствует рационализации расходов на лечение. Так, например, в Чулымской ЦРБ (Новосибирская область) применения системы ДОКА+ привело к тому, что номенклатура выдаваемых в отделения медикаментов снизилась почти на одну треть (на 32,1 %) и существенно увеличилась доля более эффективных препаратов.

#### 4. Ведение диспансерного учёта в системе ДОКА+

Использование системы ДОКА+ для проведения диспансеризации населения и ведения диспансерного учёта возможно при функционировании в ЛПУ локальной компьютерной сети, охватывающей кабинеты всех врачей и параклинические службы. Две группы её свойств обеспечивают возможность и успешность применения системы медицинским персоналом для решения задач диспансеризации (рис. 9.2).

Первая группа – универсальные свойства – имеет важное значение для удобства работы с ней медицинского персонала. К таким свойствам относятся структурная гибкость системы, высокая степень её адаптируемости к различным видам лечебно-диагностических процессов, удобный интерфейс, построенный на базе Web-технологий (Е.И. Шульман, 2004, Е.И. Шульман и др., 2004). Гибкость и адаптируемость обусловлены разработанной специально для обеспечения этих свойств структурой базы данных. Созданная структура позволяет без программирования:

- создавать новые атрибуты (реквизиты) базы данных;
- создавать новые формы документов и редактировать имеющиеся в системе;
- встраивать вновь созданные атрибуты в формы документов для ввода и вывода их значений и последующего использования для формирования отчётной документации;
- создавать произвольные запросы к информации, хранящейся в базе данных, включая и вновь созданные атрибуты;
- создавать новые пункты меню системы для заполнения, просмотра и распечатывания вновь созданных форм документов.

Отметим, что указанные возможности имеют особое значение для успешного использования системы медицинским персоналом в условиях, когда часто изменяется набор данных, которые необходимо фиксировать в базе данных, обрабатывать и включать в отчётную документацию.

Вторая группа объединяет в себе свойства системы, обеспечивающие работу большого набора функций, необходимых для её использования в ежедневной работе врачей амбулаторно-поликлинического звена.

Система даёт возможность специалистам вносить в неё результаты осмотров подлежащих диспансеризации граждан, таким же образом, как и в амбулаторные карты пациентов, приходящих на приём к врачу. Результаты обследований становятся доступными врачам для просмотра в тот момент, когда они вводятся в систему. Во время приёма врач может назначить дополнительные обследования, используя систему, и записать пациента на приём к другим специалистам, мгновенно получив доступ к расписанию их работы. При этом в списках пациентов, направленных к другим специалистам или на обследование, сразу же возникнут соответствующие изменения. Также автоматически возникают отметки «интервал вре-



Рис. 9.2. Укрупнённая блок-схема программной подсистемы «Диспансеризация».



мени занят» в расписании тех специалистов, к которым пациент направлен на приём. В качестве альтернативы записи на приём к специалистам в регистратуре ЛПУ или другими специалистами, система даёт пациентам возможность самостоятельной записи – дистанционно, используя Интернет, например, из дома (с возможностью сразу распечатать талон при наличии принтера) или посредством информационного киоска (инфомата), установленного в холле поликлиники.

Во время приёма врач может назначить пациенту через систему физиотерапию и медикаментозное лечение, режим и диету. Поскольку для назначения фармакотерапии используются справочники медикаментов, при этом работают все функции поддержки принятия врачебных решений по фармакотерапии, рассмотренные в предыдущем разделе. На каждый назначенный врачом препарат автоматически формируются рецепты, которые можно распечатать для пациента. В рецепты из справочника препаратов автоматически попадают международные непатентованные названия, как это и требуется.

Вся информация, связанная с диспансерным наблюдением, введённая когда-либо в систему, находится в базе данных в амбулаторных картах пациентов. При необходимости просмотра карты учёта диспансеризации или контрольной карты диспансерного наблюдения пациента, эти карты автоматически формируются из данных, имеющихся в системе на текущий момент времени.

Набор программных модулей системы, организованный в виде одной из подсистем системы ДОКА+ обеспечивает реализацию специальных функций, предназначенных для поддержки работы медицинского персонала по ведению диспансерного учёта граждан и динамического наблюдения диспансерных пациентов. Укрупнённая блок-схема программной подсистемы «Диспансеризация» в составе системы ДОКА+ приведена на рис. 9.2.

Совокупность наборов универсальных программных модулей системы и специальных модулей, расширяющих сферу применения КИС ДОКА+ для проведения диспансеризации населения, обеспечивает медицинскому персоналу ЛПУ следующие возможности:

1. Результаты осмотров врачей-специалистов, принимающих участие в проведении дополнительной дис-

пансеризации, записываются ими через систему непосредственно в амбулаторную карту и распечатываются, а в учетную форму № 131/у-ДД-10 и в контрольную карту диспансерного наблюдения попадают автоматически. Также автоматически в учётную форму № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» заносятся литеры «ДД», в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255. (Приказ Министерства..., 2004).

2. Врачу-терапевту доступны в системе заключения всех врачей-специалистов, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации, так же как и результаты выполненных лабораторных и функциональных исследований каждого гражданина. На основании этих данных врач-терапевт фиксирует в системе группу состояния здоровья. В случае установления врачом I группы (практически здоровые граждане) или II группы (граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий), врач может выбрать на экране монитора соответствующий группе шаблон рекомендации (по здоровому образу жизни или по профилактике заболеваний) и распечатать её для пациента. Для граждан III, IV и V групп состояния здоровья так же с использованием шаблонов формируются необходимые документы, в том числе рекомендации по дальнейшему наблюдению. После этого в системе делается отметка о том, что случай дополнительной диспансеризации считается законченным.

3. При фиксации в системе хронического заболевания, выявленного у обследованного гражданина, он попадает в список пациентов, за которыми осуществляется диспансерное наблюдение.

4. Врач-терапевт может распечатать для гражданина автоматически формируемый из имеющейся в системе информации паспорт здоровья, в который включаются результаты всех проведённых исследований, осмотров врачей-специалистов, заключение и рекомендации.

5. По результатам дополнительной диспансеризации за полугодие или год автоматически формируются отчёты, содержащие сведения о проведённой дополнительной диспансеризации (формы № 12-Д-1-10 и № 12-Д-2-10).

6. Система формирует списки граждан, подлежащих диспансеризации или состоящих на диспансерном учёте,

Таблица 9.3

#### Преимущества использования КИС ДОКА+ для проведения диспансеризации

Первая группа преимуществ	Вторая группа преимуществ
Записи врачей-специалистов и результаты обследований из амбулаторной карты пациента автоматически попадают в карту диспансерного наблюдения, карту учёта дополнительной диспансеризации и другие документы, в том числе требуемые для формирования отчётов	КИС обеспечивает врачам доступ ко всей информации о заболеваниях и лечении пациентов, интегрируя эту информацию с данными обследований в ходе диспансеризации и облегчая принятие врачебных решений в ходе диспансерного наблюдения и лечения
Автоматический персонифицированный учёт затрат на лечение пациентов и учёт нагрузки специалистов, включая осмотры и обследования в рамках проведения диспансеризации	Автоматическая постановка гражданина на диспансерный учёт в соответствующей группе состояния здоровья обеспечивает своевременность перехода к следующему этапу – диспансерному наблюдению
Автоматическое формирование паспорта здоровья гражданина в реальном времени обеспечивает уменьшение искажений информации, обусловленных ошибками ввода, и исключает потери важной информации	Результаты диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов становятся доступными врачу-терапевту сразу же после завершения ввода их в систему, что позволяет быстро реагировать на наличие в них отклонений от нормы
Значительное облегчение контроля хода диспансеризации с целью обеспечения выполнения установленных сроков, вследствие автоматического отслеживания запланированных мероприятий	Врач-терапевт при создании заключительной записи может автоматически переносить в неё записи врачей-специалистов и результаты обследований, что исключает ошибки переписывания медицинских данных

относящихся к различным группам состояния здоровья. Постоянное наличие таких актуальных в каждый момент времени списков значительно облегчает и ускоряет работу медицинских сестёр и врачей по организации явок граждан на приём и контролю за их своевременностью.

В таблице 9.3 сгруппированы основные преимущества использования КИС ДОКА+ для ведения диспансеризации в ЛПУ перед специальными автономными программами, основанными на вводе в них в отсроченном режиме всей информации, связанной с диспансеризацией. Первая группа преимуществ имеет организационную направленность, вторая же в большей степени оказывает положительное влияние на лечебно-диагностический процесс.

Отметим, что вся содержащаяся в базе данных КИС информация, относящаяся к лечебно-диагностическим процессам, может быть экспортирована в информационные системы городского, регионального или федерального уровня. Такое взаимодействие должно быть реализовано в рамках программы информатизации здравоохранения субъектов РФ (Концепция создания..., 2011).

**Заключение.** Современные клинические информационные системы, внедряемые в ЛПУ, имеют в своём составе специальные программные модули или подсистемы, предназначенные для облегчения решения медицинским персоналом всего комплекса задач диспансеризации населения. Кроме этого, такие системы позволяют повысить качество работы врачей, участвующих в диспансеризации граждан, обеспечивая мгновенный доступ ко всей медицинской информации о пациентах, которая может накапливаться в течение многих лет, и освобождая медицинский персонал от рутинной работы. Именно в этом проявляется главное преимущество клинических информационных систем перед специальными автономными программами, создаваемыми только для решения задач диспансеризации населения.

Применение таких систем, снабжённых функциями проактивной поддержки врачебных решений, в частности, при назначении фармакотерапии, позволяет повысить безопасность пациентов. Ряд публикаций подтверждает, что работа этих функций приводит к постепенному запоминанию врачами наиболее часто встречающихся взаимодействий медикаментов между собой, противопоказаний по сопутствующим диагнозам, максимальных допустимых разовых и суточных доз, то есть к обучению врачей в ходе их ежедневной работы.

Оснащение всех ЛПУ страны информационными системами является одной из задач Программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Возможно, при формальном подходе к решению этой важной задачи, во многих ЛПУ страны будут внедрены системы, позволяющие решать задачу ввода операторами или регистраторами в компьютер исходных данных. В таких системах не будет рассмотренных на примере КИС ДОКА+ свойств и функций, предоставляющих возможности увеличения эффективности лечения, повышения уровня безопасности пациентов, рационализации расходов на лечение и, кроме этого, обеспечивающих программную поддержку решения задач диспансеризации.

Однако уже в ближайшем будущем развитие фундаментальной медицины, клинической фармакогенетики, неизбежно приведёт к быстрому дальнейшему увеличению объёма медицинских, в частности, генетических данных, которые должны будут использовать врачи в ежедневной практике, включая как диспансерное наблюдение пациентов, так и непосредственно процесс диспансеризации населения. В результате таких изменений повсеместное внедрение КИС в ЛПУ получит новый импульс, будет поддержано новой государственной программой, станет обязательным и, вероятно, будет необходимым для их аккредитации.

## Раздел X. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ

*Е.Ю. Герман*

*Не всегда во власти врача исцелить больного.  
Подчас болезнь оказывается сильнее медицины.*

*Овидий*

**Проблема экспертизы временной нетрудоспособности одна из важнейших сфер деятельности практического здравоохранения, включающая в себя медицинский, социальный и экономический аспекты.** Организация и качество проведения экспертизы нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях в значительной степени влияет на оценку состояния здоровья населения и анализ экономических потерь, которые несет общество вследствие заболевания. Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации, приводящей к стойкой утрате трудоспособности. Поэтому одним из наиболее ответственных и сложных разделов практической деятельности лечащего врача любой специальности является изучение и возможность проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

**Развитие системы социального страхования в России.** Идея об обязательном страховании рабочих в России возникла в 1889 году: в Государственный совет был предложен проект закона об ответственности владельцев промышленных предприятий за увечье и смерть рабочих.

Спустя 14 лет 2 июня 1903 г. был принят первый общероссийский закон «О вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности».

Закон 1903 года вводил не только обязательное страхование рабочих, но и содержал в себе ряд статей, которые имели важное значение для становления в России государственного социального страхования.

Первое послереволюционное положение о социальном обеспечении трудящихся было принято в 1918 году. Оно гарантировало обеспечение всех наемных работни-

ков независимо от характера труда пособиями при временной утрате заработка в связи с болезнью, беременностью и родами, увечьем. С 1922 года выплата пособий была передана непосредственно предприятиям в счет страховых взносов.

В 1929 году государственное социальное страхование обрело единый бюджет. А с 1931 года за счет страховых средств начато финансирование санаторно-курортного лечения и отдыха в специализированных учреждениях (санатории, пансионаты, дома отдыха), а также финансирование детских оздоровительных лагерей. В лексиконе профсоюзных деятелей появляется понятие «профилактики заболеваемости». Начато строительство советской санаторно-курортной «фабрики здоровья». С 1933 года социальное страхование перешло под управление советских профсоюзов.

С 1 января 1991 года на основании Постановления Совета Министров РСФСР и Федерации независимых профсоюзов от 25 декабря 1990 года 600/9-3 «О совершенствовании управления и порядка финансирования расходов на социальное страхование трудящихся РСФСР» был образован внебюджетный Фонд социального страхования Российской Федерации. С 1993 года Фонд становится финансово-кредитным учреждением при Правительстве Российской Федерации (Указ Президента РФ от 7 августа 1992 года 822 «О Фонде социального страхования Российской Федерации»; Указ Президента РФ от 28 сентября 1993 года 1503 «Об управлении государственным социальным страхованием в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 26 октября 1993 года 1094 «Вопросы Фонда социального страхования Российской Федерации»; Положение о Фонде социального страхования Российской Федерации).

Управление системой обязательного социального страхования осуществляется Правительством Российской Федерации в соответствии с Конституцией Российской Федерации (пункт 1 статьи 13 федерального закона «Об основах обязательного социального страхования» от 16 июля 1999 г. 165-ФЗ).

Ныне Фонд представляет собой специализированную структуру, обеспечивающую функционирование всей многоуровневой системы государственного социального страхования.

Фонд социального страхования Российской Федерации является одним из государственных внебюджетных фондов, относящихся к единой бюджетной системе Российской Федерации. Бюджет Фонда, также как и других государственных внебюджетных фондов, не входит в состав консолидированного бюджета Российской Федерации и утверждается в форме самостоятельного федерального закона.

В рамках своей деятельности Фонд осуществляет финансовое обеспечение расходов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также исполнению возложенных на Фонд государственных функций.

С 1 января 2005 года на Фонд возложена задача по реализации федерального закона от 22.08.2004 122-ФЗ в части обеспечения граждан получателей социальных услуг путевками на санаторно-курортное лечение, а также их бесплатного проезда к месту лечения и обратно за счет средств федерального бюджета.

В этом же году, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 12.12.2004 года

№ 771 «Об утверждении «Правил обеспечения в 2005 году инвалидов техническими средствами реабилитации, отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета»», на Фонд возложена задача по обеспечению инвалидов, отдельных категорий граждан, из числа ветеранов, техническими средствами реабилитации, протезами (кроме зубных) и протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета.

Отделения Фонда созданы на территориях всех субъектов Российской Федерации.

Фонд организует исполнение бюджета государственного социального страхования, утверждаемого ежегодно федеральным законом, контролирует использование средств социального страхования. В необходимых случаях Фонд перераспределяет средства социального страхования между регионами и отраслями, поддерживая финансовую устойчивость системы. Кроме того, Фондом разрабатываются и реализуются государственные программы по совершенствованию социального страхования, охраны здоровья работников.

Общие положения экспертизы временной нетрудоспособности. На сегодняшний день экспертиза нетрудоспособности – значительная часть повседневной работы любого врача и имеет четкий регламент.

Определение медицинской экспертизы дано в главе 7, статье 58 Федерального Закона Российской Федерации № 323 «ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» (ФЗ РФ № 323).

*Медицинской экспертизой является* проводимое в установленном порядке исследование, направленное на:

- установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность;
- установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

В РФ проводятся следующие виды медицинской экспертизы:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная экспертиза;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- 6) экспертиза качества медицинской помощи.

**Экспертиза нетрудоспособности**, как одна из функций здравоохранения, направлена на: 1) создание благоприятных условий для больного в процессе лечения и выздоровления; 2) предупреждение прогрессирования болезненного процесса; 3) возможно более полное восстановление трудоспособности больного.

Установление факта временной нетрудоспособности является медицинским действием, поскольку направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения. В ходе проведения экспертизы необходимо определить трудоспособность или нетрудоспособность пациента. На начальном этапе лечения экспертизу временной нетрудоспособности проводит лечащий врач (рис. 10.1).

**Лечащий врач** – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения (статья 2, п.15 ФЗ РФ № 323).



Рис. 10.1. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности.

Под **трудоспособностью** принято понимать такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества (В.А. Медик, В.К. Юрьев, 2003).

**Временная нетрудоспособность** – невозможность по состоянию здоровья (из-за болезни, несчастного случая или другой причины) выполнять работу в течение относительно небольшого промежутка времени. Изменения в состоянии здоровья пациента носят обратимый характер, в ближайшее время ожидается выздоровление или значительное улучшение, а также восстановление трудоспособности.

Различают два вида временной нетрудоспособности: полную и частичную.

**Полная временная нетрудоспособность** – это утрата работающим индивидуумом способности к любому труду на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения. Иными словами, это такое состояние, когда человек вследствие заболевания не может и не должен выполнять никакой работы и нуждается в специальном режиме.

**Частичная временная нетрудоспособность** имеет место тогда, когда заболевший не может выполнять свою профессиональную работу в полном объеме, но без ущерба для здоровья может выполнять другую работу или свою прежнюю, но в облегченных условиях (облегченный режим и/или уменьшенный объем выполняемой работы).

Основными критериями экспертизы трудоспособности в настоящее время являются медицинские, социальные и юридические.

**Медицинский критерий трудоспособности** – это наличие у пациента заболевания. Функция лечащего врача – правильная и своевременная постановка полного клинического диагноза с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и её стадии, его осложнений, применение своевременной рациональной терапии, клинический прогноз заболевания (определение ближайшего и отдаленного прогноза, с учетом его течения).

При проведении экспертизы нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях медицинским работникам иногда приходится сталкиваться с проявлениями аггравации и симуляции.

**Аггравация** – преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания. При активной аггравации больной принимает меры к ухудшению состояния своего здоровья или затягиванию болезни. При пассивной аггравации он ограничивается преувеличением отдельных симптомов, но не сопровождается их действиями, мешающими проведению лечения. Патологиче-

ская аггравация характерна для больных психическими заболеваниями и является одним из проявлений этого заболевания.

**Симуляция** – имитация человеком симптомов заболевания, которого у него нет.

**Социальный критерий трудоспособности** – это правильная оценка трудовых, профессиональных, бытовых и других социально-гигиенических факторов для создания наиболее благоприятных условий выздоровления и восстановления трудоспособности больного. Функция лечащего врача – определить трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его трудовой деятельности.

Социальные критерии отражают все аспекты профессиональной деятельностью больного: организацию и график работы, характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), нагрузку на отдельные органы и системы, наличие профессиональных вредностей и неблагоприятных условий труда.

Грамотно отраженные в первичной документации медицинский и социальный критерии трудоспособности свидетельствуют об обоснованности выдачи листка временной нетрудоспособности.

**Болезнь и нетрудоспособность не всегда являются понятиями идентичными.** При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессионального труда, и нетрудоспособным, если выполнение работы затруднено или невозможно. Поэтому только врач, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой пациентом работы, условий его труда, решает вопрос о социальном критерии трудоспособности и о выдаче листка нетрудоспособности.

Приведем пример: два пациента, страдающих ларингитом. Один из них преподаватель университета, читающий лекции и проводящий семинарские занятия, а значит имеющий постоянную голосовую нагрузку, будет нетрудоспособным. Второй пациент с таким же диагнозом – системный администратор, проводящий большую часть рабочего времени за работой на компьютере выполнять свои профессиональные обязанности сможет.

С профессией и условиями труда могут быть связаны отличия и в *продолжительности* временной нетрудоспособности при одном и том же заболевании. Пример: дворник, работающий на открытом воздухе и офисный работник при обострении хронического бронхита.

Медицинский и социальный критерии должны быть всегда четко определены и отражены в медицинской документации в соответствии с юридическим критерием трудоспособности.

**Юридический критерий трудоспособности** – это знание и значение действующего законодательства в сфере социального страхования граждан.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в лечебно-профилактических учреждениях государственной, муниципальной и иной формы собственности, имеющих лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

**Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности.**

Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности строятся исходя из функций каждого из перечисленных уровней (рис. 10.1).

**Функции лечащего врача по экспертизе временной нетрудоспособности.**

- Определение наличия временной утраты трудоспособности;
- право выдавать листок нетрудоспособности сроком до 15 дней единолично;
- представление больного на консультацию к соответствующему специалисту для решения вопроса о дальнейшем лечении;
- направление больного на ВК;
- изучение и анализ заболеваемости с ВУТ (временной утратой трудоспособности).

#### **Функции заведующего отделением.**

- Контроль за проведением лечебно-диагностического процесса;
- контроль за экспертизой временной нетрудоспособности и своевременным направлением больного на МСЭК;
- экспертная оценка качества медицинской помощи путем личного осмотра больного с соответствующей записью в амбулаторной карте или истории болезни;
- участие в работе ВК;
- анализ причин и сроков временной нетрудоспособности и причин первичного выхода на инвалидность.

#### **Функции заместителя главного врача по клинико-экспертной работе.**

- Руководство и анализ работы по контролю за качеством экспертизы временной нетрудоспособности;
- анализ причин и сроков временной нетрудоспособности;
- выборочный контроль за проведением экспертизы временной нетрудоспособности на основании личного осмотра больного;
- анализ клинико-экспертных ошибок;
- взаимодействие с МСЭК при решении экспертных вопросов;
- рассмотрение исков и претензий страховых компаний и жалоб пациентов;
- организация учебы врачей на местах по вопросам экспертизы нетрудоспособности.

#### **Функции руководителя лечебно-профилактического учреждения.**

- Издание приказа о составе и регламенте работы ВК;
- наложение дисциплинарного взыскания на врачей за клинико-экспертные ошибки;
- направление соответствующих материалов в компетентные органы для привлечения врачей к уголовной ответственности за правонарушения в области экспертизы нетрудоспособности.

#### **Функции главного внештатного специалиста по экспертизе временной нетрудоспособности.**

- Оценка качества экспертизы временной нетрудоспособности на данной территории;
- разработка программы по снижению первичного выхода на инвалидность;
- контроль за реабилитацией больных и инвалидов;
- взаимодействие с органами социальной защиты и профсоюзными организациями;
- организация повышения квалификации врачей по экспертизе временной нетрудоспособности.

#### **Функции клинико-экспертной комиссии (ВК) ЛПУ.**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 502н от 05.05.2012 г. «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»:

- принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных

и конфликтных ситуациях, требующих **комиссионного рассмотрения**;

- определение **трудоспособности** граждан
- продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;
- принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;
- оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;
- разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
- проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;
- анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;
- организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации);
- взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с ТФОМС, региональными отделениями ФСС Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федеральными учреждениями МСЭ, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;
- рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации;

**Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.** Экспертиза временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях осуществляется на основании инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. (Приказ от 29 июня 2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» в редакции приказа № 31н от 24.01.2012 г. «О внесении изменений в Порядок выдачи листков нетрудоспособности»)

**Листок нетрудоспособности** – документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан, строгой финансовой отчетности.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Листок нетрудоспособности является многофункциональным документом, служащим основанием для:

- освобождения от работы в случае временной нетрудоспособности (юридическая функция);
- начисления пособия по временной нетрудоспособности (финансовая функция).
- предписания определенного вида лечебно-охранительного режима (медицинская функция)
- для анализа заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности (статистическая функция).

Для того чтобы листок нетрудоспособности выполнял эти функции, необходимо точно соблюдать правила его оформления.

Форма бланка листка нетрудоспособности утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2011 № 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности». Порядок заполнения листка нетрудоспособности – регламентирован в главе IX «Заполнения листка нетрудоспособности Приказа от 29 июня 2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» в редакции приказа № 31н от 24.01.2012 г. «О внесении изменений в Порядок выдачи листков нетрудоспособности...»

Право на получение листка нетрудоспособности имеют:

Застрахованные граждане РФ;

Постоянно или временно проживающие иностранные граждане;

- лица без гражданства;
- беженцы и вынужденные переселенцы;
- работающие на предприятиях и в учреждениях РФ независимо от их форм собственности;
- безработные, состоящие на учете в органах труда и занятости населения.

*Листок нетрудоспособности выдают медицинские работники учреждений, имеющими на это право в соответствии с законодательством РФ «О лицензировании медицинской деятельности» (постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291), включая работы по экспертизе временной нетрудоспособности том числе:*

Лечащие врачи медицинских организаций;

Фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций

Лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений, в том числе клиник НИИ протезирования или протезостроения.

*Не имеют права на выдачу листка нетрудоспособности медицинские работники:*

- Организаций скорой медицинской помощи;
- Организаций переливания крови;
- Приемных отделений больничных учреждений;
- Бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- учреждений Роспотребнадзора;
- медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро СМЭ)

**Особенности оформления документов при различных видах временной нетрудоспособности.**

**Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.**

При заболеваниях и травмах лечащий врач имеет право выдать листок нетрудоспособности единолично на срок до 15 дней.

Средние медицинские работники, работающие в отдаленной сельской местности, в районах Крайнего Севера и на плавающих судах, имеют право выдавать листок нетрудоспособности только при наличии разрешения территориальных органов управления здравоохранением. Листок нетрудоспособности выдается фельдшером одновременно на срок до 5 дней и может быть продлен на срок до 10 дней.

При сроках временной нетрудоспособности более 15 дней вопрос о продлении листка нетрудоспособности решает клинико-экспертная комиссия (ВК).

Единовременно ВК может продлить листок нетрудоспособности до 15 дней и в общей сложности при бла-

гоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности длительно болеющим может быть продлен ВК при общем заболевании на срок до 10 месяцев, при туберкулезе, проф. заболевании и после реконструктивных операций – на срок до 12 месяцев в календарном году.

При временном переводе гражданина на легкую работу в связи с профессиональным заболеванием или туберкулезом по решению ВК ему выдается листок нетрудоспособности на срок до 2 месяцев в год.

**Порядок выдачи листка нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.** Листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам и время проезда.

В случае использования очередного и дополнительного отпусков до отъезда в санаторий, листок нетрудоспособности выдается на срок лечения и проезда за вычетом дней основного и дополнительного отпусков при предоставлении путевки и справки администрации о длительности отпусков.

При направлении больных в центры реабилитации непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом центра на весь срок долечивания или реабилитации.

Участникам ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, лицам с лучевой болезнью, работающим инвалидам воинам-интернационалистам, инвалидам ВОВ листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда.

**Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом.** Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи непосредственно осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности **выдается** по уходу:

- за взрослым членом семьи и подростком старше 15 лет сроком до 3 дней и по решению ВК может быть продлен до 7 дней;
- за ребенком до 7 лет на весь период заболевания;
- за ребенком старше 7 лет – на срок до 15 дней.

В случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет или ребенком-инвалидом до 16 лет листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком, учреждением, в котором лечится мать на срок до 5 дней, по решению ВК продлевается до 10 дней, а в исключительных случаях – на весь период болезни матери.

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

- за хроническими больными;
- в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

**Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине.**

При временном отстранении от работы бактерионосителей или лиц, контактировавших с инфекционными больными, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом по представлению врача-эпидемиолога на весь период изоляции.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет выдается педиатром на основании справки эпидемиолога на весь период карантина.

### Легкое интермиттирующее течение (ступень 1)

Перебегающие кратковременные симптомы < 1 раза в неделю  
Ночные симптомы < 2 раз в месяц  
Отсутствие симптомов в период между обострениями  
Нормальные и близкие к нормальным величины ПОСвд./ОФВ<sub>1</sub> в период между обострениями  
Потребность в  $\beta_2$ -агонистах короткого действия < 3 раз в неделю  
Лечение: исключение контакта с провоцирующими агентами, ингаляционный  $\beta_2$ -агонист или натрия кромогликат перед предполагаемой физической нагрузкой или контактом с аллергеном.

### Легкое персистирующее течение (ступень 2)

Симптомы астмы >1 раза в неделю, но < 1 раза в месяц  
Ночные симптомы >2 раз в месяц  
Легкие персистирующие симптомы  
ПОСвд./ОФВ<sub>1</sub>:  $\geq 80$  % от должных величин, суточный разброс показателей 20-30 %  
Лечение: ингаляционные противовоспалительные средства ежедневно: натрия недокромил или натрия кромогликат, возможно назначение ингаляционных глюкокортикостероидов в дозах 200-500 мкг/сут,  $\beta_2$ -агонисты короткого действия по необходимости, не чаще 3-4 раз в сутки.

### Средней степени тяжести персистирующее течение (ступень 3)

Обострения > 2 раз в неделю, могут приводить к ограничению активности, нарушению сна, симптомы ежедневные  
Ночные симптомы > 1 раза в неделю  
ПОСвд./ОФВ<sub>1</sub>: 60-80 % от должных величин, суточный разброс показателей >30%  
Лечение: Увеличение суточной дозы противовоспалительных средств: добавление ингаляционных стероидов в дозе 200-800 мкг/сутки. Бронходилататоры пролонгированного действия (пролонгированные  $\beta_2$ -агонисты, теофиллины), в особенности для контроля ночных симптомов,  $\beta_2$ -агонисты короткого действия по необходимости, не чаще 3-4 раз в сутки.

### Тяжелое персистирующее течение (ступень 4)

Частые обострения  
Постоянно выраженные симптомы  
Частые ночные симптомы ограничения физической активности, нарушение сна, в предшествующем году имело место опасное для жизни осложнение, в т.ч. АС  
ПОСвд./ОФВ<sub>1</sub>: < 60 % от должных величин, суточный разброс показателей > 30 %  
Лечение: Увеличение суточной дозы ингаляционных стероидов в дозе 800 – 1000 мкг/сутки (> 1000 мкг под контролем специалиста). Бронходилататоры пролонгированного действия, в особенности, для контроля ночных симптомов, возможно применение ингаляционных антихолинэргических средств  
Пероральные кортикостероиды, принимаемые ежедневно или по альтернирующей схеме; возможно применение альтернативных препаратов для уменьшения дозы стероидов.  $\beta_2$ -агонисты короткого действия по необходимости, не чаще 3-4 раз в сутки

Рис. 10.2. Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести (GINA 2006-2011).

**Ответственность за нарушение порядка выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.** За нарушение порядка выдачи и оформления листов (справок) нетрудоспособности медицинские работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут дисциплинарную или уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Анализ ЭВН у пациентов с бронхиальной астмой.** За последние 10-15 лет медицина совершила настолько быстрый технологический скачок в диагностике и лечении некоторых заболеваний, что еще недавно казавшиеся современными и незабываемыми подходы к диагностике, лечению, а также прогнозы заболеваний на сегодняшний день безнадежно устарели.

Как пример приведем один диагноз – **бронхиальная астма**. В РФ с 1995 г. диагностика, лечение, профилак-

## Анализ нетрудоспособности при бронхиальной астме в г. Новосибирске (из формы №16ВН)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Дни ВУТ	М	8119	8219	9338	9945	7509	8597	8235	7082	7013
	Ж	16049	15824	14227	14622	13593	17227	14123	13962	12955
Случаи ВУТ	М	481	457	501	564	487	511	484	437	433
	Ж	905	895	845	835	794	909	825	783	757
Ср. срок ВУТ	М	18	18	18,5	17,6	15,4	16,8	17	16,2	16,2
	Ж	17,6	17,6	15,8	17,5	17,1	18,9	17,1	17,8	17,1

ка бронхиальной астмы проводится в соответствии Международным Консенсусом по диагностике и лечению БА (GINA).

Согласно эпидемиологическим исследованиям, проведенным в Западной Европе и в России в 90-е годы, в общей популяции БА встречается от 4 % до 10 %. GINA определяет астму как хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, в особенности тучных клеток и эозинофилов. У предрасположенных лиц этот процесс, вследствие связанного с ним усиления реакции дыхательных путей на различные раздражители вызывает симптомы, как правило, обусловленные распространенной, разной степени выраженности бронхиальной обструкцией вследствие отека слизистой (воспаление), бронхоспазма (гиперреактивность), гиперсекреции и дискринии, обычно обратимой либо спонтанно, либо под воздействием лечения.

Для принятия решения о лечении применяется классификация астмы по степени тяжести (рис. 10.2).

Соответственно лечение идет по ступенчатому подходу, при котором возможен переход на ступень вниз (контроль симптомов поддерживается не менее 3-х месяцев), постепенное уменьшение медикаментозного лечения, так и переход на ступень вверх в случае недостаточного контроля за симптомами (при условии правильного пользования лекарствами и отсутствия контакта с обостряющими факторами).

Основные цели при лечении бронхиальной астмы:

Установление и поддержание контроля над проявлениями астмы;

Предупреждение обострений заболевания;

Поддержание дыхательной функции на уровне максимально близком к нормальному;

Поддержание нормальной жизнедеятельности;

Предотвращение побочных эффектов при лечении;

Предотвращение развития необратимого компонента бронхиальной обструкции;

Предотвращение летального исхода от заболевания

Поскольку главной целью лечения больного является контроль астмы, в настоящее время для улучшения дина-

мического наблюдения за течением болезни используется следующая программа:

- обучение больных с целью достижения партнерства в лечении БА (астма-школы, астма-клубы, индивидуальные занятия);
- оценка и мониторинг тяжести астмы с помощью симптомов и измерения функционального состояния дыхательных путей (ежедневная пикфлоуметрия);
- выявление и, по возможности, исключение воздействия факторов риска и триггеров астмы;
- разработка индивидуальных планов для проведения длительного лечения;
- создание планов для лечения обострений;
- регулярное амбулаторное наблюдение.

Все вышеназванные критерии должны приводить к улучшению качества жизни пациентов и снижению экономического бремени от бронхиальной астмы.

При анализе показателей прослеживается тенденция к снижению дней временной нетрудоспособности пациентов бронхиальной астмой у мужчин на 13,6 % и у женщин на 19,3 % за последние 9 лет (табл. 10.1).

Количество случаев временной нетрудоспособности у мужчин за эти годы отчетливой тенденции не имеет, несколько уменьшаясь и увеличиваясь в отдельные годы, у женщин тенденция к снижению более выражена – на 16,3 %.

Средняя длительность случая временной нетрудоспособности у мужчин снизилась на 10 %, у женщин – без тенденции к снижению, уменьшаясь и увеличиваясь в разные годы.

Учитывая, что лечение и диагностика бронхиальной астмы осуществляется в соответствии с мировыми тенденциями, на «вооружении» у лечащего врача в настоящее время имеются современные лекарственные средства и возможность мониторинга состояния пациента, показатели временной утраты нетрудоспособности должны бы иметь более выраженную тенденцию к снижению. Для этого кроме работы врача, оснащенности ЛПУ, обеспечения лекарственными средствами, необходимо учитывать и ответственность пациента за выполнение врачебных рекомендаций и сохранении своего здоровья.



## Раздел XI. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

О.В. Пушкарёв

*Всякая организация должна подвергаться контролю, всякая организация должна организовать учет работы. Все должно систематически проверяться, так как иначе никакая, даже идеальная организация не может правильно работать.*

*П.М. Керженцев*

На протяжении нескольких последних десятилетий в мировой практике является общепринятым, что любая новая медицинская программа не может быть внедрена и рекомендована к широкому использованию без комплексного анализа её медико-экономической эффективности (Drummond M., 1997; McGuire A., 1988; Murray C.J. L., 1996; Sackett D.L., 1991). Появилось много отечественных работ, посвящённых анализу эффективности в здравоохранении (Алмазова Е.Г., 2007; Власов В. В., 2001; Ермаков С.П., 2000; Кадыров Ф.Н., 1995; Окушко Н. Б., 2000; Пушкарёв О. В., 2008 и др.). Естественно, это в первую очередь касается таких больших популяционных программ как диспансеризация.

Несмотря на большое число публикаций и достаточно развитый теоретический аппарат, исследование эффективности массовых программ как предметно-практическая область в практике современного российского здравоохранения находится лишь на этапе становления. Значительная часть средств здравоохранения все ещё распределяется вне зависимости от реальных результатов реализации программ. Практически отсутствуют оценки альтернативных вариантов вложения финансовых средств.

В настоящее время общепризнано, что при разработке стратегии развития в здравоохранении следует руководствоваться следующим базовым принципом: ресурсы должны распределяться по видам воздействий и группам населения так, чтобы обеспечить возможный наивысший уровень здоровья населения. Однако, в Российской Федерации не всегда используется анализ эффективности при внедрении новых программ и чаще всего отсутствуют сведения о количественных соотношениях затрат и результатов их внедрения, что приводит к нерациональному распределению ресурсов.

Основными программными документами Правительства РФ, Программой модернизации здравоохранения, Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусматривается формирование в стране ресурсосберегающей и высокотехнологичной модели здравоохранения. В системе здравоохранения имеются цели, пересекающиеся с целями других социальных систем. Поэтому особое внимание должно уделяться оценке экономической, социальной и медицинской эффективности программ здравоохранения на всех его уровнях. Обеспечение более высокого эффекта от вложенных ресурсов становится средством повышения доступности медицинской помощи для всех слоёв населения.

Все вышесказанное свидетельствует о высокой теоретической и прикладной значимости комплексного анализа современного состояния оценки эффективности программ в здравоохранении и, прежде всего, диспансеризации населения.

Необходимо отметить, что многие годы в прикладной медицинской статистике рассчитывался ряд показателей, количественно характеризовавших процесс диспансеризации населения. Многие из них именуются показателями эффективности диспансеризации. Так, по мнению С.А. Леонова и соавт. (2008 г.) под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов. К ним относятся динамика заболеваемости и болезненности по данным заболеваемости с временной утратой трудоспособности для работающих; общая заболеваемость по основной и сопутствующей патологии; госпитализированная заболеваемость; инвалидизация, в том числе первичная; летальность; исходы диспансеризации по данным годовых эпикризов (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение).

При этом оценку эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по следующим группам:

I группа – практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни;

II группа – граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства;

III группа – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечении в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания после лечения которых наступает выздоровление);

IV группа – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях, состоящие на диспансерном учете по хроническому заболеванию;

V группа – граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Предложена методика определения показателей эффективности диспансеризации хронических больных (Леонов С.А., Сон И.М., 2008), включающая в себя следующие расчетные показатели:

– определение удельного веса больных, снятых с диспансерного учета по заболеванию;

– расчёт заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях на 100 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением) по конкретным нозологическим формам, по поводу которых больные взяты

под диспансерное наблюдение. Сравнение полученного показателя с показателем за предыдущий год (или за несколько лет). Эффективность диспансеризации подтверждается снижением величины показателя.

Оценивают также (Леонов С.А., Сон И.М., 2008):

– показатель первичной инвалидности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением за год (на 1000 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением);

– удельный вес больных, состояние здоровья которых улучшилось в течение года;

– смертность лиц, находящихся на диспансерном учете (на 1000 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением);

– уровень госпитализации лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

Мы не будем подробно останавливаться на методах расчёта вышеперечисленных показателей и источниках статистической информации, необходимых для расчёта, т.к. об этом говорится в главе, посвященной учётно-отчётной документации и статистике диспансеризации. Отметим лишь, что при всей значимости этих параметров они *не могут рассматриваться как интегральные критерии эффективности диспансеризации*. Скорее это количественное выражение медицинского эффекта программ диспансеризации.

## 1. Современные методы оценки эффективности в здравоохранении

Эффективность в первую очередь и в наибольшей степени указывает, что те или иные управленческие решения оправданы в том смысле, что полученные результаты превосходят затраченные на них средства (эффективность, связанная с распределением ресурсов). В терминах экономического анализа это означает, что эффективность рассматривается как выбор наилучшего способа использования ограниченных ресурсов для осуществления перспективных программ. Таким образом, эффективность создаёт основу для оценки затрат и результатов, с помощью которой можно определить оптимальное распределение ресурсов на разные затратные программы, включая медицинскую помощь.

Экономические оценки всегда выполняются с одной главной целью – облегчения выбора между альтернативами использования имеющихся ресурсов. Проводя такое исследование, необходимо помнить, что ценой выполнения той или иной медицинской программы являются не финансовые ресурсы, на неё потраченные, а та медицинская помощь, которую можно было бы оказать, используя эти деньги другим, более эффективным образом.

Таким образом, экономический анализ всегда связан с *проблемой выбора*, а, следовательно, должен, по возможности, выявить и рассмотреть все возможные альтернативы. Первая задача экономического анализа состоит в выборе модели, используемой для исследования процесса функционирования системы, и определении критериев, полезных для принятия решения о распределении ограниченных ресурсов по различным направлениям их использования.

В настоящее время наиболее современными являются *методы полной экономической оценки*, при реализации которых обеспечивается не только сопоставление затрат и результатов, но и предоставляется возможность сравнивать альтернативные варианты. *Затраты* в здравоохранении в основном представлены затратами ресурсов и негативными атрибутами нездоровья населения (ущерб от заболеваемости, смертности трудоспособной

части населения и т. д.). *Результаты и критерии их количественной оценки* являются сложной проблемой для здравоохранения. В целом эффективность затрат лежит в основе экономической концепции возможных затрат, т.е. реальные затраты на деятельность – это цена альтернативной попытки, которая могла бы быть предпринята при наличии таких же ресурсов. Систематизация основных типов экономического анализа, которые используются в системе здравоохранения, приведена в таблице 11.1.

Важной чертой современного экономического анализа в здравоохранении является то, что он работает и с затратами, и с результатами. Экономическую оценку можно определить как сравнительный анализ альтернативных способов действия через рассмотрение затрат и результатов. Следовательно, важнейшая часть любой экономической оценки – идентификация, измерение, оценка и сравнение затрат и результатов рассматриваемых альтернатив. Эти задачи характеризуют все экономические оценки, включая и те, которые связаны со здравоохранением на любом уровне иерархии, включая и профилактические программы. В настоящее время в России с учётом международного опыта используются пять основных видов экономической оценки эффективности (Drummond M., 1997; Окушко Н.Б., 2000). Это отражено в отраслевом стандарте РФ «Клинико-экономические исследования. Общие положения» (2002):

- анализ «стоимость болезни» (COI – cost of illness);
- анализ «затраты – эффективность» (CEA – cost-effectiveness analysis);
- анализ «минимизация затрат» (CMA – cost minimization analysis);
- анализ «затраты – полезность (утилитарность)» (CUA – cost-utility analysis);
- анализ «затраты – выгода (польза)» (CBA – cost-benefit analysis).

Определение затрат и их анализ в денежной форме совпадают для всех типов оценок. Однако природа рассматриваемых результатов в разных оценках различна. Рассмотрим каждый из методов подробнее.

**Стоимость болезни** (COI – cost of illness) – это тип экономического анализа, при котором подсчитывается общая (полная) стоимость конкретной нозологии с учётом различного типа затрат (медицинских и немедицинских, прямых и косвенных). Использование этого метода возможно в рамках *одного определённого* медицинского учреждения для оптимизации расчётов тарифов на медицинскую помощь. Этот анализ необходим в рамках работ по ОМС, но он не создаёт условий для управления качеством оказания медицинской помощи и оценки её эффективности.

**Затраты – эффективность** (CEA – cost-effectiveness analysis) – это тип экономического анализа, при котором производится сравнительная оценка затрат для двух и более вариантов (вмешательств), результат которых измеряется в одних и тех же единицах. Главная цель анализа «затраты – эффективность» – сравнение затрат на единицу эффекта (или наоборот), получаемого в результате реализации программы. Анализ такого рода позволяет учесть и соотнести как расходы, так и результаты лечебных и управленческих мероприятий. Важно отметить, что используя метод «затраты – эффективность», можно сопоставлять совершенно разные программы здравоохранения, направленные на единую цель. Так, можно сравнивать программы, направленные на лечение кардиологических заболеваний, профилактику любых заболеваний, скорую помощь и т.д. Главное – чтобы эти

## Основные виды экономического анализа в здравоохранении

Суть экономического анализа состоит в сравнительном сопоставительном анализе альтернативных возможностей в терминах предполагаемых затрат на их реализацию и ожидаемых последствий от внедрения

		Проверяются оба элемента программ: затраты (входы) и результаты (выходы)?		
		НЕТ		ДА
Предполагается ли сравнивать две или более альтернативных программ?	НЕТ	Проверяются только результаты	Проверяются только затраты	
		ДА	ДА	Метод частичной оценки: Оценка действенности или эффективности (Efficacy or effectiveness evaluation)

программы ставили единую цель (например, уменьшение потерь капитала здоровья). На макроуровне и на отраслевом уровне метод «затраты – эффективность» должен найти в ближайшем будущем широкое применение, так как без него очень трудно перейти от планирования затрат к планированию результатов при разработке региональных и местных бюджетов (к бюджетированию, ориентированному на результат). Применительно к эффективности в здравоохранении анализ по методу «затраты – эффективность» предполагает оценку эффекта по увеличению сроков жизни населения, сокращению заболеваемости по тому или иному виду болезней, повышению качества оказания медицинских услуг населению и т.д. Это наиболее значимое медико-экономическое исследование, которое может проводиться как на уровне отдельных медицинских вмешательств, так и на уровне принятия управленческих решений. Подобный анализ может проводиться и на уровне региона и муниципального образования. В частном случае, когда результаты программ совершенно идентичны, анализ «затраты – эффективность» сводится лишь к сравнению затрат. Такой анализ называют анализом «минимизации затрат».

**Минимизация затрат** (CMA – cost minimization analysis) – экономический анализ, при котором сравнивается стоимость двух и более вариантов, имеющих идентичный результат, но разной стоимости. Анализ затрат должен начинаться с определения основных направлений расходования ресурсов и структуры затрат. Данный метод сводит принятие решения к простому выбору наиболее дешевого варианта, но вовсе не ограничивается лишь оценкой затрат. Для формирования квалифицированного мнения о преимуществе того или иного варианта необходимо быть уверенным, что различий результатов вариантов нет или что эти различия несущественны. На макроуровне этот метод в здравоохранении практи-

чески не применяется. На отраслевом уровне примером применения данного метода в здравоохранении может быть региональная программа внедрения стационарозамещающих технологий вместо дорогостоящего стационарного лечения. Этот метод не учитывает результаты применения медицинских и управленческих технологий, априори принимая их одинаковыми. Он позволяет выбрать наиболее дешёвые технологии и оценить некоторые экономические показатели без учёта эффективности, поэтому он имеет ограниченное применение в медицине, основанной на доказательствах.

**Затраты – полезность** (CUA – cost-utility analysis) – это частный случай анализа «затраты – эффективность». Если анализ «затраты – эффективность» может выполняться как для окончательных, так и для промежуточных исследований, то анализ «затраты – полезность» затрагивает только окончательные результаты. При этом результаты оцениваются в единицах «полезности», для этой цели используются стандартизованные по качеству годы жизни QALY.

**Затраты – выгода** (CBA – cost-benefit analysis). Как уже отмечалось, анализ «затраты – полезность» сопряжен со сложностями, обусловленными трудностью измерения коэффициентов полезности. Поэтому в некоторых случаях, когда результат можно выразить в денежном измерении (например, при сокращении дней нетрудоспособности), различные программы удобнее оценивать при помощи анализа «затраты – выгода». В этом случае результаты измеряются при помощи *денежной выгоды*, которая сравнивается с затратами на реализацию программы. CBA – тип экономического анализа, при котором как стоимость, так и выгода представлены в денежном выражении, что даёт возможность сравнивать *экономическую эффективность различных программ с различными результатами*.

## Детерминированные математические модели оценки экономической эффективности

№№	Вид анализа	Расчётные формулы	Расчётные величины	Критерий
1.	«Стоимость болезни»	$COI = DC + IC;$ $Тариф = \frac{COI_1 + COI_2 + .. + COI_n}{n}$	COI – показатель стоимости болезни; DC – прямые затраты; IC – косвенные затраты; n – число пациентов.	Полная стоимость лечения болезни на различных этапах
2.	«Минимизация затрат»	$CMA = DC1 - DC2$ или $CMA = (DC1 + IC1) - (DC2 + IC2)$	CMA – разница затрат; DC <sub>1</sub> , IC <sub>1</sub> – прямые и косвенные затраты для первого варианта; DC <sub>2</sub> , IC <sub>2</sub> – то же, для второго варианта.	Отсутствуют, т.к. технологии обладают идентичными эффектами
3.	«Затраты – эффективность»	$CEA = \frac{DC + IC}{Ef}$ или $CEA = \frac{(DC_1 + IC_1) - (DC_2 + IC_2)}{Ef_1 - Ef_2}$	CEA – соответственно затраты или приращение затрат на единицу эффективности; Ef <sub>1</sub> , Ef <sub>2</sub> – эффекты лечения при применении 1-й и 2-й технологий; DC <sub>1</sub> , IC <sub>1</sub> , DC <sub>2</sub> , IC <sub>2</sub> – смотри пункт 2.	Годы сохранённой жизни, предотвращённые случаи смерти, показатель DALY и другие.
4.	«Затраты – полезность»	$CUA = \frac{DC + IC}{Ut}$ или $CUA = \frac{(DC_1 + IC_1) - (DC_2 + IC_2)}{Ut_1 - Ut_2}$	CUA – показатель затрат или приращения затрат на единицу полезности (утилитарности); Ut <sub>1</sub> , Ut <sub>2</sub> – полезность при 1-м и 2-м вариантах.	Годы качественной жизни – показатель QALY.
5.	«Затраты – выгода»	Расчёт ведётся с использованием методик п. 2 совместно с п.3 и п.4). Индивидуальная методика не разработана	-----	Прямая выгода (в днях) от применения технологии по сравнению с альтернативным методом

Необходимо подчеркнуть, что целью классификации методов является иллюстрация различий аналитических характеристик существующих исследований, а не указание, какой из типов анализа использовать в определённой ситуации. Очень часто в начале работы исследователь не может предсказать, какой из перечисленных методов анализа будет использован в конечном итоге, поскольку это может существенно зависеть от результатов соответствующих оценок эффективности изучаемых программ. Более того, для разрешения особо сложных проблем разные подходы иногда применяются совместно. Исследователю важнее всего понять, сочетается ли сложность анализа с широтой поставленного вопроса.

Рассмотренные методы экономического анализа основаны на использовании аналитических детерминированных моделей. В таблице 11.2 представлены используемые в настоящее время математические модели и критерии оценки экономической эффективности. Это упрощённые модели первого приближения (или «классические» модели).

Следует указать, что для понимания того, пригоден ли конкретный метод оценки в отношении поставленного вопроса, пользователь должен знать об указанных различиях. Во-вторых, не следует преувеличивать возможности этих методов анализа. Ни один из них не является «магической» формулой, избавляющей лицо, принимающее решения, от размышлений, ответственности или риска, хотя каждый из методов может улучшить качество или обоснованность принятия решения. По существу,

это методы критического мышления при подходе к выбору, и часто – к временному отказу от трудного выбора и решению оставить вопрос открытым для обсуждения.

Методы, хотя и позволяют получить количественные оценки величины затрат и результатов программы, качественно представляют собой лишь те рамки, в которых производится определение и представление экономических факторов, влияющих на принятие решения. Будут ли факторы, представленные в анализе, фактически доминировать при принятии конкретного решения, будут ли ограничения экономической оценки существенно снижать её полезность для конкретной ситуации – это, в конечном счёте, остается на усмотрение лица, принимающего решения.

Конкретный выбор между представленными видами экономической оценки зависят от целей и задач исследований, исследуемой медицинской или управленческой технологии, результата применения технологии и способа её оценки. Предложенные детерминированные математические модели (табл. 11.2) предназначены, в основном, для экономической оценки эффективности медицинских вмешательств, хотя могут быть распространены и на другие случаи, т.к. они заимствованы из общей теории экономического анализа.

В настоящее время научной основой принятия решений в здравоохранении становятся данные грамотно проведённых исследований с привлечением *теории человеческого капитала*, его главной составляющей – капитала здоровья. Поэтому разработка интегрального критерия и

методики расчёта потерь капитала здоровья для оценки эффективности системы здравоохранения на уровне государственных, региональных и муниципальных органов управления является одной из наиболее важных задач.

Методика экономической оценки капитала здоровья и её научно-практическое применение. Используемая в России система исходных понятий и практика формирования ряда показателей, характеризующих состояние системы здравоохранения и здоровья населения, должна соответствовать международным стандартам. Однако, исходная информация по общей заболеваемости, по заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инфекционной заболеваемости и ресурсам здравоохранения регистрируется в различных государственных учреждениях. Ведомственная разобщённость «производителей и держателей» важнейшей информации не способствует формированию в России единой научно обоснованной методологии комплексной интегральной оценки здоровья населения и экономических потерь в результате неэффективной работы системы здравоохранения, а это не способствует определению приоритетных проблем здравоохранения. Эта проблема может быть решена с привлечением теории человеческого капитала. Его главная составляющая – капитал здоровья, поэтому разработка интегрального критерия и методики расчёта потерь капитала здоровья для оценки эффективности системы здравоохранения на уровне органов управления является одной из наиболее важных задач современной макроэкономики здравоохранения (Пушкарёв О.В., 2008)

Методика расчёта потерь человеко-лет здоровой жизни предложена В.П. Казначеевым, И.Ф. Мингазовым, Я.В. Поляковым и др. (Казначеев В.П. и соавт., 2002). Особенность данного унифицированного метода в том, что учитывается ущерб не только от заболеваемости и преждевременной смертности, но и от потерь из-за младенческой смертности, низкой рождаемости и аборт, из-за инвалидности и временной нетрудоспособности по болезни и «груз болезней». Потери человеко-лет жизни на 1 млн. жителей в год определяются как

$$D = M + N + S + R + F + J + G; \quad (11.1)$$

где  $D$  – потери человеко-лет всего населения на 1 млн. чел.;  $M$  – из-за преждевременной смертности трудоспособного населения;  $N$  – временной утраты трудоспособности по болезни;  $S$  – коэффициент стагнации, накопление «груза болезней»;  $R$  – по причине инвалидизации;  $F$  – из-за абортов;  $J$  – по причине низкой рождаемости, недостаточной для воспроизводства населения;  $G$  – обусловленные младенческой смертностью.

Методика расчёта каждой составляющей формулы 11.1 имеет свои особенности, об суждение которых выходит за рамки настоящей работы.

Резюмируя все вышеизложенное, можно отметить, что методика современного экономического анализа в здравоохранении появилась вследствие внедрения теории человеческого капитала и финансового макроанализа как деятельности, основанной на сопоставлении величин затрат на здравоохранение на уровне отдельной территории с величинами социально-экономического ущерба – потерь ВВП от заболеваемости, инвалидности и смертности населения этой территории. Такой подход создал предпосылку для постановки вопроса об экономической эффективности здравоохранения, окупаемости инвестиций в человека или просто о народнохозяйственном значении затрат на охрану здоровья. При этом здравоохранение рассматривается не только как фактор

повышения благосостояния людей, но и как фактор экономического роста: оно обеспечивает соответствие качественной рабочей силы требованиям рынка труда. В этом свете и следует рассматривать вопрос об установлении социального норматива: расходов на здравоохранение в процентах ВВП. ВОЗ рекомендовала правительствам стран мира руководствоваться 5 % ВВП в качестве минимального социального стандарта экономического обеспечения здравоохранения.

Возникает вопрос, по каким же критериям можно судить о том, в каком направлении ведут нас реорганизационные процессы в системе здравоохранения? Предложен *интегральный показатель для оценки эффективности системы здравоохранения на уровне управления и методика расчёта капитала здоровья, как основного критерия повышения уровня жизненного потенциала*. Он позволяет дать ответ на три основных вопроса: каковы экономические потери общества от потерь капитала здоровья населения, каковы роль здравоохранения и оптимальная стратегия уменьшения этих потерь.

Научный метод определения цены человеческой жизни основан на подсчёте стоимости товаров и услуг (ВВП), которые могли бы быть произведены при сохранении жизни и здоровья людей. Эту идею выдвинул классик политической экономии Ф. Кэне. В настоящее время она получила распространение в работах российских учёных, которые показали значение здравоохранения для развития экономики и повышения её эффективности (Аганбегян А.Г., 1981). Поэтому с экономической точки зрения результатами проведения диспансеризации граждан должны быть:

- снижение прямых экономических затрат на лечение и реабилитацию больных;
- уменьшение не прямых расходов, связанных с длительной нетрудоспособностью, инвалидизацией, смертностью в трудоспособном возрасте и социальной помощью.

#### **Регулирующий эффект системы здравоохранения.**

Для анализа эффективности управления здравоохранением на государственном, региональном и муниципальном уровнях введено новое понятие – *регулирующий эффект системы здравоохранения (РЭЗ)* (Пушкарёв О.В., 2008). *Под регулирующим эффектом здравоохранения понимается степень изменения (увеличения или уменьшения) потерь капитала здоровья населения с изменением затраченных на это ресурсов здравоохранения*. Данный показатель впервые позволяет соизмерить полученные результаты (потери капитала здоровья) с затратами (консолидированный бюджет здравоохранения) за определённый интервал времени (год, месяц) при текущем управлении или в период реформирования системы здравоохранения. РЭЗ определяется отношением приращения потерь человеко-лет жизни ( $\Delta ПКЗ$ ) к приращению затрат ( $\Delta ПЗЗ$ ), выраженных в относительных единицах или процентах, по формуле 13.2:

$$РЭЗ = \frac{\Delta ПКЗ}{\Delta ПЗЗ} = \frac{\left( \frac{ПКЗРВ - ПКЗПВ}{ПКЗПВ} \right)}{\left( \frac{ЗЗРВ - ЗЗПВ}{ЗЗПВ} \right)}, \quad (11.2)$$

где РЭЗ – регулирующий эффект системы здравоохранения;  $\Delta ПКЗ$  – приращение потерь человеко-лет в относительных единицах за расчётный период времени;  $\Delta ПЗЗ$  – приращение затрат на здравоохранение в относительных

## Оценка регулирующего эффекта здравоохранения на уровне управления и правила принятия решений

	Приращение затрат на здравоохранение $\Delta ПЗ > 0$	Приращение затрат на здравоохранение $\Delta ПЗ \leq 0$
Результат: Приращение потерь капитала здоровья $\Delta ПКЗ < 0$	Вариант I: Регулирующий эффект системы здравоохранения Эффективно. Предпочтение отдается методам управления с максимумом уменьшения потерь капитала здоровья на единицу затрат.	Вариант II: Регулирующий эффект системы здравоохранения Наибольший эффект. Несмотря на уменьшение затрат на ЗО, потери капитала здоровья уменьшаются за счёт оптимизации управления и организации
Результат: Приращение потерь капитала здоровья $\Delta ПКЗ \geq 0$	Вариант III: Регулирующий эффект системы здравоохранения Неэффективно ни с экономической точки зрения, ни с медицинской, ни с социальной. От такого управления или реорганизации ЗО следует отказаться.	Вариант IV: Регулирующий эффект системы здравоохранения Неэффективно. Недостаток финансирования приводит к потерям человеческого капитала.

единицах за это же время; ПКЗРВ – потери человеко-лет за расчётный период времени; ПКЗПВ – потери человеко-лет в предыдущий год (месяц); ЗЗРВ – затраты на здравоохранение за расчётный период времени, тыс. рублей; ЗЗПВ – затраты на здравоохранение в предыдущий год (месяц), тыс. рублей.

Приращения финансовых ресурсов здравоохранения и преждевременных потерь человеко-лет жизни населения могут находиться не только в обратной, но и в прямой зависимости друг от друга. *Количественный* показатель эффективности здравоохранения на уровне управления определяется абсолютной величиной РЭЗ. Модуль  $|РЭЗ|$  показывает, в какой степени изменение потерь человеко-лет жизни определяется изменением затрат на здравоохранение. Степень положительного эффекта должна определяться нормативным коэффициентом. *Качественный* макроэкономический мультипликаторный эффект здравоохранения можно оценить по таблице 11.3.

Необходимо обратить внимание, что при принятии окончательного решения об эффективности управления главное значение имеют знаки (плюс или минус) у приращения потерь капитала здоровья ( $\Delta ПКЗ$ ) и у приращения затрат ( $\Delta ПЗ$ ). *Судить об эффекте можно только анализируя знаки и числителя и знаменателя, а не результирующий знак РЭЗ, который не является показателем эффекта управления.* В зависимости от результата анализа, принимается соответствующее управленческое решение. Варианты I и II – управление эффективно. Варианты III и IV – управление неэффективно.

Алгоритм расчёта РЭЗ следующий:

- определяются преждевременные потери человеко-лет населения региона или России за исследуемый период;
- по формуле 11.2 рассчитывается регулирующий эффект – РЭЗ;
- по таблице 11.2 и по знакам  $\Delta ПКЗ$  и  $\Delta ПЗ$  оценивается качественный макроэкономический мультипликаторный эффект здравоохранения. Делается заключение об эффективности или неэффективности управления;
- если управление эффективно, определяется степень эффективности сравнением модуля  $|РЭЗ|$  с нормированным коэффициентом, равным 30 %;
- делается окончательный вывод относительно эффективности использования финансовых средств при управлении за рассматриваемый период времени и тенденция его изменения.

В завершение описания современных моделей эффективности в здравоохранении необходимо упомянуть

о математической модели эффективности профилактических осмотров населения, разработанной российскими исследователями (Алмазова Е.Г., Микшина В.С., 2007). Характерной особенностью деятельности лечебно-профилактических учреждений в целом является непрерывное воздействие множества детерминированных, стохастических и неопределённых факторов.

В рамках предложенной модели процесс профилактического осмотра рассматривается как массовое вероятностное явление, основой моделирования которого служит теория случайных процессов. При этом процесс профосмотра можно представить в виде последовательности случайных событий, переводящих объект из одного состояния в другое. Для описания таких процессов, в которых изучаемый объект дискретно изменяет свое состояние под действием случайных событий, успешно применяются математические модели, основанные на применении аппарата дискретных марковских цепей.

Математическая модель оценки эффективности профилактических осмотров на основе дискретных марковских цепей позволяет определить целевую функцию, учитывающую экономические затраты на основные виды подготовительной работы к проведению профилактических осмотров. Предлагаемая целевая функция на основе дискретных марковских цепей позволяет решить ряд важных задач, связанных с оптимальным распределением имеющихся ресурсов на проведение профилактических осмотров. Реализация математических моделей на основе дискретных марковских цепей требует использования конкретных значений экономических показателей, оценивающих трудозатраты на проведение профилактических осмотров.

## 2. Экономическая и медико-социальная эффективность диспансеризации

Одним из приоритетов современного российского здравоохранения является усиление профилактической направленности здравоохранения, включая диспансеризацию и охрану материнства и детства; повышение качества медицинской помощи при гарантированном обеспечении доступности бесплатной медицинской помощи в условиях адекватного затратам финансирования и четкой нормативно-правовой базы отрасли (Кучеренко В.З. и соавт., 2010).

Особую важность оценка эффективности проведения диспансеризации населения обуславливает ситуация в общественном здоровье Российской Федерации, характеризующаяся следующими факторами:

– *демографический переход* – изменение численности и половозрастной структуры населения;

– *эпидемиологический переход* – доминирование неинфекционной составляющей в структуре потерь человеческого капитала (сердечно-сосудистая патология, новообразования, травмы и отравления). В то же время остается тревожной и ситуация с рядом важнейших инфекционных заболеваний (туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и т.д.);

– *технологический переход* обусловлен стремительным развитием науки, медицины, биотехнологий, информационных технологий;

– *рискогенный переход* связан с широким распространением вредных привычек и опасных для здоровья аспектов экономического развития.

Совершенствование моделей влияния на здоровье (в т.ч. диспансеризации населения как важнейшего компонента) и повышение их эффективности приобретает особую актуальность в связи с рядом экономических, социальных и экологических изменений. Например, рост ВВП и ВРП способствует сокращению материнской и детской смертности, инфекционной заболеваемости и улучшению качества питания при условии адекватных инвестиций в развитие человеческого капитала (здравоохранение, образование). Но рост ВВП и ВРП зачастую связан и с усилением негативных аспектов: загрязнение окружающей среды, потребление табака и алкоголя, нерациональное питание. Особого внимания требует возможное перераспределение ресурсов здравоохранения в пользу наиболее дорогостоящих технологий (специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь) в ущерб профилактическим программам. Для иллюстрации вышеизложенного можно привести следующее: в США на цели профилактической медицины выделяется 50 % бюджета здравоохранения; в России – около 6 %.

Кроме того, необходимо учитывать, что диспансеризация – не только выявление и учет заболевших. Основной смысл заключается в оздоровлении выявленных контингентов. Конечно, можно дать рекомендации по здоровому образу жизни, диете, физической активности, по прекращению курения. Однако следует иметь в виду, что почти половина взрослого населения имеет повышенное АД, у многих не соответствуют норме уровни холестерина и глюкозы крови. Эти проявления предвосхищают дальнейшее развитие патологии и требуют часто пожизненной терапии. Активное оздоровление выявленных больных (в т.ч. и находящихся в стадии «предболезни») потребует не только финансовых затрат системы здравоохранения, но и учета социального и образовательного статуса населения.

По данным Е.И. Чазова лишь 19 % пациентов, перенесших инфаркт миокарда, впоследствии наблюдаются у специалистов, а за год в России происходит до 30 тыс. повторных инфарктов. Но и программы по улучшению здравоохранения, принятые за последние годы, по мнению Е.И. Чазова, тоже не прошли даром. Так, за 2004-2011 гг. численность пациентов с заболеваниями системы кровообращения, находящихся на диспансерном наблюдении, выросла с 28,2 до 36,2 %.

Говоря об экономических аспектах диспансеризации, следует отметить, что принцип финансирования «деньги следуют за больным, внедряющийся в систему здравоохранения с начала реформ 90-х годов, может препятствовать проведению массовой диспансеризации населения. Этот принцип, на первый взгляд, является весьма логичным. Но в результате его расширенного применения (т.е.

не только на стационарном этапе оказания медицинской помощи, но и в поликлиниках) сложилась парадоксальная ситуация: *система здравоохранения сегодня экономически мотивирована в том, чтобы среди населения всегда были хронические и тяжелые больные.* Это входит в противоречие с основными принципами диспансеризации, изначально основанной на том, что исследование состояния здоровья и при необходимости назначение профилактического лечения может предотвратить необходимость более высокозатратных медицинских вмешательств.

О высокой значимости медико-социальной и экономической значимости профилактических программ и диспансеризации населения говорится и в Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации», принятой Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р). Высокая социально-экономическая значимость диспансеризации обусловлена тем, что неперенным условием для преодоления неблагоприятной демографической ситуации, имеющей место в Российской Федерации на протяжении последних двух десятилетий, наряду с повышением уровня рождаемости является снижение чрезвычайно высокой смертности населения, обусловленной, главным образом, смертностью от неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические бронхо-легочные заболевания) и внешних причин (травмы и отравления). *Неинфекционные заболевания имеют общую структуру факторов риска их развития и обуславливают около 80 % всех причин смерти в нашей стране.* В связи с этим решение задачи снижения смертности от неинфекционных заболеваний наряду с повышением уровня рождаемости является неперенным условием для преодоления неблагоприятных демографических тенденций последних десятилетий.

Несмотря на устойчивую тенденцию снижения смертности от болезней системы кровообращения (в 2006 г. – 927 случаев на 100 тыс. населения, 2009 г. – 801 случай, в 2011 – 753 случая), они являются основной причиной смерти не только среди неинфекционных заболеваний, но и в общей структуре смертности (56,7 %), что существенно превышает данный показатель не только в США (34 %), но и в большинстве европейских стран, в том числе странах бывшего социалистического лагеря за исключением Болгарии и Румынии. В России болезни системы кровообращения являются причиной 64,8 % смертей у женщин и 49,0 % у мужчин.

Среди всех болезней системы кровообращения основными причинами смерти населения являются ишемическая болезнь сердца, в том числе осложненная хронической сердечной недостаточностью, а также цереброваскулярные болезни. Среди болезней системы кровообращения доля умерших от ишемической болезни сердца составляет 51,5 %, а доля умерших от цереброваскулярных болезней 32,8 %. В общей структуре смертности доля острой формы ишемической болезни сердца (инфаркта миокарда) составляет около 3 %, доля острой формы цереброваскулярных заболеваний (острые нарушения мозгового кровообращения) около 18 %. В структуре смертности от ишемической болезни сердца на долю смертей от инфаркта миокарда приходится только 11,6 %. В США, где показатель смертности от инфаркта миокарда практически равен российскому (соответственно 48 и 45 на 100 тыс. населения) на долю смертей от инфаркта в структуре смертей от ишемической болезни сердца приходится 33,1 %. Эта разница главным

образом объясняется большим уровнем смертности в России от хронической формы ишемической болезни сердца при практически равной с США распространенности (на 100 тыс. взрослого населения в США – 7652, а в России – 6249). В России смертность от ишемической болезни сердца в основном обусловлена ее осложнением – хронической сердечной недостаточностью, при которой 5-летняя выживаемость составляет не более 50 %. По данным клинико-эпидемиологических исследований численность в больницах с хронической сердечной недостаточностью в России составляет столько же, сколько и в США (около 8 миллионов человек), где общая численность населения превышает Российскую более чем в 2 раза.

При наличии высокого значения показателя обеспеченности населения койками в Российской Федерации имеет место очень высокий уровень внегоспитальной смертности, в основном обусловленной внезапной сердечной смертью и превышающей 80 % (в США, Японии этот показатель составляет около 50–60 %). В России внегоспитальная смертность от ишемической болезни сердца составляет 85,8 %, а от цереброваскулярных заболеваний 72,9 %. Одной из ведущих причин внегоспитальной смертности является внезапная сердечная смерть, особенно высокая в нашей стране среди мужчин. Частота внезапной сердечной смерти в Российской Федерации по данным клинико-эпидемиологических исследований составляет 156 случаев среди мужчин и 72 случая среди женщин на 100 тыс. населения в год. По данным клинико-эпидемиологического исследования в общей популяции Москвы, среди всех причин смерти, наступившей вне медицинских учреждений, доля внезапной сердечной смерти достигает 39,4 % и соответствует 92,5 случаям на 100 тыс. жителей в год. В США и странах Европы ежегодный показатель ВСС составляет около 20 случаев на 1000 населения. Основными причинами внезапной сердечной смерти являются жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма у больных ишемической болезнью сердца, особенно после перенесенного инфаркта миокарда и при наличии хронической сердечной недостаточности.

На протяжении последних 7 лет в 3 раза снизилось признание первичной инвалидизации вследствие болезней системы кровообращения (с 984,2 тыс. человек в 2005 году до 315,1 тыс. человек в 2011 году). Признаны инвалидами вследствие болезней системы кровообращения 2,1 миллиона человек, из них в трудоспособном возрасте около 25 %. В структуре первичной инвалидности по причинам болезней системы кровообращения на долю артериальной гипертензии приходится 9,3 %, ишемической болезни сердца – 40,9 % и цереброваскулярных болезней – 37,6 %.

В общей структуре временной нетрудоспособности работающих на долю болезней системы кровообращения приходится около 10 %. Средняя продолжительность одного случая составляет около 16 суток. В структуре причин временной утраты трудоспособности от болезней системы кровообращения лидирует артериальная гипертензия, число случаев которой составляет 53,7 %, на долю ишемической болезни сердца приходится 18 %, цереброваскулярных болезней – 12,2 %.

*Злокачественные новообразования занимают второе место среди всех причин смертности населения России и смертности от неинфекционных заболеваний. Их удельный вес в общей структуре смертности составляет 14,3 %. Более 40 % среди впервые регистрируемых боль-*

*ных злокачественными новообразованиями выявляются в III-IV стадии заболевания. Это приводит к их значительной инвалидизации из-за меньшей эффективности лечения. Ежегодно в России более 200 тыс. больных впервые признаются инвалидами от онкологического заболевания (13,5 % от общего числа инвалидов). В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России основными локализациями патологического процесса являются: кожа (14,0 %), молочная железа (11,1 %), легкое (11,0 %), желудок (7,7 %), ободочная кишка (6,4 %), предстательная железа (5,1 %), прямая кишка (5,0 %), лимфатическая и кроветворная ткань (4,7 %), тело матки (3,8 %), почка (3,6 %), шейка матки (2,8 %).*

Несмотря на увеличение с 2006 года ожидаемой продолжительности жизни населения в России на 2,43 года, в 2011 году она составила 70,3 года, что существенно меньше, чем в среднем по Европе (78 лет). *При этом особую актуальность имеет проблема сверхвысокой смертности среди лиц трудоспособного возраста. На лиц, не достигших возраста в 60 лет, в Российской Федерации приходится 39,7 % всех смертей. Среди мужчин трудоспособного возраста большинство смертей (32,4 %) обусловлено болезнями системы кровообращения, 29,5 % – внешними причинами и 21,7 % – злокачественными новообразованиями. Среди женщин трудоспособного возраста наибольшее количество смертей обусловлено злокачественными новообразованиями (38,6 %), на втором месте по значимости находятся болезни системы кровообращения (27,9 %), на третьем – смерть от внешних причин (19,6 %). За счет смертности только от болезней системы кровообращения в нашей стране в трудоспособном возрасте каждый год теряется около 2 миллионов лет потенциальной активной жизни (потерянные годы потенциальной жизни – ППГЖ), что приравнивается к полноценной жизни средней продолжительности 31 тыс. человек. Основная доля ППГЖ (около 85 %) приходится на мужчин.*

По оценкам экспертов ВОЗ важнейшую роль в развитии неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации играют такие факторы риска, как артериальная гипертензия (величина вклада 35,5 %), гиперхолестеринемия (23,0 %), курение (17,1 %), недостаточное потребление фруктов и овощей (12,9 %), ожирение (12,5 %), недостаточная физическая активность (9,0 %), а также фактор злоупотребления алкоголем (11,9 %). Первые два фактора риска (артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия) относятся к категории биологических факторов, но они в очень большой степени зависят от всех остальных факторов риска, которые относятся к категории поведенческих или связанных с нездоровым образом жизни.

Вклад алкоголя в уровень смертности в России в последние десятилетия традиционно был аномально высок. Статистически значимые корреляции с динамикой индикаторов потребления алкоголя (смертность от алкогольных отравлений, заболеваемость алкогольными психозами) демонстрируют показатели смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи), от ишемической болезни сердца, алкогольной кардиомиопатии, геморрагического инсульта, алкогольной болезни печени, цирроза и фиброза печени, пневмонии и др.

Причина высокого вклада алкогольной смертности в общую в России заключается в «северной» модели потребления алкоголя, включающей потребление больших доз этанола в течение короткого периода времени пре-



имущественно в виде крепких напитков. В то же время рост потребления алкоголя среди подростков и молодежи в постсоветский период происходил за счет потребления этой группой населения пива и слабоалкогольных коктейлей.

О социально-экономическом эффекте диспансеризации свидетельствует следующий факт, приводимый Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» (принята Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р): *в течение последних пяти лет экономический ущерб от болезней системы кровообращения превышает 1 триллион рублей ежегодно*. При этом большая часть экономического ущерба от болезней системы кровообращения в России обусловлена не затратами в системе здравоохранения и системе социальной защиты (21 %), а *потерями в экономике вследствие увеличения ПППЖ (потерянные годы потенциальной жизни) населения в трудоспособном возрасте (79 %)*. Так, общая сумма прямых расходов на инсульт (из расчета 500 тыс. случаев в год) составляет 63,4 миллиарда рублей в год, а не прямые потери по причине инсульта, оцениваемые по потере ВВП из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности населения, составляют 304 миллиарда рублей в год. *По оценкам экспертов ВОЗ при сохранении существующего уровня смертности от болезней системы кровообращения потери государственной бюджета России составят в 2015 г. более 5 % от ВВП*. В то же время снижение смертности взрослого населения страны от основных неинфекционных заболеваний, в первую очередь, от болезней системы кровообращения, травм и несчастных случаев до уровня смертности среди населения стран ЕС-15 к 2025 году приведет к росту ВВП на 3,6-4,0 %.

Затраты на медицинскую помощь человеку в течение жизни прямо ассоциированы не только с наличием неинфекционных заболеваний, но и с имеющимися у него факторами риска неинфекционных заболеваний. Только наличие основных поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, ожирение) повышают в течение ближайших трех лет затраты на медицинскую помощь для лиц, имеющих комбинацию перечисленных поведенческих факторов риска в сравнении с лицами без факторов риска до 8 раз. Затраты здравоохранения на курильщиков, несмотря на сокращенную продолжительность их жизни, превышают затраты на некурящих лиц примерно на 30 %. Наличие биологических факторов риска неинфекционных заболеваний – артериальная гипертензия и повышенный уровень холестерина в крови тоже увеличивают расходы системы здравоохранения в сравнении с лицами без этих факторов риска в 2 раза.

Согласно рекомендациям ВОЗ существуют три основные стратегии снижения смертности неинфекционных заболеваний:

– *популяционная стратегия профилактики*, предполагающая формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, а также обеспечения для этого условий;

– *профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска* неинфекционных заболеваний – осуществляется главным образом на индивидуальном и групповом уровнях в рамках

первичной медико-санитарной помощи, а также в рамках специализированной помощи и санаторно-курортного лечения. Важнейшими инструментами стратегии высокого риска являются диспансеризация и профилактические осмотры населения;

– *вторичная профилактика* – включает как лечебные мероприятия в период обострения заболевания, так и лечебные меры по их предупреждению, реализуется в лечебно-профилактических учреждениях на индивидуальном уровне и предполагает медикаментозное, интервенционное и хирургическое лечение у лиц, имеющих доказанные неинфекционные заболевания в целях предупреждения развития у них осложнений.

Опыт целого ряда стран (Финляндия, США, Великобритания, Нидерланды, Австралия, Новая Зеландия) показал, что в двукратном и более снижении смертности от болезней системы кровообращения профилактические меры, направленные на борьбу с факторами риска неинфекционных заболеваний, имеют большую эффективность в сравнении с лечебными мероприятиями. Так вклад лечебных мероприятий в снижение смертности составил 37 %, а профилактических – 55 % (8 % – неопределенные факторы). В США двукратное снижение смертности от ишемической болезни сердца произошло в период 1980-2000 годов. При этом эффект профилактических мероприятий, реализуемый в рамках стратегии популяционной стратегии и стратегии выявления лиц высокого риска, и направленных на уменьшение распространенности факторов риска болезней системы кровообращения был обусловлен:

– на 24 % за счет рационального питания и снижения уровня холестерина;

– на 20 % за счет контроля уровня артериального давления;

– на 12 % за счет отказа от табакокурения;

– на 5 % за счет увеличения физической активности.

Эффект лечебных мероприятий (стратегия вторичной профилактики) был обусловлен:

– на 11 % вторичной медикаментозной профилактикой и применением методов реваскуляризации миокарда после перенесенного инфаркта миокарда;

– на 10 % за счет эффективного лечения острого коронарного синдрома;

– на 9 % за счет эффективного лечения хронической сердечной недостаточности;

– на 5 % за счет реваскуляризации миокарда у больных стенокардией;

– на 12 % за счет других методов лечения ишемической болезни сердца.

При этом позитивные эффекты были частично нивелированы ростом среди населения индекса массы тела и распространенности сахарного диабета. Вклад данных факторов в увеличение смертности от ишемической болезни сердца составил 8 % и 10 % соответственно.

Реализация профилактических мер требует немалых финансовых затрат. При этом необходимо учитывать, что инвестиции в здоровье населения не обязательно должны приводить к прямой экономии денежных средств. Как уже подчеркивалось выше, инвестиционные программы должны быть экономически целесообразны с позиции оценки затрат на единицу получаемого эффекта, оцениваемому, как правило, с помощью показателя «сохраненный год жизни» (LYS – life years saved) или «сохраненный год качественной жизни» (QALY – quality adjusted life years). *Большинство профилактических мероприятий отвечает этому критерию и демонстрируют суще-*

ственно больший экономический эффект по сравнению с такими затратными методами лечения болезней системы кровообращения, как высокотехнологические. При этом являющаяся важным компонентом мер профилактики эффективная система ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, и артериальной гипертензии, может увеличивать затраты системы здравоохранения. Причиной этого является то, что выявление лиц с высоким сердечно-сосудистым риском требует назначения медикаментозной терапии для лечения артериальной гипертензии и нормализации уровня холестерина в крови в целях профилактики ишемической болезни сердца, инсульта и других серьезных осложнений у существенно большего числа лиц. Для достижения экономической целесообразности первичной профилактики неинфекционных заболеваний необходимо тщательное планирование вмешательств, с выбором целевых групп, определение затрат и интенсивности вмешательств. Таким образом, *экономически целесообразная первичная профилактика – это не массовая недифференцированная стратегия, а тщательно планируемое вмешательство.*

Наличие существенной разницы в затратах на реализацию различных профилактических мер в рамках трех стратегий профилактики не являются основанием для отказа какой-либо из них как по этическим, так и по экономическим причинам. Так, в Российской Федерации оценка экономической эффективности долгосрочной, тщательно организованной программы медицинской многофакторной профилактики болезней системы кровообращения в первичном звене здравоохранения (реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики) показала, что за 5 лет реализации программы первичной и вторичной профилактики LYS составили 52,5 лет на 1000 чел. QALY – 50,9 лет на 1000 чел. Оценка этих показателей в отдаленный период продемонстрировала существенный кумулятивный эффект – за 10 лет LYS составили 147,4 лет на 1000 чел. QALY – 143,0 лет на 1000 чел., причем как за счет вторичной, так и первичной профилактики. Экономия за счет сохранения трудового потенциала составила на тыс. участников профилактической программы – в течение 5 лет 10,3 миллиона рублей, в течение 10 лет – 35,4 миллиона рублей.

В соответствии с Рекомендациями ВОЗ и Московской декларацией Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (апрель 2011 года) профилактика и контроль неинфекционных заболеваний требуют регулирования и реализации широкого ряда многоуровневых и межсекторальных (межведомственных) мер, направленных на весь спектр детерминант неинфекционных заболеваний с целью создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни. Прежде всего, к ним относится создание системы медицинских мер профилактики и раннего выявления заболеваний на самой ранней стадии.

Таким образом, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, опирающимися на значительный международный опыт, если в процессе профилактики неинфекционных заболеваний реализация стратегии высокого риска и вторичной профилактики лежит в зоне ответственности главным образом системы здравоохранения, то реализация популяционной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний возможно за счет интегрированных усилий целого ряда политических, государственных, общественных и бизнес-структур.

В формировании наметившейся с 2004-2006 годов тенденции снижения смертности населения, безусловно, одной из основных причин является стабилизация социально-экономической ситуации, но существенный вклад внесли и мероприятия, проводимые в рамках системы здравоохранения. К настоящему времени в Российской Федерации накоплен определенный опыт профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения. С 2003 по 2007 в Российской Федерации осуществлялась реализация мероприятий Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», с 2008 по 2012 – Федеральной целевой программы «Борьба с социально значимыми заболеваниями» (подпрограмма «Артериальная гипертензия»). В результате реализации подпрограммы «Артериальная гипертензия» в настоящее время доля больных, получающих антигипертензивную терапию, в нашей стране приблизилась к 70 %, а частота достижения целевых уровней артериального давления 27 %. Эффективность реализации подпрограммы требует постоянной материальной и организационной поддержки в первую очередь на уровне субъектов Российской Федерации, что далеко не всегда имело место. Более того, региональные программы «Артериальная гипертензия» были приняты не во всех субъектах Российской Федерации.

В рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье», стартовавшего в Российской Федерации в 2006 году, начиная с 2009 года Минздрав России резко расширил сферу своей деятельности в области профилактики неинфекционных заболеваний. Помимо организации лечебно-диагностического процесса, то есть вторичной профилактики, Минздрав России активно приступил к реализации функции формирования здорового образа жизни у населения как важнейшей меры профилактики развития болезни у здоровых людей, уделяя особое внимание детям и молодым людям. Вполне очевидно, что эти меры не могут дать быстрого результата в плане снижения смертности, но как показывает опыт многих стран, это есть неперемное условие получения хотя и отсроченных, но значимых и стабильных результатов.

Со второй половины 2009 года в стране началось формирование центров здоровья, которые стали принципиально новой структурой в системе профилактики неинфекционных заболеваний. В настоящее время на территории Российской Федерации функционирует около 502 центров здоровья для взрослых и 204 для детей, большинство из которых создано на базе больничных и поликлинических учреждений здравоохранения.

Основными функциями центров здоровья являются:

- оценка состояния ряда функциональных систем организма и их адаптивных резервов;
- прогноз состояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включающих информирование о вредных и опасных для здоровья человека факторах риска, помощь по отказу от потребления алкоголя и табака, рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, а также формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- пропаганда здорового образа жизни на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях (в пределах своей зоны обслуживания населения).

Помимо проведения профилактических осмотров и диспансеризации отдельным категориям граждан Российской Федерации, начиная с 2006 года были начаты

мероприятия по дополнительной диспансеризации работающих граждан. *Процесс диспансеризации населения нуждается в своевременном совершенствовании в плане повышения его медико-социальной и экономической эффективности с учетом накопленного отечественного и зарубежного опыта.*

22 ноября 2011 года был принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который так же, как и предыдущий закон (1993 год), определил профилактику заболеваний в качестве одного из приоритетов развития здравоохранения. Помимо организованных мер по профилактике неинфекционных заболеваний в масштабах всего государства в целом ряде субъектов Российской Федерации в течение последних нескольких лет разрабатываются и реализуются региональные программы формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний. В настоящее время в 60 субъектах Российской Федерации из 83-х (в том числе и в Новосибирской области) имеются и финансируются программы по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию основ ЗОЖ.

Активные меры по борьбе с болезнями системы кровообращения в нашей стране проводились и в рамках крупных международных проектов. Так была сформулирована и реализована международная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний CINDI (CINDI – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). Однако, программа CINDI не повлияла на заболеваемость и смертность от неинфекционных заболеваний в России по нескольким причинам:

- её задачей были привлечение внимания органов власти и общественности к проблеме, разработка стратегии, организационных форм и методов профилактики, и в меньшей мере внедрение их в практику как систему действий;

- она не имела комплексного характера;
- эта программа в большинстве регионов не имела должной государственной поддержки, в том числе со стороны органов управления здравоохранением.

Вторым международным проектом в области профилактики неинфекционных заболеваний, осуществляемых на территории Российской Федерации, была программа Европейского союза ТАСИС под названием «Система профилактических мер и здоровье населения России». Проект был весьма непродолжителен – с января 1998 года по август 2000 года и включал несколько пилотных регионов. Проекты CINDI и ТАСИС проводились в сложный период перестройки нашей страны, когда ранее существовавшая система здравоохранения не только не имела средств для развития, но и была в значительной степени разрушена. Отсутствие их влияния на уровень смертности населения в основном объясняется материальной и моральной неготовностью к полноценной масштабной реализации этих профилактических программ.

С середины 90-х годов наша страна принимает участие в международном проекте «Здоровые города», проходящего под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ. В этот процесс в Европе вовлечено более 1000 городов и различных поселений 30 стран. Этот проект реализуется с декабря 2008 г. и в Новосибирске.

Однако до последнего времени широкомасштабные программы профилактики неинфекционных заболеваний не проводились по целому ряду причин:

- профилактика неинфекционных заболеваний не была приоритетным направлением в политике и стра-

тегии охраны здоровья населения России, как на уровне правительства, так и на уровне Минздрава России;

- отсутствовало постоянное целевое финансирование разработок и внедрения программ профилактики неинфекционных заболеваний на национальном и региональном уровнях;

- отсутствовали финансовые стимулы у врачей и медсестер практического здравоохранения совершенствовать знания в области профилактики неинфекционных заболеваний и проводить соответствующие профилактические мероприятия;

- несовершенство инфраструктуры, осуществляющей организационно-методическую помощь практическому здравоохранению в профилактике неинфекционных заболеваний (кабинетов, отделений медицинской профилактики, центров медицинской профилактики);

- акцент в профилактических программах на просвещение населения, не использование законодательных и нормативно-правовых мер и оказания медицинской помощи желающим изменить образ жизни.

В конце XX века произошла трансформация в медицинской науке, которая предопределила тенденцию перехода от «диагностики и лечения» к «охране здоровья». Комбинация поведенческих и экологических факторов риска провоцируют и ускоряют развитие биологических факторов риска неинфекционных заболеваний, которые обуславливают 80 % всех смертей населения Российской Федерации.

Выявление заболеваний на поздних стадиях (особенно это касается онкологических заболеваний) приводит к снижению эффективности последующего лечения и, следовательно, дает существенный вклад в показатели инвалидизации и смертности населения.

По результатам реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» в 2015 году:

- охват профилактическими медицинскими осмотрами детей вырастет с 83,8 % в 2011 году до 85 % в 2015 году;

- охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, будет составлять 97 %;

- охват диспансеризацией подростков вырастет с 94 % в 2011 году до 95 % в 2015 году;

- распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения снизится до 35,7 % в 2015 году;

- распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения снизится до 47,1 % в 2015 году;

- распространенность низкой физической активности среди взрослого населения снизится до 38,9 % в 2015 году;

- распространенность избыточного потребления соли среди взрослого населения снизится до 47,1 % в 2015 году;

- распространенность недостаточного потребления фруктов и овощей среди взрослого населения снизится до 69,6 % в 2015 году;

- доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст. вырастет с 49,7 % в 2011 году до 52,7 % в 2015 году;

- охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез вырастет с 69 % в 2011 году до 73,88 % в 2015 году;

- заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения) сохранится на уровне 0,01;

- заболеваемость корью (на 1 миллион населения) снизится с 4,4 в 2011 году до менее 1 случая в 2015 году;
- заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения) снизится с 0,25 в 2011 году до менее 1 случая в 2015 году;
- заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) снизится с 0,29 в 2011 году до менее 1 случая в 2015 году;
- заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения) снизится до 2,4 в 2015 году;
- охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % к 2015 году;
- охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % к 2015 году;
- охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % к 2015 году;
- охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % к 2015 году;
- охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % к 2015 году;
- доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных вырастет с 74 % в 2011 году до 76 % в 2015 году;
- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 26,5 % в 2011 году до 25,0 % в 2015 году;
- доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 31,3 % в 2011 году до 29,2 % в 2015 году.

Особенностью первого этапа реализации программы до 2015 г. является необходимость решения задач по развитию системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска, реализации дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения, раннему выявлению инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С.

- По результатам реализации программы в 2020 году:
- охват профилактическими медицинскими осмотрами детей сохранится на уровне 85 % к 2020 году;
  - охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, сохранится на уровне 85 % к 2020 году;
  - охват диспансеризацией подростков сохранится на уровне 85 % к 2020 году;
  - распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения снизится до 30 % в 2020 году;
  - распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения снизится до 40 % в 2020 году;
  - распространенность низкой физической активности среди взрослого населения снизится до 36 % в 2020 году;
  - распространенность избыточного потребления соли среди взрослого населения снизится до 40 % в 2020 году;

- распространенность недостаточного потребления фруктов и овощей среди взрослого населения снизится до 56 % в 2020 году;
- доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст. вырастет с 53,5 % в 2016 году до 56,7 % в 2020 году;
- охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез вырастет с 75,32 % в 2016 году до 81,08 % в 2020 году;
- заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения) не превысит 0,01;
- заболеваемость корью (на 1 миллион населения) не превысит 1 случая;
- заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения) не превысит 1 случая;
- заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) сохранится на уровне менее 1 случая с 2016 года до 2020 года;
- заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения) снизится с 2,4 в 2016 году до 2,3 в 2020 году;
- охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки составит 95 %;
- охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки составит 95 %;
- охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки составит 95 %;
- охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки составит 95 %;
- охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки составит 95 %;
- доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных вырастет с 76,5 % в 2016 году до 78,5 % в 2020 году;
- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 24,7 % в 2016 году до 23,3 % в 2020 году;
- доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года, снизится с 28,7 % в 2016 году до 26,8 % в 2020 году.

Ключевую роль в решении поставленных задач играет развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения Российской Федерации с использованием межведомственного подхода.

Профилактика как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включает в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья будет обеспечен путем:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе по снижению потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приведем некоторые факты об экономической эффективности профилактики важнейших инфекционных заболеваний:

1. Грипп и ОРВИ в структуре инфекционной заболеваемости занимает до 90 % и является одной из самых актуальных проблем здравоохранения, нанося огромный экономический ущерб, как здоровью населения, так и экономике, в связи с чем необходимо максимально расширять охват прививками против гриппа. Экономический ущерб, ежегодно причиняемый гриппом и острыми респираторными инфекциями превышает 100 миллиардов рублей. Каждый рубль, вложенный в прививки против гриппа, дает до 25 рублей экономии за счет сокращения затрат на лечение, оплату больничных листов и других расходов, связанных с заболеванием.

2. Прямые медицинские затраты на лечение заболеваний пневмококковой этиологии (пневмонии, менингиты, острые отиты) у детей 0-5 лет для России составляют 11,2 миллиарда рублей в год без учета стоимости осложнений и инвалидизации. Непрямые затраты: выплаты по временной нетрудоспособности (родителям детей) составляют – 8,569 миллиарда рублей, и потери ВВП – 10,877 миллиарда рублей в год. Введение вакцинации против пневмококковой инфекции позволит сократить затраты государства на ее лечение на сумму не менее 30 646 миллиардов рублей.

3. Ежегодный экономический ущерб от вирусных гепатитов В и С превышает 3 млрд. руб. в год (<http://health.rin.ru/uni/text/newpages/?265548>).

*Общая заболеваемость в Российской Федерации с 2006 года демонстрирует устойчивую тенденцию к повышению, что объясняется не только состоянием здоровья нации, но и улучшением выявляемости заболеваний, связанной с проведением мероприятий по переоснащению диагностической аппаратурой учреждений здравоохранения Российской Федерации в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, федеральных целевых программ, программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.*

В структуре смертности населения Российской Федерации первые ранговые места занимает смертность от болезней системы кровообращения, смертность от внешних причин и смертность от новообразований. Вместе с тем показатели смертности от болезней системы кровообращения начинают уменьшаться. Однако, темпы снижения показателей остаются недостаточно быстрыми.

В России в 2011 году смертность от внешних причин составила 131,5 случая на 100 тыс. человек (2006 г. – 198,5 случая на 100 тыс. человек). При этом в структуре смертности от внешних причин максимальный процент приходится на самоубийства и транспортные травмы всех видов.

В 2009 году смертность от злокачественных новообразований составила 206,9 на 100 тыс. человек (2006 г. – 200,9). В 2010 году впервые за последние годы отмечено снижение показателя смертности от злокачественных новообразований на 0,9 % (205,1 на 100 тыс. населения).

*При этом остается высоким уровень смертности в течение первого года после установления диагноза, что свидетельствует о поздней выявляемости заболеваний.*

По данным федерального статистического наблюдения в 2010 году в Российской Федерации впервые признано инвалидами 886 тыс. человек, из них около 350 тыс. человек – являются инвалидами по заболеваниям системы кровообращения, 187 тыс. человек – имеют диагноз заболевания злокачественными новообразованиями.

Приведенная статистика свидетельствует о *существенном финансовом обременении государственной экономики вследствие упущенной выгоды в производстве внутреннего валового продукта из-за временного выбытия (временная нетрудоспособность) и из-за выбытия в связи с инвалидностью и преждевременной смертностью трудоспособного населения.*

В целях снижения экономических потерь от вышеназванных причин необходимы государственные инвестиции в развитие системы первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации. Анализ статистических данных позволяет выделить ряд наиболее серьезных проблем, при организации первичной медико-санитарной помощи, требующих решения программными методами:

- недостаточно развитая инфраструктура учреждений, особенно на селе;
- недостаточное количество учреждений и подразделений медицинской профилактики;
- недостаточная материально-техническая база учреждений, в том числе в части оснащения санитарным транспортом и передвижными медицинскими комплексами;
- недостаточное взаимодействие учреждений амбулаторного звена и стационарных учреждений.

При реформировании системы первичной медико-санитарной помощи населению на первый план выходят мероприятия по:

- изменению системы оказания помощи сельскому населению;
- модернизации существующих учреждений и их подразделений;
- создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи;
- выстраивании потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации;
- развитию новых форм оказания медицинской помощи – стационарзамещающих и выездных методов работы;
- развитию неотложной помощи на базе поликлинических подразделений;
- совершенствованию принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Немаловажным фактором эффективной работы системы раннего выявления заболеваний и состояний является обеспечение возможностей для осуществления лечебно-профилактическими учреждениями первичного звена здравоохранения всех видов профилактических, скрининговых осмотров и диспансеризации населения, в том числе, укрепление материально-технической базы этих учреждений. Наряду с развитием сети учреждений первичного звена планируется значительно увеличить применение передвижных медицинских технологий (передвижные врачебные амбулатории, передвижные Центры здоровья, передвижные флюорографы, передвижные маммографы и др.).

В настоящее время в Российской Федерации сохраняется рост частоты онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, в том числе рака молочной железы (на 4,1 % в 2010 году к уровню 2009 года), тела матки (на 3,7 %), яичников (на 3,6 %), шейки матки (на 0,9 %). В 2010 году впервые установлен диагноз рака молочной железы 54 872 больным, рака тела матки – 18 731, шейки матки – 14 311, яичника – 12 228. Вместе с тем крайне низкой остается выявляемость на ранних стадиях рака яичников (9,2 % в 2009 году, 10,2 % в 2010 году) и тела матки (12,1 % в 2009 году, 12,2 % в 2010 году). Таким образом, проблема предупреждения и раннего выявления онкологических заболеваний органов репродуктивной системы у женщин является чрезвычайно актуальной.

Учитывая высокую распространенность в Российской Федерации злокачественных новообразований молочной железы, яичников, шейки и тела матки, позднее выявление онкологических заболеваний органов репродуктивной системы, с целью осуществления мероприятий, направленных на своевременную диагностику и снижение смертности от рака молочной железы, яичников, шейки и тела матки, *необходимо принять меры по внедрению организованного скрининга женщин для раннего выявления онкологических заболеваний органов репродуктивной системы.*

С целью закрепления структуры системы медицинской профилактики предусмотрены мероприятия по разработке и утверждению нормативных правовых актов, регулирующих проведение мероприятий по раннему выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, в том числе медицинских осмотров всех видов и диспансеризации, а также по разработке стандартов оказания услуг по медицинской профилактике в системе первичной медико-санитарной помощи с целью их финансового обеспечения в рамках обязательного медицинского страхования. Аналогичные нормативные правовые акты будут разработаны и приняты во всех субъектах Российской Федерации.

Для решения этих задач будет сформирована система тесно взаимодействующих и взаимодополняющих (по вертикали и горизонтали) учреждений и подразделений медицинской профилактики, относящаяся к первичной медико-санитарной помощи и включающая:

- 81 республиканский (краевой, областной) центр медицинской профилактики с типовым штатом в 54 человека (в 23-х субъектах Российской Федерации центры медицинских профилактики должны быть созданы; в 42-х – центры медицинской профилактики должны быть расширены и дооснащены в соответствии с требованиями нормативных документов);

- городских (районные, межрайонные) центры медицинской профилактики в городах и районах с населением более 250 тыс. с типовым штатом в 26 человек (в 8 городах центры медицинской профилактики должны быть созданы; в 3-х городах центры медицинской профилактики должны быть расширены и дооснащены в соответствии с требованиями нормативных документов); в городах с меньшей численностью населения функции городского центра медицинской профилактики возлагаются на один из центров здоровья или отделение медицинской профилактики;

- центры здоровья для взрослых, в том числе студентов; во все центры здоровья должны быть введены отделения/кабинеты медицинской профилактики, кабинет медицинской помощи по отказу от курения, кабинет психологической помощи по коррекции факторов риска;

- кабинеты (отделения) медицинской профилактики;
- кабинеты медицинской помощи по отказу от курения;
- кабинеты психологической помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

В целях повышения эффективности своевременного выявления факторов риска заболеваний и организации их коррекции, а также ранней диагностики заболеваний, которые в наибольшей степени определяют инвалидизацию и смертность населения Российской Федерации, помимо структурных изменений в первичном звене Государственной программой Российской Федерации «Развития здравоохранения» планируется совершенствование системы диспансеризации населения.

При этом диспансеризация главным образом должна быть предназначена для выявления факторов риска и ранних проявлений хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом, онкологические заболевания, хронические бронхо-легочные заболевания и сахарный диабет), обуславливающих более 80 % всех смертей населения Российской Федерации, а также туберкулеза и выявления немедицинского потребления наркотических и психоактивных веществ. В программу диспансеризации должны входить:

- профилактический осмотр врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового лечебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

- профилактический осмотр врача-стоматолога и гинеколога;

- профилактический осмотр врачей других специальностей по показаниям и с учетом фактора возраста и пола;

- лабораторные и инструментальные обследования, имеющие доказательную базу своей медико-экономической эффективности (обязательные и дополнительные по показаниям);

- профилактическое консультирование по поводу факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;

- составление индивидуального плана-графика получения пациентом профилактических услуг, диспансерных и дополнительных обследований;

- оформление паспорта здоровья.

Диспансеризация для городского населения должна главным образом организовываться по участковому принципу, в поликлиниках, и проводиться по месту прикрепления граждан с оплатой через систему ОМС. Диспансеризация для сельского населения должна организовываться с участием фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов и проводиться в поликлиниках центральных районных больниц с оплатой через систему ОМС.

В рамках совершенствования системы обязательного медицинского страхования, в том числе тарифной политики, для повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи планируется разработать качественные критерии работы медицинского персонала первичного звена здравоохранения, *призванные стимулировать медицинских работников к достижению наилучших показателей здоровья прикрепленного населения*, осуществить пересмотр тарифов на стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи.

Резюмируя все вышесказанное, можно сказать, что для повышения медико-социальной и экономической эффективности диспансеризации необходимо направить основные усилия системы здравоохранения и всех общественных институтов на следующие цели:

- предупреждение и раннее выявление заболеваний различного характера, в первую очередь, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний;
- планирование и проведение комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья населения и факторами среды обитания;
- снижение уровня смертности лиц трудоспособного возраста;
- увеличение периода активной трудовой деятельности;
- внедрение в практическое здравоохранение новых профилактических технологий;
- практическую реализацию создания единого федерального регистра работающего населения;
- формирование условий для реализации федеральных целевых программ по предупреждению заболеваний социального характера, развитию системы мер по снижению рисков для здоровья населения.

### 3. Диспансеризация и скрининговые программы с позиций доказательной медицины

За последнюю четверть века наиболее серьезные исследования разных стран в области медицины воплотились в ее новом направлении – **клинической эпидемиологии**, ставшей существенной частью врачебных знаний. Клиническая эпидемиология ставит во главу угла принцип: «Каждое практическое решение в медицине должно опираться на строго доказанные научные факты». Этот принцип получил название научно обоснованной медицинской практики или доказательной медицины (*evidence-based medicine*). Общим для всего направления является использование принципа доказательности на любом уровне принятия решений – от государственной программы до назначения индивидуальной терапии.

В настоящее время в мировой практике принятия решений в медицине и здравоохранении «золотым стандартом» является внедрение медицинских программ в практику лишь после комплексного клинико-экономического анализа и наличия доказательной базы. Поэтому представляется полезным рассмотреть современные программы диспансеризации с точки зрения доказательной медицины. Использовались материалы, опубликованные на сайтах Межрегионального общества специалистов доказательной медицины <http://osdm.org> и Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» <http://www.rspog.ru>

С точки зрения специалистов по доказательной медицине у термина «диспансеризация» нет научно обоснованного определения (Власов В.В., 2001, 2003). Это понятие часто и ошибочно сводят к обследованию людей, не считающих себя больными и, соответственно, не обращающихся к врачам с целью выявления среди них больных для проведения раннего лечения и лиц, с высоким риском заболеваний для их профилактики. В действительности это определение соответствует **скринингу**. Диспансеризация включает в себя еще и наблюдение

за хронически больными и проведение мероприятий (обучение пациентов, профилактическое лечение и пр.), направленных на замедление развития заболевания, профилактику обострений.

Концепция *скрининга* в здравоохранении, то есть *активного выявления болезни или предболезненного состояния у лиц, считающихся или считающих себя здоровыми*, в течение XX в. быстро распространилась и в настоящее время широко принята в большинстве развитых стран. При правильном использовании скрининг может быть действенным инструментом в профилактике заболеваний. Однако необходимо соблюдать научно обоснованные принципы и критерии скрининга и препятствовать внедрению практики проведения скрининга, которая не соответствует этим требованиям.

Концепция скрининга основывается на двух положениях:

1. Некоторые люди обращаются за помощью поздно, то есть тогда, когда заболевание уже не может быть излечено имеющимися методами. Прежде всего это относится к злокачественным опухолям. Опухоли малого размера лучше (чаще) поддаются радикальной резекции. Однако пока опухоль не становится достаточно большой, человек не обнаруживает ее сам. Поэтому существует обоснованное стремление определить опухоль тогда, когда она еще не выявляется самим больным, то есть на доклинической стадии.

2. Предположение о том, что если выявлять заболевания раньше, до того как они станут клинически явными, то их можно более эффективно лечить.

В теории скрининга используется несколько гипотез, справедливость которых не доказана (Власов В.В., 2003):

1. В развитии заболевания есть критические точки. Они разделяют периоды, различающиеся по перспективе лечения. Например, такой точкой является момент появления региональных метастазов опухоли, до этого развивавшихся локально. Врач не может точно определить, пройдена ли такая точка в развитии заболевания отдельного пациента, но теоретически скрининг должен позволить врачу вмешаться ранее, чем заболевание пройдет такую критическую точку, как метастазирование.

2. Заболевание, единожды начавшись, развивается в клиническую форму.

3. Заболевание развивается через выявляемую скринингом локальную (скрытую) стадию. Это не всегда так. Если опухоль изначально развивается инвазивно, то попытки выявить местное поражение и иссечь его бесполезны.

При скрининге имеет место ряд систематических ошибок (смещений), которые затрудняют оценку полезности программы.

**Смещение от участия добровольцев.** В случае предоставления возможности скрининга на приглашение откликаются добровольцы, которые более образованы, более последовательны в выполнении врачебных рекомендаций, реже курят и злоупотребляют алкоголем, то есть отличаются рядом признаков, сопутствующих здоровью и более быстрому выздоровлению в случае болезни. Соответственно, результаты лечения у больных, выявленных среди добровольцев, лучше, чем у прочих больных, выявленных по обращаемости.

**Смещение от раннего диагноза.** Скрининг осуществляется в надежде на то, что по сравнению с диагностикой заболевания в симптоматический период можно ускорить выявление за счет выявления скрытых

симптомов латентного периода, которые могут быть обнаружены только инструментальными средствами. Такой диагноз при скрининге устанавливается раньше на интервал, называемый интервалом опережения. Даже если лечение не изменило продолжительности болезни, все равно продолжительность жизни больного с момента выявления болезни окажется увеличенной, поскольку болезнь выявлена раньше.

**Смещение от выявления медленно развивающихся случаев.** При скрининге имеется больше шансов на выявление медленно развивающихся случаев. Медленно развивающиеся случаи долго не проявляют себя и имеют больше шансов быть выявленными в процессе скрининга. Они создают иллюзию длительной выживаемости у больных, лечение которых начато рано благодаря скринингу. Более того, при скрининге выявляются случаи заболевания, которые, будучи предоставленные естественному течению, закончились бы самоизлечением или никогда не развились до клинически заметной стадии. Например, применительно к скринингу на рак шейки матки с помощью мазков по Папаниколу показано, что из числа женщин, отказавшихся после выявления метаплазии от вмешательства, позднее при обследовании у 36 % получают нормальные мазки. При гистологическом исследовании молочных желез женщин, умерших от других причин в возрасте старше 40 лет, у 40 % выявляется рак молочной железы. Можно предположить, что значительная доля таких случаев никогда не разовьется до клинически явной стадии.

Единственный способ измерить полезность скрининга – провести проспективное контролируемое испытание с параллельными группами, в которых измеряется не смертность среди выявленных больных, а смертность в популяции. Ожидается, что в результате скрининга не только выявленные больные будут реже умирать в течение года и дольше жить, но и в популяции смертность уменьшится. Если больные будут умирать не от болезни, а от осложнений лечения, то смертность от болезни снизится, а смертность общая не изменится.

Оценка программы скрининга должна делаться на основе критериев Вильсона – Джаннера (Wilson J.M., Jungner G., 1968):

1. Состояние, на которое нацелена программа, должно быть важной проблемой здоровья.
2. Развитие болезни (патологического состояния) должно быть хорошо изученным.
3. У патологического состояния должна быть выявляемая ранняя стадия.
4. Вмешательство на ранней стадии должно быть более эффективно, чем в поздних.
5. Должен быть доступен диагностический тест для выявления ранней стадии болезни.
6. Тест для выявления ранней стадии должен быть приемлемым.
7. Должны быть определены интервалы между повторными обследованиями.
8. Должны быть обеспечены дополнительные диагностические и лечебные вмешательства, потребность в которых возникает в результате скрининга.
9. Физический и психологический вред должны быть меньше, чем польза от программ.
10. Стоимость программы в отношении к ее полезности должна быть не выше, чем у прочих медицинских вмешательств (программ).

Несоответствие хотя бы одному критерию делает внедрение программы скрининга малообоснованным (Власов В.В., 2003).

**Диагностические тесты для скрининга.** На первом месте в скрининге стоит обследование людей, считающих себя здоровыми. Соответственно, его можно провести, если у болезни (состояния) есть скрытая фаза, имеются соответствующие диагностические тесты, решена проблема ложноположительных результатов.

**Скрытая фаза** существует не у всех болезней. У большинства острых заболеваний ее нет или она очень коротка. У многих хронических заболеваний она существует, но мы не знаем, как ее выявлять. Главной теоретической проблемой диагностического компонента скрининга является выбор диагностического теста. В простейшем случае для ранней диагностики используется тот же тест, что и для клинической диагностики. Это сомнительная практика, поскольку известно, что в процессе заболевания симптомы изменяются. Использование для скрининга тестов, эффективность которых показана в клинической практике, основывается на предположении, что на доклинической стадии симптомы те же, только менее выражены. Даже если это предположение справедливо, то меньшая выраженность симптома соответствует меньшей различимости «болезни» и «здоровья». Так, уменьшение размеров тени от опухоли на рентгенограмме приводит к затруднению ее выявления на фоне нормальных теней. Основным результатом применения менее эффективного диагностического теста является увеличение числа ложноположительных результатов. Скрининговые тесты должны быть дешевы и **приемлемы** для людей, считающих себя здоровыми.

Скрининг почти всегда направлен на выявление редких состояний. В клинике 10 ложноположительных результатов на 2 истинно положительных – не редкость и не трагедия. Больные, пришедшие за помощью, с пониманием относятся к назначению новых исследований, зачастую все более сложных и инвазивных, в надежде на уточнение диагноза и лечение заболевания, которое их беспокоит.

В скрининге ситуация отличается радикально. На одного выявленного больного приходится дообследовать сотни и даже тысячи людей с ложноположительными результатами. Важна и перспектива дообследования. Предположим, что после ультразвукового обследования в случае обнаружения специфического симптома предусматривается амниоцентез для уточнения диагноза. Это возможно, если дефект зависит от хромосомной аномалии, как, например, синдром Дауна. Исследование клеток на наличие хромосомной аномалии может иметь очень высокие чувствительность и специфичность, однако сам амниоцентез является травматичной, процедурой для беременных и в значительном числе случаев приводит к аборту (до 1 % случаев) и другим осложнениям. Таким образом, даже если программа скрининга почти исключает ненужные вмешательства при ложноположительных результатах, сами обследования могут наносить вред.

**Испытания программ скрининга.** Целью скрининга **не** является раннее выявление заболеваний или предшествующих им состояний (например, цитологическое выявление дисплазии клеток шеечного эпителия – мазки по Папаниколу). Целью скрининга является предотвращение нежелательных исходов, например снижение смертности от рака молочной железы. Для выяснения эффективности программы скрининга надо изучить, как в результате раннего выявления заболеваний важные для больных и для общества исходы изменятся, например снизится ли смертность от инсульта. Поэтому для подтверждения эффективности скрининга необходимы



полномасштабные испытания всей программы. Требование рандомизированного слепого испытания скрининга не причуда, а всего лишь применение к дороговому, массовому и травматичному вмешательству тех же стандартов научной доказательности, которые применяются к введению в практику лекарственных средств. В принципе схема проста: люди рандомизируются на обследуемых и контрольных (получающих обычную помощь). Если скрининг полезен – в группе вмешательства должна с годами снизиться заболеваемость или смертность.

В оценке программ скрининга на первом месте должны стоять **показатели исходов**, то есть результаты испытания программы скрининга на действенность. Лишь после того, как действенность программы скрининга будет показана в контролируемом испытании, ее можно реализовывать в широких масштабах. Только тогда **показатели структуры и качества** процесса займут свое место в обеспечении качества наряду с **исходами**.

Перечисленные проблемы, связанные с реализацией программ скрининга, не означают, что создание действенных программ скрининга невозможно. Исключения известны: это скрининг на фенилкетонурию, талассемию и немногие другие. В каждом таком случае выполняются условия Вильсона-Джаннера.

**Периодические профилактические обследования.** Периодические профилактические обследования (ППО) можно назвать примитивным вариантом реализации идеи раннего выявления заболеваний. Отличительными особенностями ППО являются:

- выявление скрытых заболеваний при врачебном осмотре;

- применение обычных (рутинных) средств; в то время как скрининг подразумевает использование адекватных, иногда технически сложных средств, таких как измерение концентрации простатспецифического антигена, в ППО обычно планируются взвешивание, аускультация, анализ жалоб и т.д;

- периодичность. Обычно речь идет о ежегодных обследованиях. В отдельных ситуациях рекомендуют еще более частые обследования, например у беременных.

Большинство программ ППО основано на убеждении в том, что обследование должно быть полезно. Ежегодные осмотры здоровых людей с профилактическими целями предложил Н. Добел в 1861 г. Идея ППО была одной из практических идей санитарного движения. В последующем пациенты во всех странах, где эта идея применялась на практике, все с большим энтузиазмом воспринимали ее, а врачи все более критично относились к ППО, особенно во второй половине XX века.

За 150 лет в мире были внедрены многие программы ППО. Помимо всеохватывающих программ были предложены целевые программы применительно к специальным группам населения, выделенным по биологическим или социальным признакам.

**ППО в профессиональных группах.** ППО наиболее последовательно реализовываются в специфических профессиональных группах, например, таких как летчики и операторы энергетических установок. Основанием для инициации и поддержания таких программ является представление об общественной опасности внезапного ухудшения состояния здоровья у человека, выполняющего опасную работу (например, пилотирующего самолет). ППО выступает в качестве средства выявления скрытых состояний для предотвращения таких ситуаций путем своевременного лечения или дисквалификации работника. Вероятность катастроф, связанных с состоя-

нием здоровья у членов этих профессиональных групп, низка. Однако нет доказательств, что это достигается именно благодаря ППО, а не первичному отбору и хорошим условиям труда. К этим программам ППО – истинно профилактического свойства – близки программы ППО для лиц, работающих на производстве, связанном с установленными или предполагаемыми вредными условиями труда.

Программы ППО для профессиональных групп вводились без сколько-нибудь детального испытания, и их действенность подтверждается только данными о состоянии здоровья людей, включенных в эти программы. Результаты реализации этих программ ППО нельзя переносить на популяцию, поскольку:

- все члены этих профессиональных групп отличаются от популяции по множеству признаков (образование, возраст, условия труда и т.д.) и включаются в них в результате самоотбора и организованного социального и медицинского отбора;

- эти профессиональные группы относительно невелики по численности и в них возможно реализовать дорогостоящие программы, сопровождающиеся значительным количеством побочных эффектов, таких как временный отрыв от трудовой деятельности, частые ложноположительные результаты, в том числе приводящие к ранней потере возможности работать по профессии. Ввиду социальной значимости этих профессиональных групп их члены и общество в целом воспринимают это как приемлемую плату, закрепляя соответствующие положения в законах о труде и социальных гарантиях.

**ППО детей и беременных.** Одной из первых ППО была программа для беременных. Дети всех возрастов также были объектом первоочередного внимания в ППО. В беднейших странах, где качественная медицинская помощь малодоступна, такая комплексная социальная помощь является эффективной формой вмешательства для предотвращения детской заболеваемости и смертности. Мы не знаем, какова доля собственно медицинских компонентов такого ППО (измерение роста, взвешивание, осмотр) в достигаемом эффекте.

Поскольку почти во всех относительно благополучных странах дети и подростки социально организованы в процессе обязательного образования, местом и средством реализации программ ППО стали школы. Там ППО также не носят исключительно медицинского характера. Они выполняют, например, функцию наблюдения за здоровьем будущих призывников. Если же говорить собственно о раннем выявлении заболеваний для их «своевременного» лечения, то эффективность ППО не только сомнительна, но и опровергалась неоднократно результатами исследований. Поэтому в некоторых странах ППО школьников прекратили. Одним из частых аргументов в пользу ППО школьников называют выявление случаев деформаций позвоночника. В некоторых программах они выявляются у 3 % наблюдаемых школьников в год! Логика подсказывает, что вмешательства должны быть более эффективны до завершения оссификации позвоночника, но убедительных данных, подтверждающих действенность вмешательств в случае сколиоза, нет. В целом же компонент ППО – скрининг на деформацию позвоночника с последующим лечением выявленных случаев – никогда не испытывался в доброкачественном исследовании и не рекомендован к использованию в лучших национальных программах (Власов В.В., 2003).

**Особенности диспансеризации.** Диспансеризация определяется как комплекс мероприятий, проводимых в

лечебно-профилактических учреждениях, но фактически она реализуется в рамках первичной медицинской помощи. Лишь при выявлении состояний, требующих специализированной помощи, пациенты выходят за эти рамки.

Эффективность комплексных программ особенно трудно исследовать, о чем сказано выше. Вероятно, данных об эффективности комплексных программ вроде диспансеризации никогда не будет получено. Уже дороговизна такого испытания делает проведение его в нашей стране маловероятным.

**Опыт диспансеризации в советский период.** До 1983 г. местом преимущественной реализации диспансеризации были медицинские учреждения предприятий. Это объяснялось меньшей нагрузкой на врачей на предприятиях, лучшим их материальным обеспечением, существованием особых программ предотвращения профессиональных заболеваний и предотвращения ухудшения здоровья на рабочем месте. Этот опыт, конечно, не мог быть перенесен на «неорганизованное население» по причине существенных различий между медицинским обслуживанием населения и малых профессиональных групп.

К моменту объявления программы всеобщей диспансеризации имелись обширные сведения об эффективности отдельных видов профилактических вмешательств, уже были разработаны национальные рекомендации по профилактическим вмешательствам в Канаде, у отечественных ученых также имелись предложения о том, как проводить раннюю диагностику, в том числе донозологическую. Все это было проигнорировано, и ведущим способом проведения ППО в рамках всеобщей диспансеризации стали врачебные осмотры с привычными аускультацией, флюорографией, анализом мочи. Неэффективность этих способов скрининга хорошо известна, по крайней мере с середины XX века.

**Детская диспансеризация (2002 г.).** Высокая детская смертность один из самых ярких показателей медико-социального неблагополучия страны. Минздрав РФ годами обращал внимание законодателей и правительства на эту проблему разными средствами. Результатом стало политическое решение о проведении всероссийской детской диспансеризации. Во исполнение его Минздрав утвердил приказ, критика которого была обильной и в основном справедливой. На саму работу с детьми и в субъектах Федерации отведено было 8 месяцев, а на анализ данных по стране – 15 дней.

Из дальнейшего развития событий мы понимаем, что с самого начала под диспансеризацией понималась некая инвентаризация здоровья детей. В программу не закладывались никакие действия и связанные с ними дополнительные расходы на дообследование и лечение выявленных заболеваний. Все должно было быть выполнено имеющимися силами и имеющимися средствами в нереальные сроки.

Напомним, что укомплектованность педиатрами на участках нашей страны значительно ниже, чем участковыми терапевтами. Диспансеризация должна была быть исполнена руками именно этих людей, безмерно перегруженных по вседневной работой. Измененный приказ Минздрава дошел до регионов в конце мая, до многих – в июне 2002 г. К этому времени обычные планы педиатров по наблюдению за детьми были частично выполнены. Изменение учетной формы привело к повторным контактам с детьми, их родителями, заполнению новых форм. Сами формы были непонятны даже руководителям педиатрической службы в регионах. Детального обсуждения итогов так не состоялось, а при подведении итогов за

2002 г. Минздрав смог представить только те же общие цифры, говорящие, что многие дети имеют хронические заболевания.

**Современные программы в других странах.** В США и Канаде проведение ежегодных ППО было наиболее последовательным, там ценность профилактики болезней для граждан наиболее велика и разработке системы профилактических мероприятий уделялось внимание как нигде в мире. Ежегодные обследования были рекомендованы Американской медицинской ассоциацией в 20-е годы прошлого века. Однако, итогом развития системы является отмена рекомендации проводить ежегодные ППО уже с 70-годов прошлого века под давлением научных данных.

В ряде стран разработаны детальные рекомендации по медицинской профилактике. Они являются современным эквивалентом диспансеризации. В этих рекомендациях написано, что и как часто надо делать. Например, не надо аускультовать, делать общий анализ крови и ЭКГ, и, если результаты обследования отрицательны (болезней и предрасположенностей не найдено), даже в 45 лет не надо повторно проходить профилактическое обследование ранее чем через 3 года. Варианты регулярно обновляемых канадских и американских рекомендаций были переведены на русский, они бесплатно доступны в Интернет ([www.familemedicine.ru](http://www.familemedicine.ru)).

Особенностью процесса разработки современных рекомендаций являются:

- выбор вмешательств на основе сведений об их ответственности;
- отказ от ежегодных ППО в пользу проведения вмешательств при контактах с врачом по другим поводам;
- регулярный пересмотр рекомендаций относительно вмешательств в соответствии с новым данными исследований;
- учет экономических аспектов ППО.

**Обоснованность вмешательств.** Последние несколько десятилетий обоснованность рекомендаций оценивается по эффективности в контролируемом эксперименте. После того как некоторое старое или вновь предлагаемое вмешательство оценивается, его можно оставить в программе, указав, насколько оно обосновано, или исключить, если польза очень мала или доказательства полезности отсутствуют, или есть доказательства бесполезности.

**Периодичность вмешательств.** Проведение скрининга при визитах к врачу по другим поводам является наиболее естественным решением, поскольку использует каждый шанс для профилактического вмешательства, даже у людей, которые при других условиях не пришли бы к врачу. Проведение ППО ежегодно неизбежно приводит к необходимости организации специальных визитов к врачу, что ведет к большим расходам и, главное, времени медицинских работников. Есть все основания полагать, что семейные врачи являются теми специалистами, кто способен реализовать весь комплекс профилактических мер и при необходимости задействовать специальные службы для дообследования пациентов.

Исследования показывают, что полноту выполнения профилактической программы можно улучшить, если приложить специальные усилия для этого. Такими испытанными мерами являются: укомплектование должностей врачей и сестер первичного контакта, ликвидация их перегрузки и достойная оплата труда, адекватное финансирование их деятельности. Напомним, что сегодня у врачей первичного звена недостаточно даже отоскопических инструментов и другого простейшего инструментария.

Необходимы и специальные средства, например компьютерная система, напоминающая врачу о рекомендуемых мероприятиях в зависимости от пола, возраста и других особенностей пациента; организация специальных «профилактических» центров или кабинетов профилактики в поликлиниках. Компьютерная напоминающая система естественным образом встраивается в электронную карту пациента.

В заключение, остановимся на анализе основных инструментально-лабораторных методов исследования, рекомендуемых для применения при диспансеризации, с позиций доказательной медицины (Аксенов В.А., 2007):

#### **Измерение концентрации глюкозы в плазме крови.**

В настоящее время не рекомендуется проводить скрининг на сахарный диабет. Такой скрининг настойчиво продвигают эндокринологи в предположении, что можно найти диабет в виде бессимптомной гипергликемии и успешнее его лечить, чем диабет манифестирующий. В действительности не существует доказательств того, что начало лечения гипергликемии на доклинической стадии замедляет прогрессирование микро- и макрососудистых осложнений по сравнению с началом лечения после появления симптомов. В рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) показано, что такой скрининг и раннее начало лечения бесполезны. Точнее, они вредны, поскольку здоровый человек объявляется больным и подвергается интенсивным обследованиям и лечению с их опасностью заражения гепатитом и прочими инфекциями, побочным эффектам лекарств, стеснению жизнедеятельности и даже ограничениям в профессиональной пригодности. Даже до проведения РКИ было известно, что не менее чем у 30 % лиц с выявленными при скрининге гипергликемией и нарушением толерантности к глюкозе эти показатели в последующем спонтанно нормализуются, а диабет никогда не развивается. Поэтому определение глюкозы крови следует перенести на 2 этап, оставив его для тех, у кого выявлены артериальная гипертония и гиперлипидемия.

**Определение общего холестерина и суммарного кардиоваскулярного риска.** Согласно международным и российским национальным рекомендациям по профилактике атеросклероза скрининг по выявлению дислипидемий следует начинать у мужчин с 35 лет и у женщин с 45 лет, а при получении нормальных значений общего холестерина повторные исследования проводить с интервалами в 5 лет. Зачем же определять холестерин всем подряд с 18 лет? Даже шкала риска SCORE, по которой российские «Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике» рекомендуют рассчитывать суммарный кардиоваскулярный риск, начинается с 40 лет.

Это делает бессмысленным и расчет суммарного кардиоваскулярного риска у лиц моложе 40 лет, который предусмотрен для всех участников диспансеризации в возрасте до 65 лет. Более того, граждане России не обеспечиваются в амбулаторном лечении лекарствами. Статины для длительного многолетнего лечения недоступны по цене абсолютному большинству населения. Какой смысл проводить исследование, результаты которого не могут быть реализованы в профилактическом лечении?

**Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови у мужчин с 50 лет.** Это необоснованное мероприятие программы диспансеризации, которое сохраняется в ней уже более 5 лет. И ВОЗ, и научные организации, разрабатывающие профилактические программы в развитых странах, не рекомендуют проводить массовые обследования с применением этого теста. В по-

следние годы отношение к ПСА-скринингу стало еще более критическим из-за появления дополнительных научных данных о том, что вред от его применения больше, чем приносимая им польза.

В России вред ПСА-скрининга может быть еще большим из-за низкого качества и плохой доступности медицинской помощи при раке предстательной железы. Наличие эффективных методов лечения выявляемых заболеваний является одним из главных условий скрининга. Применение ПСА-скрининга в предыдущие годы диспансеризации уже привело к большому количеству ложноположительных результатов и многократному увеличению числа мужчин, которые необоснованно лечатся от рака простаты. Удивительно, что продолжается этот печальный опыт, из которого получают пользу только продавцы диагностических тестов.

**Анализ кала на скрытую кровь.** Это нововведение является, безусловно, полезным, т.к. ежегодный скрининг на колоректальный рак снижает смертность от него на 15-30 %. Однако, это нововведение может быть скомпрометировано существующими методами сбора проб кала для исследования, мало приемлемыми для людей, считающих себя здоровыми. Здесь может быть полезен опыт развитых стран, где участникам этого скрининга не приходится даже посещать медицинские учреждения. Они получают по почте тест-систему, включающую пластиковую карточку, на которую наносятся пробы кала из 3 последовательных дефекаций, т.е. в течение 2-3 дней. Затем тест-система отправляется в медицинскую организацию, после чего обследуемый получает сообщение о результате теста, и, если он положительный, приглашается для дополнительного обследования.

Следует отметить, что сейчас нет доказательств эффективности этого вида скрининга при его проведении один раз в три года, как это предусмотрено проектом диспансеризации. В США и Канаде его проводят ежегодно, в некоторых европейских странах – 1 раз в 2 года, но начинают его позже – с 50 или 60 лет, а не с 45, как рекомендует российская программа диспансеризации.

**Маммографический скрининг.** Маммографический скрининг значительно менее эффективен (т.е. спасает меньше жизней), чем скрининг на рак шейки матки или на колоректальный рак. Помимо научных исследований, об этом говорит и сравнительная статистика заболеваемости и смертности от рака молочной железы. Например, смертность от него примерно одинакова в Западной Европе, Северной Америке и России (17,0; 17,8 и 17,1 на 100 тыс. женщин, соответственно, 2008 г.), а заболеваемость в России вдвое ниже (89,7; 76,7 и 43,2). Ясно, что это связано с широким распространением за рубежом маммографического скрининга. Следовательно, с распространением скрининга в России следует ожидать соответствующего увеличения заболеваемости. Те страны, где этот скрининг проводится, ввели его тогда, когда нынешней уверенности в его почти полной бесполезности не было. Им трудно отменить программу. В России маммографического скрининга по существу нет. Нам легче отказаться от этого дорогого и сомнительного по последствиям мероприятия.

Но если все же включать его в программу диспансеризации, то следует придерживаться научно обоснованных рекомендаций, т.е. проводить его один раз в 2 года начиная с 50 лет. Из-за низкого абсолютного риска рака молочной железы в возрасте 40-49 лет (1,4 %) маммография в этой возрастной категории женщин неэффективна и способна при единичных случаях выявления рака дать огромное

количество ложноположительных результатов, ошибочных диагнозов, ненужных биопсий, небезопасного для здоровья лечения и психологического стресса. Женщин с повышенным риском следует выявлять на первом этапе диспансеризации и направлять на консультацию, предусмотренную вторым этапом. В конце концов, в США возраст начала маммографического скрининга в 45 лет был установлен не по научным, а по политическим соображениям. Россия заимствовала это решение. Но в США уже вернулись на «научно обоснованный возраст» 50 лет.

Таким образом, если исключить из предложенной программы диспансеризации, которую правильнее было бы назвать программой ранней диагностики, непригодные для скрининга диагностические методы, то у нас останется «нормальный» набор скрининговых тестов с разной эффективностью, но имеющих достаточное научное обоснование.

Проблема заключается в том, что их планируется применять одновременно один раз в три года, что делает их несовместимыми по временным параметрам. Действительно, артериальное давление необходимо измерять не реже 1 раза в год, общий холестерин при нормальных предыдущих показателях – 1 раз в 5 лет, анализ кала на скрытую кровь – ежегодно или 1 раз в 2 года, скрининг на рак шейки матки – 1 раз в 3 года. Это возвращает нас к научно-обоснованной и давно доказавшей свою эффективность идее прицельного профилактического скрининга на конкретные заболевания с учетом пола, возраста и факторов риска.

Оптимальным решением было бы преобразование диспансеризации в постоянно действующие программы профилактики главных неинфекционных и инфекционных заболеваний, при которых доказана эффективность скрининга, т.е.:

1. Общая программа профилактики главных неинфекционных заболеваний (скрининг на артериальную гипертензию и дислипидемию, выявление факторов риска – нерационального питания, низкой физической активности, курения, злоупотребления алкоголем).

2. Программа профилактики рака молочной железы (маммография в возрасте 50-74 года каждые 2 года – элемент необязательный, от него возможно отказаться).

3. Программа профилактики рака шейки матки (цервикальный тест или его заменитель каждые 3 года у женщин с 21 до 65 лет).

4. Программа профилактики колоректального рака (анализ кала на скрытую кровь ежегодно или 1 раз в 2 года с 50 или 60 лет).

Эти программы вполне реализуемы силами семейных врачей и участковых терапевтов, вооруженных простейшими компьютерными программами.

Учитывая все вышеизложенное, для повышения медицинской социальной и экономической эффективности диспансеризации, основанной на методах доказательной медицины, необходимо:

1. Совершенствовать оказание медицинской помощи (в т.ч. профилактической) путем использования испытанных, научно обоснованных форм.

2. Создать национальные рекомендации по профилактической медицине, основанные на доказательных научных данных об эффективности вмешательств и опирающиеся на опыт лучших зарубежных программ, учитывающие национальную специфику в полном объеме, начиная от особенностей образа жизни граждан России и их заболеваемости и кончая имеющимися экономическими ограничениями.

3. Интегрировать национальные рекомендации по профилактической медицине в процесс оказания медицинской помощи, тем самым создав современную версию системы диспансеризации.

4. Создать научно обоснованный вариант рекомендаций по медицинской профилактике для пациентов и систематически обновлять его, не оставляя вопросы профилактики коммерческим изданиям.

5. Бесплатно распространять национальные рекомендации по профилактической медицине, сделав их доступными на интернет-сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## Раздел XII. УЧЕТНО-ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И СТАТИСТИКА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

*В.М. Чернышев*

*Даже оперируя в медицине цифрами, надо хорошо знать, от чего они зависят, что на них влияет, или, по крайней мере, пытаться в этом разобраться.*

*Н.В. Эльштейн*

Для всех органов и учреждений здравоохранения существуют единые формы статистической отчетности, утверждаемые Федеральной службой государственной статистики (Росстат), а также единые формы учета и инструкции по их заполнению. Это позволяет выполнять одно из важнейших требований к медицинской статистике – обобщать в государственном масштабе статистический материал по здравоохранению и сравнивать результаты по субъектам федерации, городам и районам.

Важными принципиальными особенностями медицинской статистики являются: во-первых, ее связь с

процессом управления, использование статистических данных для планирования мероприятий в области здравоохранения и для оценки их реализации, иллюстрацией чему служат ежемесячные, ежеквартальные и годовые сообщения Росстата в частности, в области охраны здоровья населения; во-вторых, тесная взаимосвязь с практическими задачами организации здравоохранения: статистические данные ориентируют руководителей органов и учреждений здравоохранения в отношении состояния сети, кадров и лечебно-профилактической деятельности учреждений, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки и тем самым содействуют

## Медицинская учетная документация по диспансеризации

Название документа	Номер учет. формы
Медицинская карта амбулаторного больного	025/у-87
Медицинская карта амбулаторного наркологического больного	025-5/у-88
Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у
Талон амбулаторного пациента	025-12/у
Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/у
Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/у
Медицинская карта больного туберкулезом	081/у
Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у
Медицинская карта стоматологического больного	043/у
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у
Контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным	030-1/у
Статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета психоневрологического учреждения	030-2/у
Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/у
Контрольный талон к карте диспансерного наблюдения (онко)	030-5/у
Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений	030-4/у
Карта профилактических флюорографических обследований	052/у
Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/у
Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена	062/у
Карта учета диспансеризации	131/у-86
Карта профилактических прививок	063/у
Журнал учета профилактических прививок	064/у

определению путей дальнейшего развития здравоохранения в стране.

Статистические данные о сети, кадрах и деятельности органов и учреждений здравоохранения по району, городу, области, республике и по России в целом формируются на основании сводки материалов статистической отчетности отдельных учреждений здравоохранения. В силу этого обеспечение полноты и достоверности статистической отчетности любого лечебно-профилактического учреждения и органов управления здравоохранением является важной государственной обязанностью каждого организатора здравоохранения.

Статистический учет и отчетность (табл. 12.1) в значительной степени необходимы для работников медицинского учреждения и его руководителя в первую очередь. Годовой медицинский статистический отчет представляет сводку данных об объемах и характере работы учреждения, условиях, в которых протекала за отчетный период его деятельность.

Анализ этих данных помогает вскрывать причины отрицательных показателей работы учреждения в целом или его отдельных структурных подразделений. В то же время, являясь как бы летописью учреждения, последовательно из года в год составляемый годовой отчет содержит сведения, необходимые для всякого рода справок, докладов и т. д.

Если годовые отчетные данные освещают существующее положение дела текущего времени, то анализ материалов за более длительный период позволяет определить динамику отраженных в отчете явлений, указывает направление, в котором развивается та или

иная сторона деятельности лечебно-профилактического учреждения.

С сожалением приходится констатировать, что некоторые руководители медицинских учреждений недостаточно владеют навыками статистического анализа и лишены возможности опираться на конкретные данные для управления и дальнейшего повышения качества лечебно-профилактического обслуживания населения. Для таких руководителей годовой статистический отчет становится только обременительной обязанностью.

В настоящем разделе излагаются основные положения по организации учета и отчетности в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) по вопросам диспансеризации. Наряду с перечнем учетно-отчетных форм приводится методика определения основных показателей, характеризующих состояние организации диспансеризации.

**Обязательным медицинским документом по учету населения является «Карта учета диспансеризации» (УФ-131/у).**

В начале календарного года все эти «карты» по каждому участку должны быть сосредоточены в одном отделении, а затем по мере прохождения осмотра больных перемещаться в соответствующие ячейки по группам здоровья (практически здоровые, нуждающиеся в дообследовании, группы риска, хронические больные).

Создание таких единых картотек (компьютерных баз данных) в кабинете центрального учета и контроля за диспансеризацией населения (в отделении профилактики) позволяет значительно облегчить работу медицин-

ским сестрам, избежать неоправданного дублирования, обеспечивает оперативный, полный контроль за ходом диспансеризации и эффективное руководство.

**Данные осмотра**, независимо от того, проводится он в поликлинике, стационаре, санаторно-курортных учреждениях, должны учитываться и не дублироваться при ежегодной диспансеризации. Для этого обеспечивается получение всей документации из медицинских учреждений, участвующих в диспансеризации населения, обслуживаемого данной поликлиникой.

**Результаты медицинского обследования** или отдельных осмотров, лабораторно-диагностических исследований, проведенных в любом медицинском учреждении, должны использоваться при ежегодной диспансеризации при условии, что давность их не превышает 6 месяцев.

**При каждом осмотре** в процессе динамического амбулаторного наблюдения врач проверяет или уточняет ранее установленный диагноз, вносит необходимые дополнения и изменения, определяет лечебные мероприятия и частоту повторных осмотров в соответствии с происшедшими изменениями в течении заболевания и социально-бытовых условий, а также определяет необходимость перевода в другую группу диспансерного наблюдения, назначает необходимые консультации и дополнительные исследования (по показаниям).

К концу года врач-терапевт проводит анализ результатов диспансеризации населения на своем участке.

Показатели диспансеризации населения (приложение 17)

Диспансеризация является ведущим направлением в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, включающим комплекс мер по раннему выявлению заболеваний, постановке на учет и лечению больных, предупреждению возникновения и распространения заболеваний, формированию здорового образа жизни.

Для раннего выявления заболеваний и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения, по результатам которых все осмотренные разделяются на три группы диспансерного наблюдения:

I группа – здоровые – лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы.

II группа – практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность.

III группа – больные хроническими заболеваниями – подразделяются на лиц:

а. С компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности;

б. С субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности;

с. С декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

**Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей (приложение 21):**

1. Показатели охвата (частоты) диспансерным наблюдением

а. Показатели частоты охвата диспансерным наблюдением

б. Показатели структуры охвата диспансерным наблюдением

2. Показатели качества диспансерного наблюдения

3. Показатели эффективности диспансерного наблюдения

Показатели частоты и структуры охвата диспансерным наблюдением

Показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением дает общее представление об уровне организации динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, и его значения достигают 60 % по отдельным субъектам Российской Федерации.

Более точно оценить организационный уровень работы по диспансеризации населения можно, рассчитав показатель доли больных (здоровых, практически здоровых), состоящих на диспансерном учете, который представляет собой процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете по поводу конкретного заболевания, к общему числу зарегистрированных больных с данным заболеванием. Показатель определяется отдельно по группе диспансерного наблюдения.

Для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями (сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.), этот показатель должен приближаться к 100 %. При этом важно знать, в течение какого периода времени больной с впервые в жизни установленным диагнозом взят на учет для последующего динамического наблюдения. Для этих целей рассчитывается показатель своевременности взятия больных на диспансерный учет. Как правило, для расчета этого показателя берется временной интервал с момента выявления заболевания до момента постановки больного на диспансерный учет, равный году, хотя, по опыту работы, этот период времени не должен превышать 30 дней.

Показатель структуры больных, состоящих на диспансерном наблюдении, также дает представление об уровне организации работы по диспансеризации населения. Это процентное отношение больных, состоящих на диспансерном учете по поводу конкретного заболевания, к общему числу зарегистрированных больных с данным заболеванием.

Показатель доли больных (здоровых, практически здоровых), состоящих на диспансерном учете и показатель структуры больных, состоящих на диспансерном наблюдении целесообразно рассчитывать для взрослых, подростков и детей, а также по нозологическим формам – отдельно.

Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам, возрастно-половым группам. ПДБ – персоналифицированная база данных

**Показатели качества диспансерного наблюдения**

Под показателями качества диспансерного наблюдения следует понимать такие показатели, как охват диспансерным наблюдением не наблюдавшихся в течение года, охват различными социально-оздоровительными и лечебно-профилактическими мероприятиями: санаторно-курортное лечение, диетпитание, рациональное трудоустройство и др.

Эти показатели вычисляются на основании подсчета соответствующих данных по «Контрольной карте диспансерного наблюдения» ф. 030/у-04

К числу показателей, характеризующих организацию диспансеризации населения, относят показатель охвата декретированного населения вакцино-профилактикой, что имеет первостепенное значение для предупреждения таких заболеваний, как дифтерия, коклюш, гепатиты В, А, краснуха, корь, столбняк и др.

#### **Показатели эффективности диспансерного наблюдения**

Очень важным вопросом в диспансеризации населения является определение ее эффективности. Целесообразно определять раздельно эффективность диспансеризации здоровых лиц, имеющих факторы риска, больных острыми и хроническими заболеваниями.

Под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов. К показателям эффективности диспансеризации можно отнести динамика заболеваемости и болезненности по данным ЗВУТ для работающих; общей заболеваемости по основной и сопутствующей патологии; госпитализированной заболеваемости; инвалидизация, в том числе первичная; летальности; исходы диспансеризации по данным годовых эпикризов выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение (табл.).

Критериями эффективности диспансеризации здоровых являются:

- отсутствие заболеваний у них;
- сохранение здоровья и трудоспособности;
- улучшение физического состояния.

Эффективность диспансерных мероприятий при острых заболеваниях определяется на основании:

- полного выздоровления;
- отсутствия признаков перехода в хроническое заболевание.

Переход острого заболевания в хроническую форму должен всегдастораживать участкового терапевта и послужить основанием для тщательного анализа правильности и своевременности диагностики и качества проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий.

Для определения эффективности диспансеризации больных с хроническими заболеваниями предложено несколько критериев. Наиболее часто используются следующие:

- отсутствие признаков обострения заболевания;
- снижение сроков временной утраты трудоспособности;
- переход заболевания в более легкую или тяжелую клиническую стадию;
- первичный выход на инвалидность;
- изменение группы инвалидности.

Систематически оценивая на основании данных динамического наблюдения качество диспансеризации, эффективность проводимых лечебно-профилактических и социально-гигиенических мероприятий, врач при необходимости должен решить вопрос о возможности пере-

вода диспансеризуемого из одной группы диспансерного наблюдения в другую.

Перевод больного в I группу (группа здоровых) осуществляется в том случае, если заболевание полностью излечено и на протяжении последних 2-х лет не было рецидивов болезни и жалоб по данному заболеванию, отсутствуют патологические отклонения показателей клинических, лабораторных и других исследований.

**Стойкое улучшение состояния здоровья** – на протяжении последних лет не отмечаются обострения заболевания, клинические, лабораторные и другие исследования свидетельствуют о стойком улучшении состояния больного, отсутствии выраженных функциональных нарушений, трудоспособность полностью сохранена (перевод во II группу).

**Временное улучшение состояния здоровья** – в процессе лечения наступает улучшение, а между курсами лечения отмечаются обострения, которые, однако, протекают в более легкой форме; клинические, лабораторные и другие исследования свидетельствуют о положительной динамике заболевания.

**Состояние здоровья больного остается без изменений**, в клинической картине заболевания почти отсутствуют изменения. Лечение дает кратковременное улучшение, лабораторные и другие показатели свидетельствуют об активном течении болезненного процесса.

**Группа диспансерного наблюдения та же.** Ухудшение состояния здоровья – болезненный процесс постоянно прогрессирует, несмотря на проводимое лечение.

**Временная утрата трудоспособности** – состояние здоровья ухудшается, больной временно не может выполнять свои служебные обязанности и освобождается от работы; однако есть уверенность в том, что в короткий срок (не более 3 месяцев) наступит улучшение или выздоровление. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (с случаями и днями) определяется по конкретным нозологическим формам, по поводу которых больные были взяты на диспансерное наблюдение. Показатель сравнивают с показателем за предыдущий год или за несколько лет (наиболее полное представление об эффективности диспансеризации дает сравнение за 3-5 лет);

**Первичная инвалидность** – в связи с ухудшением состояния здоровья больной теряет работоспособность на длительное время (более 6 месяцев) и нуждается в переводе на инвалидность III, II или I групп.

**Снятие с учета по причине смерти.** Данные о диспансерных осмотрах населения, результатах проводимых исследований и рекомендации заносятся в «Медицинскую амбулаторную карту больного» (УФ-025/у).

Показатель смертности лиц, находящихся на диспансерном учете (на 1000 диспансеризированных) так же свидетельствует об эффективности и качестве диспансеризации.

Аналогично можно рассчитать показатели по участникам ВОВ и воинам-интернационалистам, сравнить показатели и дать оценку

## Раздел XIII. ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В.Б. Рубанович, Р.И. Айтман

*Для предупреждения болезней надо, по крайней мере, следовать четырем рекомендациям: быть физически активным, рационально питаться, избегать вредных привычек и щадить нервную систему.*

Н.В. Эльштейн

Во все времена человека он был вынужден бороться за свое существование с опасными факторами окружающей среды, болезнями, эпидемиями и т.д. В XXI веке наблюдается усиление психоэмоционального напряжения, социальных противоречий. Распространяются новые инфекционные заболевания.

Сегодня проблема сохранения здоровья граждан России стала одним из приоритетов государственной социальной политики, поскольку здоровье нации является безусловной общественной ценностью, основой национального богатства и национальной безопасности России, отражает жизнестойкость и перспективы нации. Сохранение здоровья трудоспособного населения и формирование культуры здоровья подрастающего поколения носят стратегический характер, поскольку снижение физического потенциала нации грозит подрывом экономического развития страны.

Одним из основных факторов формирования и сохранения здоровья является здоровый образ жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, именно образ жизни является определяющим фактором, вклад которого в здоровье человека составляет до 50 %. Настоящее пособие посвящено рассмотрению различных видов деятельности человека, составляющих образ его жизни.

### 1. Образ жизни как социальная проблема

Социально-гигиенические и эпидемиологические исследования убедительно доказали, что здоровье людей в первую очередь зависит от образа жизни каждого из них. По данным ВОЗ, в структуре факторов, определяющих здоровье, образу жизни отводится до 50 %.

Образ жизни – устоявшиеся, типичные для исторически-конкретных социальных отношений формы индивидуальной, групповой жизни и деятельности людей, характеризующие особенности их общения, поведения и склада мышления в различных сферах. Основными параметрами образа жизни являются труд (учеба для подрастающего поколения), быт, общественно-политическая и культурная деятельность людей, а также различные поведенческие привычки и проявления. Иначе говоря, образ жизни – это поведение человека, его деятельность в различных условиях жизни.

*Условия жизни – это показатели среды обитания, в которой протекает деятельность человека; включают в себя характеристики экологической обстановки жилищных условий, психологической ситуации, обеспеченности населения мощностями здравоохранения, образования, культуры, использования свободного времени, социальной и географической мобильности быта и обустройство жилища и т.п.* Образ жизни непосредственно влияет на здоровье человека, в то время как условия жизни оказывают опосредованное влияние на состояние здоровья.

Ю.П. Лисицын выделяет в образе жизни четыре категории: ...экономическую – «уровень жизни», социологическую – «качество жизни», социально-психологическую –

«стиль жизни» и социально-экономическую – «уклад жизни».

*Уклад жизни – образ жизни людей, который определяется:*

- характером собственности на средства производства
- политическими, экономическими, социальными отношениями
- ведущей идеологией и т.д.

*Стиль жизни – совокупность образцов поведения индивида или группы, ориентированных преимущественно на повседневную жизнь. Вырабатывается стиль жизни людьми в соответствии с их биологическими, общественными и эмоциональными потребностями.*

О стиле жизни судят по внешним формам бытия, в которые входит:

- организация рабочего и свободного времени
- занятия вне сферы труда
- устройство быта
- манеры поведения
- ценностные предпочтения, вкусы и др.

Кроме того, в понятие «образ жизни» он включает также *медицинскую активность*, т.е. деятельность (активность) людей по отношению к своему (личному) и общественному здоровью. Активность характеризуется областью гигиенического, медицинского обучения, воспитания, образования, медицинской информированности, психологической установки в отношении здоровья.

*Медицинская активность* включает:

- посещение медицинских учреждений, выполнение медицинских советов, предписаний, согласно правильно установленному диагнозу;
- специфику поведения при лечении, профилактике, реабилитации, в т.ч. самолечении, других медицинских мерах;
- участие в охране и улучшении здоровья населения, заботу о здоровье других (профилактику, лечение, разъяснительную работу в школе, на производстве, в учреждении и т.д.);
- преодоление вредных привычек, традиций, обычаев, т.е. целенаправленную деятельность человека по формированию **здорового** образа жизни.
- наличие в семье медицинской литературы (по традиционным заболеваниям, справочники для оказания первой доврачебной медицинской помощи), лекарственных средств, медицинских приборов (тонометр, фонендоскоп, одноразовые шприцы и т.д.).

По этим критериям судят о медицинской информированности, и, прежде всего, о соблюдении гигиенических норм не только индивидуума, но и семьи. Несоблюдение перечисленных условий свидетельствует о низкой медицинской активности, а значит, является фактором риска.

В настоящем пособии мы остановимся главным образом на стиле жизни, поскольку он зависит от самого человека, его мотивов, желаний и готовности жить, сохраняя свое здоровье.



**Здоровый образ жизни (ЗОЖ)** можно охарактеризовать как активную деятельность человека, направленную на сохранение и улучшение здоровья и основанную на выполнении норм, правил и требований личной и общей гигиены. В английском соответствует как Healthy lifestyle, так и Health promotion (укрепление здоровья). Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности.

Таким образом, *под здоровым образом жизни следует понимать типичные способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих биологических, социальных, профессиональных функций.*

Понятие здоровый образ жизни включает, с одной стороны, формирование позитивного поведения человека, с другой стороны, преодоление факторов риска здоровью.

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

Образ жизни человека и семьи не складывается сам по себе в зависимости от обстоятельств, а формируется в течение жизни целенаправленно и постоянно. При этом активность, проявленная самим человеком по сохранению своего здоровья, отразится на состоянии здоровья семьи (микросреды), производственного коллектива (макросреды) и на показателях общественного здоровья.

Формирование ЗОЖ является главным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья населения через изменения стиля и уклада жизни, его оздоровление с использованием гигиенических знаний в борьбе с вредными привычками, гиподинамией и преодолением неблагоприятных сторон, связанных с жизненными ситуациями.

Соблюдение норм здорового образа жизни должно способствовать воспитанию в каждом человеке ответственного отношения к сохранению личного здоровья, которое представляет как индивидуальную, так и общественную ценность.

Известно, что здоровье на 10 % зависит от организации медицинской помощи, на 20 % от биологических факторов (наследственность, конституциональные особенности), на 20 % от факторов внешней среды и на 50 % от образа жизни человека.

Каждый из факторов, влияющих на здоровье, включает группу **факторов риска**.

Образ жизни:

- Курение
- Употребление алкоголя
- Несбалансированное питание
- Стрессовые ситуации (дистрессы)
- Вредные условия труда
- Гиподинамия
- Плохие материально-бытовые условия
- Употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами
- Непрочность семей, одиночество
- Низкий культурный и образовательный уровень
- Высокий уровень урбанизации
- Миграции (сезонные, рабочие)
- Генетика, биология человека:

- Предрасположенность к наследственным болезням
- Предрасположенность к дегенеративным болезням (наследственная предрасположенность к болезням)
- Здравоохранение (медицина):
- Неэффективность профилактических мероприятий
- Низкое качество медицинской помощи
- Несвоевременность медицинской помощи
- Внешняя среда:
- Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воды, воздуха, почвы
- Резкие смены атмосферных явлений
- Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения
- Смена часовых поясов и времени
- Социокультурные, социально-экономические и социально-политические условия (СМИ, продукты и товары, уровень безопасности, статус личности, т.д.)

Вместе с тем, рассматривая вклад тех или иных факторов риска, которые ведут к росту основных заболеваний и смертности в современных условиях, нетрудно заметить, что, действительно, самая существенная доля (за исключением пневмонии) приходится на неблагоприятные факторы образа жизни (табл. 13.1).

Одним из элементов нездорового образа жизни является гипокинезия. По данным Всероссийского НИИ физической культуры, в стране около 70 % населения не занимаются физкультурой. Среди мальчиков 11–14 лет распространенность гипокинезии колеблется в различных городах от 50 до 60 %, а среди девочек – от 60 до 80 %.

Более 90 % студентов имеют недостаточную физическую активность, а 60 % из них – выраженный дефицит активности. Это связано с тем, что с детского возраста не вырабатывается потребность в подвижном образе жизни. С тех пор как в жизнь вошли телевидение, компьютеры при одновременном уменьшении физических нагрузок в школах, дети все больше испытывают двигательный дефицит. Для нормального развития детскому организму требуется 8-12 часов двигательной активности в неделю, однако, как правило, они имеют лишь 1,5-2 часа организованной физической деятельности. Во многих развитых странах, особенно в США, Японии, Германии и т.д., оказалась эффективной просветительская кампания среди населения по пропаганде ежедневной физической активности как нормальной части жизни.

Анализ показал, что за последние 10 лет существенно возросло потребление хлебопродуктов и картофеля и уменьшилось – овощей, фруктов, мяса, рыбы, молока, яиц. В результате современные дети в среднем недополучают до 30 % белков и 15-50 % витаминов. Это приводит

Таблица 13.1

**Распределение факторов риска при различных заболеваниях (в %)**

Заболевание	Неблагоприятные факторы образа жизни	Генетический риск	Загрязнение внешней среды	Недостатки здравоохранения
ИБС	60	18	12	10
Рак	45	26	19	10
Диабет	55	33	2	10
Цирроз печени	70	18	9	3
Пневмония	19	18	43	20

к задержке развития, снижению иммунитета, ухудшению нервно-психической деятельности, развитию заболеваний. С другой стороны, неправильное питание приводит к избыточной массе тела (12-36 %), что формирует предпосылки для возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертонии), сахарного диабета и т.д.

Неуклонно растет число людей, особенно детей и подростков, подвергающих себя действию никотина, алкоголя, наркотиков и токсических веществ. От 27 до 60 % мальчиков-подростков и 11-38 % девушек 14 лет являются активными курильщиками. Беда заключается не только в том, что они подвергают собственное здоровье опасности (в 2 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, в 7 раз – рак бронхов, легких, желудка, на 7-15 лет укорачивается жизнь), но и оказывают негативное влияние на потомство. Так, у активных курильщиц в 16 раз чаще рождаются дети с дыхательными аллергиями, а в семьях с «пассивным курением» – в 6-8 раз чаще дети страдают болезнями дыхательной системы, чем в некурящих семьях.

Очень серьезная проблема потребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ. На нее значительно влияют социально-экономические условия жизни общества: низкий жизненный уровень населения, рост преступности, угроза оказаться участниками военных действий, межнациональные войны, обесценивание человеческой жизни и т.д. Все это создает постоянный психологический прессинг, особенно неблагоприятно сказывающийся на неокрепшей, легко ранимой психике подрастающего поколения. В настоящее время отмечается значительный рост потребления алкоголя, наркотиков и токсических веществ и постоянное снижение возраста приобщения к ним молодежи.

Пьянство и алкоголизм наносят огромный ущерб здоровью населения страны, способствуя развитию сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов пищеварения, нервно-психических заболеваний, туберкулеза, часто приводят к бытовому и производственным травмам (более 50-70 % несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий происходят в состоянии алкогольного опьянения).

Особую тревогу вызывает расплывающаяся наркомания, особенно в последние годы. За последние 10 лет количество наркозависимых граждан в России выросло на 60 %. По данным Минздравсоцразвития РФ, в 2010 г. в стране зарегистрировано около 550 тыс. наркозависимых лиц, но, по экспертным оценкам, реальное соотношение выявленных и скрытых наркоманов составляет 1:10, т.е. их около 5,5-6,0 млн человек. От общего числа наркоманов, по статистике, 20 % – это школьники, 60 % – молодежь в возрасте 16-30 лет, 20 % – люди более старшего возраста. Средний возраст приобщения к наркотикам в России составляет 15-17 лет, резко увеличивается процент употребления наркотиков детьми 9-13 лет. Зафиксированы случаи употребления наркотиков детьми 6-7 лет – к наркомании их приобщают родители-наркоманы.

Ежегодно от наркотиков гибнут 70 тыс. россиян. По данным ООН, Россия занимает 3-е место в мире по числу наркозависимых после Ирана и Афганистана. Заметно выросло число преступлений, совершенных в состоянии наркотического опьянения или в связи с потреблением и приобретением наркотиков. Это же стало причиной участившихся случаев рождения детей с нарушениями нервно-психической сферы, интеллекта, с врожденными дефектами и уродствами, что представляет угрозу психическому здоровью нации.

Кроме факторов риска ЗОЖ, следует выделить социальные группы риска. Это:

- *Демографическая*: дети, старики, одинокие, вдовы, вдовцы, мигранты, беженцы, перемещенные лица.
- *Профессионального риска*: работающие в условиях вредных производств (тяжелое машиностроение, химическая промышленность, транспорт, радиация, т.д.).
- *Функционального патологического состояния*: беременные, недоношенные дети, родившиеся с малой массой тела, с генетическим риском, с врожденными аномалиями, дефектами, инвалиды детства.
- *Низкого материального уровня*: бедные, необеспеченные, безработные, пенсионеры, бомжи.
- *Лица с девиантным поведением*: алкоголики, наркоманы, токсикоманы, проститутки, лица с сексуальными перверзиями, с деформациями психического здоровья и поведения (психопатии, др.), религиозные и другие сектанты с психическими и физическими отклонениями.

Учет этих групп имеет большое значение в профилактической работе с населением по формированию здорового образа жизни.

Таким образом, сохранение здоровой, продолжительной, активной творческой жизни зависит во многом от каждого из нас. Мы должны активно противодействовать болезни, и один из важнейших методов активной профилактики – здоровый образ жизни.

#### **Основные компоненты здорового образа жизни.**

Проблема выживания человека в нашей стране является чрезвычайно актуальной. Основной вопрос состоит в повышении жизнеспособности и устойчивости организма к неблагоприятным условиям среды, в формировании, сохранении и укреплении здоровья.

Наиболее эффективным для сохранения здоровья является путь формирования правильного образа жизни человека. Рациональность этого пути обусловлена и тем, что из всей совокупности факторов, оказывающих влияние на здоровье, образ жизни является наиболее пластичным компонентом, который в значительной степени может формировать сам человек. В связи с этим справедливо высказывание, что «Здоровье – это та вершина, на которую человек должен подняться сам» (И.И. Брехман). Несомненно, устранение таких факторов риска, как вредные привычки, нерациональное питание, нерациональный режим труда и отдыха, гиподинамия будут способствовать решению проблемы формирования и сохранения здоровья человека. Каждый из этих факторов риска снижает среднюю продолжительность жизни на срок от 2 до 17 лет, и понятно, что лишь устранение всей совокупности неблагоприятных влияний может привести к максимальному оздоровительному эффекту. Тем не менее, не выделяя главных и второстепенных факторов риска, можно с уверенностью сказать, что одним из ведущих среди них является двигательная активность человека. От особенностей привычного двигательного режима в значительной степени зависит уровень здоровья в целом и всех его составляющих (уровень и гармоничность физического развития, резервные возможности основных физиологических систем, уровень иммунной защиты и неспецифической резистентности организма, наличие или отсутствие хронических заболеваний, уровень морально-волевых установок). Надо полагать, что далеко не все факторы оказывают столь глобальное влияние на организм, но способны существенно ухудшить или улучшить здоровье. К тому же немаловажным является то, что двигательная активность практически полностью зависит от самого человека, не требуя каких-либо особых условий и обстоятельств.

## Общая оценка здорового поведения

	Очки
1. Сколько раз в неделю Вы занимаетесь физкультурой в течение, по крайней мере, 20 минут без перерыва?	
3 дня или больше	10
1 или 2 дня	4
ни разу	0
2. Как часто Вы курите?	
никогда	10
очень редко	5
иногда	3
каждый день	0
3. Какое количество алкоголя Вы потребляете?	
не употребляю вообще	10
не больше одной порции (50 г крепких) напитков в неделю	8
2-3 порции в неделю, но не больше 2 в день	6
4-6 порций в неделю, но не больше 2 в день	4
4-6 порций в неделю и иногда больше 2 в день	2
больше 6 порций в неделю	0
4. Сколько раз в неделю Вы завтракаете?	
ни разу	0
1 или 2	2
3 или 4	6
5 или 6	8
7	10
5. Как часто Вы перекусываете между основными приемами пищи?	
никогда	10
1 или 2 раза в неделю	8
3 или 4 раза в неделю	6
5 или 7 раз в неделю	4
8 или 10 раз в неделю	2
более 10 раз в неделю	0
6. Как много времени в сутки Вы спите?	
более 10 часов	4
9 или 10 часов	8
7 или 8 часов	10
5 или 6 часов	6
меньше 5 часов	0
7. Как относится Ваш вес к идеальному для Вашего роста и пола?	
превышает более чем на 30 %	0
превышает на 21-30 %	3
превышает на 11-20 %	6
не более чем на 10 %	10
ниже на 11-20 %	6
ниже на 21-30 %	3
ниже более чем на 30 %	0
<i>Общее количество очков:</i>	

Существуют несколько базовых составляющих здорового образа жизни, которые являются физиологическими механизмами адаптации индивидуума к воздействиям окружающей среды и изменению душевного состояния организма.

Основными компонентами здорового образа жизни являются:

1. Регулярные физические нагрузки.
2. Рациональное питание
3. Личная гигиена.
4. Закаливание организма.
5. Отказ от вредных привычек.
6. Психофизиологическая регуляция.
7. Режим труда и отдыха.

Таким образом, здоровый образ жизни представляет собой рациональную организацию труда, семьи, быта, досуга и общественной деятельности. Принципы ЗОЖ может выполнять каждый человек, для этого не требуется иметь специальную подготовку, а поддержание отличного уровня здоровья и всей жизни в целом доступно всем.

Анализу роли перечисленных компонентов здорового образа жизни и некоторым рекомендациям по их реализации посвящены последующие главы настоящего руководства.

Для оценки образа жизни можно воспользоваться анкетой, предложенной К. Байером и Л. Шейнбергом (табл. 13.2).

**Интерпретация. 60-70 очков:** Ваше отношение к собственному здоровью следует оценить как отличное (если только в одном из разделов вы не потеряли все 10 очков).

**50-59 очков:** Вы ведете себя хорошо, но можете и лучше.

**40-49 очков:** Ваше поведение можно оценить как среднее, многое в нем следовало бы изменить.

**30-39 очков:** Вы весьма посредственно относитесь к своему здоровью, при правильном образе жизни вы могли бы получать от жизни больше удовольствия.

**Меньше 30 очков:** Вы серьезно пренебрегаете своим здоровьем, без всякого сомнения, вы заслуживаете лучшего к себе отношения.

## 2. Физическая культура – основа здорового образа жизни

**Роль физической культуры в жизни современного общества.** Физическая культура – часть общей культуры общества, отражающая уровень целенаправленного использования физических упражнений для укрепления здоровья и гармонического развития личности. Физическое упражнение является основным средством физической культуры.

Далеко не все факторы оказывают столь глобальное влияние на организм и способны в такой мере повлиять на здоровье как двигательная активность. Не случайно «пищей для жизни» назвал Гиппократ двигательную активность, а Плутарх – «кладовой здоровья». Передовые мыслители, философы и врачеватели далекого прошлого понимали важность физической активности для душевного и физического здоровья человека. Знаменитый римский врач Авл Корнелий Цельз (1 век до н.э. – 1 век н.э.) в трактате «О медицине» пишет о необходимости «чаще заниматься физическими упражнениями, так как праздность расслабляет тело, а труд укрепляет его; первое приносит преждевременную старость, второе – продолжительную молодость». В книге «Как слабым поддерживать свое здоровье» он отмечает, что первым врачебным средством является занятие гимнастикой, упражнения с орудием, игра в мяч, бег, прогулка.

Многовековой путь развития физической культуры человечества характеризовался стихийным освоением физкультурных ценностей, так как двигательная активность и физический труд были неотъемлемой частью в жизни наших предков. Теоретическое незнание роли двигательной активности большинством людей не имело в прошлые времена столь существенного практического значения, поскольку сами условия жизни постоянно диктовали необходимость физической активности и совершенствования физических качеств, необходимых для выживания. Надо полагать, что уже в те далекие времена была заложена основа современных физических упражнений для развития силы, ловкости, гибкости, выносливости (бег, прыжки, метание и др.).

С помощью физических упражнений, гигиенических факторов и естественных сил природы физическая культура позволяет раскрывать потенциальные физические возможности человека, повышать его жизнеспособность. Таким образом, физическую культуру можно рассматривать как естественную потребность человека в двигательной деятельности.

Потребность в физической культуре присутствует в каждом человеке, так как для свободы выбора деятельности и отдыха, возможности создания материальных благ, сохранения самой жизни человеку необходим достаточный уровень развития физиологических и психологических функций, физических качеств, двигательных навыков и умений, т. е. здоровье в целом. Слабое здоровье, недостаточная физическая подготовленность существенно снижают деловую активность. При этом и ребенок, и взрослый человек не могут в полной мере и без ущерба для здоровья использовать все имеющиеся возможности для учебы и освоения учебной программы, плодотворной трудовой активности, пожилой человек не может сохранить активное долголетие.

Естественную потребность в движениях человек удовлетворял на протяжении жизни в трудовом процессе. Однако по мере развития научно-технического прогресса стали изменяться условия жизни людей. Характерной особенностью этих изменений стало неуклонное сокра-

щение доли физических усилий в труде и быту. Рабочие начали превращаться в операторов автоматических линий. В сфере производства и науки все шире стали использоваться компьютеры. За короткий исторический период – последних 60-70 лет доля мышечного труда в сфере материально производства сократилась почти в 200 раз.

Изменились и бытовые условия, которые прежде требовали значительных затрат физического труда. Появились технические средства, освободившие человека от физических нагрузок. Экономисты подсчитали, что на каждого жителя Земли в настоящее время приходится в среднем около 100 различных технических устройств, подавляющее большинство которых облегчает или заменяет физический труд. Большинство людей, приехав после работы домой в транспорте, остаток времени проводит за чтением или у телевизора.

Таким образом, научно-технический прогресс, наряду с улучшением условий жизни и работы в современном обществе, создает предпосылки для малоподвижного образа жизни. Ограничение функции движения вызывает особое состояние – *гипокинезический синдром* или болезнь. Недостаток движений – это начало болезней, ведущее место среди которых занимает сердечно-сосудистая патология: гипертония, атеросклероз, ишемия, инфаркты и др.

Вернемся на несколько десятилетий назад. Социально-экономические условия и значительные успехи в различных областях медицины способствовали снижению заболеваемости до шестидесятых годов, а затем ситуация резко изменилась в худшую сторону. Как оказалось, статистика улучшалась примерно до 1965 года в связи с тем, что практически исчезли инфекционные заболевания. Но затем резко участились заболевания сердца, сосудов, обмена веществ, нервной системы. Так, если в 40-е годы смертность от инфекционных заболеваний в СССР составляла 28 %, а от сердечно-сосудистых – 11 %, то уже в 70-е годы – соответственно 2,9 и 45,6 %. По мнению академика Н.М. Амосова, «медицина взяла, что близко лежит, научилась лечить простые болезни, связанные с инфекцией, а те, что посложнее, остались нетронутыми. И главная беда нашей медицины в том, что она нацелена на болезни, а не на здоровье, она пренебрегла естественными силами сопротивления болезням, которые свойственны всякому организму».

Коронарная болезнь 100 лет назад считалась медицинским курьезом, а в настоящее время поражения сердца в высокоразвитых странах являются причиной более 50 % всех случаев смерти, значительно опережая стоящую на втором месте причину смерти от раковых заболеваний – 22,9 %. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) уносят из жизни людей в работоспособном возрасте, нередко в расцвете сил, и все чаще – молодых. Многочисленные исследования ученых свидетельствуют о том, что сердечно-сосудистые заболевания преимущественно являются уделом жителей высокоразвитых стран. За последние полвека смертность от таких заболеваний возросла в них в 5-6 раз. Жизнь в условиях цивилизации, казалось бы шадящая ССС, так как не требует больших затрат физического труда, как ни странно, сопровождается интенсивным ростом ее поражений. Малоразвитые страны с низким уровнем жизни и высоким удельным весом физического труда населения отличаются почти полным отсутствием заболеваний ССС. Очевидно, суровые условия жизни, требующие максимального напряжения организма, являются фактором, способствующим предупреждению болезней ССС. Развитие науки, техники, автоматизации, освобождая современного человека от

физического труда и значительно облегчая его жизнь в действительности привела к тому, что на смену массовой гибели людей от инфекционных заболеваний, эпидемий в прошлом веке пришла в результате гиподинамии широкая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, которая приобрела также характер эпидемий.

Глубокий анализ состояния здоровья и продолжительности жизни населения нашей страны свидетельствует о том, что ситуация становится критической. Особую тревогу вызывает состояние здоровья школьников. Лишь 10 % выпускников школ могут считаться здоровыми, у трети школьников выявлены различные хронические заболевания. Еще более серьезная ситуация складывается у девушек. За время обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4-5 раз. У более 90 % школьников выявлены различные заболевания и морфофункциональные отклонения в состоянии здоровья. Почти 50 % из них имеют ограничения выбора профессии и возможность службы в армии.

Где же выход?

Еще в 18 веке известный французский врач Труссо утверждал, что «движение как таковое может по своему действию заменить любое лекарство, но все лечебные средства мира не в состоянии заменить действие движения». Интенсивная двигательная деятельность, поддерживающая структуру и функции органов и тканей, является абсолютно необходимым фактором для предотвращения дегенерации организма.

К сожалению, приоритет профилактического направления в медицине еще со времен Гиппократов у нас ушел в прошлое. Видимо оказалось забытым главное, что в течение многих тысячелетий организм животных и человека в процессе приспособления к окружающей среде вырабатывал свойство сопротивляться разнообразным повреждающим факторам среды. Эта способность живого организма или, по выражению И.П. Павлова, «физиологическая мера защиты против болезни» позволяла им обходиться без медикаментозной помощи при многих опасных ситуациях.

Технический прогресс вызвал дисбаланс между требуемой природой человека и реальной, резко сниженной двигательной активностью на фоне все возрастающего психоэмоционального напряжения, привел к последствиям острой недостаточности физической активности большинства населения. Это и обуславливает необходимость повышения роли физической культуры в жизни современного общества. Систематическая физическая тренировка компенсирует двигательную недостаточность, удовлетворяет естественную потребность человека в двигательной активности, способствует укреплению здоровья.

Между тем, проблема повышения двигательной активности является не только чрезвычайно важной, но и сложной. И дело не только в отсутствии хорошей материально-технической базы для систематической физкультурной и спортивной деятельности. Социологические исследования немецкого психолога В. Шеленбергера показали причины низкой физической активности населения:

1. Лень – 57 %
2. Недостаточная осведомленность о пользе занятий – 40 %
3. Другие причины – 3 %

Практика показывает, что более 40 % населения практически вообще не знает о необходимости занятий физической культурой. В лучшем случае, имеются некоторые

представления о пользе занятий, а у спортсменов вообще полная ориентация на спортивный результат. Это является одной из серьезных причин очень большого отсева из детских спортивных школ и причиной того, что большинство юных спортсменов после этого никогда больше не возобновляют занятий физической культурой.

Такая ситуация свидетельствует о низкой грамотности населения (в том числе, к сожалению, многих специалистов-медиков и педагогов) в этом вопросе, что требует проведения широких и качественных образовательных мероприятий.

*Механизм действия физических нагрузок на организм.* Одним из самых сложных в возрастной физиологии человека является вопрос о причинах и механизмах, которые обуславливают рост и развитие организма в процессе онтогенеза. Исследования И.А. Аршавского с сотрудниками показали, что неодинаковая продолжительность жизни у разных животных является следствием неодинакового развития скелетной мускулатуры, что в свою очередь связано с соответствующими условиями их жизни. На основе огромного материала возникла теория индивидуального развития, в основе которой лежит *энергетическое правило скелетных мышц* или еще правильнее – энергетическое правило двигательной активности. Согласно этой теории, особенности энергетики на уровне целостного организма и его клеточных элементов, особенности функционирования разных органов и систем находятся в прямой зависимости от характера деятельности скелетных мышц в разные возрастные периоды. Двигательная активность является фактором функциональной индукции восстановительных процессов (анаболизма). При этом после каждой физической нагрузки происходит не просто восстановление всего затраченного организмом в связи с его деятельностью, а избыточный анаболизм, т. е. процесс роста, развития, усложнения структур всех органов и систем организма. Таким образом, каждый очередной цикл возбуждения (активации) клетки представляет собой не замкнутое кольцо с восстановлением затраченных при деятельности ресурсов лишь до исходного уровня, а дополнительное накопление в ней пластических и энергетических материалов выше исходного, т.е. сопровождается фазой супервосстановления (рис. 13.1), без чего рост и развитие организма были бы невозможны.

Следовательно, благодаря двигательной активности человек уже с антенатального (внутриутробного) периода сам «заводит часы своей жизни», обеспечивая себе тем самым физиологически полноценное индивидуальное развитие. Система сама себя заряжает в процессе активной деятельности. Это явление получило название *энергетического правила скелетных мышц, или энергетического правила двигательной активности.*

Фаза суперкомпенсации длится 24-72 час, уровень запасов энергетических веществ постепенно возвращается к норме, испытывая некоторые колебания возле состояния равновесия. Чем больше был расход энергии при работе, тем интенсивнее идет восстановление и тем значительнее и продолжительнее оказывается превышение исходного уровня в фазе суперкомпенсации. Похожим образом идет восстановление энергетических и пластических ресурсов во всех функциональных системах организма, участвующих в обеспечении мышечной деятельности при выполнении физической нагрузки – нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, дыхательной и др. Напряжение в ходе физической нагрузки систем, ответственных за реализацию той или иной функции, сначала

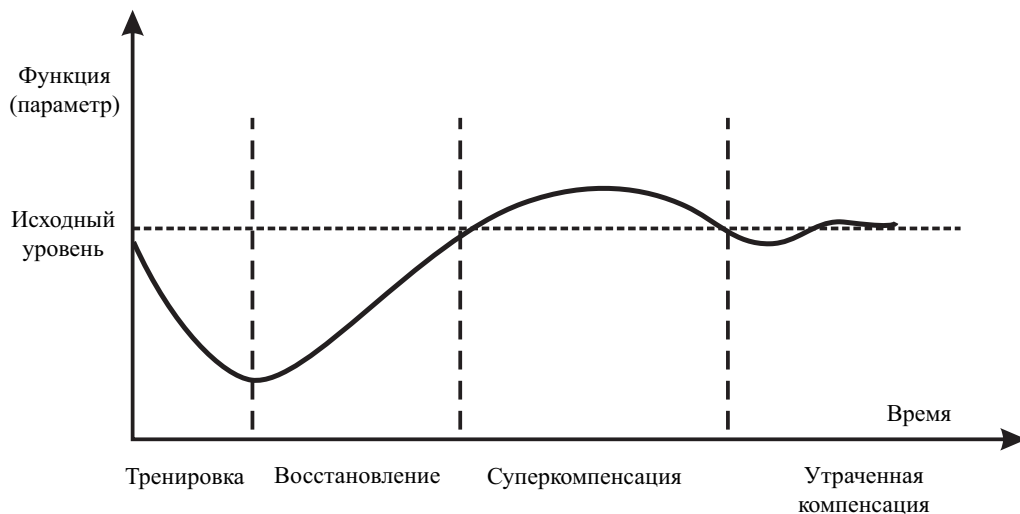


Рис. 13.1. Схема процессов расхода и накопления пластических и энергетических материалов.

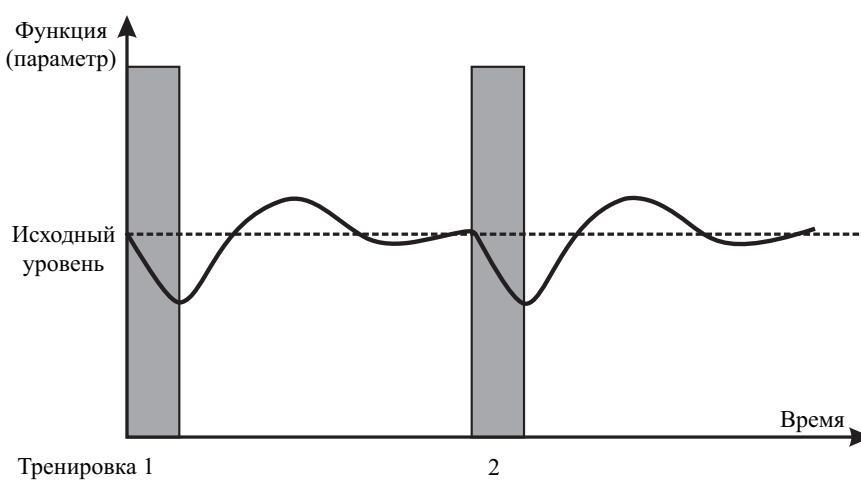


Рис. 13.2. Схема процессов расхода и накопления пластических и энергетических материалов при проведении повторной нагрузки в фазе утраченной суперкомпенсации.

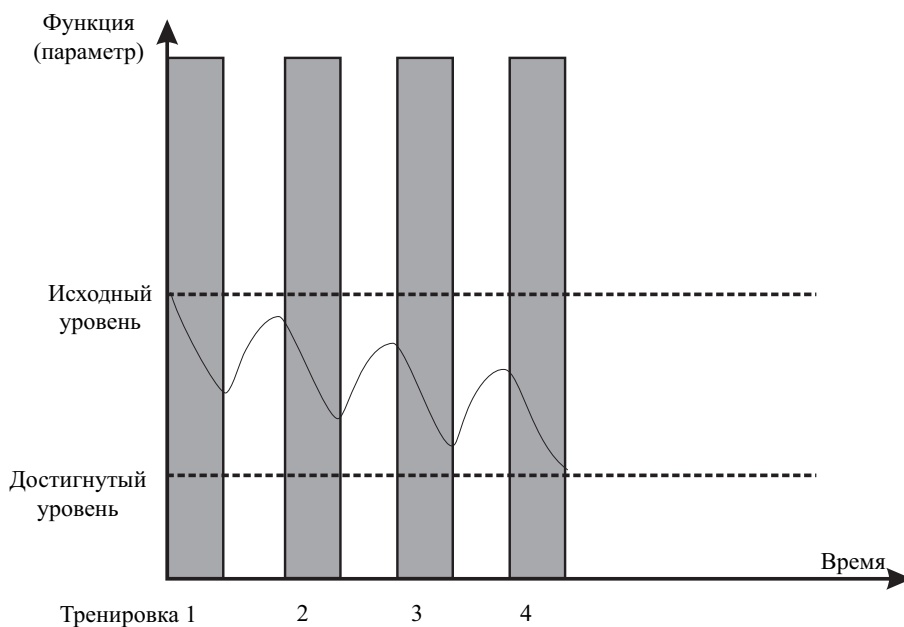


Рис. 13.3. Схема процессов расхода и накопления пластических и энергетических материалов при физических нагрузках, прерывающих стадию восстановления раньше достижения эффекта суперкомпенсации.

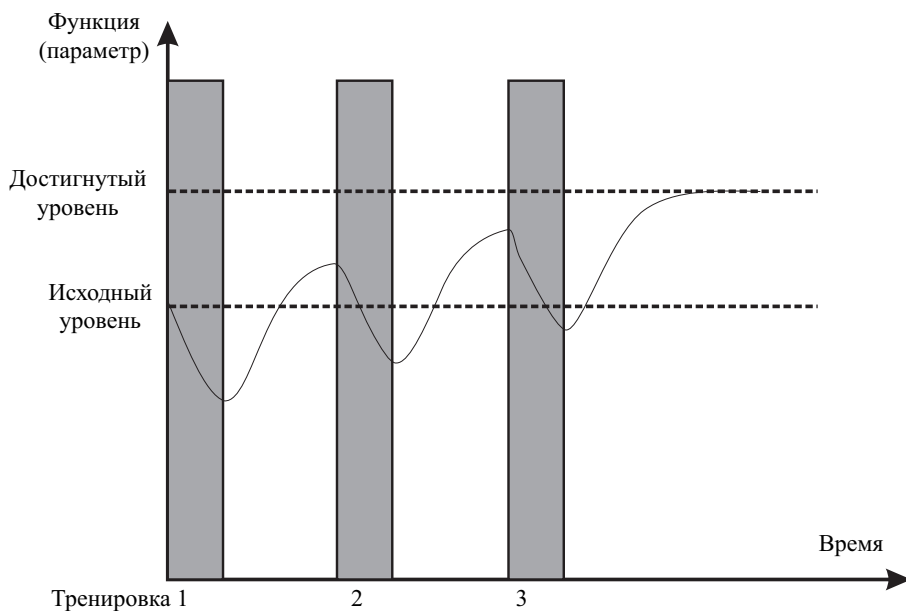


Рис. 13.4. Схема процессов расхода и накопления пластических и энергетических материалов при выполнении физической нагрузки в фазе суперкомпенсации.

приводит к снижению функциональных возможностей организма, но затем во время отдыха достигается состояние суперкомпенсации тренируемой функции, которое продолжается определенное время, после чего, при условии отсутствия повторных нагрузок, уровень тренируемой функции вновь снижается до исходной, — то есть наступает фаза утраченной суперкомпенсации (рис. 13.1).

Проведение повторных тренировок в фазе утраченной суперкомпенсации (слишком редкие тренировки) (рис. 13.2) не смогут привести к закреплению тренировочного эффекта, поскольку каждая последующая тренировка проводится после возвращения функциональных возможностей организма к исходному уровню.

В свою очередь, слишком частые физические нагрузки, прерывающие стадию восстановления раньше эффекта суперкомпенсации (рис. 13.3), приводят к отрицательному взаимодействию тренировочных эффектов и к снижению функциональных возможностей организма.

И только выполнение повторных нагрузок в фазе суперкомпенсации (рис. 13.4) приводит к положительному взаимодействию тренировочных эффектов, закреплению следов воздействия (срочной адаптации), росту тренируемой функции и формированию долговременной адаптации.

Движения сопровождают человека на протяжении всей жизни. Функция движения проявляется задолго до рождения. Шевеление плода — не признак беспокойства, а необходимое условие роста и созревания организма. Плод в утробе матери, периодически испытывая недостаток кислорода и питательных веществ, начинает беспокоиться и двигаться. В ответ на движение плода усиливается приток артериальной крови к плаценте и через нее к плоду, что в конечном итоге обеспечивает его рост и развитие. Таким образом, избыток питания и малоподвижный образ жизни матери ведут к нарушению формирования организма ребенка еще до его рождения.

Потребность у ребенка в движении активно проявляется и сразу же после его рождения. Считают, что первый стимул к движению новорожденного — это температурный фактор внешней среды, так как разница между внутриутробной и комнатной температурой составляет

около 15-18 °С. Движения согревают ребенка и способствуют его росту.

Особое значение движение имеет в период роста и развития организма, т. е. в период созревания двигательного анализатора с первых недель внутриутробного развития и до 14-15 лет. Ограничение двигательной активности в детском, особенно раннем возрасте (например, в связи с пеленанием ребенка), ведет к значительной задержке роста и развития даже при достаточном поступлении питательных веществ. Таким образом, чем активнее скелетные мышцы, тем интенсивнее функционируют другие системы организма. В ходе мышечной деятельности возникает напряжение всех систем организма, что ведет к тренировке, развитию, повышению функциональных возможностей и резервов.

Большое значение для понимания необходимости двигательной активности, ее ведущей роли в жизни человека имеют фундаментальные исследования отечественного физиолога М.Р. Могендовича. Им сформулирована концепция кинезофилии. Концепция кинезофилии основана на существующей у человека, как у любого животного, врожденной потребности в движении. Уровень двигательной активности является генетически обусловленной величиной с максимальной активностью у новорожденных и в первые годы жизни.

Если ребенку искусственно ограничить двигательную активность, то на следующий день потребность в ней возрастает еще больше. Длительные и частые запреты на двигательную активность вначале ведут к возникновению стресс-реакций (организм реагирует уже на действие более слабых стрессоров), а затем и к истощению функций организма.

По мере развития организма естественная потребность в движениях снижается. Параллельно с этим нарастают признаки старения организма. Причем отмечено, что чем меньше двигательная активность и чем раньше наблюдается ее снижение, тем значительнее и раньше проявляются процессы инволюции, сужения функциональных возможностей организма.

Структурной основой кинезофилии являются подкорковые центры, гипоталамус, ретикулярная формация

ствола мозга, деятельность которых контролируется корой больших полушарий.

Мышечная деятельность интегрирует и совершенствует функционирование организма в целом, обеспечивает взаимосвязь всех органов. Систематическая активация функций через двигательную активность приводит к морфофункциональным изменениям органов. Это относится и к самой нервной системе: увеличивается число синаптических связей между нейронами, что ведет к повышению ее возбудимости и проводимости, улучшаются трофические воздействия со стороны вегетативной нервной системы на ткани тела и на саму мозговую ткань. Исходя из этих представлений, становится понятным, например, происхождение *синдрома гипокинезии* как результата недостаточной проприоцептивной афферентации, т. е. влияний от мышечного аппарата на центральную нервную систему (ЦНС) и на весь организм в целом. Выключение этой афферентации дезорганизует весь организм на всех его уровнях от клеточного до целостного.

Таким образом, необходимость повышения роли физической культуры в жизни современного общества вполне очевидна, поскольку гиподинамия большей части населения на фоне сложных социально-экономических и экологических условий существования закономерно привела к снижению уровня здоровья и жизнеспособности человека. Поэтому один из важных ресурсов улучшения здоровья человека – восполнение недостаточной двигательной активности средствами физической культуры.

**Двигательная активность и здоровье.** Различные виды физической деятельности, в том числе трудовой, оказывают благотворное влияние на организм человека. Это подтверждается жизненной практикой, когда охотники-звероловы, альпинисты и представители многих профессий сохраняли высокую работоспособность, силовые качества до 45-50 лет и в более старшем возрасте.

В принципе физическая трудовая деятельность, как и физкультурно-спортивная, тоже является физической тренировкой, т.е. процессом изменения состояния организма человека под влиянием воздействия физических нагрузок. В любом случае это процесс адаптации к мышечной деятельности, результаты которой, как известно, будут зависеть от особенностей нагрузки (от характера, силы, интенсивности, продолжительности и т. д.). Но в процессе трудовой деятельности особенности нагрузки полностью определены производственной необходимостью. Так, многие виды физической трудовой деятельности связаны с вынужденным положением тела, со значительным напряжением отдельных органов, систем и мышечных групп, что, естественно, ведет к многочисленным неблагоприятным влияниям на здоровье. Доказано, что важное значение имеет характер выполняемой работы. Например, тяжелый физический труд (шахтеры, грузчики и др.) приводит к развитию заболеваний (атеросклероз, ишемия, гипертоническая болезнь и т.д.), поскольку силовые нагрузки, энергетика которых осуществляется за счет процессов гликолиза, не только не способствует нормализации липидного обмена, но и повышает содержание холестерина в крови.

В связи с этим влияние физической тренировки на организм в процессе трудовой физической деятельности практически неуправляемо.

Немало людей отождествляет с оздоровительной двигательной активностью служебную суету по кабинетам, аудиториям, коридорам учреждений, учебных заведений, передряги на городском транспорте, хождение по магазинам. Такие нагрузки создают ощущение большой уста-

лости психической, но не физической. Измерения показывают, что субъективная оценка преодоленного за день маршрута почти вдвое превышает реальную.

*Оздоровительная физическая тренировка* – это процесс изменения состояния организма человека (процесс адаптации) под влиянием целенаправленного воздействия физических упражнений с целью оптимизации его развития, формирования, сохранения, укрепления здоровья и повышения жизнеспособности.

Целенаправленная тренировка существенно влияет на организм, но не может принципиально изменить его главных закономерностей, которые сформировались в процессе эволюции человека – неравномерность и гетерохронность развития всех звеньев аппарата движений человека и других органов и систем жизнедеятельности организма.

Основным правилом как оздоровительной, так и спортивной тренировки следует считать соответствие тренировочных нагрузок текущему состоянию занимающегося и естественным ритмам его двигательной функции.

Следовательно, оздоровительная и спортивная физическая тренировка является специально организованным процессом целенаправленной стимуляции развития и совершенствования его физического потенциала, согласованным с ритмами естественного развития двигательной функции.

В связи с этим физическая тренировка, например, детей направлена на создание базы его физического здоровья, в подростковом возрасте – на интенсивное развитие скоростных качеств, у юношей – на развитие всех физических качеств и двигательных координаций, в пожилом возрасте – на стабилизацию физического состояния.

**Основные виды оздоровительных физических упражнений.** К основным средствам устранения дефицита мышечной деятельности современного человека относятся физические упражнения. Это специально организованные двигательные действия, направленные на решение конкретных задач – оздоровительной или спортивной. Физические упражнения приводят в действие естественные резервы человека, создавая и поддерживая основу высокой работоспособности и жизнеспособности.

Наибольшим оздоровительным эффектом обладают циклические упражнения аэробного характера с включением в работу больших мышечных групп. Среди них следует отметить бег, ходьбу, ходьбу на лыжах, греблю, бег на коньках, плавание, езду на велосипеде. Из ациклических видов хорошее оздоровительное влияние на организм оказывают ритмическая гимнастика, подвижные спортивные игры (баскетбол, футбол, большой теннис).

В крайнем случае, с оздоровительной целью можно использовать и физические упражнения, проводимые в хорошо проветриваемом помещении в домашних условиях. В их числе зашагивания на скамейку, упражнения со скакалкой, бег на месте, работа на велотренажере, подъем по лестнице и др.

**Оздоровительная ходьба** является наиболее доступным начальным этапом самостоятельных занятий людей при наличии противопоказаний к бегу, а в ряде случаев может быть самостоятельным видом оздоровительной двигательной активности. При ходьбе нагрузка на ноги в два раза меньше, чем при беге. По мере роста тренированности ходьба сменяется беговой тренировкой. Она доступна и ребенку, и старому человеку, и перенесшему тяжелые заболевания.

При скорости ходьбы до 6,5 км/час ее интенсивность может достичь зоны тренирующего режима (ЧСС 120-



130 уд/мин). Во время такой интенсивной ходьбы в течение часа взрослый человек может израсходовать около 300-400 ккал. энергии в зависимости от массы тела (примерно 0,7 ккал/кг массы тела на 1 км пути). Например, при массе тела 70 кг расход энергии за 1 час при скорости ходьбы 6 км/час составит около 300 ккал ( $0,7 \times 70 \times 6$ ). В неделю расход энергии при ежедневной часовой ходьбе в таком темпе будет равен 2100 ккал. Это приведет к минимальному тренировочному эффекту у неподготовленного человека. Через 3 месяца такой ходьбы по 1 часу 5 раз в неделю МПК возрастает у них на 14 % по сравнению с исходными данными. Однако с ростом тренированности эффект такой тренировки снижается, т. к. интенсивность нагрузки становится ниже пороговой.

Исследования американских ученых показали, что у людей в возрасте 60-65 лет при использовании оздоровительной ходьбы в течение 6 месяцев при ЧСС, равной 60 % от максимальной (5 раз в неделю по 30 мин.) МПК возросло на 12 %.

Длительная ходьба особенно полезна людям с лишним весом. Этот вид физических упражнений вообще не требует каких-либо условий или обстоятельств. Это упражнение легко дозировать и его выполнение является наименее рискованным в смысле возможного нежелательного влияния физических нагрузок. Ходить можно, гуляя с детьми, на работу и с работы, выгуливая собаку. И что важно, при этом никто не будет обращать внимание на то, что вы на самом деле тренируетесь, а не просто ходите.

Более эффективна ходьба в гору (терренкур), так как при этом кроме общей выносливости тренируется сила и силовая выносливость мышц ног.

Однако следует учитывать, что ходьба может оказаться трудным занятием, если у человека большие ноги. Кроме того, по сравнению с другими видами упражнений потребуется больше времени для достижения схожего оздоровительного эффекта. Таким образом, использовать ходьбу лучше лишь на первом этапе тренировки на выносливость при низких функциональных возможностях или при наличии противопоказаний к бегу.

**Бег** является одним из наиболее простых, доступных и эффективных видов оздоровительных физических упражнений. Оценивая влияние оздоровительного бега на организм, можно выделить два эффекта: прямой (специальный) эффект заключается в повышении функциональных возможностей кардиореспираторной системы, аэробной производительности, физической работоспособности, общей выносливости; общее влияние связано с изменениями функционального состояния центральной нервной системы, нейрогормонального аппарата, со структурными и функциональными изменениями в скелетных мышцах и миокарде. Это в конечном итоге ведет к антисклеротическому, антистрессовому, антидиабетическому и антигипертензивному эффектам, повышению неспецифической резистентности организма и снижению заболеваемости.

**Оздоровительный бег** – более интенсивное упражнение, чем ходьба и его можно дозировать по расходу энергии, скорости передвижения, расстоянию и т.д. При скорости бега 10 км/час, т.е. трусцой, энерготраты составляют 10,5 ккал/мин или 630 ккал/час; при скорости 15 км/час – 21 ккал/мин или 1260 ккал/час, что составляет более половины суточной затраты энергии человека, занятого умственным трудом. Бег является прекрасным естественным транквилизатором и, быть может, более эффективным, чем лекарственные препараты. Это связано с ограничением стресс-реакции и с повышением

содержания в крови эндорфинов при работе на выносливость. При этом их концентрация возрастает в 4-5 раз и повышенный уровень сохраняется в течение нескольких часов. Под влиянием эндорфинов улучшается настроение, появляется состояние эйфории. Не случайно психиатры широко используют циклические упражнения при лечении депрессивных состояний. Психологи считают, что любители оздоровительного бега становятся более общительными, контактными, доброжелательными, имеют более высокую самооценку в своих силах и возможностях.

Большое влияние оказывает бег, особенно медленный, на содержание холестерина и липопротеидов. Наблюдается снижение холестерина в крови, увеличивается содержание «хороших» липопротеидов высокой плотности (ЛВП), снижается индекс атерогенности. Так у лежачих больных содержание ЛВП – 26 мг%, при малоподвижном образе жизни – 42 мг%, а у бегунов среднего возраста – 63 мг%. Кроме того, бег является хорошим «массажером» кровеносных сосудов. Все это формирует хорошую защиту от атеросклероза. При медленном беге энергетические процессы обеспечиваются преимущественно за счет окисления жиров, что ведет к снижению избыточного веса, который является одним из факторов риска многих заболеваний.

Занятия бегом доставляют удовольствие, когда пройден начальный этап, и нет форсирования в увеличении продолжительности по времени и расстоянию, по частоте занятий и, конечно, по интенсивности. Удобно, что бегать можно где угодно и в любую погоду.

Однако даже при хорошей функциональной подготовленности длительный бег противопоказан при выраженном ожирении, моче- и желчнокаменной болезни, отслойке сетчатки, высокой степени миопии.

**Ходьба на лыжах** улучшает деятельность всего организма. Чистый воздух, равномерно повторяющиеся движения различных частей тела успокаивающе действуют на нервную систему. Двигаясь с небольшой приятной для себя скоростью, можно преодолеть от 5 до 20 км. Лыжные прогулки или тренировки проводятся на свежем, морозном воздухе и оказывают большое закалывающее влияние. Этот вид физических нагрузок хорошо развивает опорно-двигательный аппарат, способствует гармоничному развитию тела, укрепляет и развивает сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы, повышает работоспособность и выносливость организма. В связи с разнообразием двигательной деятельности у занимающегося складываются и закрепляются в процессе тренировки различные динамические корковые стереотипы (в зависимости от условий работы в процессе бега на лыжах). Ходьба на лыжах развивает ловкость, чувство равновесия. При беге на лыжах очень велик расход энергии, что поможет избавиться от лишних килограммов веса. Лыжник в час расходует до 600-900 ккал.

По своему оздоровительному значению ходьба на лыжах даже превосходит бег. Это связано с тем, что в работу включаются практически все группы мышц – ног, рук, верхнего плечевого пояса, живота. По аэробным возможностям лыжники стоят на первом месте (МПК до 80-90 мл/кг). Качественное выполнение бега на лыжах оказывает влияние и на развитие силы определенных групп мышц. Кроме того, этот вид физических упражнений мягче действует на опорно-двигательный аппарат (позвоночник и суставы). Однако сложность техники ходьбы на лыжах, значительная пересеченность местности не всегда могут позволить использовать этот вид с оздоровительной целью.

**Катание на велосипеде.** В некоторых странах мира этот вид транспорта является привычным средством передвижения. Чтобы езда на велосипеде развивала аэробные возможности, необходима достаточно большая и продолжительная нагрузка. Если это непривычное занятие, то надо начинать с медленной езды на короткое расстояние по 5-10 минут. Постепенно расстояние и скорость можно будет увеличивать. Лучше выбирать маршрут с более ровным рельефом и, конечно, без оживленного движения машин (выхлопные газы и опасность езды). Спуск с горки будет бесполезным для здоровья, а подъем может оказаться чрезмерной нагрузкой.

**Плавание** вовлекает в работу все мышечные группы, а горизонтальное положение тела, обтекание воды создают облегчение условия для работы сердца, улучшают венозное кровообращение. Общая нагрузка меньше, чем при беге или ходьбе на лыжах. Для достижения необходимого эффекта занятий плаванием необходимо развивать сравнительно большую скорость, при которой ЧСС достигала бы тренирующего режима, т.е. не менее 130 уд/мин. Чтобы плавание оказало влияние на развитие выносливости, необходимо научиться достаточно хорошо овладеть его техникой. Но если этого не сделать, то можно не ждать от занятий хорошего эффекта.

Дыхание при плавании происходит в несколько стесненных условиях. В связи с затрудненным вдохом из-за давления воды на грудную клетку и затрудненным выдохом пловцы имеют высокие показатели функции внешнего дыхания, что обусловлено развитием дыхательных мышц и увеличением подвижности грудной клетки.

Энергообеспечение мышечной деятельности при плавании имеет ряд особенностей. Уже само нахождение в воде увеличивает расход энергии на 50 %, удерживание тела на плаву увеличивает энерготраты в 2-3 раза, т.к. теплопроводность воды в 25-27 раз больше воздуха. В связи с большим сопротивлением воды на каждый метр передвижения в водной среде расходуется в 4 раза больше энергии, чем при ходьбе с той же скоростью. Это позволяет считать плавание эффективным средством нормализации веса тела, но при регулярных тренировках не менее 30 минут три раза в неделю.

Если человек не привык плавать подолгу, надо начинать медленно по несколько минут, постепенно увеличивая непрерывное плавание до 20 минут.

Плавание – прекрасный вид физических упражнений для тех, у кого болят ноги, суставы, для детей с нарушениями осанки.

**Гимнастика** позволяет целенаправленно воздействовать на определенные мышечные группы, нуждающиеся в нагрузке. Оздоровительная гимнастика позволяет людям, ведущим малоподвижный образ жизни, укрепить мышцы спины, создать надежный мышечный корсет, который необходим для профилактики возрастных заболеваний в различных отделах позвоночника, других суставах. Общеразвивающие упражнения, проводимые в увеличенном объеме, могут быть самостоятельными средствами повышения двигательной активности. Для занятий используются различные формы: утренняя гигиеническая гимнастика, вводная гимнастика, физкультпаузы, индивидуальное выполнение целенаправленных комплексов.

**Атлетическая гимнастика** – это те же гимнастические упражнения, выполняемые с отягощениями. Целесообразное дозирование веса отягощений позволяет регулировать нагрузку при сохранении разумного предела повторений упражнений. Рекомендуется работа с отяго-

щениями не более 50 % от максимального веса, а подъем тяжестей осуществлять в фазе вдоха, что автоматически исключает задержку дыхания и нивелирует отрицательное действие натуживания. Во время натуживания в результате снижения притока крови к сердцу и сердечного выброса резко падает систолическое и повышается диастолическое давление. Сразу же после окончания упражнения, вследствие активного кровенаполнения желудочков сердца, систолическое давление поднимается до 180 мм.рт.ст. и более, а диастолическое резко падает. Поэтому атлетические упражнения необходимо сочетать с упражнениями, способствующими повышению аэробных возможностей и общей выносливости (бегом, играми и др.).

**Ритмическая гимнастика и «аэробика»** являются отличными средствами сохранения и развития здоровья. Эти физические упражнения по объему работающих мышц относятся к глобальным. Профессиональные танцоры и любители потанцевать получают аэробную тренировку как побочный эффект от своей работы или увлечения и, как правило, имеют хорошую физическую форму.

Подобные занятия, организованные с оздоровительной или спортивной целью обычно проходят на высоком эмоциональном подъеме занимающихся, что очень важно для снятия напряженности и улучшения настроения. В процессе тренировки ведущий показывает движения, а группа повторяет их в достаточно быстром темпе. Ритмическая гимнастика и «аэробика» оказывают большое влияние на кардиореспираторную систему, развивают гибкость, делают мышцы и связки более эластичными, совершенствуют координационные способности. Эти виды оздоровительной физкультуры достаточно популярны среди девушек и даже женщин молодого и зрелого возраста. Однако следует отметить сложность дозирования физической нагрузки для разных занимающихся в процессе такой организованной тренировки. Последнее обстоятельство может оказать существенное влияние на конечный результат занятий. В зависимости от выбора применяемых средств занятия ритмической гимнастикой (аэробикой) могут носить преимущественно атлетический, танцевальный, психорегулирующий или смешанный характер. Оздоровительный эффект занятий можно достигнуть, если выбранный темп движений и серии упражнений осуществляются таким образом, чтобы тренировка носила в основном аэробный характер с ЧСС в пределах 130-160 уд/мин.

**Игра** является одной из основных форм деятельности человека. В хорошо организованных играх совершенствуются функции организма и его формы, упражняются и развиваются различные качества и способности. Значительное место в игровой деятельности человека занимают игры, в которых для решения поставленных задач используются разнообразные двигательные действия в виде ходьбы, бега, прыжков, метаний, лазания и других видов передвижения. Именно эти игры, называемые подвижными, и применяются в качестве средств физического воспитания.

Под влиянием подвижных игр усиливается деятельность внутренних органов и обмен веществ в организме, развивается и укрепляется опорно-двигательный аппарат, органы кровообращения, дыхания и т.д. Однако игра не оказывает избирательного и точно рассчитанного по нагрузке воздействия на мышцы, суставы и внутренние органы. В процессе игровой деятельности невозможно осуществить ни качественной подготовки отдельных

групп мышц, ни специального развития подвижности в суставах, ни планомерного исправления осанки. Нельзя при этом обеспечить и строгого дозирования нагрузок.

Тем не менее, нельзя не считаться с тем обстоятельством, что игра занимает важное место в жизни ребенка и служит одним из главных средств физического воспитания. При этом следует помнить, что слишком подвижные и очень эмоциональные игры могут вызвать чрезмерное возбуждение нервной системы ребенка и длительное снижение внимания.

Спортивные игры, проводимые в рамках оздоровительной физкультуры, способствуют укреплению здоровья, снижают стрессовое напряжение. Но далеко не все игры способны оказать достаточное тренирующее воздействие на кардиореспираторную систему. Футболистам, например, приходится часто останавливаться, делать резкие ускорения. К играм, дающим достаточно хороший оздоровительный эффект (в том числе тренировку сердца), можно отнести баскетбол, большой теннис, отчасти футбол (но не для всех игроков команды).

Баскетболисты обладают достаточно хорошей выносливостью, так как игра требует практически непрерывного движения. Сложность может быть в том, что для тех, кто недостаточно тренирован, баскетбол может оказаться слишком большой нагрузкой. В связи с этим вначале необходимо улучшить подготовленность организма путем занятий ходьбой, бегом, а уже потом развивать выносливость, играя в баскетбол, постепенно увеличивая продолжительность игры.

Большой теннис может быть хорошей аэробной тренировкой, но может и не оказывать влияния, особенно для начинающих, а также для игроков, которые не бросаются за каждым мячом, летящим в дальний угол или за пределы площадки.

**Оздоровительные физические упражнения, которые можно выполнять в домашних условиях.** Такая форма проведения физической подготовки может быть обусловлена различными причинами. Когда на дворе непогода, когда оказываешься в чужом городе или когда просто не хочется показываться на люди, можно заниматься физическими упражнениями и в помещении.

Существует несколько способов аэробной тренировки в помещении, если даже нет специального оборудования (велотренажера и т.д.). Например, такие упражнения, как «бег на месте», «скакалка», «лестница», «скамейка» и аэробный танец.

Подъем в гору или по лестнице является очень эффективным видом физических упражнений. Это не так утомительно для ног, как бег на месте. При этом легко дозировать нагрузку. Одни специалисты рекомендуют за раз преодолевать ступенек по десять, другие считают, что лучше по три, так как в этом случае сокращается время отдыха при спуске. Человек должен сам приспособиться, как будет лучше и удобнее.

Для выполнения упражнения «скамейка» необходима скамейка высотой от 23 до 30 см. Надо попеременно подниматься и спускаться с нее в достаточно высоком темпе.

Скакалка – замечательный способ держать себя в хорошей физической форме. Однако, чтобы прыгать через скакалку подолгу, нужно быть достаточно выносливым. Это хорошее упражнение для уже подготовленных людей, кто регулярно тренируется. Занятия со скакалкой позволяют оставаться в хорошей физической форме. Можно заниматься под музыку.

Бег на месте подходит в тех случаях, когда нельзя заниматься другими упражнениями. Но при этом, чтобы не

уставали ноги, нужны хорошие кроссовки и самый мягкий ковер. Во время бега необходимо следить за дыханием и пульсом.

Кроме перечисленных выше упражнений в процессе оздоровительных тренировок можно воспользоваться и другими простыми физическими упражнениями, развивающими силу, быстроту, гибкость и ловкость.

Примерные упражнения для развития силы:

- сгибание и разгибание рук в упоре (стоя, лежа);
- приседания на одной, двух ногах;
- подтягивание;
- наклоны назад с поворотом туловища вправо и влево сидя, ноги закреплены, руки за голову (можно с гантелями).
- лежа на спине, поднимание прямых ног перпендикулярно туловищу;
- упор сидя, поднимание и опускание одной или двух прямых ног, попеременные движения ногами вверх-вниз («ножницы»);
- сгибание и разгибание рук с гантелями, круговые движения руками, подскоки, приседания с гантелями;
- растягивания эспандера или резинового жгута из различных положений.

Примерные упражнения для развития быстроты:

- бег из положения стоя с максимальной скоростью (20-30 сек.);
- семенящий бег (8-12 метров);
- бег с ускорениями 10-15 метров (3-6 раз);
- повторное проплывание отрезков по 10-30 метров;
- ежедневный быстрый подъем на 2-4 этаж.

Примерные упражнения для развития гибкости:

- из положения стоя (сидя) наклоны вперед, ноги не сгибать (можно с отягощением);
- в различных положениях выпада (вперед, назад, в сторону) растягивание в коленных и тазобедренных суставах (можно с отягощением);
- из положения лежа сделать «мост»;
- маховые движения ногами в разных направлениях с максимальной амплитудой.

Примерные упражнения для развития ловкости:

- жонглирование теннисными мячами;
- всевозможные кувырки;
- прыжки через скакалку в различных вариантах;
- подвижные игры;
- спортивные игры (волейбол, баскетбол, футбол, теннис и др.).

Следует обратить внимание на упражнения, развивающие силовую выносливость. Дело в том, что достаточный тонус и выносливость скелетной мускулатуры обеспечивают правильное расположение внутренних органов и костно-суставного аппарата. Кроме того, эти физические качества имеют большое значение для функции внешнего дыхания и эффективного периферического кровообращения («периферическое сердце»).

Выделяют статическую и динамическую силовую выносливость. Первая позволяет эффективно осуществлять массажно-поддерживающие функции для органов брюшной полости, позвоночника (правильная осанка и профилактика ее нарушений), стопы (профилактика плоскостопия). Динамическая силовая выносливость способствует расширению двигательных возможностей мышц и осуществлению функции «периферического сердца», облегчая продвижение крови по венам при сокращении мышц.

Для развития статической выносливости можно использовать упражнения с предметами (например, удержание гантелей, штанги в каком-либо положении), удер-

Таблица 13.3

**Примерная сравнительная оценка эффективности различных видов физических упражнений**

Виды занятий	Длительность выполнения, мин.
Легкий бег	10
Прогулка на велосипеде, зарядка, гребля, плавание	15
Ходьба быстрая, волейбол, лыжи, теннис	30
Теннис настольный, танцы	45
Работа в саду или огороде	60

жание определенных поз тела (например, удержание ног над полом в положении лежа на спине), различные удержания на спортивных снарядах (на перекладине, кольцах, гимнастической стенке, брусьях). Можно воспользоваться упражнениями с упором в неподвижный предмет, с преодолением сопротивления собственных мышц (например, попытка поднять ногу, удерживая ее своими руками).

Динамическая силовая выносливость развивается различными упражнениями с использованием снарядов (перекладина, брусья, канат, шест, кольца, гимнастическая стенка), массы собственного тела (отжимания, приседания, поднятие ног и туловища из положения лежа на спине и др.), с произвольным напряжением мышц при медленном движении, с использованием гантелей, гири, эспандеров, штанги. В последнее время все более популярными становятся различные виды тренажеров. Следует помнить, что при развитии силовой выносливости необходим комплексный подход, предусматривающий тренировку всех мышечных групп – ног, рук, спины и живота, так как достаточная силовая выносливость одних мышц не может компенсировать слабость других.

Тренировочного эффекта можно достигнуть, используя упражнения любого типа при достаточной интенсивности и объеме используемой нагрузки.

В таблице 13.3 представлена сравнительная оценка эффективности некоторых видов физических упражнений.

Некоторые виды физических упражнений прямо или косвенно способствуют повышению эффективности мозговой деятельности, оказывают положительное влияние на продуктивность мыслительного процесса и поддержание высокой интеллектуальной работоспособности.

Известно, что к головному мозгу идут две внутренние сонные артерии и две позвоночные, а общая протяженность мелких сосудов мозга – капилляров составляет 150 км. Ухудшение кровотока в артериях и сосудах немедленно ведет к недостаточности мозгового кровообращения и снижению работоспособности. Физические упражнения способны воздействовать на сосуды головного мозга, совершенствовать механизмы их функционирования. К таким упражнениям можно отнести дыхательные, статические, динамические, упражнения для глаз.

**Дыхательные упражнения** основаны на том, что человек может в определенных границах управлять своим дыханием: удлинять или укорачивать вдох и выдох, дифференцировать паузы между ними, изменять характер дыхательных движений (варьировать их интенсивность, включать в работу те или иные группы мышц). По принципу выполнения дыхательные упражнения делят на несколько групп.

1. Упражнения, характеризующиеся углубленным вдохом и выдохом. Это достигается путем рационального сочетания грудного и брюшного типов дыхания. Выдох начинается с сокращения мышц живота и диафрагмы и осуществляется за счет уменьшения объема грудной клетки вследствие перемещения ребер, что обеспечивает завершение «выдавливания» воздуха из легких. Вдох начинается с работы диафрагмы и завершается расширением грудной клетки. Во время вдоха кровенаполнение мозга уменьшается, а при выдохе – увеличивается. Упражнения могут выполняться стоя, сидя и лежа. Их можно сочетать с нетрудными физическими упражнениями в виде подъемов или разведений рук в стороны, синхронным надавливанием на живот в момент выдоха и др. Во избежание гипервентиляции (головокружение, слабость) не следует глубоко и часто дышать.

2. Упражнения, характеризующиеся определенным ритмом:

а) стабильным, с незначительным увеличением дыхательных циклов. Выдох совершается, в 2-3 раза медленнее, чем вдох: если вдох делать за 2 с, то выдох – за 4-5 с. Дыхание должно быть умеренной глубины, выполняться без перенапряжения и шума на протяжении 10-15 мин. Такие упражнения являются хорошим средством уменьшения нервного напряжения и успокоивания. Их хорошо выполнять перед сном.

б) упражнения в замедленном ритме рекомендуются тем, кто овладел практикой ритмического дыхания. Суть таких упражнений в том, что после спокойных обычной глубины вдоха и выдоха выдерживается определенная пауза. Например, при общем времени дыхательного цикла 15 с на вдох и выдох отводится 5 с, на паузу – 10 с. Если к концу 10-секундной паузы не появиться легко переносимое чувство нехватки воздуха, то паузу можно увеличить до 15 и более секунд. Предполагается, что ощущение нехватки воздуха является сигналом об избытке в крови углекислого газа (сильное сосудорасширяющее вещество), который активизирует дыхательный центр, способствует расширению сосудов сердца и мозга, усиливая кровоток в этих органах. Продолжительность занятия 3-5 минут. Каждое упражнение выполняется при максимальном расслаблении мышц. Не рекомендуется выполнять перед сном.

в) упражнения в ускоренном ритме до 100 дыхательных движений в минуту, которые способствуют развитию подвижности дыхательных мышц.

3. Упражнения, отличающиеся повышенной интенсивностью выдоха (выдох толчком), достигаемой за счет вовлечения в дыхательный акт некоторых дополнительных групп мышц. Такие упражнения вызывают большие перепады давления в венозных сосудах головы, тем самым улучшая обменные процессы в мозге. Примером могут служить упражнения в рубке дров типа «дровосек» и им подобные, в которых завершающая фаза выдоха выполняется как бы толчком за счет сокращения мышц нижней части живота. Их можно выполнять при неподвижном положении, тела – сидя, стоя, сочетая с наклонами туловища, подъемами ног и др.

4. Упражнения, основанные на изменении просвета воздухоносных путей, например, дыхание через нос через одну ноздрю. При их выполнении возрастает сопротивление воздухоносных путей, благодаря чему в грудной полости создаются большие перепады давления. Известно, что падение давления в грудной полости активизирует отток венозной крови, а повышение давления при выдохе, наоборот, замедляет. Этот процесс способствует

улучшению циркуляции крови во внутричерепном пространстве и активизирует обменные процессы в мозге.

**Статические упражнения** характеризуются определенными позами и сохранением их в течение более или менее продолжительного отрезка времени. Таких упражнений много в гимнастике, аэробике, тяжелой атлетике. Их физиологическое воздействие на организм основано на изменении положения тела по отношению к направлению гравитационных сил.

Стойки и висы вниз головой создают большую дополнительную нагрузку на сосуды головы. Растяжению сосудов под действием гидростатического напора крови препятствует физиологическая защитная реакция в виде пропорционально повышающегося напряжения стенок сосудов. Такая реакция способствует поддержанию постоянства мозгового кровообращения при любых изменениях положения тела: ускорениях, натуживаниях и др. Упражнения такого рода совершенствуют эту способность. Улучшению мозгового кровообращения способствуют упражнения со сгибанием позвоночника в области шейных и грудных позвонков (стойки на лопатках, заведение ног за голову в положении лежа на спине).

Заслуживает внимания волевая гимнастика А.А. Микулина. Вот что он советует: «Не поднимаясь с постели, лягте на спину и расслабьте все мускулы. Затем изо всех сил (оставаясь внешне в спокойном положении) начинайте волевыми импульсами биотоков сокращать поочередно все мышцы: сперва ног, затем живота, спины, груди, плеч и даже лица. Рекомендую делать по четыре сокращения каждой мышцы длительностью по 2 с каждое, затем снова начинать сокращение от ног в том же порядке. Дыхание должно быть равномерным. На волевою гимнастику надо затратить не более 3-5 минут. Если заниматься ею систематически, то результат сказывается через 8-10 дней. Организм оживает, мышцы становятся крепкими, сильными».

**Упражнения для глаз** входили во многие древние гимнастические системы в виде разнообразных движений глазами: вращение вверх-вниз, влево-вправо и другие. Такие упражнения тренируют мышцы, управляющие движениями глаз, активизируют кровообращение в этой области. После выполнения таких упражнений многие чувствуют себя значительно бодрее, особенно после сильного умственного утомления.

Дефицит движений у большинства работников умственного труда неизбежно сказывается на зрении. Работая за столом, с приборами, у мольберта человек длительное время фиксирует взгляд на точках, расположенных на одном и том же расстоянии. Это вызывает перенапряжение не только двигательных мышц глаза, но и микромышц хрусталика. Поэтому рекомендуется в течение рабочего дня неоднократно переводить взгляд на далеко отстоящие точки и зрительно фиксировать их. Существующие системы упражнений (Е.К. Клосовского, Э.С. Аветисова) позволяют эффективно поддерживать работоспособность глазодвигательного аппарата.

**Оптимальная двигательная активность, гипокинезия, гиперкинезия.** Исследования и практический опыт поколений показали, что одна из основных причин многих болезней сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других систем – низкий уровень двигательной активности. Двигательная активность – это количество движений, которые человек выполняет в течение дня, недели, месяца. Ограничение или отсутствие двигательной деятельности отрицательно сказывается на развитии молодых и функционировании зрелых организмов; развиваются различного рода заболевания, активизируются

и ускоряются процессы старения. Еще Аристотель отмечал, что ничто так не истощает и не разрушает организм, как физическое бездействие. Поэтому оптимальная двигательная активность является одним из важнейших факторов, составляющих основу здорового образа жизни. Многие считают, умеренные физические нагрузки недостаточно эффективны, и надеются на то, что активные занятия спортом в юные годы обеспечивают запас прочности организма на долгие годы. Однако, результаты двадцатилетних наблюдений медиков за 17 тысячами выпускников Гарвардского университета позволили констатировать, что только систематическая физическая активность определяет уровень здоровья и продолжительность жизни бывших студентов.

Механизмы и эффекты адаптации организма к физическим нагрузкам наглядно демонстрируют, что двигательная активность приводит к необычайно широкому полезному стимулирующему эффекту, влияя на весь организм. При этом клеточные структуры обновляются и совершенствуются во всех важнейших системах жизнеобеспечения (нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, иммунной и, конечно, в опорно-двигательном аппарате, т. е. в костях, мышцах, суставах и связках).

Физическая тренировка ведет к совершенствованию нервной системы – центральной, вегетативной, коры головного мозга. При этом нервная система, обладая регуляторной, координационной, трофической функциями, одновременно и орудие, и объект совершенствования. Под влиянием физической тренировки, направленной на развитие силы, быстроты и выносливости, повышается сила нервных процессов, т. е. увеличивается способность нервных клеток головного мозга переносить все более значительные напряжения, возрастает их работоспособность. Физическая тренировка повышает подвижность нервных процессов. Выполнение разнообразных физических упражнений ведет к совершенствованию двигательных навыков, к точности, экономичности, быстроте и координации движений.

Занятия физкультурой и спортом стимулируют умственную работоспособность. Следует, однако, заметить, что этот процесс во многом определяется характером и интенсивностью двигательной активности.

Совершенствование деятельности желез внутренней секреции (гипофиз, надпочечники, поджелудочная железа и др.) под влиянием физической тренировки имеет большое значение для нормальной работы организма, нормального роста и развития, полового созревания, обмена веществ, работы всех органов и систем.

Физические нагрузки, соответствующие возможностям организма, улучшают развитие костной системы, увеличивают период ее роста в детском возрасте, а в пожилом возрасте препятствуют остеопорозу. Регулярная физическая тренировка детей и подростков ведет к приросту веса тела в большей степени за счет активной мышечной, а не жировой массы, а хорошая мышечная система – основа для формирования правильной осанки.

Морфофункциональные преобразования в нейрогормональном аппарате в процессе адаптации к физическим нагрузкам дают объяснение важной роли двигательной активности в предупреждении, течении и исходе гипертонической болезни, вегето-сосудистой дистонии, язвенной болезни, невротических и психических состояний. Не случайно в психиатрии в процессе лечения и реабилитации больных широко используется трудовая (физическая) терапия.

Большая роль принадлежит двигательной активности в профилактике таких опасных болезней сердца, сосудов и обмена веществ, как ишемия сердца, атеросклероз, сахарный диабет. Исследования А.А. Виру с сотрудниками (1988), проведенные на студентах, показали, что после 2-х месячных занятий бегом по три раза в неделю наблюдается увеличение на 18-19 % концентрации в крови липопротеидов высокой плотности, препятствующих развитию атеросклероза. Рациональная двигательная активность стимулирует и нормализует жировой и углеводный обмен, ведет к экономному расходованию инсулина. Это объясняет значимость физической тренировки в профилактике ожирения и сахарного диабета, ее эффективность при данной патологии. За 10 лет широкого распространения оздоровительного бега в США смертность от инфаркта миокарда снизилась в 2,5 раза. В связи с этим специалисты Президентского Совета по физической подготовке и спорту США охарактеризовали бег как основное средство оздоровления, которое дает наибольший физиологический эффект в единицу времени с наименьшими затратами. Ни одна оздоровительная программа не давала и не дает такого громадного эффекта.

Многим из занимающихся физкультурой и спортом знакомы эйфория, удовольствие и хорошее настроение, которыми сопровождаются занятия. Это и не удивительно. Ведь известно, что выполнение физической нагрузки сопровождается повышенным образованием в организме морфиноподобных веществ – опиоидных пептидов (эндорфинов и энкефалинов). Таким образом, физическая нагрузка является своего рода естественным транквилизатором. Особенно выражен этот эффект в случае выполнения нагрузки умеренной мощности и интенсивности (быстрая ходьба, бег, ходьба на лыжах, аэробика, различные игры и т. д.).

При выполнении физических упражнений работающие мышцы потребляют больше кислорода. В связи с этим усиливается деятельность органов дыхания, кровообращения, обмена веществ. Регулярная физическая нагрузка способствует увеличению размеров и подвижности грудной клетки, ЖЕЛ, урежению частоты дыхания, замедлению ЧСС, снижению ударного объема крови и уменьшению потребления кислорода миокардом в состоянии покоя.

Регулярные физические занятия укрепляют дыхательную мускулатуру и повышают выносливость дыхательного центра, способствуют умеренной гипертрофии миокарда, увеличению капилляризации сердечной мышцы. Это, в свою очередь, обеспечивает возможность значительного увеличения максимальной вентиляции легких, максимального ударного и минутного объема крови, максимальной ЧСС при выполнении максимальной физической нагрузки. Таким образом, в результате регулярных физических нагрузок повышается экономичность, и расширяются рабочие возможности, резервы и надежность систем кровообращения и внешнего дыхания.

Выполнение физических упражнений оказывает благотворное влияние на двигательную и секреторную функции пищеварительной системы. У людей с пониженной секрецией под влиянием физической нагрузки наблюдается ее нормализация. Физические упражнения укрепляют мышцы передней стенки живота. Последние играют большую роль в регуляции деятельности кишечника, осуществляя так называемую корсетную и массажную функции. Они стимулируют желчевыделение и способствуют устранению застойных явлений в желчевыводящих путях.

Рациональные физические нагрузки повышают неспецифическую резистентность организма. Исследо-

вания показали, что простудные заболевания у лиц, занимающихся спортом, наблюдаются в 3-4 раза реже по сравнению с незанимающимися (Н.А. Агаджанян с соавт., 1994).

Вместе с тем, по данным Российского НИИ физической культуры, физкультурой не занимается около 70 % населения, до 50-60 % мальчиков 11-14 лет и до 60-80 % девочек того же возраста. Недостаточная двигательная активность характерна для большинства студенческой молодежи (более 90 %).

Длительное бездействие или недостаточная активность различных органов и систем ведет к их атрофии, ограничению физиологических резервов, к снижению физической и умственной работоспособности. Недостаточная двигательная активность (гипокинезия) в первую очередь ведет к атрофическим изменениям в мышцах, связках, хрящевой ткани суставов: уменьшается прочность и эластичность связок, подвижность в суставах, становятся менее прочными кости.

Заболевания, связанные с малоподвижным образом жизни, с гипокинезией, принято называть *гипокинетозами*. Общим для них является то, что их можно лечить, а в большинстве случаев и предупреждать с помощью физических тренировок.

Отсутствие тренировки органов и систем, как известно, приводит к тому, что распад белков начинает опережать их синтез (катаболические процессы преобладают над анаболическими). Это ведет к атрофии и уменьшению функции.

Следствием гипокинезии является нарушение обмена веществ, избыточная масса тела. Ограничение двигательной активности приводит к уменьшению мышечной массы, недостаточному развитию мышечной силы. В свою очередь мышечная слабость – одна из причин нарушений осанки, плоскостопия. Кроме того, мышечная слабость ведет к еще большему ограничению двигательной активности, т. е. формируется порочный круг. Снижается экономичность и эффективность деятельности сердца, легких. Значительные изменения происходят в сердечно-сосудистой системе: учащаются сердечные сокращения в покое, а при нагрузке кровообращение возрастает не за счет силы, а преимущественно за счет частоты сердечных сокращений. Это менее экономичный и эффективный путь деятельности сердца. Недостаточная двигательная активность ухудшает функциональные возможности системы внешнего дыхания: уменьшается жизненная емкость легких, резервы вдоха и выдоха, максимальная вентиляция легких.

В свою очередь недостаточность функции и резервов кислородообеспечивающих систем при малой двигательной активности приводит к уменьшению кислорода в ткани. А это обуславливает снижение интенсивности обмена веществ, нарушение функции ЦНС – из-за чего раздражительность, нарушение памяти, сна, угнетение иммунитета.

Специальные исследования, проведенные на здоровых добровольцах, показали, что за 4-6 недель постельного режима с зафиксированной нижней половиной туловища человек теряет до 1,7 кг мышечной массы. На 26-е сутки появляются признаки атеросклероза, а к концу второго месяца средняя ЧСС возрастает на 25 уд/мин.

Таким образом, недостаточная двигательная активность проявляется в так называемом синдроме гипокинезии, или гипокинетической болезни, в результате которой могут возникать различные функциональные и структурные изменения в организме. В основе этих пато-

логических состояний лежат нарушения энергетического и пластического обеспечения в различных органах и системах в связи с бездеятельностью скелетных мышц.

Особенно велико неблагоприятное влияние гипокинезии в детском и пожилом возрасте. Если недостаточная физическая активность у взрослых людей постепенно ведет к развитию патологических процессов, то у детей, кроме того, оказывает негативное влияние на темп и характер морфофункционального развития растущего организма.

В пожилом и старческом возрасте недостаточная двигательная активность еще больше усугубляет состояние гиподинамии, обусловленное естественным процессом старения, вследствие атрофических изменений в мышцах.

Влиянию на организм повышенной двигательной активности, т. е. *гиперкинезии*, посвящено значительно меньше исследований. Это можно объяснить, видимо, тем, что технический прогресс явился причиной недостаточной двигательной активности основной части населения, что естественно привлекло внимание большинства исследователей.

Между тем, вопрос влияния гиперкинезии все же изучался, что отражено в экспериментальных физиологических, педагогических, гигиенических исследованиях.

В экспериментах на крысах показано, что одна и та же беговая нагрузка 5 раз в неделю приводила к снижению биологического возраста и увеличению продолжительности жизни молодых крыс и к уменьшению жизни старых. Это объясняется тем, что нагрузки для старых животных были велики (В.В. Фролькис, 1988).

Поэтому популярный лозунг «Бег от инфаркта» не всегда соответствует истине, т. к. может оказаться бегом к инфаркту. Любая крайность опасна. Речь идет о гиперкинезии – чрезмерной для данного человека в конкретных условиях двигательной активности. Чрезмерная двигательная активность может привести к различным нарушениям здоровья – от незначительных до серьезной патологии. По глубине своего воздействия и возможным нарушениям в состоянии здоровья детей гиперкинезия может оказаться гораздо опаснее, чем гипокинезия. В большинстве случаев она является результатом «навязанного» двигательного режима при организованных занятиях физкультурой и спортом. В первую очередь, это касается ранней и форсированной спортивной подготовки детей и подростков. Нельзя согласиться с бытующим мнением, порой и среди специалистов, что ребенок никогда не перегрузится, что «сработают» защитные механизмы охранительного торможения, что организм ребенка обладает достаточно высокими компенсаторными возможностями. Да, действительно, организм в принципе обладает значительной прочностью и компенсаторными возможностями. Однако практика показывает, что организованные занятия, в условиях «подгоняющего», а не свободного двигательного режима, зачастую ведут к различным отклонениям и даже патологическим изменениям в организме. Не следует забывать, что гиперкинезия не обязательно должна оказывать неблагоприятное воздействие на весь организм. В связи с этим возможны ситуации неоднозначного влияния физических нагрузок с положительными (увеличение мышечной силы, например) и неблагоприятными (снижение иммунитета) проявлениями адаптации. Чаще всего так и бывает. Поэтому заключение о соответствии или несоответствии нагрузок можно дать лишь на основании всестороннего изучения организма человека.

Гиперкинезия может наблюдаться не только при выполнении очень больших физических нагрузок, а в тех

случаях, когда они превышают функциональные возможности организма. Следовательно, это не только количественное понятие, а в большей степени качественное, обозначающее чрезмерность нагрузки для данного человека в связи с особенностями его здоровья, труда, быта, питания, напряженностью психоэмоциональной сферы, сезона года и т. д.

Исследования показывают, что гиперкинезия ведет к изменениям со стороны нейрогормонального регуляторного аппарата, к перенапряжению, а затем к истощению симпатно-адреналовой системы, к снижению иммунитета. Чрезмерная двигательная активность может стать причиной нарушений ритма сердца, дистрофических изменений сердечной мышцы, ее ишемии, различных патологических изменений в опорно-двигательном аппарате и другой патологии.

Известно, что большие тренировочные нагрузки школьников и студентов в период напряженной учебной деятельности могут привести к росту неспецифической заболеваемости, чрезмерному напряжению механизмов регуляции. Могут возникнуть и другие проблемы со здоровьем даже у лиц с высокой работоспособностью в период напряженной учебной деятельности, что является следствием суммарного стрессового воздействия (умственная и физическая нагрузка). Но это отнюдь не свидетельствует о вреде физической нагрузки в период напряженных учебных занятий. Нагрузка абсолютно необходима, особенно при возросшей умственной деятельности, но она должна быть индивидуальной и оптимальной.

*Таким образом, физическая нагрузка необходима каждому человеку как ведущий фактор развития организма и сохранения надежной жизнеспособности, но только своя, индивидуальная порция физической активности, причем правильно выбранная и организованная. Лишь при этих условиях будет максимальный оздоровительный и профилактический эффект.*

Критерий гигиенической нормы двигательной активности детей, подростков и юношей – индивидуальная динамика уровня физического развития и морфофункциональных признаков, иммунологической реактивности и заболеваемости, уровня физических качеств и гармоничности развития. *Оптимальной может быть признана такая величина суточной двигательной активности, которая полностью удовлетворяет биологическую потребность в движении, соответствует функциональным возможностям систем организма, способствует укреплению здоровья.*

Общая двигательная активность должна составлять примерно 4,0-5,0 ч в сутки у младших и 3,5-4,5 ч у старших школьников. Таким образом, дошкольник должен находиться в движении около 50 % времени бодрствования, а ребенок школьного возраста – примерно 30-40 %. Естественно, это время включает не только оздоровительную тренировку, но и прогулку на открытом воздухе, работу по дому и все другие привычные виды двигательной активности в школе и дома.

**Организация самостоятельных занятий физическими упражнениями.** Независимо от цели и задач физической тренировки ее эффективность будет зависеть от того, насколько будут соблюдаться ее основные физиологические принципы, базирующиеся на закономерностях адаптации организма к физическим нагрузкам.

**Постепенность** увеличения уровня физической нагрузки является важнейшим правилом физического воспитания. Принцип постепенности лежит в основе развития функциональных возможностей человека и по-

степенного втягивания организма во все возрастающую работу. Изменения и перестройки в работе органов и систем, улучшение их функции в любом возрасте происходят под влиянием регулярных тренировок постепенно, в течение длительного периода формирования устойчивой адаптации. Постепенность является универсальным принципом для всех случаев индивидуальных приспособлений организма к любому фактору среды, в том числе и к физической нагрузке.

Причем, чем старше организм и чем ниже уровень здоровья и подготовленности, тем продолжительнее период перестройки организма. Так процесс вработывания в режим оптимальной оздоровительной тренировки на начальных этапах может продолжаться от нескольких недель до многих месяцев, и даже лет после тяжелых заболеваний.

Ухудшение самочувствия или резкое обострение хронического заболевания могут свидетельствовать о чрезмерности начальной дозы физической нагрузки. Необходимо снизить нагрузку за счет интенсивности. Через некоторое время организм приспособится к первоначальным нагрузкам. Это почувствуется по легкости выполнения упражнения, по улучшению самочувствия, по улучшению объективных показателей (например, ЧСС в покое и при нагрузке). Можно постепенно, шаг за шагом увеличивать нагрузку, но вначале за счет увеличения продолжительности, дистанции и т. д., но не за счет повышения интенсивности.

С увеличением объема, продолжительности занятий до оптимального уровня (около 30-60 минут) можно постепенно с учетом индивидуальных возможностей повышать и интенсивность нагрузки.

Постепенное увеличение нагрузок в физической тренировке, обеспечивая прочные адаптивные перестройки в организме, готовит организм к использованию повышенных нагрузок. Соблюдение этого принципа особенно необходимо:

- на начальных этапах оздоровительной физической тренировки;
- при возобновлении занятий после вынужденного перерыва;
- при включении в тренировочный процесс физической нагрузки с новой направленностью;
- при организации занятий с детьми и подростками.

Основная закономерность: уровень нагрузки вначале следует повышать только за счет увеличения объема упражнений (времени их выполнения, длины дистанции), а не за счет увеличения интенсивности нагрузки!

**Принцип повторности (регулярности)** является одним из основных положений физической тренировки. Один раз выполненное физическое упражнение не вызывает каких-либо существенных и тем более устойчивых изменений в организме. Только в результате многократного повторения физических упражнений формируется устойчивый эффект адаптации к физической нагрузке. Как известно, долговременная адаптация формируется в результате повторных и систематических воздействий.

**Принципы систематичности и регулярности** тренировок перекликаются с принципом повторности. Известно, что перерывы в тренировках на более или менее продолжительное время ведут к деадаптации и к понижению достигнутых функциональных и морфологических показателей в системах и органах. Напомним еще раз – занятия один раз в неделю и реже бесполезны, если вы хотите повысить свой уровень здоровья. Занимаясь два раза в неделю, можно только поддерживать уровень физических качеств.

Исследования показали, что оздоровительный эффект физических упражнений будет только в случае, если физическая нагрузка вызывает рост физической работоспособности, т. е. если физическая тренировка носит развивающий характер. А для этого следует заниматься не менее трех раз в неделю.

Одним из важных вопросов оздоровительной и спортивной тренировки является определение оптимального интервала отдыха между тренировочными занятиями. Это зависит от величины, интенсивности нагрузки, степени тренированности и индивидуальных особенностей человека. Интервалы отдыха обеспечивают восстановление работоспособности до исходного уровня или до фазы суперкомпенсации (сверхвосстановление), на чем и основано, в конечном итоге, развитие.

**Принцип адекватности** физической тренировки имеет исключительно важное значение. В процессе физического воспитания необходимо руководствоваться индивидуальными особенностями занимающегося, его возрастом, состоянием здоровья, физической подготовленностью, условиями учебы, труда, быта, питания и т. д.

Особенно важно помнить об этом при групповых формах физического воспитания, при занятиях с начинающими и слабо подготовленными физкультурниками и спортсменами, с юными спортсменами. Достаточно подробно вопрос индивидуализации двигательной активности ранее уже был рассмотрен.

**Всесторонняя направленность** является одним из важных правил оздоровительной тренировки. Известно, что разные физические упражнения оказывают неодинаковое влияние на организм человека. Это связано с особенностью системного структурного следа в процессе долговременной адаптации, который формируется в зависимости от вида физической нагрузки. Оздоровительные упражнения с различной направленностью должны вовлекать в работу как можно больше мышц, это обеспечивает всестороннее физическое развитие человека и совершенствование всех его органов и систем. Поэтому нет такого универсального упражнения, которое бы при самостоятельном изолированном применении способно оказывать всестороннее эффективное оздоровительное воздействие на целостный организм.

Но какова же оздоровительная ценность различных видов физической тренировки? В связи с этим, в ряде стран даже применяется «ценностная шкала» оздоровительного влияния различных физических упражнений.

Ученые считают, что наибольшим оздоровительным эффектом обладают физические нагрузки аэробного характера, развивающие общую выносливость. Однако такая односторонняя направленность оздоровительной тренировки не обеспечивает (или крайне недостаточно) совершенствование нервно-мышечного аппарата, мышечной системы, механизмов анаэробного энергообеспечения, подвижности нервных процессов и т. д. Использование только упражнений аэробного характера оказывают преимущественное влияние только на медленно сокращающиеся красные мышечные волокна, в то время как скоростно-силовая нагрузка тренирует и быстро сокращающиеся белые волокна. Узкая специализация оздоровительной тренировки может вызвать неблагоприятные изменения в опорно-двигательном аппарате. Длительная и однообразная, монотонная тренировка (ходьба, бег) может вызвать нарушение уравновешенности нервной системы, так как отсутствие новых раздражителей в течение длительного времени затормаживают нервные процессы. И, наконец, однообразие и



Таблица 13.4

**Соотношение физических упражнений  
по их направленности для лиц разного возраста  
(Е.А. Пирогова, 1985)**

Направленность упражнения	% упражнений от общего объема		
	Возраст, лет		
	20-39	40-59	60-70
общая выносливость	40	58	65
скоростная выносливость	14	0	0
скоростно-силовая выносливость	27	19	21
гибкость	10	23	14

монотонность может явиться причиной неудовлетворенности и прекращения оздоровительных занятий. Это, нередко, является причиной отсева и в детском спорте (при ранней преимущественно специальной направленности тренировок). Это ведет также к ограничению двигательных способностей и недостаточному развитию важных в процессе жизни физических качеств – силы, ловкости, быстроты, координационных способностей. Кроме того, длительная односторонняя нагрузка физических упражнений, согласно данным Ф.З. Меерсона (1987), может привести к атрофическим изменениям в неработающих органах и системах и к перегрузке доминирующей функциональной системы, т. е. к стадии изнашивания и отрицательным перекрестным эффектам адаптации к физической нагрузке. Примером могут служить достаточно частые случаи хронических заболеваний у длительно тренирующихся спортсменов.

Таким образом, *универсального физического упражнения, позволяющего сохранить высокий уровень здоровья в течение всей жизни нет и быть не может. Только разносторонняя направленность используемых средств физической культуры обеспечивает всестороннее надежное физическое развитие человека и совершенствование всех его органов и систем.*

Достижение максимального уровня здоровья обеспечивается рациональным соотношением тренировочных средств различной направленности. Ориентировочные рекомендации представлены в таблице 13.4.

Примерно такие же соотношения оздоровительных тренировочных средств предлагает В.И. Белов: на развитие общей выносливости (в аэробном режиме) – 50-60 %, на развитие скоростной выносливости и быстроты (в анаэробном режиме) – 5-10 %, на развитие силы и силовой выносливости – 15-20 %, на развитие гибкости – 5-10 % от общей продолжительности занятий (например, в течение недели).

В случае отставания какого-либо качества при комплексной оценке здоровья следует увеличить время на его тренировку до 50-60 % от общей продолжительности занятий (за исключением выполнения анаэробных упражнений скоростного характера -- особенно строго для лиц среднего и пожилого возраста, а большинство исследователей вообще не рекомендуют использование с оздоровительной целью скоростных нагрузок в возрасте после 40 лет).

Таким образом, *наиболее эффективным средством оздоровления и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, средством повышения резервов кардиореспираторной системы являются циклические упражнения аэробной направленности, развивающие общую вынос-*

*ливость. Аэробность является основой программы оздоровительной физкультуры.*

Однако все другие средства, направленные на развитие различных двигательных качеств, вносят важный вклад в общий уровень здоровья. В связи с этим, только комплексные занятия со всесторонней направленностью тренировочных средств обладают наибольшим оздоровительным эффектом и могут обеспечить высокую степень надежности здоровья в полном его понимании.

**Оптимизация двигательной активности –  
условие формирования и укрепления здоровья**

Для создания оптимального эффекта занятий физическими упражнениями необходимо учитывать следующие факторы:

- индивидуальные особенности занимающихся: возраст, пол, состояние здоровья, физическое развитие, подготовленность и др. поскольку одно и то же упражнение в зависимости от индивидуальных особенностей вызывает разный эффект;
- особенность самих физических упражнений – сложность, новизну, эмоциональность и т. д., а также отношение к ним занимающихся;
- особенности внешних условий – метеорологические, местности для занятий, качество оборудования и инвентаря, гигиенические условия.

Оптимизация тренировочных нагрузок является одной из наиболее сложных и важных проблем физического воспитания. Это, в первую очередь, обусловлено тем, что этот фактор является решающим в оздоровительном воздействии на организм физических упражнений, а с другой стороны, – в связи с многообразием индивидуальных особенностей организма человека и социально-средовых условий жизни. Ведь двигательная активность лишь тогда является фактором формирования, сохранения и развития здоровья, когда она соответствует индивидуальным особенностям и условиям жизни конкретного человека.

В.В. Фролькис (1988) приводит результаты исследования 76600 физкультурников старше 60 лет, занимающихся в спортивных клубах Франции, в которых не выявлено положительного влияния занятий на состояние здоровья. По мнению автора это, видимо, явилось результатом недостаточных нагрузок.

Исследования ряда авторов выявили параболическую зависимость между уровнем суточной двигательной активности и неспецифической заболеваемостью (рис. 13.4).

У спортсменов степень неспецифической сопротивляемости организма, устойчивость к простудным заболеваниям, инфекциям возрастает до определенного уровня тренированности, а затем снижается (рис. 13.5). Аналогично, состояние иммунитета зависит от уровня двигательной активности (рис.13.6).

Это обусловлено тем, что стрессовые воздействия высоких физических нагрузок способствуют атрофии лимфоидных органов, что и приводит к снижению неспецифической и специфической резистентности организма. Остановимся на этом вопросе подробнее.

Как уже отмечалось, адаптация к физическим нагрузкам протекает с участием стресс-реакции, во время которой происходит активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и увеличение выброса кортикостероидов. Последние приводят к атрофии лимфоидной ткани, миграции лимфоцитов из тимуса (вилочковой железы) и периферических органов, торможению их митотической активности и распаду, в результате чего

наблюдается снижение иммунологических реакций как клеточного, так и гуморального типа. Это ведет к снижению устойчивости и повышению чувствительности к бактериальной и вирусной инфекции, а по некоторым данным, к аллергическим и аутоаллергическим процессам, к злокачественным новообразованиям. Такие изменения наиболее опасны для детей и юношей, когда тимус играет наибольшую роль в развитии иммунных реакций. Известно, что уменьшение тимуса у молодых животных приводит к тяжелым заболеваниям, вплоть до гибели. Таким образом, спорт сходен с лекарством, которое может привести к заболеванию, если его выбрать неправильно или принимать в чрезмерных дозах.

Однако имеются данные о том, что стресс способствует увеличению иммунной компетентности костного мозга и активации кроветворения. При воздействии нагрузок малой и средней интенсивности наблюдается не лимфопения, а лимфоцитоз, не инволюция тимуса, а значительное увеличение вилочковой железы, а активация функции коры надпочечников проявляется не повышением секреции кортизола, а увеличением продукции минералокортикоидов. В результате формируется реакция активации со стимуляцией тимико-лимфатической системы. Указанный процесс ведет к повышению сопротивляемости организма к стрессу, переходу в стадию устойчивой адаптации (А.Х. Гаркави с соавт.). Это позволило сформулировать идею о субстрессовых раздражителях, под влиянием которых адаптационные возможности организма не только не исчерпываются, но расширяются.

С этих позиций, умеренные физические нагрузки при занятиях физической культурой и спортом формируют реакции тренировки или активации, повышающие неспецифическую резистентность и активирующие тимико-лимфатическую систему. Эти механизмы, видимо, и обуславливают повышение устойчивости организма к действию самых различных неблагоприятных факторов.

Как уже отмечалось, большое влияние на исход адаптации к физическим нагрузкам оказывает эмоциональный фон и уровень психологической напряженности при занятиях физическими упражнениями. В своей книге «Шесть баллов» Е. Чайковская отмечает, что физические нагрузки спортсменов-фигуристов и артистов балета сопоставимы. Но первые в большинстве случаев заканчивают свою карьеру до 30 лет, а для вторых – это возраст надежд. Разница в степени эмоциональных нагрузок. Возраст спортсмена, пишет Е. Чайковская, определяется количеством лет, которые он провел в боях на спортивной арене. И чем больше таких выступлений, тем больше возрастает психологическое напряжение.

Таким образом, сочетание интенсивных физических и эмоциональных нагрузок – вот тот фон, на котором разворачиваются иммунологические нарушения при занятиях физической культурой и спортом. Особенно опасно такое сочетание для развивающегося организма детей и подростков.

При изучении влияния различных уровней суточной двигательной активности на работоспособность, функциональное состояние организма и заболеваемость юных спортсменов, установлено, что наиболее благоприятное влияние на все показатели (за исключением мышечной силы) оказывает средний уровень суточной двигательной активности. Об этом убедительно свидетельствуют данные, представленные в таблице 13.5.

Таким образом, только комплексный подход оценки всех систем организма и здоровья позволяет получить



Рис. 13.4. Параболическая зависимость между уровнем СДА и заболеваемостью.

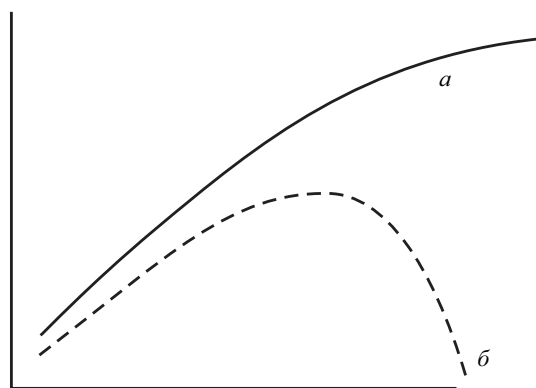


Рис. 13.5. Взаимоотношение уровня тренированности (а) и степени неспецифической сопротивляемости организма (б) у спортсменов.



Рис. 13.6. Параболическая зависимость иммунологических реакций от величины двигательной активности.

объективные данные о влиянии физических нагрузок на организм занимающихся физической культурой, окажет помощь в выявлении слабых звеньев и коррекции возможных нарушений здоровья, в оптимизации нагрузок и будет способствовать выполнению задач физической культуры.

Известный кардиолог и спортивный врач профессор А.Г. Дембо (1984) считает, что даже небольшая физическая нагрузка может оказаться чрезмерной для неподготовленного человека. Поэтому дозирование физических нагрузок является не менее, а может быть и более трудной клинической задачей, чем дозирование лекарств. Положительное влияние физических упражнений будет наблюдаться только при соответствии объема и интенсивности, характера нагрузок психофизиологическим,

Таблица 13.5

**Направленность изменений физиологических реакций организма юных спортсменов в зависимости от уровня суточной двигательной активности (Бабаева С.Н., 1982)**

Показатели	Уровень суточной ДА		
	средний	большой	очень большой
умственная работоспособность	+++	+	---
функциональное состояние ЦНС	+++	+	---
сердечно-сосудистая система	+++	++	---
мышечная сила	+	++	+++
резистентность организма	+++	---	---

Условные обозначения: положительные изменения в возрастающей степени от «+» до «+++»; отрицательные изменения в возрастающей степени от «-» до «---»

функциональным особенностям и возможностям организма в конкретных условиях. Если же физическая нагрузка превышает возможности или не соответствует особенностям человека (например, конституциональным, биоритмологическим и др.), то она может вызвать отрицательные изменения в организме, а у детей перестанет быть фактором развития

Особо важную роль имеет нормирование физических нагрузок детей и подростков в связи с несовершенством организма и биологической закономерностью гетерохронности развития. При этом основным критерием нормирования физической активности является динамика показателей роста, развития и состояния здоровья детей и подростков.

**Биологические ритмы и физическая культура.** Известно, что неотъемлемым качеством живой природы являются биологические ритмы. Это регулярные, периодически повторяющиеся изменения жизнедеятельности, активности от клеточного до организменного уровня. По величине периода они бывают от долей секунды до многих лет.

Рассмотрим вопрос с точки зрения оптимизации двигательной активности при занятиях физкультурой и спортом. С этих позиций наибольший интерес представляют суточные или точнее сказать околосуточные (циркадианные) биологические ритмы.

С биологической точки зрения роль суточных колебаний физиологических функций состоит в обеспечении высокой активности и работоспособности человека днем за счет преобладания тонууса симпатической нервной системы и активации парасимпатической нервной системы в ночное время суток, что необходимо для восстановительных процессов.

Рассмотрим суточные ритмы некоторых функций, которые так или иначе имеют отношение к физической работоспособности и ритмы самой работоспособности.

Например, температура тела, мышечная сила, показатели сердечно-сосудистой и дыхательной системы, производительность сердца при выполнении физической работы и в состоянии покоя, активность нервной системы наименьшие в ночное время и повышаются в дневные часы, в период бодрствования. Аналогичную динамику имеет и физическая работоспособность. Это и понятно, т. к. она зависит от деятельности обеспечивающих ее органов и систем.

В зависимости от биоритмологических особенностей бывают три типа людей. «Жаворонками» называют лиц с высокой работоспособностью в первой половине дня, «совами» – с наибольшей работоспособностью в вечерние часы и «аритмиками» – без заметных колебаний работоспособности в течение дня. Обнаружена зависимость суточных ритмов различных функций от принадлежности к биоритмологическому типу. Но есть мнение, что у детей среднего школьного возраста биоритмологический профиль еще не сформирован и отсутствует его четкая типизация.

Доказано, что чем точнее совпадает та или иная деятельность человека с естественной активностью функций, тем эффективнее будет эта деятельность. Высокая работоспособность наблюдается лишь в случае ее согласования по времени со свойственными организму биологическими ритмами его функций.

Так среди студентов, занимающихся в спортивных секциях в 18 и 20 часов вечера прирост всех изучаемых показателей физического развития за период семестра у «жаворонков» был значительно ниже (4-10 %), чем у «сов» (12-20 %) и «аритмиков» (9-19 %) (Кончиц Н.С.).

Таким образом, однозначные по объему и интенсивности физические нагрузки, используемые в одно и то же время, оказывают различное влияние в зависимости от индивидуальных биоритмологических особенностей человека.

Если физическая нагрузка совпадает с фазой биоритмологической активности, то будет наилучший тренировочный эффект. Эти данные желательно учитывать при организации физического воспитания и при занятиях спортом.

Вместе с тем, по мнению многих исследователей, наибольшим колебаниям в течение активного (дневного) времени подвержены результаты в упражнениях скоростно-силового характера (прыжки в длину и высоту с места, метания и т. д.). Менее значительные изменения наблюдаются в циклических длительно выполняемых упражнениях. Иначе говоря, чем продолжительнее нагрузка, тем меньшая разница результатов их выполнения в утренние, дневные и вечерние часы.

В связи с этим, важным условием физических тренировок является постоянство их проведения в одно и то же время дня, так как со временем это будет способствовать более оптимальному восприятию организмом самой нагрузки и эффективности восстановительных процессов.

Между проявлениями цикличности и состоянием здоровья имеется прямая зависимость. Более того, есть основания утверждать, что самые начальные и пока еще незначительные отклонения в состоянии здоровья в первую очередь находят отражение в нарушениях временной организации физиологических функций.

Общезвестный признак нарушения цикличности процессов и, следовательно, начинающейся болезни может проявляться, в частности, нарушениями сна, отсутствием аппетита и т. п. Такой переход от нормального, здорового состояния к болезненному получил название десинхроноза. Поэтому учет изменения биоритмов имеет большое значение при оценке предпатологических состояний и в прогнозе возникновения заболевания.

Умеренные физические нагрузки являются фактором нормализации, а чрезмерная двигательная активность – фактором нарушений суточного ритма физиологических функций (В.А. Доскин, 1989; В.Б. Рубанович, 1992).

**Оценка здоровья и физической подготовленности в процессе занятий физкультурой и спортом.** В систе-

ме оздоровительных мероприятий и обеспечения безопасной жизнедеятельности важная роль принадлежит физической культуре и спорту. Средства физической культуры повышают компенсаторно-приспособительные возможности организма, его жизнеспособность, устойчивость к неблагоприятным факторам среды. Однако двигательная активность лишь тогда является фактором формирования, сохранения и развития здоровья, когда она соответствует индивидуальным особенностям конкретного человека – состоянию здоровья, возрастно-половым особенностям, тренированности, биоритмологическому профилю и т.д.

Независимо от того, какие мотивы побуждают человека совершенствовать свое физическое состояние – победа в спортивных состязаниях, хорошее самочувствие, красивая фигура и др., важно достигнуть своей цели благополучно. Ведь начиная тренировки, все хотят приобрести, а не потерять здоровье.

Неправильно организованные занятия физической культурой и спортом могут привести к предпатологическим и даже патологическим состояниям, порой со смертельным исходом. Таким образом, занятия физическими упражнениями – это деятельность повышенного риска, а поэтому при ее организации надо соблюдать правила безопасности.

В процессе занятий физической культурой всегда стоит вопрос оптимизации и нормирования тренировочных нагрузок. Правильный подбор нагрузок по характеру физических упражнений, по длительности и интенсивности в значительной степени обусловлен состоянием здоровья, физической подготовленностью занимающегося. В связи с этим при занятиях физическими упражнениями обязательно необходим врачебно-педагогический контроль. От него в значительной степени зависят успехи в занятиях физической культурой, их положительное влияние на состояние здоровья и работоспособность. Врачебно-педагогический контроль дает возможность правильно оценить здоровье и планировать физическую тренировочную нагрузку.

Сегодня значение врачебно-педагогического контроля за здоровьем занимающихся физической культурой и спортом еще более возросла. Это обусловлено тем, что у многих желающих начать тренировку и уже приступивших к ней имеются те или иные отклонения в состоянии здоровья – нарушения опорно-двигательного аппарата (дефекты осанки, плоскостопие), низкий уровень развития отдельных физических качеств, функционального резерва, физической работоспособности и т. д. Кроме того, занятия оздоровительной физической культурой и спортом проводятся на фоне сложных социально-экономических и экологических условий, которые предъявляют к организму высокие требования. В этой ситуации нерационально организованная физическая тренировка в лучшем случае не приведет к формированию и развитию здоровья, а в худшем – может оказать противоположный эффект.

Таким образом, тезис первого наркома здравоохранения и первого председателя Высшего совета по физической культуре Н.А.Семашко, выдвинутый около 90 лет назад, – «Без врачебного контроля нет советской физкультуры», становится еще более актуальным.

**Врачебно-педагогический контроль за занимающимися физической культурой и спортом – это система медико-педагогических наблюдений, направленная на эффективное и рациональное использование физической культуры и спорта, на формирование и укрепление здоровья и спортивное совершенствование занимающихся путем**

*правильной организации физкультурных и спортивных занятий и тренировок.*

Врачебно-педагогический контроль включает оценку здоровья, физического развития и функционального состояния, контроль за организацией физкультурных и спортивных занятий. Исследуются:

1) различные антропометрические показатели (длина и масса тела, обхват грудной клетки, компоненты телосложения – жировой и мышечный, показатели мышечной силы и др.);

2) функциональные показатели изучаются в состоянии мышечного покоя, при дозированных и предельных физических нагрузках и в период восстановления. Наиболее распространены исследования следующих функциональных показателей:

- сердечно-сосудистой системы – частота сердечных сокращений (пульс), артериальное давление, общий и региональный кровоток, т.д.;

- системы внешнего дыхания – частота дыхания, жизненная емкость легких, объемные скорости потоков воздуха на вдохе и выдохе, т.д.;

- центральной нервной системы – скорость сенсорных реакций, соотношение возбудительных и тормозных процессов, сила нервных процессов, биотоки мозга и т.д.;

- нервно-мышечного аппарата – сила мышц, координация, возбудимость, т.д.;

- внутренней среды организма – клинические и биохимические анализы крови и мочи.

При этом выбор методов функционального исследования зависит от задач и контингента обследуемых – возраст, состояние здоровья, вид физкультурно-спортивной деятельности, подготовленность, этап подготовки и т. д.

Врачебно-педагогический контроль осуществляют специалисты по спортивной медицине врачебно-физкультурных диспансеров, врачебно-физкультурных кабинетов, спортивных школ, вузов в сотрудничестве с тренерами и преподавателями физической культуры. Это позволяет выявить слабые звенья, дефекты здоровья, на которые следует обратить внимание на занятиях физической культурой, наметить тактику физкультурных занятий.

**Самоконтроль в процессе занятий физической культурой и спортом.** Проводить ежедневный врачебный контроль невозможно, да и в большинстве случаев нет необходимости. В связи с этим большое практическое значение для занимающихся физической культурой и спортом имеет самоконтроль (с помощью родителей и т. д.).

*Самоконтроль* – это самостоятельные регулярные наблюдения за состоянием своего здоровья (физического развития, функционального состояния, физической подготовленности, самочувствия и др.) путем использования простых и доступных приемов. Практика показывает, что данные самоконтроля важны как при самостоятельных, так и при организованных занятиях физической культурой и спортом. Лучшей формой самоконтроля является ведение дневника. В нем рекомендуется фиксировать данные 15-20 и более объективных и субъективных показателей. Самоконтроль необходимо вести регулярно и длительно.

К объективным относятся показатели, которые можно измерить и выразить количественно: антропометрические показатели (длина тела и его масса, окружность грудной клетки и др.), частота сердечных сокращений (ЧСС), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), спортивные результаты, силовые показатели отдельных групп мышц, показатели общей физической подготовленности. Здесь же следует фиксировать выполняемые нагрузки (вид

нагрузки, продолжительность, интенсивность). Субъективными методами можно оценить самочувствие, настроение, чувство утомления и усталости, желание или нежелание заниматься физическими упражнениями, переносимость физических нагрузок, нарушение аппетита и сна, боязнь соревнований и другие состояния.

*Основные задачи самоконтроля:*

1. Осознать необходимость внимательного отношения к своему здоровью;

2. Освоить простейшие методы самонаблюдения;

3. Научиться оценивать и анализировать показатели самоконтроля, и эффективность физической тренировки.

Занимающийся физической культурой, особенно самостоятельно, должен отражать в дневнике самоконтроля, как данные покоя, так и определенную информацию о характере проделанной мышечной работы и о реакции на нее организма (на основании самых простых физиологических показателей).

В дневнике в первую очередь должны получить отражение субъективные данные о переносимости выполняемых физических нагрузок: степень утомления после работы, желание, с которым она выполняется, чувство удовлетворения после нее. Появление негативных оценок субъективных данных самоконтроля может свидетельствовать о чрезмерности физических нагрузок, неоптимальном соотношении объема и интенсивности.

Таким образом, врачебно-педагогический контроль, а также самоконтроль занимающихся физической культурой и спортом позволяют более точно оценить его физическое состояние, правильно подобрать нагрузку, и тем самым избежать травм и отклонений в состоянии здоровья.

**Методы нормирования тренировочных нагрузок.**

В процессе занятий физической культурой всегда стоит проблема выбора величины физической нагрузки, поскольку слишком большие нагрузки столь же вредны (а может и более), сколь и недостаточные, которые бесполезны или малоэффективны.

Нормирование физических нагрузок связано с такими факторами, как продолжительность выполнения упражнения, скорость, интенсивность, вес снаряда, длина дистанции и т. д. Существует масса программ в различных видах оздоровительной физкультуры (для бегунов, пловцов, для развития различных физических качеств, т.д.) с точными, конкретными рекомендациями. Однако в реальных условиях использование таких пособий если и возможно, то это далеко не всегда приводит к ожидаемым результатам. А дать конкретные рекомендации на все случаи жизни просто невозможно. Такая же ситуация и при занятиях спортом.

Известно, что наилучший оздоровительный эффект оказывает только оптимальная физическая нагрузка. В связи с этим наука и практика ведут интенсивный поиск методов нормирования двигательной активности. Эти методы должны отвечать многим требованиям: простота, доступность использования, информативность, надежность, срочность оценки теста и т. д. В массовой физкультуре наличие надежного «инструмента» нормирования нагрузок не менее важно, чем при занятиях спортом. Это и понятно, так как для физкультурника с его невысоким уровнем здоровья даже не очень большие тренировочные нагрузки могут оказаться чрезмерными. Рассмотрим некоторые из методов нормирования физических нагрузок с учетом возможности их массового практического применения. Величина нагрузки зависит от ее интенсивности и длительности.

В связи с тем, что наибольшим оздоровительным эффектом в любом возрасте обладают упражнения аэроб-

ной направленности, то нормирование физических нагрузок будет рассмотрено на примере простых физических упражнений.

Разные авторы предлагают вести учет физической нагрузки по шагометрии, количеству локомоций, по расстоянию, по затраченному времени (хронометраж) или энергии (ккал.). Рядом отечественных и зарубежных авторов научно обоснована норма двигательной активности современного человека – 10-14 тысяч шагов в день, примерно 7-10 км. По данным академика Амосова Н.М. (1984), деятельность, связанная с бытом занимает 3000-5000 движений. Еще 5000-8000 движений ежедневно остается невостребованными. Для того, чтобы их выполнить требуется не менее 30-60 мин. непрерывной физической работы. Это составит в неделю 6-8 часов. Именно такая величина принята в качестве оптимальной двигательной активности человека.

Например, в Японии считают нормой 10000 шагов в сутки, финны – 500 км на лыжах за сезон и т. д.

Однако такой подход в определении нормы двигательной активности конкретного человека можно признать только ориентировочным. И вот почему. Подобные рекомендации основаны на массовых исследованиях здоровых людей с нормальным морфо-функциональным развитием, находящихся в благоприятных условиях окружающей среды и имеющих рациональное физическое воспитание и режим дня. В них не учитываются индивидуальные особенности, резервы функций, особенности реагирования на нагрузки и т. д.

Широко распространен контроль за интенсивностью физической нагрузки по частоте сердечных сокращений (ЧСС). Это объясняется тем, что данный показатель является интегральным, характеризующим состояние организма в целом, а также наличием линейной зависимости между ЧСС и мощностью нагрузки.

Так вот, для каждого возраста есть установочная ЧСС – ориентир, по которому можно определить оптимальный уровень интенсивности выполнения физических упражнений с учетом индивидуальных особенностей, функциональных резервов кардиореспираторного аппарата.

*Установочная* – это рекомендуемая ЧСС при выполнении физических нагрузок. При этом предлагаются верхние и нижние границы сердечного ритма (ВГСР и НГСР) в зависимости от физической подготовленности человека, стажа занятий физической культурой и других условий.

Для определения установочных границ сердечного ритма, т. е. ВГСР и НГСР необходимо знать *максимальный сердечный ритм* (МСР). МСР – это та частота сердечных сокращений, при которой практически наступает предел насыщения крови кислородом. У здоровых людей величина этого показателя зависит в основном от возраста и тренированности.

$$\text{МСР} = 220 - \text{возраст (для нетренированных)}$$

$$\text{МСР} = 205 - 0,5 \text{ возраста (для тренированных)}$$

По мнению большинства авторов для достижения эффекта необходимо тренироваться (выполнять физические упражнения) при частоте сердечных сокращений 65-85 % от максимальной. Ученые Стенфордского университета в США (1986) рекомендуют ЧСС, равную 70-75 % от максимальной для данного возраста.

Оптимальный уровень частоты сердечных сокращений можно определить с учетом уровня физического состояния (УФС), пользуясь следующими примерными ориентирами:

- (170 – возраст) + 10 уд/мин – УФС высокий
- (170 – возраст) + 5 уд/мин – УФС выше среднего
- (170 – возраст) уд/мин – УФС средний
- (170 – возраст) – 5 уд/мин – УФС ниже среднего
- (170 – возраст) – 10 уд/мин – УФС низкий

Таким образом, в процессе занятий оздоровительной физкультурой в зависимости от подготовленности и стажа занятий с целью оптимизации физических нагрузок по их интенсивности рекомендованы границы сердечного ритма. Пороговой величиной интенсивности нагрузки, которая имеет минимальный оздоровительный эффект, принято считать работу на уровне около 50 % от индивидуального МПК или 65 % от максимальной возрастной ЧСС (для неподготовленных начинающих физкультурников на начальных этапах тренировки можно даже на 5-10 уд/мин меньше). Менее интенсивная тренировка будет мало эффективна. Максимальная интенсивность в процессе оздоровительных занятий, которая ведет к максимальному эффекту соответствует 80 % МПК или 85 % максимальной частоты сердечных сокращений. Вот примерная «установочная частота пульса» для разных возрастов:

- до 9 лет – 154 уд/мин от 40 до 49 лет – 125;
- от 10 до 19 лет – 148; от 50 до 59 лет – 115;
- от 20 до 29 лет – 140; от 60 до 69 лет – 110;
- от 30 до 39 лет – 132; от 70 до 75 лет – 105

По мнению В.И. Киселева, организм как саморегулирующаяся и самооптимизирующаяся биосистема сам стремится к сохранению определенного уровня двигательной активности. Этот принцип базируется на следующих положениях:

1) Организм имеет физиологический механизм, обеспечивающий дозирование индивидуальной оптимальной физической нагрузки. В основе этого механизма лежит потребность в двигательной активности (конечно, при наличии потребности сохранения здоровья) и формирующаяся на этой основе мотивация занятий физической культурой.

2) Степень двигательной мотивации строго индивидуальна.

3) Оптимизация физической нагрузки в соответствии с индивидуальной потребностью возможна лишь при условии определенного игнорирования социальных факторов, от которых зависит двигательная активность, при желании «услышать» внутреннее побуждение.

4) При дозировании нагрузок в соответствии с выраженностью двигательной мотивации передозировка невозможна. Эксперименты показывают, что эти нагрузки всегда аэробны (47-62 % от МПК).

5) Дозирование нагрузки в соответствии с выраженностью двигательной мотивации приводит к достаточно быстрому формированию зависимости от физической активности, своего рода «двигательной наркомании», сопровождаемой приятными ощущениями, связанными с физической активностью («мышечная радость») в связи с увеличением концентрации в мозге опиоидных пептидов.

Однако, в таком подходе есть свои положительные и отрицательные стороны. Например, правомерно ли полностью полагаться только на самочувствие, на мотивацию? Возможно ли отбросить социальный фактор не теоретически, а практически? Трудно, например, согласиться с тем положением, что физические нагрузки в соответствии с выраженностью двигательной мотивации всегда аэробны. Ведь на практике нерегламентированная интенсивность физических нагрузок зачастую зависит от

конституциональных особенностей (например, спринтер или стайер), от настроения, от наличия или отсутствия в анамнезе занятий спортом и т. д.

Да, действительно, отсутствие неприятных ощущений, свободное дыхание, желание продолжать тренироваться – признаки хорошей переносимости нагрузки. Субъективные ощущения занимающихся обязательно должны учитываться. Однако практика подсказывает, что, видимо, наиболее правильным является комплексный подход в нормировании тренировочных нагрузок с учетом саморегуляции организма человека и данных объективного контроля.

Второй составляющей, от которой зависит величина нагрузки, является ее продолжительность. В зависимости от возраста, подготовленности и других особенностей она может составлять от нескольких минут до полтора и более часов за одно тренировочное занятие.

Представляет интерес подход к оптимизации физических оздоровительных нагрузок, предложенный В.И. Беловым. Анализ функционального состояния и заболеваемости позволили ему рассчитать оптимальную нагрузку с учетом уровня здоровья, возраста, пола, новизны упражнений, физической активности дома и на работе. Предложена формула:

$$N = (t + i + s) - (a + u + y),$$

где N – уровень нагрузки на отдельном занятии, в усл. ед.;

t – продолжительность нагрузки на одном занятии, в баллах (нагрузка до 15 мин. – 1, 16-30 мин. – 2, 31-45 мин. – 3, 46-60 мин. – 4, 61-90 мин. – 5, 91-120 мин. – 6, свыше 120 мин. – 7);

i – интенсивность нагрузки, определяемая по ЧСС, в баллах (ЧСС менее 100 уд/мин. 1, – 100-119 уд/мин. – 2, 120-129 уд/мин. – 3, 130-139 уд/мин. – 4, 140-149 уд/мин. – 5, 150-159 уд/мин. – 7, 160 уд/мин. и более – 10 баллов);

s – систематичность выполнения нагрузки, в баллах (2-3 раза в неделю – 1, 4-5 раз в неделю – 2, 6-7 раз в неделю – 3, более 7 раз в неделю – 4);

a – физическая активность на работе и дома в дни занятий, в баллах (напряженная физическая работа – 1, полумеханизированная работа – 2, нефизическая работа с периодической подвижностью – 3, сидячая работа с ограниченной подвижностью – 4, полное отсутствие физической нагрузки – 5);

u – уровень здоровья, в баллах (определяется по таблице 15);

y – возраст занимающегося, в баллах (18- 39 лет 5, – 40-60 лет – 4, 61-70 лет – 3, 71-75 лет – 2).

К полученному результату при включении в занятия новых упражнений для развития скорости, силы или выносливости прибавляются баллы:

при включении в занятия новых упражнений (на развитие силы, скорости или выносливости) в течение нескольких тренировок (3-5), – 2, та же ситуация, но после перерыва в занятиях более 1 недели – 3, при стаже занятий до 2 недель – 4, при стаже от 2 недель до 6 месяцев – 3, от 6 месяцев до 1 года – 2, от 1 до 3 лет – 1 балл.

У женщин к полученному результату прибавляется 1 балл.

Оценка: от +0,9 до –0,9 балла – нагрузка соответствует функциональному состоянию организма и является оптимальной; если более +0,9 балла, то нагрузка большая; если менее – 0,9 балла, то нагрузка недостаточная.

Рекомендуемая методика комплексной экспресс-оценки уровня физической нагрузки позволяет оператив-

но ее определять и вносить коррекцию в процесс оздоровительной тренировки. При недостаточной нагрузке следует повышать ее уровень в первую очередь за счет увеличения продолжительности, а уже потом за счет повышения интенсивности и увеличения числа занятий.

При чрезмерной нагрузке вначале рекомендовано снижать ее интенсивность. Если этого недостаточно, то уменьшают ее продолжительность, а затем частоту занятий.

Такой путь оптимизации рекомендован при тренировочных нагрузках любой направленности.

Наряду с рассмотренными факторами, от которых зависит оптимальность физических нагрузок (интенсивность и продолжительность), немаловажное значение имеет частота тренировочных занятий. Считается, что оптимальная частота для начинающих – 3 раза в неделю. Более частые занятия могут привести к недовосстановлению и ухудшению состояния. Однако при малой интенсивности нагрузок ниже пороговой величины следует тренироваться не менее 5 раз в неделю (например, при ходьбе) Уменьшение занятий не даст хорошего эффекта или вообще окажутся неэффективными.

**Формы оздоровительной физической активности.** Использование физических упражнений с оздоровительной и спортивной целью предполагает самостоятельные и регламентированные формы физической активности. Эти формы взаимодействуют между собой и дополняют друг друга.

К самостоятельным относятся самостоятельные индивидуальные, семейные и малогрупповые формы организации физической активности. К регламентированным – физическое воспитание в дошкольных учреждениях, в общеобразовательных школах, средних специальных и высших учебных заведениях.

Среди наиболее распространенных форм оздоровительных физических занятий в настоящее время можно назвать следующие:

Занятия в режиме учебного заведения, детского сада – урок физической культуры в детском саду, в учебном заведении, вводные физические упражнения перед началом учебного дня, физкультминутки на уроках, динамические (игровые) перемены, ежедневный час здоровья, ежедневные физкультурные занятия в группе продленного дня, спортивные кружки и секции, общешкольные спортивные мероприятия и дни здоровья, проводимые раз в месяц.

Организованные занятия в режиме свободного времени – тренировка в любительском клубе, в группе здоровья, в абонементных группах, в детской спортивной школе на начальном этапе подготовки и т. д.

Самостоятельные занятия (индивидуальные, семейные и др.), утренняя гигиеническая гимнастика (УГГ), прогулки, туристские походы.

Рассматривая все перечисленные формы оздоровительной физической активности с медико-биологических позиций, их можно условно разделить на *подготовительно-стимулирующие, развивающие и восстановительные*. Все они, в определенной степени, оказывают помимо основного и дополнительные влияния на организм (например, УГГ наряду с подготовительно-стимулирующей функцией оказывает и некоторый тренирующий эффект).

Самыми распространенными формами *подготовительно-стимулирующих* упражнений являются УГГ и подготовительные физические занятия перед производственной или учебной деятельностью. Их основной задачей является подготовка, включение организма в предстоящую работу. Вопрос УГГ рассмотрен в отдельной главе данного пособия.

Комплекс вводных (подготовительных) физических упражнений перед началом работы (учебы) проводится в течение 5-8 минут и включает 5-7 упражнений: потягивания, ходьба, наклоны и повороты туловища, приседания, подскоки, упражнения на точность движений и концентрацию внимания. Такая вводная гимнастика, возбуждая центральную нервную систему, ускоряет вхождение организма в активную деятельность. Школьнику, если учебный процесс начинается с письменного урока, надо включить упражнения для развития мышц кисти.

К *развивающим формам* оздоровительной физической активности относятся: урок физкультуры или занятия физкультурой в детском саду, самостоятельная или организованная тренировка. Основная их задача – развитие двигательных качеств, совершенствование двигательных способностей, укрепление здоровья.

Урок физкультуры является основной формой физического воспитания в общеобразовательных школах. Важнейшим условием его организации и проведения должно быть обеспечение дифференцированного подхода к учащимся с учетом их здоровья, физического развития и двигательной подготовленности. Особое внимание следует уделять формированию у учащихся навыков и умений к самостоятельным занятиям физической культурой. Что касается содержания и нагрузок урока (занятия, тренировки), то это зависит от конкретной ситуации – от возраста, индивидуальных особенностей, задач и т. д.

К *восстановительным формам* физической активности относятся физкультминутки, физкультпаузы, динамические перемены (в условиях школы) в виде организованных и самостоятельных занятий и др. Основная цель этих занятий – снять утомление, восстановить работоспособность. Они играют роль в профилактике нарушений осанки, плоскостопия, артроза, остеохондроза, стимулируют обменные процессы, способствуют выведению из тканей продуктов обмена. Упражнения подбираются в зависимости от специфики деятельности, характера утомления, возраста.

При утомлении отдельных групп мышц при работе в вынужденной позе следует выполнять физические упражнения с включением других мышц, что помогает восстановить работоспособность. При рабочих позах, нарушающих осанку, хорошо включить упражнения с вытяжением позвоночника. Можно потянуться, сделать наклоны туловища в разные стороны, включить ходьбу, бег на месте, подскоки, некоторые силовые упражнения, стимулирующие функцию дыхания и кровообращения, тонизирующие нервную систему.

При умственном утомлении можно использовать разнообразные движения головой (наклоны, повороты), упражнения с напряжением мышц шеи, спины, живота, различные гимнастические упражнения, движения глаз в разных плоскостях и др. Физкультминутки выполняются через каждые 1-1,5 часа работы. Упражнения должны содействовать улучшению осанки, деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, оказывать влияние на весь мышечный аппарат. Хорошо, если физические упражнения будут сопровождаться соответствующей музыкой, организованным декламированием стихов и т. д. Для большей эмоциональности и эффективности надо использовать разнообразные комплексы физкультминуток, постепенно усложнять их.

Производственная гимнастика (ПГ) применяется в некоторых предприятиях для активизации нервных процессов и повышения производительности труда. Дли-



тельность ПГ от 7 до 15 мин. Основная задача – переключение нервных процессов, устранение эффекта гиподинамии и застойных явлений. ПГ весьма эффективна на конвейерном производстве, в работе диспетчеров и специалистов схожих профессий.

Самостоятельные занятия физической культурой в настоящее время имеют особенно важное значение, поскольку официальная программа физического воспитания не может полностью способствовать сохранению и укреплению здоровья детей и подростков. Это касается и взрослого населения. Самостоятельные занятия имеют ряд преимуществ, так как они проводятся с учетом склонностей, желаний и индивидуальных особенностей человека. Однако для реализации таких занятий необходимо повысить грамотность населения по вопросам физического воспитания.

**Основы методики самостоятельных занятий физическими упражнениями. Структура физической тренировки.** Независимо от целевой направленности физической тренировки – спортивной или оздоровительной, в структуре каждого тренировочного занятия выделяются три основные фазы или периода: *разминка (подготовительная часть), основная часть, заминка (заключительная часть)*.

*Разминка.* Продолжительность этой фазы каждого тренировочного занятия около 5-7 минут. Эта часть занятия направлена на функциональное вращивание организма, на подготовку его основных систем к предстоящим нагрузкам: усиление деятельности вегетативных функций, разогревание и разминание мышц, связок, увеличение их эластичности для профилактики травм опорно-двигательного аппарата. Таким образом, разминка – это физиологическая настройка организма к предстоящей работе. Во время разминки выполняется легкая нагрузка без каких-либо упражнений силового или скоростного характера. Однако для подготовки организма к выполнению интенсивных нагрузок необходимо повысить функцию аэробной системы путем проведения постепенно возрастающей нагрузки в течение 4-5 минут на уровне примерно 50 % МПК (ЧСС 130-150 уд/мин). Такую разминку следует делать перед силовыми и скоростными нагрузками. Разминка общеоздоровительной тренировки должна включать гимнастические упражнения во всех суставах с умеренными усилиями на растяжение, для подготовки к нагрузкам – упражнения для мышц и суставов и циклические упражнения (бег), стимулирующие функцию аэробной системы, способствующие подготовке к основной части занятия практически всех систем организма. При этом первая часть разминки имеет в основном подготовительное значение, а вторая дает и развивающий эффект. При спортивных тренировках в разминку включена и третья – специальная подготовительная часть, направленная на подготовку к конкретной деятельности.

*Основная часть.* Основу оздоровительной тренировки преимущественно составляют нагрузки аэробного характера, развивающие общую выносливость. Но в целом, содержание основной части все же отражает принцип всесторонней направленности оздоровительной физической тренировки, так как только всесторонность, гармоничность физической подготовленности способствует сохранению здоровья. Кроме того, развитие нескольких двигательных качеств на одном занятии повышает эффективность каждого из них, так как упражнения при их преимущественном действии обладают некоторым влиянием и на другие двигательные качества. Например, использование в одной тренировке скоростного бега на

короткие дистанции (скоростные качества) и прыжковые упражнения (скоростно-силовые качества). Это не только разнообразит тренировку, но и повысит ее эффективность. Чередование нагрузок позволяет избегать переутомлений, так как нагрузка другой направленности может являться фактором, снижающим утомление (по принципу активного отдыха И.М. Сеченова).

Объем нагрузки, направленной на каждое качество, должен быть достаточным для достижения тренировочного эффекта. Нагрузки необходимо чередовать по интенсивности воздействия на сердечно-сосудистую систему (по ЧСС), по характеру энергообеспечения (аэробные и анаэробные), по направленности на определенные мышечные группы. Содержание, продолжительность и интенсивность зависит от цели, индивидуальных способностей и многих других факторов.

*Заминка* – заключительная часть занятия, продолжающаяся 5-7 минут. Ее основная роль в постепенном снижении интенсивности основного упражнения для плавного перехода в состояние покоя. Это необходимо для исключения возможности гравитационного шока в результате выключения «мышечного насоса», облегчающего приток крови к сердцу. Кроме того, постепенное снижение интенсивности нагрузки уменьшает возбуждение нервной системы, создавая условия для переключения на другой вид деятельности, например, на умственную работу. Заминка может быть увеличена за счет гимнастических упражнений для суставов. В заключительной части могут использоваться специальные упражнения восстановительной направленности (на расслабление, дыхательные).

**Основы методики самостоятельных занятий физическими упражнениями.** Как известно, основной задачей оздоровительных физических тренировок является формирование всех положительных эффектов адаптации к физическим нагрузкам с целью сохранения и укрепления здоровья. При этом основой самостоятельных занятий физическими упражнениями является соблюдение всех основных принципов физической тренировки, описанных ранее – постепенность, повторность, систематичность, достаточная периодичность, индивидуальность и разнообразие.

Лидирующие позиции в оздоровительной физкультуре занимают циклические упражнения аэробного характера (ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах, велосипед и др.), хотя ни у кого не вызывает сомнения в необходимости всесторонней направленности оздоровительной тренировки.

Немаловажное значение при планировании оздоровительных тренировок имеет выбор вида физических нагрузок с учетом возраста, возможностей и желания занимающихся, внешних условий и др. Например, нет смысла включать в программу занятий для пожилого человека плавание или ходьбу на лыжах, если он никогда этого не делал и не хочет этим заниматься. В этом случае, видимо, лучше использовать привычный вид физических упражнений, так как некачественно выполняемый и нежелательный вид деятельности не окажет нужного физиологического эффекта и не вызовет положительных эмоций. Неверный выбор средств и организации тренировочного процесса, как правило, в любом возрасте ведет к нежеланию и прекращению тренировочных занятий. Следовательно, к выбору средств оздоровления лучше подходить индивидуально.

Основным методом тренировки при оздоровительном беге или других аналогичных циклических упражнениях является равномерный метод. В этом случае использует-



с равномерным темпом выполнения упражнения с равномерной интенсивностью и скоростью передвижения. Например, бег по 30-40 минут 3-4 раза в неделю при ЧСС 130-140 уд/мин (скорость около 10-12 км/час).

Однако у начинающих физкультурников (да и спортсменов) на начальном этапе занятий (особенно в дошкольном, среднем, пожилом, возрасте) используется переменный метод тренировок с чередованием выполнения коротких отрезков дистанции с разной интенсивностью и скоростью передвижения (например, чередования ходьбы и бега).

Чтобы не потерпеть неудачу и с первых же дней не распрощаться с занятиями, лучше начинать с достаточно медленного темпа. При этом необходимо следить за частотой пульса, своим самочувствием и настроением. Однако, на первых порах человеку бывает трудно оценить свои способности, наметить план действий. В этом могут оказать помощь различные примерные программы тренировок. Каждая программа делится на несколько этапов подготовки. Продолжительность каждого этапа и организация тренировочного процесса (частота занятий, продолжительность, интенсивность и т. д.) зависят от возраста, подготовленности, состояния здоровья.

Некоторые любители бега предлагают свои методики определения нагрузки: – «Начинайте бег, дыша через нос. Наравивайте постепенно скорость, как только она заставит вас раскрыть рот для дыхания, это и будет оптимальный для данного занятия темп. На очередном занятии темп бега может оказаться иным».

Наиболее распространенные рекомендации для занятий бегом сводятся к следующему:

- продолжительность одного занятия 30-40 мин, в том числе 10 мин на разминку и 20-30 мин бега;
- нужно тренироваться, но не перетренироваться;
- темп бега немного быстрее ходьбы. Начинать заниматься бегом с короткой дистанции (50-100 м) и постепенно ее увеличивать. Продолжать бег пока не станет

трудно дышать, затем перейти на ходьбу, пока дыхание не восстановится. Повторить такое чередование бега и ходьбы, пока не будет преодолено 3-5 км. На последующих занятиях увеличивать пробегаемые отрезки дистанции и сокращать те, которые преодолеваются ходьбой.

- пользоваться пригнанными к ногам спортивными туфлями с толстой и умеренно мягкой подошвой, остальная одежда – по погоде.

- при беге держаться прямо, руками двигать свободно, ноги ставить на всю ступню с последующим перекатом с пятки на носок.

В качестве примера рассмотрим схему оздоровительных тренировочных программ, предложенную Е.Г. Мильнером (табл. 13.6). Как видно, оздоровительные программы составлены с учетом уровня физического состояния. В зависимости от уровня физического состояния (УФС) все занимающиеся распределяются на три группы:

- 1 гр. – специальная (УФС низкий и ниже среднего);
- 2 гр. – подготовительная (УФС – средний);
- 3 гр. – основная (УФС – выше среднего).

В зависимости от этого, нагрузки, направленные на развитие общей выносливости, можно ориентировочно планировать следующим образом:

1. Нагрузки для лиц 1 гр. – примерно 6 недель ходьбы с постепенным увеличением продолжительности и интенсивности. Если процесс адаптации протекает нормально, то можно переходить на переменный бег и ходьбу, а на третьем этапе – на бег. Однако сроки этапов, как уже отмечалось, индивидуальны и могут длиться значительно дольше, а иногда и меньше, но нельзя форсировать подготовку.

2. Нагрузки для лиц 2 гр. – примерно 6-12 недель рекомендован переменный бег и ходьба, а потом в случае благоприятного процесса адаптации – бег.

3. Нагрузки для лиц 3 гр. – рекомендовано начать с переменного метода тренировки в течение 2-3 недель –

Таблица 13.6

**Примерная схема оздоровительных тренировочных программ для людей с различным уровнем физического состояния (Мильнер Е.Г.)**

УФС	Развитие физических качеств: вид упражнения	Количество занятий в неделю, их продолжительность	Количество повторений одного упражнения, интенсивность
1. Низкий	Гибкость Выносливость (ходьба, плавание)	5-7 × 10-15 мин. 3-4 × 20-30 мин.	4-5 упражнений × 10 повторений. Интенсивность 40 % МПК, 55-60 % от максимальной ЧСС
2. Ниже среднего	Гибкость Выносливость (ходьба, бег-ходьба, плавание)	5-7 × 15-20 мин. 3-4 × 20-40 мин.	4-5 упражнений × 10-15 повторений. Интенсивность 50 % МПК, 65 % максимальной ЧСС
3. Средний	Гибкость Выносливость (бег-ходьба, бег, лыжи, велосезда, плавание) Силовая выносливость (приседания, отжимания, укрепление брюшного пресса и др.)	5 × 15-20 мин. 3 × 30-40 мин. 2-3 × 10-15 мин.	5-6 упражнений × 20-30 повторений. Интенсивность 60 % МПК, 70 % максимальной ЧСС. 23 упражнения × 10-15 повторений
4. Выше среднего	Гибкость Выносливость (бег, лыжи, велосипед, плавание) Силовая выносливость (приседания, отжимания, укрепление брюшного пресса и др.)	5 × 15-20 мин. 3-4 × 40-60 мин. 3 × 15-20 мин.	5-6 упражнений × 20-30 повторений. Интенсивность 70 % МПК, 80 % максимальной ЧСС. 3 упражнения × 20-30 повторений
5. Высокий	Гибкость Выносливость (бег, лыжи и др.)  Силовая выносливость (приседания, отжимания и др.)	4-5 × 15-20 мин. 4-5 × 15-20 мин.  3 × 15-20 мин.	5-6 упражнений × 20-30 повторений Интенсивность 75 % МПК, до 85 % максимальной ЧСС 3-4 упражнения × 20-30 повторений

бег в сочетании с ходьбой, а только потом переходить на равномерный бег с использованием чистого бега.

В ряде методических рекомендаций по оздоровительной тренировке используют распределение нагрузки по физическим качествам. Распределение нагрузки различной направленности в течение года приведено в таблице 13.7.

Тренирующий эффект оздоровительной ходьбы зависит от скорости и продолжительности передвижения (табл. 13.8). Медленная ходьба (до 70 шагов в минуту) почти не дает тренирующего эффекта для здоровых людей. Ходьба со скоростью 70-90 шагов в минуту обеспечивает незначительное повышение тренированности для слабо подготовленных людей. Темп 90-100 шагов в минуту оказывает значительный тренировочный эффект. При скорости ходьбы до 6,5 км/час, т.е. 110-130 шагов в минуту, ее интенсивность может достигать зоны тренировочного эффекта с частотой пульса 120-130 уд/мин. В таком режиме за один час ходьбы расходуется 300-400 ккал в зависимости от массы тела. Например, человек с массой тела 70 кг при прохождении 1 км расходует около 50 ккал. При скорости ходьбы 6 км/час суммарный расход составит 300 ккал. Ежедневные часовые занятия дают суммарный расход энергии за неделю около 2000 ккал, что обеспечивает минимальный (пороговый) тренировочный эффект для компенсации дефицита энерготрат и роста функциональных возможностей.

Однако такой тренировочный эффект возможен у неподготовленных людей. У более подготовленных оздоровительный эффект ходьбы снижается, т.к. с ростом тренированности интенсивность такой нагрузки становится ниже пороговой. Увеличение же скорости ходьбы более 6,5 км/час затруднительно, ибо сопровождается непропорциональным ростом энерготрат. При передвижении со скоростью 7 км/час медленнее бежать легче, чем быстро идти.

В случае использования других видов циклических упражнений аэробного характера (велоезда, плавание и др.) принципы нагрузок остаются те же.

В случае значительного повышения массы тела оздоровительные тренировки следует начать с ходьбы с целью нормализации веса за счет увеличения расхода энергии и мобилизации жира из депо. В таблице 2.8 приведена программа тренировок для таких людей.

Повышение уровня силовой выносливости, гибкости, ловкости проводится с помощью различных физических упражнений (прыжки, отжимание, подтягивания, метание, упражнения с отягощением, игры, различные гимнастические упражнения и т. д.). Доля этих упражнений в общей оздоровительной программе зависит от возраста и индивидуальных особенностей занимающихся.

Для развития силы используют метод повторного поднимания тяжестей или метод динамических усилий при прыжках и метаниях. Силовые упражнения целесообразно включать в конец основной части занятий. Хорошо включать упражнения с гантелями. Гантели оптимальной массы – это те, которыми можно выполнить упражнение 8-10 раз подряд без особого напряжения. Начинать следует с гантелей, масса которых составляет 50 % от оптимальной. В ходе тренировки массу можно увеличить до 80 % от оптимальной, чтобы можно было их поднять 4-6 раз.

Скоростные качества наиболее успешно развиваются в детском и подростковом возрасте. Скоростные нагрузки очень активно воздействуют на сердечно-сосудистую систему, в связи с чем их применение в среднем и осо-

**Распределение нагрузки различной направленности в течение года (по Белову В.И.)**

№	Направленность физической нагрузки	Кол-во часов	% общего времени занятий
1.	Развитие выносливости: Аэробные упражнения Бег Лыжный спорт Плавание	180 130 40 10	50-60
2.	Развитие скоростной выносливости и быстроты (анаэробный и смешанный характер нагрузки)	20	До 5
3.	Развитие силы и силовой выносливости	70	15-20
4.	Ловкость	70	15-20
5.	Гибкость	20	10-15

бенно пожилым возрастом ограничено. Упражнения для развития быстроты, как правило, выполняются сериями и включаются в начало основной части занятий. Интервалы между повторениями должны обеспечивать восстановление работоспособности и зависят от индивидуальных особенностей занимающихся.

Упражнения для развития гибкости подбираются в зависимости от подготовленности человека. Это качество развивают систематически, используя небольшое количество упражнений, часто их повторяя. Упражнения, развивающие гибкость, выполняют ежедневно, включая их в утреннюю гимнастику.

*Силовые упражнения* могут быть представлены при самостоятельных занятиях в виде комплексов гантельной гимнастики, упражнений со штангой, с весом собственного тела, изометрических и другими. Упражнения на силу целесообразно выполнять в течение всей жизни человека. Занятия такими упражнениями тонизируют организм, задерживают процессы старения тканей и мо-

Таблица 13.8

**Программа оздоровительной ходьбы при избыточном весе (Киселев В.И., 1989)**

Неделя	Дистанция (км)	Время (мин.)	Частота в неделю не реже (раз)
1	3.0	40.00	3
2	3.0	39.00	3
3	3.0	38.00	4
4	3.0	37.00	4
5	3.0	36.00	5
6	3.0	35.00	5
7	4.0	45.00	5
8	4.0	43.00	5
9	5.0	53.00	5
10	5.0	52.00	5
11	5.0	51.00-52.00	5
12	5.0	50.00-52.00	5
13	5.0	49.00-52.00	5
14	5.0	48.00-52.00	5
15	5.0	47.00-52.00	5
16	5.0	менее 50.00	4

**Программа оздоровительного бега  
для неподготовленных мальчиков и девочек**

Возраст, лет	Время занятий, мин.				
	1-й месяц	2-й месяц	3-й месяц	4-й месяц	
Мальчики	7-9	7	10	13	16
	10-13	8	11	14	17
	14-15	9	12	15	18
Девочки	7-9	5	8	11	15
	10-12	6	9	12	16
	13-15	7	10	13	16

гут способствовать излечению тканей (при специальной методике занятий) от сердечно-сосудистых заболеваний, включая инфаркт миокарда. Упражнения на силу хорошо переносят лица не только среднего, но и пожилого возраста. При построении комплексов упражнений необходимо помнить, что целесообразно нагружать все основные мышечные группы. Оптимальное число упражнений за тренировку 6-9 с повторением каждого в 2-4 сериях, кроме изометрических упражнений, время занятий, которыми не должно превышать 10 мин.

*Скоростные нагрузки* могут быть представлены в виде беговых ускорений по 10-30 метров, сериями прыжковых упражнений, бегом в подъем, при занятиях лыжным спортом и т.д. Нагрузки со скоростью 90-95 % от максимальной не должны превышать 10-15 сек и выполняться сериями от 2-4 до 6-8 повторений, в зависимости от длины дистанции. Снижение скорости является характерным признаком старения организма, поэтому скоростные упражнения должны присутствовать как в тренировке молодых, так и пожилых людей.

*Нагрузки, развивающие гибкость*, способствуют подвижности позвоночника и суставов, уменьшают вероятность травм, способствуют развитию других качеств. Упражнениями на гибкость целесообразно заниматься ежедневно, уделяя им от 5-10 до 15-20 мин. Это могут быть:

- махи (руками и ногами);
- наклоны туловища;
- повороты;
- растяжки и т.д.

Рассмотрим методику развития некоторых физических качеств более подробно.

*Нагрузки на ловкость и координацию.* Без специальной тренировки уровень развития этих качеств существенно снижается к 40-45 годам. Основными средствами развития ловкости являются спортивные игры, гимнастические, танцевальные и специальные упражнения (полоса препятствий у военных и т.п.).

Наиболее доступным и безопасным из спортивных игр средством можно считать настольный теннис, бадминтон, большой теннис. Известен пример поддержания ловкости, когда для эмоциональной разгрузки П. Брегг два раза в неделю по 60-90 минут занимался танцами и рекомендовал это средство для занятия другим.

При подборе дозировки оздоровительного бега для детей можно ориентироваться на рекомендации специалистов ГДР (табл. 13.9). Они полагают, что детям целесообразно бегать в невысоком равномерном темпе ежедневно, в крайнем случае, через день. Предложенные нагрузки рассчитаны на детей, ранее не занимающихся бегом.

Во время бега пульс не должен превышать 150-160 уд/мин. Конечно, сразу пробежать в таком темпе в течение 5-7 мин. каждому не по силам. Поэтому следует начать бегать по 1-2 мин при пульсе 120-130 уд/мин, чередуя с ходьбой по 30-50 м., постепенно увеличивая продолжительность и скорость бега.

Поскольку организм ребенка постоянно развивается, то занятия оздоровительным бегом следует рассматривать как первый шаг приобщения к физической культуре. Полноценное же развитие требует комплексного подхода с использованием широкого арсенала физических упражнений с учетом особенностей развития детского организма.

Приведем несколько комплексов упражнений, рекомендованных при некоторых видах утомления.

**Упражнения для борьбы со зрительным утомлением:**

1. Закрыть глаза, сильно напрягая глазные мышцы, на счет 1-4, затем раскрыть глаза, расслабив мышцы глаз, посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

2. Посмотреть на переносицу и задержать взор на счет 1-4. До усталости глаза не доводить. Затем открыть глаза, посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

3. Не поворачивая головы, посмотреть направо и зафиксировать взгляд на счет 1-4, затем посмотреть вдаль прямо на счет 1-6. Аналогичным образом проводятся упражнения, но с фиксацией взгляда влево, вверх и вниз. Повторить 3-4 раза.

4. Перенести взгляд быстро по диагонали: направо вверх налево вниз, потом прямо вдаль на счет 1-6; затем налево вверх направо вниз и посмотреть вдаль на счет 1-6. Повторить 4-5 раз.

**Упражнения для нормализации мозгового кровообращения:**

1. Исходное положение (и.п.) – стоя или сидя. 1 – руки к плечам, кисти в кулаки, голову наклонить назад. 2 – повернуть руки локтями кверху, голову наклонить вперед. Повторить 4-6 раз. Темп средний.

2. И.п. – стоя или сидя, руки в стороны. 1-3 – три рывка согнутыми руками внутрь: правой перед телом, левой за телом. 4 – и.п. 5-8 – то же в другую сторону. Повторить 4-6 раз. Темп быстрый.

3. Исходное положение – сидя. 1 – голову наклонить вправо. 2 – и.п. 3 – голову наклонить влево. 4 – и.п. 5 – голову повернуть направо. 6 – и.п. 7 – голову повернуть налево. 8 – и.п. Повторить 4-6 раз. Темп медленный.

**Упражнение для снятия утомления с плечевого пояса и рук:**

1. Исходная позиция – основная стойка (о.с.) 1 – поднять плечи. 2 – опустить плечи. Повторить 6-8 раз, затем пауза 2-3 с, расслабить мышцы плечевого пояса. Темп медленный.

2. И.п. – руки согнуты перед грудью. 1-2 – два пружинящих рывка назад согнутыми руками. 3-4 – то же прямыми руками. Повторить 4-6 раз. Темп средний.

3. И.п. – стойка ноги врозь. 1-4 – четыре последовательных круга руками назад. 5-8 – то же вперед. Руки не напрягать, туловище не поворачивать. Повторить 4-6 раз. Закончить расслаблением. Темп средний.

**Упражнение для снятия утомления с туловища и ног:**

1. Исходная позиция – основная стойка. 1 – выпад влево, руки дугами внутрь, вверх в стороны. 2 – толчком левой приставить ногу, дугами внутрь руки вниз. 3-4 – то же в другую сторону. Повторить 6-8 раз. Темп средний.

2. И.п. – о.с. 1-2 – приседание на носках, колени врозь, руки вперед – в стороны. 3 – встать на правую, мах левой назад, руки вверх. 4 – приставить левую, руки свободно вниз и встряхнуть руками. 5-8 – то же с махом правой ногой назад. Повторить 4-6 раз. Темп средний.

3. И.п. – стойка ноги врозь. 1-2 – наклон вперед, правая рука скользит вдоль ноги вниз, левая, сгибаясь, вдоль тела вверх. 3-4 – и.п. 5-8 – то же в другую сторону. Повторить 6-8 раз. Темп средний.

**Основы физической подготовки.** Общефизическая подготовка представляет собой комплекс всех физических качеств, моторных способностей и адаптационных возможностей человека, реализуемых в движениях и действиях в различных условиях среды, в быту и на производстве. Развитие физического потенциала происходит в течение всей жизни. Однако, как показали исследования, интенсивность его изменений в разные периоды жизни неодинакова. Можно выделить три этапа (В.К. Бальсевич, 1988). На первом этапе наблюдается интенсивное развитие двигательных качеств и моторных способностей (это первые два десятилетия жизни), на втором этапе происходит относительное снижение уровня физического потенциала (это является началом обратного развития физических и моторных способностей), третий этап – инволюция двигательной функции с более или менее быстрым снижением уровня физических возможностей пожилого и стареющего человека.

Несмотря на существенные различия уровня физических возможностей людей разного возраста, есть одно общее свойство физического потенциала, присущее всем периодам жизни – это способность двигательной функции к изменению, к развитию. Причем в разные периоды онтогенеза интенсивность и направленность развития такова, чтобы всегда в большей или меньшей степени был обеспечен необходимый *баланс между требованиями среды, состоянием организма и его физическими возможностями*. Это положение является предпосылкой эффективного управления процессом развития физического потенциала в онтогенезе человека. Так критерием эффективности управления является большая степень соответствия физического потенциала человека средовым и особенно социальным запросам. В то же время несоответствие состояния физического потенциала требованиям среды и внутренним возможностям организма будет свидетельствовать о неэффективности организации физического воспитания. При этом недоиспользование возможностей организма, как и превышение их нежелательно, а часто и недопустимо.

Известно, что содержание, организация, объем и интенсивность тренировок во многом зависят от возраста человека. Эта главная закономерность возрастных изменений физического потенциала позволяет сформулировать две основные стратегические задачи в организации физического воспитания в разные возрастные периоды, которые и являются основой многолетней общефизической подготовки.

**Физическое воспитание в разные возрастные периоды.** Начинать физическую тренировку необходимо с самого рождения ребенка. При этом следует учитывать физиологическую слабость мышечно-связочного аппарата и костной системы, что вызывает необходимость строгого дозирования предлагаемых ребенку раннего возраста физических нагрузок.

В период новорожденности это возможно через холодовые воздействия водных и воздушных процедур, рефлекторно стимулирующих скелетную мускулатуру.

Причем, профессор И.А. Аршавский рекомендует использовать обязательно холодную воду и обливать ребенка до тех пор, пока малыш отвечает повышением мышечного тонуса (за счет силы и интенсивности сокращения мышц). Это можно повторять 3-4 раза в день.

С 1-2-месячного возраста основными средствами физической тренировки являются массаж, рефлекторные, пассивные, пассивно-активные и активные упражнения.

Массаж следует проводить ежедневно в сочетании с рефлекторными, пассивными и активно-пассивными упражнениями. Рефлекторные упражнения основаны на движениях, возникающих в ответ на раздражение участка поверхности тела ребенка (например, движение стопы и пальцев при раздражении стопы, разгибание позвоночника при проведении двумя пальцами руки вдоль позвоночника в направлении от крестца к шее, лежащего на боку малыша).

До 3-4 месяцев массаж и рефлекторные упражнения являются основной формой физической тренировки. Каждый массажный прием не должен быть более 2 мин., а рефлекторные упражнения – повторяться более 4 раз. Продолжительность занятия 8-12 мин. Занятия проводятся ежедневно, раз в день, при температуре воздуха 20-22°.

В 6 месяцев добавляются пассивные и пассивно-активные упражнения. Ребенок уже владеет некоторыми видами движений и регуляции позы. Поэтому необходимо создать ребенку возможность реализовать приобретенные моторные умения, оснатив кроватку, манеж игрушками и приспособлениями.

В 7-8 месяцев программа физического воспитания расширяется за счет включения в нее активных упражнений (например, ползать за игрушкой). Для расширения двигательной активности нужно использовать освоенные ребенком упражнения: ползание, наклоны и выпрямления туловища, переворачивание с живота на спину, изменения положения, держась за пальцы взрослого (садиться, ложиться). С этой целью можно изменять расположение игрушек, побуждая малыша находить их. Такие упражнения надо выполнять по 5-7 минут, в форме игры с ребенком.

В возрасте 9-10 месяцев главная задача состоит в подготовке опорно-двигательного аппарата ребенка к освоению ходьбы. Это могут быть упражнения, связанные со вставанием с помощью взрослого и ходьба с поддержкой. К концу первого года объем нагрузки по продолжительности занятия и по количеству повторений в упражнениях постепенно увеличивается в 1,5-2 раза. Тренировки усложняются за счет включения различных перемещений в виде ходьбы, наклонов, ползания на четвереньках, приседаний. Продолжительность занятия до 15 мин.

Главной задачей физического воспитания детей второго года жизни является укрепление мышц ног, спины и живота, так как от их силовой подготовленности во многом будет зависеть формирование правильной осанки. Дети быстро устают при обучении новым движениям, при упражнениях на ловкость и координацию. Время таких занятий следует ограничить до 15-20 мин. Самая эффективная форма занятий – игра. Однако следует учитывать, что с расширением двигательных навыков, самостоятельная физическая активность ребенка становится выше, чем в первый год жизни. Очень многие движения он будет выполнять самостоятельно, без всякого побуждения со стороны взрослых. Поэтому количество тренировок можно сократить до 4 в неделю.

В каждом занятии следует выполнять по 6-10 упражнений. Вначале проводятся упражнения с движениями

рук, затем туловища, затем ног. Беговые или игровые упражнения нужно выполнять в конце занятия перед заключительной частью.

Период от 3 до 6 лет характеризуется быстрыми темпами роста скелета, мышечной массы, изменениями пропорций тела. Особенности этого возраста обуславливают целесообразность коротких по времени, но часто повторяющихся занятий разнообразного, преимущественно игрового, содержания. Недопустимы перегрузки организма ребенка упражнениями, связанными с большим силовым напряжением и утомлением.

В младшем дошкольном возрасте (3-4 года) необходимо направить усилия на освоение ребенком многих видов простейших движений и действий. В этот период для высшей нервной деятельности еще характерна неустойчивость нервных процессов и из-за преобладания процессов возбуждения над тормозными возникшие рефлекторные связи легко разрушаются. Поэтому не следует рассчитывать в этот период на освоение ребенком очень сложных двигательных умений. Большое значение имеет сам процесс освоения нового.

Главная задача физического воспитания третьего года жизни- освоение и совершенствование новых видов движений, особенно пальцев рук и кисти, закрепление и совершенствование уже освоенных движений. Усложняются упражнения с перемещениями (ходьба по веревочке, по доске, перелазания через предметы), включается полубег, спрыгивания с небольшой высоты, прыжки в длину с места, подскоки на двух ногах, подбрасывание и ловля мяча, игры на воздухе, в воде и дома.

Ловкость развивается в упражнениях с мячом и другими предметами, при изменении направления ходьбы и бега. Координация движений кисти и пальцев – при игре с кубиками и т.д.

Занятия следует проводить в форме зарядки (ежедневно), освоения и совершенствования движений (3 раза в неделю) и различных игр по 15-20 мин. При этом роль утренней зарядки не ограничивается оздоровительной функцией и взбадриванием малыша. Не менее важным является воспитание у ребенка привычки начинать день с физических упражнений.

В зарядку включаются простые, хорошо знакомые, легко выполняемые движения. Лучше, если упражнения, темп выполнения будет показывать взрослый. Количество упражнений должно быть не более 4-5, не считая ходьбы в начале и конце зарядки.

Главной задачей физической активности ребенка четвертого года жизни – освоение новых движений, но уже с использованием упражнений спортивного характера и целевой установкой при их выполнении: попасть в цель при метании мяча, быстро пробежать, точно воспроизвести и повторить движение, дальше прыгнуть. Таким образом, в возрасте от 3 до 4 лет уже необходимо начать целенаправленное воспитание таких физических качеств, как быстрота, выносливость, ловкость, сила.

Основной формой занятий остается игра, хотя включаются элементы техники бега, прыжка, метания, элементы акробатики, катания на лыжах и коньках, некоторых простых связок гимнастических упражнений.

Быстрота тренируется частотой движений в простых упражнениях. При развитии гибкости преобладают активные и активно-пассивные растягивания мышц и связок. Специальных упражнений на силу и выносливость проводить не следует. Эти качества будут естественно развиваться на фоне двигательной активности, направленной на развитие быстроты, ловкости

и гибкости. Занятия проводятся 3-4 раза в неделю по 30-35 мин.

На пятом году жизни закрепляются известные движения и идет подготовка к освоению сложных в техническом отношении упражнений. В этот период закладываются основы тех физических качеств и психомоторных способностей, которые являются фундаментом для овладения в будущем сложными по координации движениями. Следует развивать ловкость, силу, быстроту реакции, способность понимать разъяснения взрослого относительно новых движений с последующим их выполнением.

При силовой подготовке основное внимание уделяется укреплению мелких мышц, управляющих движениями кисти, стопы, голени, предплечья. Большое внимание уделяется в этот период упражнениям на ловкость, быстроту, гибкость.

Пятый год жизни является критическим для многих параметров физического состояния ребенка. Подобно подростковому возрасту у детей 4-6 лет резко изменяется ритм физического развития. Отмечается ослабление мышечной системы и суставных связок. Это может явиться причиной нарушения осанки, плоскостопия, искривления позвоночника. Эти же причины приводят к уплощению или даже впалой грудной клетке. Ослабевшие мышцы грудной клетки и диафрагмы приводят к затрудненному дыханию и недостаточному обеспечению организма кислородом. Единственным средством профилактики этих нарушений является физическая активность и регулярные продуманные тренировки.

В этом возрасте содержание физической активности расширяется за счет освоения новых движений, но без возрастания интенсивности. Утренняя зарядка по 10-15 мин. и тренировки 3 раза в неделю по 30-40 мин.

Главной задачей шестого года является подготовка основы для повышения интенсификации физического воспитания в последующие годы. Делается акцент на развитие быстроты, выносливости и силы. Однако задача состоит не в воспитании этих качеств, а в постепенной подготовке физиологических систем ребенка (мышц, связок, систем управления движениями, их энергообеспечения) и его психики к предстоящему повышению нагрузок в школе. Касаясь качества выносливости, имеется в виду способность достаточно длительное время заниматься физическими упражнениями, а не развитие этого качества в отдельных движениях.

Такой же подход и в тренировке силовых качеств. Важно развивать не способность к большим физическим напряжениям (большие тяжести), а качество поддерживать умеренное напряжение длительное время. Постепенно включаются в работу большие группы мышц живота, спины, рук, ног. Но при выполнении силовых упражнений важно не допускать перенапряжений, не включать упражнений с отягощениями.

В упражнениях на быстроту, гибкость и ловкость нужно уделять большое внимание частоте и амплитуде движений, быстроте реакции. Постепенно возрастают беговые нагрузки (аэробные). Продолжительность занятия увеличивается до 45 мин.

Возраст 7-10 лет является наиболее активным периодом в формировании координации движений ребенка. Способности детей в этот период настолько высоки, что многие сложные движения они осваивают значительно легче и быстрее, чем подростки и юноши. Причем замечено, что обучение целостному упражнению в этом возрасте более эффективно, чем разучивание его по деталям.

В младшем школьном возрасте наблюдаются высокие темпы прироста почти всех показателей физических качеств. Таким образом, возраст от 7 до 10 лет можно считать благоприятным для закладки практически всех физических качеств и координационных способностей человека. Если это упустить, то время для формирования физической и физиологической основы будущего физического потенциала человека можно считать безвозвратно упущенным.

Следует учитывать некоторые особенности опорно-двигательного аппарата. Позвоночный столб в этом возрасте отличается большой гибкостью и неустойчивостью основных изгибов – грудного и поясничного. Грудной изгиб формируется к 7 годам, а поясничный – к 12. Эластичный связочный аппарат, толстые межпозвоночные диски и слабые мышцы спины способствуют деформации позвоночника. Этому способствует неправильная посадка за партой, ношение тяжестей в одной руке и т. д. Следовательно, важнейшей целью физического воспитания в этот период является создание хорошего «мышечного корсета», полноценной проприоцептивной импульсации, правильно информирующей центральную нервную систему о взаимоотношении разных частей тела ребенка в пространстве.

Подростковый возраст – это критический период как в социальном, так и в биологическом отношении, поскольку именно в эти годы завершается биологическое созревание человека и наступает социальное взросление личности.

В процессе физического воспитания подростков необходимо учитывать морфо-функциональные особенности организма, обусловленные нейрогормональной перестройкой в связи с процессом полового созревания. Это чувствительный период к различным влияниям внешней среды. Вместе с тем, в этот период значительно ухудшается координация движений, способность к моторной обучаемости. Наблюдается выраженная неустойчивость настроения, что обусловлено неуравновешенностью нервных процессов и большой чувствительностью к внешним факторам среды.

Чрезмерные мышечные нагрузки как факторы ускорения процесса окостенения могут замедлить рост трубчатых костей в длину. С другой стороны к серьезным неблагоприятным изменениям могут привести нарушения осанки, если не обеспечивать укрепление мышц живота и спины.

Под влиянием очень сильных или монотонных раздражителей у подростков развивается выраженное запредельное торможение. Это следует учитывать при выполнении упражнений на выносливость, чаще переключать внимание ребенка с одного упражнения на другое, разнообразить нагрузки, использовать игровые формы занятий.

В подростковом возрасте наиболее успешно развиваются скоростные, скоростно-силовые способности и выносливость. Именно быстрота и быстрая сила, как показали исследования возрастного развития движений человека, наиболее интенсивно растут в подростковом возрасте. Другого такого периода в жизни не будет.

В связи с этим подбор упражнений должен соответствовать развитию этих двигательных качеств в возрасте 11-14 лет. При этом недопустимы большие отягощения, не позволяющие выполнить быстрые движения. Быстрый бег, прыжки, метания, темповые гимнастические упражнения (в том числе и с гантелями), подвижные спортивные игры, требующие быстроты реакции и пере-

мещений – вот основной круг средств для развития силовых и скоростно-силовых качеств.

Вместе с тем, нерациональные занятия физкультурой и спортом в этот период онтогенеза, особенно при дисгармоничном развитии, могут оказать неблагоприятное влияние на организм подростка. Следует обязательно учитывать, что внутри однотипных возрастных групп встречаются дети, значительно различающиеся по биологическому возрасту.

Для школьников 15-17 лет характерны самые высокие темпы развития физического потенциала в целом. Наиболее интенсивны рост выносливости, силовых показателей, совершенствование двигательной координации.

Юношеский возраст – это время расцвета физических способностей человека, формирования двигательного совершенства, достижения близких к максимально возможному уровню развития физических качеств.

Итак, в связи с закономерностью возрастной эволюции моторики человека и других физических способностей, наиболее важными задачами физического воспитания в этот период являются развитие силовых качеств, повышение уровня выносливости и совершенствование техники выполнения физических упражнений наряду с освоением новых видов движений и действий. Поэтому программа физической активности старшего школьника должна быть разнообразной. Наиболее целесообразным вариантом будет занятие одновременно несколькими видами спорта (или с сезонной их сменой). Тренироваться необходимо не менее 3 раз в неделю по 1,5-2 часа. Естественно, обязательной остается утренняя зарядка.

Полезно участие в различных самостоятельных соревнованиях (футбол, баскетбол, теннис и др.), т. к. игры являются незаменимым средством обогащения моторных способностей и развития физических качеств. Не последнюю роль в этом отношении могут сыграть и занятия ритмической гимнастикой, танцами.

В молодом возрасте (18-35 лет) человек сохраняет высокий уровень тренируемости двигательной функции, особенно в отношении силовых качеств и работоспособности. В среднем возрасте (36-55/60 лет) наступает медленное снижение физического потенциала человека. Физическая активность в этом возрасте во многом зависит от особенностей учебной и производственной деятельности. Поэтому значительное место должна занимать профессионально-прикладная физическая подготовка.

Для молодых людей основными направлениями физкультурных занятий в этот период являются развитие силы и выносливости, овладение умениями и навыками оперативного мышления в сложных ситуациях.

Принцип физической подготовки людей зрелого возраста – разнообразие используемых упражнений при невысокой интенсивности тренировочных нагрузок профилактического и оздоровительного характера.

Иногда в молодом и зрелом возрасте возможности физического совершенствования кажутся беспредельными и общедоступными. Однако надо помнить, что "цена" адаптации к новому, повышенному уровню физических нагрузок возрастает для организма человека с каждым годом жизни, а вместе с тем неконтролируемо возрастают и факторы риска, связанные с перенапряжением как физическим, так и психическим. Вспомним про опыты И.А. Аршавского, где было показано, что продолжительность жизни и работоспособность животных существенно повышается, если объем двигательных нагрузок не превышает определенных пределов и соответствует возрасту. Иначе нагрузки не только не способствуют индуст-

цированию избыточного анаболизма, а, напротив, задерживают развитие. Поэтому важным моментом в молодом и зрелом возрасте оптимизировать двигательную активность, сориентировать человека на адекватные цели и режимы физической активности.

В третьем десятилетии человек вступает в период так называемого стационарного состояния, который длится до шестого десятка лет. Организация физической активности в соответствии с возрастными особенностями включает систематическую физическую тренировку со средней и невысокой интенсивностью нагрузок, разнообразных по своему воздействию на организм. Целесообразно снижать интенсивность физической активности, не уменьшая объема и разнообразия упражнений. И в дальнейшем в процессе оздоровительной общефизической подготовки следует придерживаться основного правила, которое заключается в сохранении объема нагрузок, но постепенном снижении их напряженности и интенсивности.

Занимающимся физическими упражнениями в молодом и среднем возрасте можно рекомендовать сезонные смены видов занятий 2-4 раза в год.

Старость обычно понимают как процесс, который характеризуется различными изменениями в строении и функциональных возможностях организма. Однако этот процесс может быть патологическим и физиологическим. В первом случае – это преждевременное, похожее на болезнь старение с резким сокращением функциональных возможностей и жизнеспособности организма. Иначе наступает и развивается нормальная физиологическая старость. Организм постепенно приспосабливается к возрастному снижению функциональных возможностей и надолго сохраняет способность к активной жизни.

Однако нормальная старость наступает далеко не у всех, что особенно характерно для современности, когда у далеко не старых людей появляются отклонения в состоянии здоровья, свойственные более пожилому возрасту.

Работами И.П. Павлова показано, что процесс старения сопровождается снижением возбудимости коры больших полушарий головного мозга, затрудняется выработка новых условных рефлексов, уменьшается подвижность процессов возбуждения и торможения. Это является причиной замедленной реакции, нарушении координации движений, ослаблению деятельности анализаторов.

Заметные возрастные изменения происходят и в основных системах жизнеобеспечения – сердечно-сосудистой и дыхательной.

Ослабление функциональных возможностей ведет к снижению работоспособности. Ухудшаются основные двигательные качества – скорость, сила, выносливость и ловкость (координация движений). Особенно быстро и раньше других понижается способность к большим нагрузкам скоростного характера.

Морфологические изменения характеризуются разрастанием и склерозом соединительной ткани, развитием фиброзного процесса в сосудах, дистрофическими и атрофическими преобразованиями в суставах.

В связи с этим, насколько это возможно, важной задачей физической активности пожилого человека является постепенная подготовка организма к предстоящим в старости (после 75 лет) естественным инволюционным преобразованиям.

В пожилом возрасте основная направленность физической активности состоит в поддержании тонуса ске-

летной мускулатуры и функциональных систем на уровне верхних границ возрастных норм.

Организм пожилого человека уже не обладает такими компенсаторными возможностями, как молодой человек. Поэтому ошибки в организации физической активности в этом возрасте могут принести немалый вред. Нужно всегда помнить, что физическая нагрузка является не менее сильнодействующим средством воздействия на организм, чем средства медикаментозного лечения.

В процессе занятий оздоровительной физкультурой надо неукоснительно соблюдать основные принципы физической тренировки.

Кроме утренней зарядки и бега важной формой физической активности пожилого человека является тренирующая гимнастика с большим разнообразием движений. Применяемые упражнения должны быть строго дозированными по количеству повторений, по темпу выполнения, по амплитуде движений. Упражнения с силовыми напряжениями (с гантелями, с эспандером) следует чередовать с упражнениями на расслабление. В процессе выполнения тренировки необходимо соблюдать принцип «рассеивания» нагрузок, т. е. чередовать упражнения для рук, для ног и для туловища, упражнения для мышц сгибателей с упражнениями для мышц разгибателей.

Должно быть разнообразие упражнений. Полезны такие виды, как езда на велосипеде, гребля, которые незаслуженно потеряли популярность у людей старшего возраста. Между тем, при езде на велосипеде фактически полностью разгружен позвоночник – одно из слабых звеньев в организме пожилых людей, а гребля создает отличные условия для усиления кровообращения в области шеи и спины, что имеет большое значение для профилактики, а иногда и лечения остеохондроза.

### *Основы формирования мотивации физической активности в разные периоды жизни человека*

**Мотивация** – это побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности. В мотиве содержится понимание того, из-за чего и для чего человек должен проявлять активность. Поэтому можно сказать, что мотив – это осознанная причина активности человека, направленная на достижение цели.

Основы физической культуры человека закладываются в самом раннем детстве, а далее с возрастом углубляются и расширяются. В связи с этим главной целью начального этапа воспитания физической культуры человека является формирование и развитие мотивов к систематическим физическим занятиям.

Формирование мотивов и интересов к систематическим занятиям физической культурой является делом нужным, но, видимо, и чрезвычайно сложным. В связи с этим представляется возможным лишь дать некоторые принципиальные направления и задачи в решении этого вопроса, существенно отличающиеся в разные возрастные периоды.

В раннем детстве закладываются общие основы будущих мотивов физической активности. В этот период надо дать ребенку почувствовать радость движений. Уже в дошкольном возрасте необходимо формировать в сознании детей представления о необходимости занятий физическими упражнениями, воспитывать понимание того, что проявление их ловкости, быстроты, силы является результатом физических нагрузок.

В младшем школьном возрасте формирование мотивов и интересов к физической активности можно уже

связывать с воспитанием у ребенка ответственности за уровень своей физической подготовленности в связи с обязанностью перед школьным коллективом, перед семьей (ответственность за результат в командных школьных соревнованиях, за физическую помощь дома, на даче). Это может оказаться для ребенка более значительным, чем для взрослого. Именно тогда, в детстве у ребенка может формироваться чувство ответственности перед коллективом.

Однако в этом возрасте ведущим продолжает оставаться эмоциональный фактор. Осознанного интереса к физическим упражнениям еще нет, хотя привычки постоянных занятий могут быть уже достаточно прочными.

У подростков мотивы физической активности во многом обусловлены особенностями поведенческих, психических реакций в этот период онтогенеза. Многие подростки хотят показать свое «Я», подражать кому-либо. Воспитание и правильное направление интересов в этот сложный период во многом зависит от родителей, товарищей, педагогов, тренеров, преподавателей физкультуры.

Юношеский возраст является самым сложным в формировании мотивов и интересов к физической активности. В значительной мере это объясняется тем, что именно в этом возрасте чаще всего происходит переоценка жизненных ценностей и многие юноши и девушки прекращают занятия в той или иной спортивной секции. Одной из причин ухода юных спортсменов и прекращения тренировок является невысокий спортивный результат. Юноша или девушка видят, что у него нет способности для достижения спортивных высот и он уходит, чтобы не терять время. А после этого вообще ничем не занимается ни самостоятельно, ни организованно. А дело в том, что существующие спортивные школы в подавляющем большинстве случаев не формируют у занимающихся мотивы и интересы к физической активности. Все подчинено спортивному результату и выполнению квалификационных нормативов. В принципе современный спорт полностью извратил идею и смысл спортивных состязаний, Олимпийского движения, оставленных нам нашими предками. В этих условиях уровень физкультурной подготовленности многих тренеров, а также те узконаправленные требования, предъявляемые к их деятельности, критерии оценки их труда, не позволяют им шире взглянуть на социальные и биологические функции физической культуры и многообразие мотивов занятий физкультурой и спортом. Доказано, что мотивы, связанные с внутренними убеждениями, оказывают более стабильное побуждающее и активизирующее действие на решение начать заниматься спортом по сравнению с мотивами, возникшими в случайных ситуациях (в том числе приглашение тренера).

Сегодня одной из очень важных и первостепенных задач является формирование новых общественных и личностных представлений о престижности не только высоких спортивных результатов, но и высокого уровня здоровья и разносторонней физической и двигательной подготовленности.

Однако в реальной жизни поддержкой государственного аппарата и общественного сознания, к сожалению, пользуется только спорт, являясь, между тем, лишь составной частью физической культуры. Спорт использует практически полностью все спортивные базы, все финансирование, наиболее подготовленных специалистов.

Зрелый возраст человека – это самый продолжительный период жизни (от 18 до 55-60 лет). Он включает молодой, средний и старший возраст.

В молодом возрасте одним из мотивов все еще остается стремление к спортивному результату и участию в соревнованиях. В этот период необходимо развивать мотивы и интересы к долгосрочной двигательной активности с использованием общеоздоровительных форм физической культуры и удовлетворяющих запросы жизни – трудовой, учебной, военной деятельности, материнства.

Для людей среднего и старшего возраста целью физической активности уже является осознанная потребность занятий физическими упражнениями для здоровья. В связи с этим необходимо формировать и поддерживать мотивы к систематическим и регулярным занятиям физическими упражнениями. Это может и должно подкрепляться пониманием важности личного примера старшего члена семьи для младших.

В пожилом и старческом возрасте главный мотив двигательной активности – это поддержание здоровья и дееспособности в удовлетворительном состоянии, желание не стареть раньше времени, быть способным оказать помощь детям, быть примером для самых маленьких членов семьи. Эти мотивы в принципе достаточно сильны у многих пожилых людей, но их активное внедрение во многом зависит от внимания и понимания окружающих.

Таким образом, вопросами формирования и развития мотивации физической активности должны заниматься все – семья, дошкольные, образовательные и медицинские учреждения, все общество.

### **3. Утренняя гигиеническая гимнастика и закаливание**

С точки зрения оздоровительного эффекта УГГ играет не столь существенное значение для человека как оздоровительная тренировка. Да это и не нужно. Ее основная роль заключается в другом. И более того, подмена физической тренировки утренней гигиенической гимнастикой за счет увеличения ее нагрузки и продолжительности может привести к нежелательным последствиям.

Люди просыпаются по-разному. Одни легко, с хорошим настроением, с шутками и улыбкой, другие с неохотой, раздражением. Видимо, первые – это «жаворонки», вторые – «совы». Вполне может быть, что среди тех, кто постоянно делает УГГ больше всего «жаворонков».

У труднопробуждающихся после сна длительное время оказывается сниженным тонус коры больших полушарий и вместе с тем усилены и часто десинхронизированы реакции вегетативной нервной системы. Например, после пробуждения наблюдается учащенное сердцебиение, повышенное давление и сниженная активность желудка и кишечника. При этом страдает как интеллектуальная (умственная), так и физическая работоспособность. Такой ребенок (взрослый) в полное рабочее состояние придет через 2-3 часа, а учебная (производственная) деятельность начинается примерно через час после пробуждения. Вот и получается, что на первых уроках школьник работает неполноценно (как и взрослый на производстве).

Есть прекрасное средство ускорить пробуждение организма, привести его в бодрое состояние – это зарядка. Небольшой комплекс движений активизирует кровообращение, дыхание, деятельность кишечника. Многочисленные импульсы, возникающие в мышцах, суставах, поступают в соответствующие центры головного мозга, которые стимулируют работу различных органов, повышая их работоспособность и всего организма в целом. Следовательно, зарядка обладает некоторым тренирующим эффектом.



Зарядка является, прежде всего, гигиенической процедурой, при которой с помощью движений совершается «умывание» всего тела. Дело в том, что при пробуждении наблюдается замедленный кровоток и меньшее количество циркулирующей крови, меньшее количество функционирующих капилляров и альвеол, ослабленная моторика желудка и кишечника. Снижение же тонуса капилляров обусловлено сниженным тонусом заложенной в их стенках мускулатуры. Отсюда застой крови в участках тела с обширной капиллярной сетью.

Недостаточная циркуляция крови после сна – это не только неблагоприятные условия для быстрого восстановления тонуса кожных покровов, но и замедленное выведение из организма накопленных за ночь продуктов обмена.

Зарядка имеет и воспитательное значение – она дисциплинирует, вырабатывает волю, уверенность в своих силах. Необходимость регулярного выполнения УГГ надо прививать человеку с детских лет. Удовольствие, полученное в результате зарядки, будет способствовать и формированию мотивации физической активности.

Что же можно включить в комплекс УГГ. Прежде всего – потягивания, махи руками и ногами, разнообразные наклоны, повороты туловища вправо и влево, резкие разведения рук в разных плоскостях, подскоки с переходом на быстрый шаг, ходьбу на месте, приседания. Все упражнения повторяются несколько раз. Дыхание должно быть свободным.

Проводить зарядку необходимо ежедневно в одно и то же время (кроме случаев болезни), в хорошо проветренном помещении. Каждое упражнение проводить точно, с напряжением мышц. Движения должны быть полные, с хорошей амплитудой, свободные, в достаточном темпе. Усложнять упражнения и повышать уровень нагрузки надо постепенно. Утренняя зарядка не должна утомлять. Ведь ее цель – разбудить, активизировать организм, зарядить его бодростью, поднять настроение. Лучше, если зарядка будет сопровождаться веселой ритмичной музыкой.

Комплекс упражнений следует подбирать с таким расчетом, чтобы задействовать все части тела: ноги, позвоночник, верхний плечевой пояс, руки. Упражнения подбираются в зависимости от возраста и подготовленности человека.

Комплекс упражнений надо строить так, чтобы был постепенный переход из полусонного состояния в активное. При составлении комплексов зарядки можно придерживаться, например, такой схемы.

Упражнение 1. Потягивание, прогибание лежа в постели.

Упражнение 2. Ходьба с широкими размахами движения руками без напряжения в течение 1-2 минут.

Упражнение 3. Руки в стороны, прогнуться и потянуться. Потягивание способствует выпрямлению позвоночника, расправлению грудной клетки.

Упражнение 4. Используются различные наклоны вперед и назад, круговые движения тазом. Эти упражнения укрепляют мышцы брюшного пресса и спины, увеличивают подвижность позвоночника.

Упражнение 5. Для ног можно использовать различные приседания и выпады в сочетании с движениями рук, туловища. Они укрепляют мышцы ног, улучшают подвижность в суставах, усиливают кровообращение.

Упражнение 6. Для рук и плечевого пояса обычно выполняют сгибание и разгибание рук в упоре лежа или с опорой о стул, край кровати. После упражнения потряхивание рук для снятия напряжения.

Упражнение 7. Для мышц туловища используются наклоны в стороны, наклоны с поворотами вокруг оси туловища с движениями рук.

Упражнение 8. Маховые движения руками и ногами увеличивают подвижность в суставах, усиливают кровообращение и дыхание. Упражнения выполняются с возможно большей амплитудой движений и в достаточно быстром темпе.

Упражнение 9. Прыжки (можно со скакалкой) или бег. Чаще всего выполняется в виде подскоков на месте или с продвижением вперед на обеих ногах, или попеременно сначала на одной, затем на другой. Можно выполнять прыжки через скакалку (20-30 раз).

Упражнение 10. Бег на месте с высоким подниманием коленей в течение 5-7 минут.

Упражнение 11. Спокойная ходьба. Дыхательные упражнения 2-3 минуты.

На первых этапах не следует увеличивать нагрузки, использовать отягощения и т. д. Потом можно пробовать применять эластичный бинт или небольшие гантели (для женщин и детей 0,5-1 кг, для мужчин – 1-3 кг.), но следить за влиянием такой зарядки на самочувствие.

Комплексы упражнений УГГ следует менять в зависимости от интереса занимающегося примерно через месяц. Для этого можно менять исходные положения, темп выполнения и т. д.

Как правило, легкая мышечная работа повышает возбудимость коры головного мозга и условнорефлекторную деятельность. При этом отмечают также некоторое ослабление тормозного процесса, в то время как продолжительная и интенсивная нагрузка в самом начале ее выполнения оказывает аналогичное влияние, а затем снижает возбудимость коры и угнетает условнорефлекторную деятельность. При этом также регистрируется ослабление и расстройство процессов торможения.

Практический интерес представляют результаты исследования Г.Н. Пропастина о влиянии на организм здоровых людей, не занимающихся спортом, и квалифицированных спортсменов различных нагрузок, проводимых в утренние часы (зарядка 15-20 мин., комплекс общеукрепляющих упражнений с гантелями в течение 30 мин., бег трусцой продолжительностью 10, 15, 20, 30 и 40 мин., часовой бег со скоростью 8, 10, 12 км/час).

Оказалось, что у нетренированных любая из этих нагрузок вызывала более или менее выраженное снижение возбудимости коры головного мозга и ослабление пищеварительной моторики желудка. Причем после обычной зарядки и бега трусцой (10-20 мин.) это действие продолжалось 20-30 минут.

С увеличением беговой дистанции угнетение реакций возрастало до часа и более. Выполнение бега трусцой в течение 30-40 минут для неподготовленных вообще оказалось невозможным (переходили на шаг, так как не могли продолжать длительный бег), а повышение скорости бега вызывало чувство утомления через 10-15 минут.

У спортсменов зарядка, а также бег трусцой до 20 минут вызывали умеренное повышение возбудимости коры больших полушарий и некоторое усиление пищеварительной моторики желудка. Этот эффект был менее выраженным после выполнения зарядки (комплекс упражнений) и бега трусцой 30 минут.

Бег в течение часа, особенно при скорости 10-12 км/час, приводил к снижению возбудимости коры больших полушарий и моторики желудка.

Эти данные свидетельствуют об ограниченной адаптивной возможности организма к нагрузкам в утренние

часы, что обусловлено циркадной организацией ритма физиологических функций (естественная неподготовленность организма к большим нагрузкам после сна).

Таким образом, наиболее подходящей для зарядки является нагрузка умеренной интенсивности до 30 минут. Смысл зарядки не в нагрузке, а в ускорении перехода от сна к бодрствованию, в оптимизации ритма работы нервных центров, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата. Зарядка готовит организм к предстоящей активной деятельности в течение дня.

Важно отметить, что между зарядкой и завтраком должен быть интервал, примерно равный продолжительности выполнения физических упражнений.

Для детей хорошо составлять комплексы в различных игровых вариантах, чтобы зарядка была для них не утомительной и желанной.

**Закаливание.** Социально-экономические преобразования привели к ограничению физических нагрузок и недостаточному общению с природой, что отрицательно повлияло даже на тех, кому крепкое здоровье досталось от рождения. Большинство современных людей, особенно жители города, основную часть жизни проводят в помещениях с искусственно поддерживаемым микроклиматом (дома, на работе и в период отдыха). Это резко снижает у них эффективность и совершенство различных сосудистых и терморегуляторных приспособительных реакций, что ведет к нарушению взаимосвязи между внешней и внутренней средой организма. За такое несоответствие людям приходится расплачиваться ценой «простудных» заболеваний, обострениями хронических процессов. Наиболее надежным помощником в сохранении и укреплении здоровья наряду с двигательной активностью является оздоровительное воздействие природных факторов.

Закаливание – это повышение устойчивости организма человека к действию разнообразных природно-климатических факторов: тепла, холода, атмосферного давления, солнечной радиации. Такая устойчивость может быть достигнута только в результате систематической тренировки и постоянного совершенствования механизмов адаптации. Кроме того, закаливание холодом стимулирует двигательную активность. Закаливание является одним из важнейших звеньев системы физического воспитания человека. Сочетание двигательной активности с разнообразными формами закаливания существенно повышает эффективность физического воспитания, устойчивость к неблагоприятным погодным факторам, усиливает защитные эффекты адаптации к физическим нагрузкам.

Использование воздуха, солнца и воды для укрепления здоровья и лечения известно еще с глубокой древности. В Спарте, например, закаливание мальчиков начиналось в грудном возрасте, а с 7 лет они воспитывались в суровых, «спартанских» условиях: ходили круглый год босиком и в легкой одежде, купались в холодной воде.

История знает немало примеров, когда люди, обладавшие от природы слабым здоровьем, с помощью закаливания холодом и физических тренировок приобретали крепкое здоровье (например, А.В. Суворов).

К сожалению, сегодня большинство взрослых ничего не делает для закаливания как самих себя, так и своих детей. Более того, многие родители из-за опасений простудить ребенка уже с самого рождения занимаются пассивной защитой от простуды: укутывают ребенка, закуривают окна, оберегают от воды и т. д. Такая «забота» не создает условий для формирования адаптации к меня-

ющимся температурным условиям окружающей среды. Напротив, это содействует ослаблению здоровья и неизбежно ведет к частым простудным заболеваниям. Чем в более «тепличных» условиях растет ребенок, тем чаще он болеет острыми респираторными заболеваниями.

А ведь польза закаливания детей с самого раннего возраста доказана громадным практическим опытом и опирается на серьезное научное обоснование. Основные принципы и методы закаливания детей сформулированы еще в 1910 году известным педиатром Г.Н. Сперанским.

Температура тела человека не находится в прямой зависимости от изменения окружающей температурной среды. Наш организм обладает совершенными механизмами физической и химической терморегуляции, которые обеспечивают равновесие между образованием тепла внутри него и теплоотдачей во внешнюю среду. Оно поддерживается на таком уровне, при котором температура внутренних органов остается постоянной. Под действием холода просветы кожных и подкожных сосудов суживаются, за счет чего возрастает кровенаполнение во внутренних органах. В результате такой сосудистой реакции теплоотдача уменьшается, а теплопродукция возрастает. При сильном и продолжительном воздействии холода включаются центры, которые управляют повышенной выработкой тепла в тканях. С этим связано, например, появление самопроизвольной мышечной дрожи, благодаря чему в организме образуется в 2-3 раза больше тепла, чем в состоянии мышечного покоя.

Тепло организм теряет через кожу и легкие. Но пределы регуляции тепла через кожу и легкие не безграничны. Для замедления чрезмерной отдачи тепла через кожу люди пытаются использовать дополнительную теплоизоляцию – одежду, а это лишает кожные сосуды и термореперторы необходимой температурной тренировки. Кроме того, никакая одежда полностью не спасает незакаленный организм от простуды. Ведь от холодного воздуха можно защитить одеждой кожу, но не органы дыхания. Таким образом, дефекты терморегуляции при определенных ситуациях могут вызвать переохлаждение, которое и проявляется в виде различных простудных заболеваний.

Известно, что детям до 7-8 лет характерны более высокие показатели теплоотдачи, чем взрослым. Это может явиться причиной быстрого переохлаждения или перегревания. Причем, если дошкольники легко переносят снижение температуры на 2°, то ее повышение на 2-2,5° может быть опасным для здоровья.

В комфортных микроклиматических условиях (теплое помещение, мягкий климат и т. д.) механизмы терморегуляции легко поддерживают тепловое равновесие и необходимую температуру внутренней среды. В случае холодового воздействия, если теплоотдача с поверхности кожи будет более интенсивной, чем внутреннее теплообразование, наступает отрицательный теплосбаланс. Это может привести к снижению температуры внутренних органов человека.

При этом обращает внимание факт постоянства температуры легочной ткани, независимо от температуры окружающего воздуха (от +90° до -70°), что объясняется существованием особой жиросжигающей ее функции. Постоянство температуры легочной ткани необходимо для насыщения кислородом притекающей к альвеолам венозной крови.

В легких холодный воздух нагревается до температуры их тканей. Чем холоднее воздух, тем интенсивнее идет процесс нагревания за счет сгорания энергетиче-

ски богатых продуктов обмена – липидов. Эти процессы приводят к повышению теплоотдачи всего тела. Таким образом, легкие активно участвуют в терморегуляции организма. Вместе с тем, легочная ткань обладает и еще одной важной способностью (мы в данном случае не останавливаемся на ее активном участии в обеспечении организма кислородом) – она выполняет жирозадерживающую и жирорасщепляющую функцию. Установлено, что обмен жиров усиливается при вдыхании холодного воздуха. Происходит мобилизация жиров из жировых запасов и их усиленное использование в качестве энергетического продукта. Это подтверждается, например, тем фактом, что зимой наблюдается тенденция к снижению концентрации липидов, холестерина в крови людей, которые длительно находятся на морозном воздухе. Усиление процессов внутрилегочного окисления ведет к дополнительному расходованию продуктов жирового обмена.

Таким образом, различные виды закаливания зимой являются естественной терапией для больных с атеросклеротическими изменениями в сосудах. Холод способствует сжиганию холестерина и других липидов в легких, мышцах и печени.

Закаливание холодом ведет к активации иммунных механизмов. Через центральную нервную систему и гипоталамус стимулируется гипофиз, а под его влиянием – вилочковая железа и надпочечники. Первая обеспечивает функцию основных иммунных механизмов – лимфоцитов и антител, что способствует повышению неспецифической резистентности организма. Повышение функции коры надпочечников с увеличением образования кортикоидов усиливает действие иммунных механизмов, снижает возможность аллергических реакций, повышает устойчивость к физическим и умственным нагрузкам.

Отдача тепла с поверхности кожи обнаженного тела человека в окружающую холодную среду складывается из нескольких видов теплопотерь: испарение, проведение, конвекция и излучение.

Испарение осуществляется с потом, водяными парами выдыхаемого воздуха (ощутимые потери), а также со слюной, пищеварительными соками (неощутимые потери). Основное значение имеют ощутимые потери при потоотделении и дыхании, которые зависят от температуры и влажности воздуха.

Отдача тепла через кожу проведением при соприкосновении с воздухом небольшая из-за его низкой теплопроводности. Теплопроводность воды в 27 раз больше. В связи с этим в водной среде с температурой 20° наступает такое же охлаждение организма, как под влиянием воздуха нулевой температуры. Поэтому при различных видах закаливания в сочетании с водными процедурами, особенно на открытом воздухе, необходимо учитывать, что действие воздуха на влажную кожу, например, после купания, значительно сильнее, чем на сухую. Конвекция происходит в результате движения воздуха при ветре, когда происходит интенсивное перемещение теплых и холодных слоев, а излучение связано с теплоотдачей при соприкосновении предметов с разной температурой поверхности. Чем больше эта разница, тем интенсивнее происходит отдача тепла.

Действие холода на организм человека принято определять степенью охлаждения. Степень охлаждения выражается скоростью охлаждения тела человека или количеством тепла, необходимого для поддержания его температуры на постоянном уровне.

Понятие степени охлаждения важно потому, что в зависимости от ее величины строится точная дозировка не-

которых видов закаливания (воздушные ванны, купания, обливания водой и др.).

Обнаружено, что в зависимости от особенностей организма характер и диапазон температурной чувствительности у людей неодинаков. Различные типы ответных физиологических реакций могут быть и при проведении различных видов закаливающих процедур.

Определение чувствительности к действию климата здорового и особенно ослабленного человека имеет большое практическое значение при использовании климатических факторов с оздоровительной целью. Различают два основных типа чувствительности к холодным воздействиям.

К первым относятся лица, чувствительные к холоду. У них более холодные пальцы конечностей, замедленное восстановление общей температуры тела при отогревании, значительное колебание температурной кривой в течение суток.

Люди второго типа менее чувствительны к холоду. У них более высокая средняя кожная температура, слабая степень общего охлаждения и быстрый процесс отогревания.

Знание этих индивидуальных особенностей позволят оценить характер действия и переносимость той или иной закаливающей процедуры.

Итак, систематическое, направленное использование воздушной среды в профилактических и оздоровительных целях изменяет не только физиологические механизмы теплообмена через легкие и кожу, но и обмен веществ. Тренированный в этом отношении (закаленный) человек имеет более совершенные приспособительные реакции к изменениям погоды, он более устойчив к низким температурам, которые могут привести к резкому и глубокому охлаждению. Причем наибольшая степень закаленности приобретает при целенаправленных тренировках к резким перепадам температуры окружающей среды или в связи с условиями труда и жизни.

Существует множество комплексных программ закаливания с помощью воздуха, воды, солнечной радиации.

Проведение всех видов закаливания должно быть по возможности *дозированным*. Закаливание, как и другие методы оздоровления (физические нагрузки), требует учета имеющихся резервов организма, хотя бы ориентировочной дозировки процедур. Лучше начинать закаливание в летний период, когда более мягкие погодноклиматические условия.

Остановимся на общих правилах закаливания. Закаливающие процедуры противопоказаны при острых заболеваниях или обострении хронического процесса, сопровождающихся повышением температуры тела, при заболеваниях щитовидной железы, надпочечников, гипофиза, опухолевых процессах. Это связано с тем, что указанные заболевания обычно сопровождаются повышением обмена веществ. Прием воздушных ванн, закаливание водой еще больше усиливает основной обмен, что может привести к ухудшению течения болезни.

В процессе закаливания должны строго соблюдаться все известные принципы тренировки: *постепенность, систематичность, адекватность, регулярность*.

Закаливание имеет две основные разновидности: общее и местное.

Разнообразное использование воздуха во все сезоны года было и остается одним из основных видов закаливания. Однако важно отметить, что наиболее эффективное влияние окажет только чистый, свежий, свободный от вредных примесей и газов воздух.

В помещениях для детей раннего возраста температура должна быть не более 20°, а для дошкольников и школьников не более 18°. Одежда должна соответствовать не сезону года, а конкретным условиям.

Основу традиционного метода воздушных ванн составляет постепенное снижение температуры воздуха от 20° до 10° с разной длительностью пребывания в облегченной одежде. Нетренированным взрослым людям, детям от 1 до 6 лет, ослабленным после перенесенного заболевания (через 1-1,5 месяца после выздоровления) следует начинать закаливание на открытом воздухе при температуре не ниже 16° (летом) с 2-5 минут, ежедневно увеличивая экспозицию на 2-4 минуты.

Институтом педиатрии РАМН предложен и успешно апробирован метод контрастных воздушных ванн. Он заключается в том, что утром с помощью проветривания и обогревателя в двух помещениях создаются разные температурные условия (примерно 14-15° и 21-22°) и ребенок в трусиках в течение 5-6 минут переходит из теплой комнаты в холодную. Постепенно разница температуры в комнатах доводится до 15-20°. Это делается круглый год.

Хорошим закаливающим эффектом обладает ходьба босиком. Установлено, что на поверхности стопы имеется много температурных рецепторов, которые непосредственно связаны со слизистой оболочкой дыхательных путей, а также практически со всеми внутренними органами. Большинство детей любят ходить босиком, и надо поощрять это. Но необходимо соблюдать последовательность и другие принципы тренировки. Вначале в носочках, затем босиком на коврике, летом по траве и т. д.

Сила воздействия воздушных ванн на организм зависит не только от погодных условий, но и от функциональных возможностей, реактивных особенностей организма человека. Чем менее он закален, чем слабее компенсирован болезненный процесс, тем будет больший закаливающий эффект в ответ даже на слабое холодное воздействие, которое на крепкого человека может не оказать никакого влияния.

Прохладные воздушные ванны оказывают на организм более сильное воздействие. Они активизируют иммунную систему, совершенствуют процессы термоадаптации, активируют и расширяют функциональные возможности сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, повышают активность окислительно-восстановительных процессов в организме.

Холодные воздушные ванны вызывают значительные физиологические изменения в организме за короткое время, в связи с чем их следует использовать подготовленным людям.

Немного остановимся на сочетании закаливания воздухом с физическими упражнениями. При теплых воздушных ваннах выполнение физических упражнений не требуется.

При умеренном холодном воздействии физические упражнения рекомендовано включать в начале и в конце процедуры (длительность физической нагрузки составляет около 25 % от общего времени).

При сильном холодном воздействии двигательную активность следует включать в начале, в середине и в конце сеанса (время физической нагрузки около 30-35% общего времени).

Процедуры предельного холодного воздействия на морозном воздухе следует выполнять с физической активностью в соотношении 1:1. Темп выполнения физических упражнений выбирается в зависимости от температурных условий, самочувствия.

Более сильным закаливающим средством является вода, теплопроводность которой в 27 раз выше воздуха.

Все методы водного закаливания делятся на общие и местные. К первым относятся обливания, обливания, души, купания; ко вторым – умывание, мытье рук и обливание ног.

Достаточно эффективным могут быть такие простейшие способы, как обмывание стоп и голеней при постепенном снижении температуры воды, начиная с 28-30° и увеличивая продолжительность до 1-2 минут. Некоторый эффект может дать полоскание горла теплой, а потом холодной водой.

Хорошим средством закаливания является контрастный душ. Однако предварительно следует пройти подготовку. Для этого можно начать с контрастных ножных ванн с поочередным погружением ног в тазы с водой разной температуры (около 35° и около 20°). Постепенно можно перейти к методу контрастного душа.

Для этого после УГГ проводят обливание душем около 38° в течение 30-40 секунд, затем температуру снижают на 2-3°, а время обливания сокращают вдвое. Повторяют 2-3 раза. Через несколько дней увеличивают время обливания более прохладной водой до 30-40 секунд. Затем постепенно (3-4 месяца) увеличивают разницу температур до 20-25° (теплая вода около 40° и прохладная около 15-20°).

Практика свидетельствует о высокой закаливающей и оздоровительной ценности контрастного душа как для взрослых, так и для детей раннего возраста. Хорошо действует он и как стимулятор нервной системы, снимая утомление и повышая работоспособность.

Очень полезно купание в открытых водоемах. Находясь в воде, необходимо двигаться, чтобы быстро не замерзнуть. При первых проявлениях дрожи следует выйти из воды, завернуться в полотенце (но не растирать!).

В настоящее время все большее и большее распространение получает закаливание в закрытых бассейнах. При таком виде процедур происходит более равномерное и всестороннее закаливание организма. Установлено, что в этих случаях вырабатывается и закрепляется привычка преимущественно к замедленным охлаждениям. Однако комфортные температурные условия в самом закрытом бассейне, повышенная влажность и возможные сквозняки при переходе в душ, раздевалку и т. д. могут привести и к обратному эффекту.

Прежде чем приступить к закаливанию в закрытых бассейнах, нужна предварительная подготовка к резким и средним по силе и времени действия перепадам температур. Такой подготовительный период для здоровых людей составляет 1-2 дня. В эти дни используются только окунания. В 1-й день время плавания при температуре воды 20° С ограничивается 40 секундами. Со 2-го дня и далее время увеличивается на 60 секунд. При температуре воды свыше 20° С время купания соответственно увеличивается до 6-10 минут. В воду рекомендовано входить быстро и окунаться сразу. Само закаливание согласно принципу прерывности нагрузок может осуществляться посредством многократных охлаждений в день, когда каждое последующее охлаждение выполняется при полностью восстановленной температуре тела. Суть ее заключается в том, что после мышечной нагрузки, связанной с игрой или физической тренировкой при указанной выше температуре воды (20° С), прежде всего должны быть созданы условия, устраняющие с тела капли пота. Как только тело высохло, после самомассажа икр, бедер и мышц плечевого пояса (во избежание появления судорог)

рог) осуществляется первое купание в течение 30-40 секунд. Далее после полного восстановления температуры тела до исходной величины (перерыва длительностью не менее 15-20 минут) купание повторяют еще 30-40 секунд. Таких повторений в 1-й день можно сделать 5-8. На 2-й день время пребывания в воде с температурой 20 °С и выше следует увеличить до 1-2 минут и сократить число купаний. На 3-й день время увеличивается еще на 1 минуту и т. д. На 5-й день продолжительность купания достигает 7-10 минут при уменьшении заходов до 2-5. Если купание сопровождается интенсивной физической нагрузкой (например, плаванием или активной игрой в мяч), то для людей, закаливающихся в начальном режиме, время пребывания в воде может быть доведено до 9-12 минут, соответственно в оптимальном режиме – до 15-18 минут и в специальном режиме – до 30 минут. Необходимо помнить, что даже при такой форме купания происходит отдача организмом тепла, хотя и значительно медленнее. Поэтому, чтобы предотвратить переохладение, не плавайте дольше рекомендуемого времени. Если же вы все-таки переохладились и у вас появился озноб, посинели губы, вы покрылись мурашками, срочно прервите процесс охлаждения посредством интенсивного массажа и мышечной нагрузки (проделайте быстрые ритмичные движения руками и ногами).

Однако занятия в плавательном бассейне оказывают меньшее влияние на повышение неспецифической резистентности организма по сравнению с тренировками на улице.

Хорошим закаливающим и общеукрепляющим эффектом обладают солнечные ванны. Под их влиянием увеличивается образование в организме витамина Д, активизируются физиологические функции. Однако воздействие солнечной радиации полезно только при умеренных дозах и соблюдении всех принципов тренировки. Большие дозы ультрафиолетовых лучей нарушают функцию иммунной системы. По мнению американских ученых, чрезмерное пребывание на солнце ведет к раковым заболеваниям кожи. Солнечное облучение головы может вызвать солнечный удар, механизм которого связан с раздражением оболочки мозга и нарушением мозгового кровообращения.

Лучшее время для загорания летом – до 11 час. и в 16-18 час. в средних широтах и до 10 час. и в 17-19 час. на юге, через 30-40 мин. после еды. Кремами и мазями пользоваться не рекомендуется, так как они усиливают действие солнечных ванн.

В зимние месяцы и в начале весны с целью восполнения дефицита солнечной радиации обязательно (особенно для детей) сочетание закаливания с ультрафиолетовым облучением.

Существует категория людей, очень восприимчивых к меняющимся погодным условиям. Дело в том, что во время повышения солнечной активности и магнитных бурь изменяются многие показатели функций организма. С такими метеорологическими реакциями организма человека можно бороться с помощью закаливания. Закаливание как способ регуляции метеочувствительности человека характеризуется тем, что оно, помимо специфической адаптации, вырабатывает еще и неспецифическую толерантность организма к воздействиям факторов окружающей среды. Для того чтобы ослабить реакцию организма на переходе от «отмагниченности» к «размагниченности», следует регулярно в течение 2-3 часов в день облучаться солнечным светом. В зимнее время года рекомендуется заменить солнечные ванны сочетанием искусственного ультрафиолетового и интенсивного видимого

облучения. Как дополнительные средства закаливания с целью повышения устойчивости организма к дефициту кислорода рекомендуется использовать индивидуально подобранные умеренные физические нагрузки, охлаждения и посещение паровой или сухожаровой бани (2 раза в неделю). В результате проведенных закаливающих мероприятий все отрицательные метеорологические реакции (недомогания и головные боли) полностью исчезнут уже через 15-45 дней.

Многовековой опыт показал высокую закаливающую и оздоровительную ценность бани. Основу оздоровительного эффекта бань составляют контрастные температурные воздушные и водные процедуры. Среди физиологических эффектов бани можно назвать следующие: очищение кожи и дыхательных путей, усиление выведения молочной кислоты, миорелаксация, стимуляция центральной нервной системы и внутренних органов, влияние на гемодинамику. Насколько показаны посещения бань детям и подросткам? Опыт многих стран, особенно Скандинавских, показывает, что баня является хорошим средством закаливания как взрослых, так и детей, включая старших дошкольников. Конечно, для детей должен создаваться более щадящий режим, особенно на первых порах.

Так, температура в парилке должна быть для дошкольников и младших школьников 65-75° соответственно, а время нахождения там 5-7 минут. За одно посещение ребенок может зайти в парилку 2-3 раза, чередуя посещение с прохладным душем в течение 30-40 секунд. Постепенно температуру в парилке можно увеличивать до 80° и время пребывания там до 7-8 минут.

Старшие школьники могут находиться в парной вместе со взрослыми, но на нижней полке.

Как влияют экстремальные методы закаливания – «моржевание», обливание ледяной водой, ходьба босиком по снегу без одежды и т. д.? Экстремальные холодовые раздражения вызывают резкий спазм кожных и подкожных сосудов, существенно изменяют обменные процессы. При повторных нагрузках аппарат терморегуляции неизбежно перенапрягается, что сравнительно безболезненным может оказаться лишь для некоторых людей. Это объясняется индивидуально-типологическими различиями в вегетативно-сосудистой реактивности и, соответственно, терморегуляции, которые, видимо, обусловлены генетически. Установлено, что часть людей обладает повышенной устойчивостью к холодовым воздействиям, которые не вызывают у них выраженных сосудистых и кожно-температурных реакций. Поэтому постепенно возрастающие до сверхсильных холодовые воздействия оказывают на них тренирующее и закаливающее воздействие. Большинству же людей такие процедуры могут принести вред. Здесь абсолютная аналогия с физическими и другими нагрузками.

Итак, все виды закаливания, наряду с физической тренировкой, могут и должны быть обязательным компонентом здорового образа жизни. Сформировать потребность в нем – важная задача медиков, педагогов, родителей.

**Некоторые советы и схемы правильного закаливания.**

- Если хотите повысить устойчивость своего организма к действию факторов внешней среды, но у вас существует хроническое заболевание (например, тонзиллит, бронхит, отит, неврит), не отчаивайтесь: закаливаться вам можно. Только прежде чем к нему приступить, необходимо тщательно санировать (очистить, устранить) все очаги инфекции. Эта необходимая мера позволит избежать в дальнейшем ряда осложнений при индивиду-

альной дозировке холодных и других закаливающих воздействий.

- Совет для женщин: если вы приступили к закаливанию, и вдруг наступила менструация, его не следует прекращать. Просто перейдите на процедуру с менее выраженной холодной или другой закаливающей нагрузкой (например, от водных ванн и душа к воздушным процедурам, от общих закаливающих процедур – к местным (хождению босиком)).

- Если вы закаливаетесь зимой и достигли уже достаточно низких температур, то при приближении весны вам их придется повысить. Это необходимо для тренировки механизмов терморегуляции и подготовки организма к летней жаре. Рекомендуется принимать продолжительные теплые или горячие души, ванны, посещать парильню и т. д.

- Если вы достигли в закаливании достаточно стабильной устойчивости организма к холоду, это еще не конец, а только начало. Ведь теперь придется поддерживать результаты на установленном уровне.

- Не отказывайтесь от приема душа и ванн после рабочего дня. Ведь благодаря таким процедурам восстанавливаются потраченные за целый день силы. Для этого вам необходимо потратить всего лишь 2-3 минуты. За это время прием душа температурой 34-30 °С взбодрит ваш организм и заметно улучшит настроение.

- Для тех, кто имеет свободное время днем (например, школьников и студентов), а также для тех, кто занимается в группах здоровья с целью поддержания устойчивости организма к охлаждению в холодный период года, рационально трехразовое дополнительное закаливание в течение недели, в дневные или вечерние часы. После занятий или физических тренировок проводят плавание в бассейне, контрастные и другие души, ванны. Указанные процедуры восстанавливают физическую работоспособность и способствуют закаливанию и оздоровлению организма.

- Ежедневный контакт с водой может вызвать негативные изменения в коже. Для профилактики рекомендуется использовать различные питательные кремы. Если же они не помогают, то лучше всего заменить водные процедуры воздушными. Эффект появления признаков «лакированной кожи» при частом использовании крема также не исключается. Поэтому целесообразно чередовать водные процедуры с воздушными ваннами.

- Выбор вида закаливания зависит от условий его проведения. Так, если нет условий для проведения общего закаливания, можно проводить местное закаливание, которое не менее эффективно. При отсутствии возможности проводить и местное закаливание, можно заняться воздушными процедурами.

- Выраженным закаливающим и оздоравливающим эффектом при ангинах обладают контрастные полоскания горла. Их проводят несколько раз в день, особенно после еды. В этих случаях полоскание начинают горячей водой температурой 36-37 °С и холодной 34 °С в 3-5 подходов по 10-15 секунд. Через каждые 4-5 дней температуру горячей воды повышают, а холодной – понижают с увеличением перепада между ними на 1-1,5 °С, достигая в итоге 25-35 °С. Соответствующими приемами снижения температуры водной процедуры или хождения босиком производят закаливание стоп.

- При отправлении на летний отдых или при переезде на новое место жительства нередко возникают легкое недомогание, слабость, головокружения и головные боли. Причина этого – неподготовленность организма к новым климатическим условиям. Но подобных последствий

можно легко избежать, если заранее подготовить свой организм. Необходимы сеансы ультрафиолетового облучения, использование теплых ванн, контрастных душей и особенно русской бани или сауны. После такой подготовки легче дозировать прием солнечных ванн, уменьшается риск перегрева, солнечного или теплового удара.

- Для контроля за результатами закаливания желательно вести дневник самонаблюдений. В нем следует фиксировать данные о самом закаливании, времени сна, работоспособности и самочувствии в течение дня, частоте пульса, частоте дыхания и т. д. Эти сведения позволяют проследить ход изменений, происходящих в организме, четко выявить результаты тренировки, рационально дозировать и своевременно корректировать дозу холодной нагрузки и чередовать процедуры. Если в процессе закаливания начал ухудшаться сон, понизилась работоспособность, необходимо уменьшить холодную нагрузку или заменить общую процедуру местной, водную-воздушной. Через 3-4 дня при улучшении показателей можно снова усилить охлаждение.

*Схема проведения закаливающих процедур в течение недели:*

- Понедельник: утром – обтирание, обливание, растирание и самомассаж; перед сном – ванна с медленным обсыханием после нее.

- Вторник: утром – более интенсивная холодная процедура, душ с последующим растиранием тела; вечером – обливание ног с последующим удалением с поверхности тела только крупных капель воды и естественным обсыханием влажной кожи на воздухе.

- Среда: то же растирание, что и во вторник.

- Четверг: утром – обливание или душ в течение 30-60 секунд с перепадом температур 37-20 °С; вечером – душ, естественное обсыхание на воздухе.

- Пятница: утром – душ продолжительностью 30-60 секунд, перепад температур 37-20 °С; вечером – ванна или плавание в бассейне. После водной процедуры с поверхности тела нужно удалить полотенцем только самые крупные капли воды, чтобы кожа осталась почти мокрой, обсыхать следует естественным способом на воздухе.

- Суббота: утром – прием душа продолжительностью 30-60 секунд, перепад температур 37-20 °С; перед сном – ванна с повторением снижения и повышения температуры воды в пределах 37-47 °С 2-4 раза.

- Воскресенье: утром – обливание или душ продолжительностью 30-60 секунд с перепадом температур в пределах 37-20 °С; перед сном – прогулка 15-20 минут.

Сочетание перечисленных процедур определяется свободным временем, имеющимся в распоряжении, а также самочувствием. При наличии времени лучше всего проводить закаливающие процедуры с замедленным охлаждением (обсыханием в естественных условиях). Если же времени нет, лучше всего проводить закаливание с резким переходом температур, которое занимает значительно меньше времени.

*Рекомендации по закаливанию спортсменов.* Обычно закаливающие мероприятия спортсмены проводят 3-4 раза в день с 7 до 9 часов утра, с 10 до 13 часов и с 15 до 19 часов вечера при средних по силе физических нагрузках, а перед сном – в покое. Утром, после утренней гигиенической разминки, рекомендуется произвести закаливающие процедуры в начальном или оптимальном режиме. Как это описывается выше, с 10 до 13 часов и с 15 до 19 часов закаливающие процедуры можно выполнять при любых видах тренировочных нагрузок в перерывах между ними или после них. Во время перерывов в

тренировке (активного или пассивного отдыха) не менее 2-5 минут должно быть отведено охлаждению до появления ощущения холодного воздействия. После окончания тренировочного занятия средней или максимальной по силе нагрузки рекомендуется проводить водные закаливающие процедуры. И лучше, если они будут контрастными с нижней границей прохладной воды 22 °С. Обсыхание следует проводить в помещении с температурой воздуха 18 градусов или при обдувании потоком воздуха. Если же тренировки проходили с чрезвычайно сильной физической нагрузкой и особенно если она сочеталась с сильным психоэмоциональным напряжением (например, после выступлений на соревнованиях), то для закаливающих целей во время обмывания душем (особенно контрастным) используют только щадящие охлаждения в пределах 32-22 °С. Перед сном закаливание осуществляют в покое – принимают воздушные ванны при температуре воздуха не ниже 18 °С в течение 15-20 минут, проводят обдувание воздушным потоком, принимают водные ванны при температуре воды от 37 до 32 °С длительностью 5-10 минут с последующим обсыханием тела в течение 10-15 минут.

#### *Закаливание детей в домашних условиях*

Опыт оздоровительных групп, организованных в детских садах для часто болеющих детей, убедительно показал, что склонность к частым респираторным заболеваниям не фатальна, ее можно преодолеть.

Одна из ведущих мер борьбы с респираторными инфекциями – закаливание. Однако успех его в значительной степени зависит от ряда условий. Ребенку необходим спокойный, доброжелательный психологический климат. Удар по здоровью ребенка наносят и вредные привычки родителей. Доказано, что дети курящих отцов и матерей болеют бронхолегочными заболеваниями гораздо чаще, чем дети некурящих. Очень важен и общий распорядок жизни. Домашний режим ребенка должен быть продолжением режима детского учреждения, а если в детский сад малыш не ходит, то дома ему необходим соответствующий возрасту и четко соблюдаемый распорядок дня. Без этого трудно ожидать успеха от закаливания.

Закаливание часто болеющего ребенка требует, конечно, большой осторожности и большого терпения, потому что стойкий эффект достигается, как правило, не сразу.

Надо буквально круглые сутки создавать ребенку такие условия, которые способствовали бы тренировке теплорегулирующих механизмов его организма. Нужно не сразу, не резко, но перестать кутать ребенка, чтобы он не потел. Влажная кожа очень быстро охлаждается, и вследствие перегрева ребенок тоже может заболеть.

В комнате ребенок не должен быть одет слишком тепло, не ходил постоянно в шерстяных носках, валенках, войлочных ботинках. Следует постоянно проветривать помещение: прохладный свежий воздух не враг, а друг часто болеющего ребенка.

Ребенка надо научить правильно умываться – сначала чуть теплой, а потом более прохладной водой. Он, особенно летом, должен как можно больше времени проводить на воздухе.

Из закаливающих процедур для часто болеющего ребенка больше всего подходят воздушные ванны и контрастное обливание ног. Кроме того, ему необходима специальная дыхательная гимнастика – она улучшает крово- и лимфообращение в легких и бронхах, обеспечивает лучшую вентиляцию легких, улучшает функцию дыхания.

Приводим комплекс гимнастики и схему закаливания. Конечно, схема эта ориентировочная. В летнее время к

закаливающим процедурам можно добавить хождение босиком – сначала совсем недолго и только по теплomu песку или земле, потом подольше, а затем и по прохладной траве.

*Примерная схема закаливания детей от двух до семи лет.*

Температура воздуха в помещении, где находится ребенок, +18...+20 °С.

1. Воздушная ванна – 10-15 минут. Ребенок двигается, бегает; одетый в трусики, майку с короткими рукавами, тапочки на босу ногу или короткие носочки. Часть времени (6-7 минут) отводится на гимнастические упражнения из приведенного комплекса.

2. Умывание водой, температура которой с +28 °С снижается к концу года закаливания летом до +18, зимой до +20 °С. Дети старше двух лет моют лицо, шею, руки до локтя, старше трех – верхнюю часть груди и руки выше локтя. Исходная температура воды для детей старше трех лет тоже +28 °С, а минимальная летом +16 °С, зимой +18 °С.

3. Дневной сон летом на свежем воздухе, зимой – в хорошо проветренной комнате при температуре +15...+16 °С.

4. Прогулка два раза в день при температуре до –15 °С продолжительность от 1-1,5 часа до 2-3 часов.

5. В летнее время солнечные ванны от 5-6 до 8-10 минут два-три раза в день; пребывание на свежем воздухе и в тени неограниченно.

6. Контрастное обливание стоп и нижней трети голени водой, температура которой +38 °С, затем +28 °С и снова +38 °С (перед дневным сном). Летом можно заменить эту процедуру обливанием ног после прогулки с постепенным (каждые 5-7 дней на 1 °С) снижением температуры воды с +28 до +18 °С, детям старше трех лет – до +16 °С.

7. Полоскание рта (дети двух-четырех лет), горла (дети старше четырех лет) кипяченой водой комнатной температуры с добавлением настоя ромашки или шалфея два раза в день – утром и вечером. На каждое полоскание используется около 1/3 стакана воды.

Понятно, что все схемы закаливания являются только примерными, и должны быть адаптированы для каждого человека в зависимости от возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей, самочувствия, условий окружающей среды и т.д. Только зная общие механизмы, принципы и способы закаливания, можно разрабатывать такие индивидуальные схемы.

## **4. Значение рационального питания в системе здорового образа жизни**

**Рациональное и сбалансированное питание.** Вопросы питания, как фактору, влияющему на здоровье, придается огромное значение. Признано, что фактор питания является важнейшим фактором, определяющим здоровье человека. Знакомое и привычное слово «питание» может обозначать различные явления. Наиболее простое применение понятия «питание» – это для обозначения акта приема человеком пищи. В более широком смысле *под питанием подразумеваются все явления, процессы и предельные, имеющие отношение к пище и ее потреблению человеком.* Наука о питании называется нутрициологией (в России этими вопросами занимается гигиена питания).

*Нутрициология* – это наука о пище, пищевых веществах и других компонентах, содержащихся в продуктах питания, их действии и взаимодействии, их роли в поддержании здоровья или возникновении заболеваний, о

процессах их потребления, усвоения, переноса, утилизации и выведения из организма. Кроме того, наука о питании изучает, как и по каким мотивам человек выбирает пищу и как этот выбор влияет на его здоровье.

Питание человека менялось в ходе исторического развития. Характер питания и теперь в разных частях света существенно различается и по-разному изменяется с развитием цивилизации. Говоря о питании древнего человека, нельзя забывать о его физической активности, постоянной работе и движении. В период сбора урожая или охоты физическая нагрузка была очень большой, что приводило к сезонной потере веса тела. Перед древним человеком не стояло проблемы переедания и ожирения. Его жизнь заключалась в постоянном поиске достаточного количества пищи и борьбе за ее добывание. Человек был либо охотником и собирателем, либо крестьянином-землепашцем. В современном мире питание человека зависит от места проживания, климата, богатства страны, религиозных и национальных обычаев, семейных привычек, т.д. Вовлечение в питание новых природных растительных и животных источников пищи, изменение характера питания и способов обработки пищевых продуктов явились одними из значимых факторов эволюции человека.

Главное предназначение пищи – обеспечение организма питательными веществами и энергией.

Все жизненные процессы в организме человека находятся в большой зависимости от того, из чего состоит его питание с первых дней жизни, а также от режима питания. Всякий живой организм в процессе жизнедеятельности непрерывно тратит входящие в его состав вещества. Значительная часть этих веществ «сжигается» (окисляется) в организме, в результате чего освобождается энергия. Эту энергию организм использует для поддержания постоянной температуры тела, обеспечения нормальной жизнедеятельности внутренних органов (сердца, дыхательного аппарата, органов кровообращения, нервной системы и т.д.) и особенно для выполнения физической работы. Кроме того, в организме постоянно протекают созидательные процессы, связанные с формированием новых клеток, тканей. Запасы пищевых веществ в организме ограничены и для поддержания жизни необходимо, чтобы все эти траты полностью возмещались. Источниками такого возмещения являются вещества, поступающие с пищей. Недостаточное их поступление ведет к истощению организма, различным заболеваниям и смерти.

Человеческий организм нуждается более чем в 40 незаменимых питательных элементах, которыми он сам себя обеспечить не в состоянии и поэтому должен получать их извне. Существует сложная взаимосвязь и взаимозависимость между веществами, поступающими в организм с пищей. Например, для строительства костей и поддержания их жизнедеятельности необходим кальций. В свою очередь кальций может усваиваться в организме только в присутствии витамина Д. Чтобы кальций выполнял свою функцию требуется фосфор и магний, которые способны действовать только в присутствии меди и цинка.

Потребности человека в питательных веществах нередко определяются его наследственными особенностями. Поэтому набор продуктов, составляющих пищевой рацион одного человека, может не подходить для другого. Например, страдающие высоким кровяным давлением (часто передающееся по наследству) должны сокращать до минимума потребление соли, в отличие от людей с нормальным и пониженным кровяным давлением, для которых соленая пища безвредна.

Важно иметь в виду, что нет хороших или плохих пищевых продуктов – все они в различной степени обладают питательной ценностью. Важно не только то, что мы едим, а сколько едим, когда едим и в каком сочетании съедаем те или иные продукты. Правильное питание позволяет организму максимально реализовывать свой генетический потенциал.

Исследования, выполненные в различных регионах России за последние пять лет, свидетельствуют о неадекватной обеспеченности витаминами, кальцием, железом и селеном большей части обследованных детей и взрослых.

По обобщенным данным, недостаток витамина С выявляется у 70-100 % обследуемых, а глубина дефицита этого витамина достигает 50-80 %. У 40-80 % обследуемых недостаточная обеспеченность витаминами В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub> и фолиевой кислотой. Около 40-60 % людей испытывают недостаток каротина. Среди макро- и микроэлементов особо дефицитны кальций, селен, йод, фтор. Так, потребление кальция колеблется на уровне 500-700 мг в сутки, что составляет 60-70 % от физиологической потребности.

Дефицит железа наиболее часто встречается у детей, беременных и кормящих женщин. При этом латентный дефицит железа определяется в 2,5-3 раза чаще, чем железодефицитная анемия. В целом дефицит железа выявляется у 54 % женщин и у 17 % мужчин, а в ряде регионов – у 100 % беременных женщин в третьем триместре беременности. По данным за 1995 г., анемия выявлена у 34,4 % беременных и у 20,9 % женщин в послеродовом периоде. Недостаточная обеспеченность селеном в целом выявляется у 90 % населения России, что связано со сниженным его содержанием в пищевых продуктах. В Читинской области до сих пор регистрируется болезнь Кешана – эндемическая кардиомиопатия, обусловленная дефицитом этого микроэлемента.

Недостаточная обеспеченность организма фтором связана, в первую очередь, со снижением его содержания в воде и малой доступностью для населения фторосодержащих препаратов. Распространенность кариеса среди детского населения достигает 85 %. Йодная недостаточность также имеет чрезвычайно широкую распространенность. Эндемический зоб регистрируется у 15-25 % обследованных детей и подростков центральной части России, а по отдельным регионам эта величина достигает 40 %. Следует иметь в виду, что большая часть России эндемична по дефициту йода. Недостаточное потребление микронутриентов в последние годы большинством населения оказывает отрицательное воздействие на здоровье.

Поэтому чрезвычайно важно обучить население принципам и навыкам здорового рационального питания.

*Рациональным называется питание, удовлетворяющее энергетические, пластические и другие потребности организма, обеспечивающее при этом необходимый уровень обмена веществ.*

Основными элементами рационального питания являются сбалансированность и правильный режим питания.

*Сбалансированным называется питание, которое обеспечивает оптимальное соотношение питательных веществ, необходимых организму.* Дело в том, что в природе не существуют продукты, содержащие все необходимые человеку компоненты (за исключением материнского молока). Поэтому только комбинация разных продуктов лучше всего обеспечивает организму доставку с пищей необходимых ему питательных веществ.



Таким образом, питание строится на следующих принципах:

- достижение энергетического баланса (потребляем столько, сколь расходуем);
- получение качественного состава пищи (правильное соотношение между основными пищевыми веществами: белками, жирами, углеводами, минеральными веществами и витаминами);
- ритмичность приема пищи.

Питание человека существенно меняется в различные периоды жизни, что связано с изменениями физиологических функций и обмена веществ в организме. Наиболее целесообразное соотношение между белками, жирами и углеводами равно 1:1:4-4,5. Для нормального течения физиологических процессов имеет значение и сбалансированность витаминов и минеральных веществ. Соотношение между кальцием и фосфором должно быть 1:1,5-1,8, между кальцием и магнием – 1:0,6.

Детский организм характеризуется процессами роста и развития, в связи с чем потребность детей в основных питательных веществах и энергии в расчете на 1 кг массы тела значительно выше, чем у взрослых. Потребность в белке у детей и подростков с возрастом увеличивается, однако при пересчете на 1 кг массы тела наблюдается ее снижение от 3,3 г/кг у 6-летних детей до 1,6 г/кг у 17-летних юношей. Это свидетельствует о снижении метаболических процессов.

Сбалансированность питания нарушается в тех случаях, когда в пищевом рационе отмечается недостаток или избыток того или иного компонента пищи, в результате чего изменяется работа ферментативных систем, и возникают сдвиги в обмене веществ. Избыточное питание может способствовать развитию ожирения, сахарного диабета, подагры, атеросклероза. Обменные процессы в организме изменяются при любом патологическом процессе в результате нарушения функции ферментативных систем. Это необходимо учитывать при составлении пищевого рациона.

Нормы потребности детей в питательных веществах и энергии находятся в прямой зависимости от массы тела.

Ориентировочные возрастные нормы суточного потребления энергии, белков, жиров и углеводов у детей представлены в таблице 13.10. Вместе с тем, следует принимать во внимание конституциональные особенности организма, массу тела, особенности труда и быта школьника.

По энергетическим затратам взрослое население можно разделить на 4 группы:

- в первую группу (затрата 3000 ккал в сутки) включаются лица, не связанные с физическим трудом и работающие главным образом в сидячем положении;

- во вторую группу относятся рабочие механизированного труда (затрата 3500 ккал в сутки);

- к третьей группе – занятые немеханизированным трудом, как, например, кузнецы, плотники, водопроводчики (затрат 4500-5000 ккал в сутки);

- к четвертой группе относятся люди, активно занимающиеся спортом, их энергетические затраты, особенно в период тренировок и соревнований, могут возрастать до 6000 – 7000 ккал в сутки.

Следовательно, питание их должно обеспечивать компенсацию этих расходов, т. е. должно быть более калорийным. Часть энергии идет на основной обмен (ОО), необходимый для поддержания жизни в состоянии физического и психического покоя в комфортных условиях (для мужчин с массой тела 70 кг он составляет в среднем 1700 ккал, а у женщин – 1600 ккал). Его можно рассчитать по формулам: для женщин 18-30 лет:  $ОО = 14,7 \text{ массы тела} + 496 \text{ ккал}$ ; для мужчин 18-30 лет:  $ОО = 15,3 \text{ массы тела} + 679 \text{ ккал}$ .

У детей до 18 лет и пожилых людей старше 60 лет энерготраты снижены: у первых – из-за меньшей массы тела, у вторых – из-за общего снижения интенсивности обменных процессов и физической деятельности.

Подбор пищевых продуктов основывается на том, что поступающая в организм пища должна иметь достаточное количество жиров, белков, углеводов, витаминов, минеральных солей, воды. Считается, что суточная норма белков в среднем составляет 100 г, жиров – 80-90 г, углеводов – 350-400 г. Известно, что при окислении в организме 1 г белков и 1 г углеводов образуется 4,1 ккал (17,17 кдж), при окислении 1 г жира – 9,3 ккал (38,94 кдж). По энергетической ценности соотношение белков, жиров, углеводов должно составлять соответственно 15-30-55 % суточной калорийности потребляемой пищи.

В случае необходимости углеводы и жиры частично могут заменять друг друга; что касается белков, то они не могут быть заменены никакими другими пищевыми веществами.

**Белки** – важнейшие пищевые вещества. Они, прежде всего, необходимы для пластических функций: построения и постоянного обновления различных тканей и клеток организма. Белки входят в состав многих ферментов и гормонов, и таким образом участвуют в обмене веществ.

При недостатке белков нарушается деятельность центральной нервной системы, желез внутренней секреции, печени и других органов, снижаются защитные силы организма, работоспособность, у детей замедляется рост и развитие.

Таблица 13.10

**Нормы суточного потребления энергии, белков, жиров и углеводов у детей и подростков**

Возраст, лет	Энергетическая ценность, ккал	Белки, г		Жиры, г		Углеводы, г
		всего	в т.ч. животного происхождения	всего	В т.ч. растительного происхождения	
6	1970	68	44	68	10	270
7-10	2300	79	47	79	16	320
11-13 М	2700	93	56	93	19	370
11-13 Д	2450	85	51	85	17	340
14-17 М	2900	100	60	100	20	400
14-17 Д	2600	90	54	90	18	360

Особую ценность имеют белки, содержащиеся в продуктах животного происхождения (молоко, творог, сыр, мясо, рыба, птица, яйца). Поэтому не менее 60 % суточной нормы белков в рационе должно быть животного происхождения. Из растительных продуктов наиболее богаты белками фасоль, горох, соя, овсяная и гречневая крупа, рис, хлеб.

Продукты, содержащие белки, в течение дня желательнее распределять так: мясо, мясные продукты, сыры – на завтрак и обед; рыбу, творог, каши с молоком – на ужин.

**Жиры** – выполняют разнообразные физиологические функции. Они являются концентрированными источниками энергии, входят в состав протоплазмы клеток и принимают активное участие в обмене веществ, улучшают вкус пищи и повышают чувство сытости. Жир, неиспользуемый организмом, накапливается в подкожной клетчатке, уменьшая теплопотери организма, а также в соединительной ткани, окружающей внутренние органы, предохраняя их от ударов и сотрясений. Этот жир называют резервным или запасным. В жирах содержатся важные витамины А, Д, Е, К, а также ценные полиненасыщенные жирные кислоты. Они нормализуют холестериновый обмен, повышают устойчивость к токсическим факторам. Наиболее богаты этими ценными веществами рыбий жир и растительные жиры (кукурузное, оливковое, подсолнечное масло и др.). Потребность в полиненасыщенных жирах практически обеспечивает 20-30 г растительного масла, употребляемого в сутки с салатами, винегретами и другими закусками. В рационе человека должно содержаться 70 % жиров животного и 30 % растительного происхождения.

Наибольшее количество жира содержится в растительных маслах, сливочном масле, майонезе, печени трески, свинине.

**Углеводы** – основные источники энергии в организме за счет большего их поступления с пищей. Они необходимы для нормальной деятельности мышц, центральной нервной системы, сердца, печени. Важную роль играют углеводы в регуляции обмена белков и жиров: при достаточном поступлении в организм углеводов расход белков и жиров ограничивается, и наоборот. В определенных условиях углеводы могут превращаться в жир, который откладывается в организме.

Углеводы подразделяются на простые (сахар) и сложные (крахмал). Целесообразно вводить все углеводы в виде сахара, а основную массу вводить в виде крахмала, которым богат, например, картофель. Это способствует постепенной добавке сахара к тканям. Непосредственно в виде сахара рекомендуется вводить лишь 20-25 % от общего количества углеводов, содержащихся в суточном рационе питания.

Если углеводы поступают с пищей в достаточном количестве, они откладываются главным образом в печени и мышцах в виде особого животного крахмала – гликогена. При избыточном же питании углеводы переходят в организме в жир. Поэтому людям, склонным к полноте, нельзя злоупотреблять мучными изделиями, сладостями и другими легкоусвояемыми углеводами.

К углеводам обычно относят и клетчатку (оболочку растительных клеток), которая мало используется организмом человека, но необходима для правильных процессов пищеварения. Клетчатка усиливает перистальтику кишечника и способствует его нормальному опорожнению. Большое количество клетчатки содержится в бобовых, свекле, капусте, моркови, редьке, черносливе, а также в хлебе из муки грубого помола.

Наибольшее количество углеводов содержится в сахарном песке, конфетах, меде, зефире, печенье, макаронах, финиках, изюме, пшене, гречневой и овсяной крупах, урюке, черносливе.

**Витамины** – являются катализаторами обменных процессов. Они участвуют в обмене веществ и регулируют многие физиологические и биохимические процессы. Большинство витаминов не синтезируется организмом и доставляется ему с продуктами растительного и животного происхождения.

Все витамины делятся на две группы: растворимые в воде и в жирах. К жирорастворимым витаминам относятся А, Д, Е, К. В группу водорастворимых объединяются все остальные витамины. При недостатке витаминов в рационе может возникнуть состояние гиповитаминоза: ухудшается самочувствие, наступает быстрая утомляемость, падает работоспособность, снижаются защитные силы организма.

При избыточном поступлении витаминов в организме развивается состояние гипервитаминоза. Это происходит в основном при чрезмерном употреблении синтетических витаминных препаратов.

Кратко охарактеризуем наиболее важные витамины.

**Витамин С** (аскорбиновая кислота) играет важную роль в окислительно-восстановительных процессах и улучшает работоспособность, повышает прочность стенок сосудов, улучшает кроветворение, активизирует действие ферментов и гормонов, повышает защитные силы при большой физической и психической нагрузках, а также в условиях холодного и жаркого климата.

Наибольшее содержание витамина С в сушеном шиповнике, черной смородине, зелени петрушки, укропе, цветной и квашенной капусте, апельсине, лимоне, зеленом луке, картофеле.

**Витамин В<sub>1</sub>** (тиамин) имеет большое значение для работы нервной системы. Повышает работоспособность. Играет важную роль в углеводном обмене.

Наибольшее количество витамина В<sub>1</sub> в дрожжах прессованных, горохе, орехах арахис, фасоли, свинине, овсяных хлопьях, гречневой крупе, грецких орехах, печени говяжьей.

**Витамин В<sub>2</sub>** (рибофлавин) играет важную роль в регуляции окислительно-восстановительных процессов. Способствует росту и регенерации тканей организма, синтезу гемоглобина. Оказывает нормализующее действие на зрительный анализатор.

Наибольшее содержание витамина В<sub>2</sub> в печени, почках, дрожжах прессованных, яйцах, сыре, нежирном твороге, телятине, говядине, молоке.

**Витамин РР** (никотиновая кислота) обеспечивает процесс энергообразования, необходим для нормального функционирования центральной нервной системы, пищеварительных органов, печени, кожи.

Обычные пищевые рационы содержат необходимое количество витамина РР за счет мяса, злаков, овощей.

**Витамин А** (ретинол) и каротины регулируют обменные процессы в эпителиальной ткани, стимулируют рост организма, принимают участие в обеспечении нормального зрения, укрепляют защитные силы организма. Витамин А поступает в организм с продуктами животного происхождения. Наибольшее содержание витамина А в печени трески, говяжьей печени, сливочном масле, яйцах, сыре.

Наряду с этим в организм витамин А может синтезироваться из провитамина – пигментов каротиноидов, которые содержатся в овощах и фруктах, в моркови,

Нормы суточного потребления витаминов для детей и подростков

Возраст, лет	B <sub>1</sub> , мг	B <sub>2</sub> , мг	B <sub>6</sub> , мкг	B <sub>12</sub> , мкг	Фолиевая кислота, мкг	Никотиновая кислота, РР, мг	А, мкг	Е, МЕ	Д, МЕ
6	1,0	1,3	1,3	1,5	200	12	500	10	100
7-10	1,4	1,6	1,6	2	200	15	700	10	100
11-13 (мальчики)	1,6	1,9	1,9	3	200	18	1000	12	100
11-13 (девочки)	1,5	1,7	1,7	3	200	16	1000	10	100
14-17 (юноши)	1,7	2	2	3	200	19	1000	15	100
14-17 (девушки)	1,6	1,8	1,8	3	200	17	1000	12	100

шпинате, сладком перце, зеленом луке, салате, в зелени петрушки, облепихе, помидорах.

Для суточного дозирования витаминов следует рассчитывать их количество с учетом энергозатрат на каждую 1000 ккал: например, витамин С – 35 мг. Нормы суточного потребления витаминов представлены в табл. 13.11.

**Минеральные вещества** играют важную роль в питании человека.

Они участвуют в пластических процессах, формировании и построении тканей организма, в синтезе белка, в различных ферментативных процессах, работе эндокринных желез, а также регулируют обмен веществ, кислотно-щелочное равновесие и водный обмен. Наибольшее значение среди них имеют макроэлементы: калий, кальций, фосфор, натрий.

**Калий** является основным внутриклеточным катионом, определяет электрические свойства мембран клеток, активность многих ферментов. Участвует в регуляции деятельности сердца, проведении нервных импульсов, обмене белков и углеводов. Важнейшие источники – рыба, курага, орехи, картофель, бобовые. Суточная потребность калия – 2-4 г (50 мг/кг).

**Кальций** входит в состав опорных тканей и имеет важное значение для формирования скелета. Он оказывает существенное влияние на обмен веществ и работу сердечной мышцы, способствует повышению защитных сил организма, участвует в процессах свертывания крови и обладает противовоспалительным действием.

Достаточное количество кальция в питании способствует нормальной возбудимости нервной системы и нервно-мышечного аппарата. Суточная потребность кальция – 800-1400 мг (30-50 мг/кг). Особенно богаты кальцием молоко и молочные продукты.

**Фосфор**, как и кальций, необходим для образования костей. Важен он и для деятельности нервной системы. Органически соединения фосфора участвуют в сокращении мышц, а также в биохимических процессах, протекающих в мозге, печени, почках и других органах. Суточная потребность в фосфоре – 2000-2500 мг.

Наибольшее количество фосфора содержится в сыре, печени, горохе, овсяной и гречневой крупах, пшеничном хлебе, жирном твороге, говядине, свинине.

**Натрий** оказывает многообразное биологическое действие. Поддерживает нормальное осмотическое давление в крови и тканевых жидкостях, обеспечивает кислотно-щелочное равновесие, регуляцию водного обмена и кровяного давления. Натрий необходим для нормального функционирования нервной и мышечной систем. Он активизирует пищеварительные ферменты. Человек по-

лучает натрий главным образом с поваренной солью, добавляемой в пищу. Суточная потребность натрия – 4-8 г. Потребность в нем обычно обеспечивается получаемыми продуктами, а добавление натрия придает только вкусовые качества пище.

**Микроэлементы** образуют группу минеральных веществ – железо, кобальт, йод, фтор и др., которые находятся в пищевых продуктах в весьма малых дозах. Однако следует учитывать, что им отводится заметная биологическая роль. Установлена суточная потребность и для микроэлементов на 1 кг массы тела: медь – 0,1 мг, кобальт – 40-42 мкг, цинк – 0,4 мг, марганец – 0,3-0,4 мг.

**Вода. Питьевой режим.** Вода – один из основных факторов внешней среды. Без нее нельзя удовлетворить физиологические, санитарно-гигиенические и хозяйственные потребности человека. Во всех процессах, происходящих в организме, участвует вода, которая составляет 68% массы тела. Вода входит в состав тканей и органов человека, участвует во всех физико-химических процессах в организме, удалении из организма конечных продуктов обмена, регуляции отдачи тепла телом путем испарения.

Пополнение воды в организме происходит за счет пищи и питья. Большое количество воды содержат продукты питания (молоко – 86 %; овощи, фрукты и ягоды – 80-95 %; мясо – до 75 %; хлеб – до 47 %). Часть воды образуется при окислении в организме питательных веществ (на каждые 100 г углеводов – 55 мл, жира – 107 мл, белка – 41 мл).

Потребность в воде зависит от возраста, внешней среды, вида деятельности. Чем меньше ребенок, тем больше жидкости на 1 кг массы тела ему необходимо. Школьникам достаточно 50 мл/кг жидкости. Жажда обычно является выражением потребности в воде. В жаркое время и при физических нагрузках потребность в воде повышается.

Избыточное потребление воды усиливает потоотделение, перегружает работу сердца, может привести к отекам (особенно при нарушении функций почек), ведет к вымыванию из организма нужных ему веществ.

Различают ложную и истинную жажду. Ложная жажда возникает после употребления жирной, концентрированной пищи, соленой и содержащей острые приправы. Она сопровождается ощущением сухости во рту. Чтобы устранить ее, достаточно прополоскать рот водой. Истинная жажда возникает при появлении недостатка воды в клетках организма и в этом случае следует выпить определенное количество жидкости – воды, сока, чая. Необходимо помнить, что выпитая жидкость не сразу уменьшает жажду, поскольку всасывание и поступление

ее в кровь и ткани начинается спустя 10-15 минут после питья.

Дневная норма жидкости с учетом съедаемых овощей и фруктов составляет до 2,5 литров, т.е. столько, сколько ее выделяется из организма за сутки, чем обеспечивается водный баланс.

Пирамида здорового питания. Выбор сбалансированной диеты – это потребление продуктов в оптимальном соотношении.

**Пищевая пирамида – наглядный набор продуктов на каждый день.** Это вовсе не значит, что вам навязывают жесткий перечень. Пищевая пирамида позволяет выбрать из огромного разнообразия продуктов те, что входят в понятие здоровой и рациональной диеты, подходящей именно вам.

Пирамида дает возможность разнообразить свой стол при одновременном получении необходимых питательных веществ и нужного для нормального, здорового веса количества калорий.

Пирамида позволяет контролировать потребление жира, в особенности насыщенного.

**В пирамиде особо выделены пять главных групп продуктов, показанных в трех нижних ее этажах.** Продукты каждой группы содержат питательные вещества, необходимые для сбалансированного питания. Поэтому продукты из одной категории не могут быть заменены на другие (ни одна группа не важнее другой); здоровое питание подразумевает потребление всех видов продуктов.

Старайтесь включать в меню только свежие продукты или, в крайнем случае, полуфабрикаты. Избегайте готовой пищи, требующей только подогрева. В ней меньше питательных веществ и больше сахара, жиров и натрия, чем в домашней еде. Когда вы готовите полуфабрикаты, посмотрите на этикетку, чтобы убедиться, что содержание жира вам подходит.

**Хлеб, каши, рис и макаронные изделия.** Эта приготовленная из зерновых пища образует основу пирамиды.

Большинство блюд на каждый день (от 6 до 11) нужно готовить из этих продуктов.

**Фрукты и овощи.** Следующий уровень – также растительная пища. Ешьте фрукты (2-4 раза в день) и овощи (3-5 блюд в день), в которых полезны не только витамины и минералы, но и растительные волокна (клетчатка).

**Мясо и молочные продукты.** На этом уровне пирамиды большинство продуктов животного происхождения. «Мясная» группа включает в себя мясо, птицу, рыбу, сухие бобы, яйца и орехи. Мясо, птица и рыба богаты белками, витаминами В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, железом и цинком. Сухие бобы, яйца и орехи содержат белки вместе с другими витаминами и минералами. Молочные продукты – молоко, йогурт и сыр – обеспечивают организм белками, кальцием, строящим кости, и другими питательными веществами. Как правило, продукты животного происхождения жирнее, чем продукты растительные, однако исключать все мясные и молочные продукты из рациона не стоит. Можно включить в меню обезжиренные молочные продукты, постное мясо, птицу без кожи. Они дают такое же количество витаминов и минералов, как и их более жирные двойники. Большинство людей должны употреблять 2-3 блюда из этих двух групп ежедневно. Вегетарианцы, отказывающиеся от продуктов животного происхождения, могут съесть лишнюю порцию сухих бобов или орехов, но и им требуется обогатненное меню – дополнительные блюда растительной пищи, дающие достаточное количество кальция, железа и витамина В<sub>12</sub>.

**Жиры, растительные масла и сладости.** На вершине пирамиды находятся растительные масла, кремы, сливочное масло, маргарин, сахар, напитки, сладости и десерты. Если желаете иметь здоровый вес, ешьте их умеренно.

**ЭТО ВАЖНО!**

Чтобы получить необходимые для вашего организма калории, белки, витамины, минералы и пищевые волокна (клетчатку), стремитесь к разнообразию в питании.



Уравновешивайте съеденную пищу физической активностью, что поможет вам всегда поддерживать нужный вам вес.

Выбирайте пищу с низким содержанием жира, насыщенного жира и холестерина.

Отдавайте предпочтение пище с большим количеством овощей, фруктов и круп (вы будете сыты и здоровы).

Употребляйте меньше сахара, соли и алкоголя. По возможности ешьте больше рыбы и белого мяса, меньше – красного мяса.

#### ЧТО ТАКОЕ ПОРЦИЯ?

Разные продуктовые группы в пирамиде можно разделить на порции. Количество этих порций зависит от того, сколько калорий вам необходимо, что в свою очередь диктуется вашим возрастом, полом, комплекцией и тем, насколько вы активны. Что считать порцией? Ниже приведены пояснения состава одной порции.

*Хлеб, каши и макаронные изделия.* 1 кусок хлеба; 30 г каши в пакетике; 90 г вареного риса, макаронных изделий или каши.

*Овощи.* 50 г зеленого салата; 60 г нарезанных вареных или сырых овощей; 175 мл овощного сока.

*Фрукты.* 1 среднее яблоко, банан, апельсин, груша или персик; 125 г вареных, консервированных или замороженных фруктов; 40 г сухофруктов; 175 мл фруктового сока (100 %-ного сока).

*Молочные продукты.* 250 мл молока или йогурта; 45 г творога; 60 г сыра.

*Белки.* 60-90 г приготовленного постного мяса без костей, рыбы или птицы (кусочек размером с игральную карту). К 30 г мяса можно приравнять следующие продукты: 90 г вареных бобов; 1 яйцо; 50 г орехов; 2 ст. ложки арахисового масла.

Очень легко незаметно для себя съесть излишек высококалорийной пищи, например, мяса или сыра. Измерьте их порцию, и вы удивитесь ее малой величине.

#### ПРАВИЛЬНЫЕ УГЛЕВОДЫ

Хлеб, каши и макаронные изделия содержат целый комплекс углеводов (а это важный источник энергии), витаминов, минералов и растительных волокон. Рекомендованные 6-11 порций ежедневно могут показаться слишком обильной пищей, но на самом деле большая тарелка каши или макарон уже равняется 2, 3 и даже 4 порциям. Считается, что крахмалосодержащие продукты прибавляют вес. Однако опасность не в них, а в обычных для этих блюд добавках, содержащих большое количество жира, – сливочном масле на бутерброде, подливке к макаронам. Избегайте пищи, которая содержит много сливочного масла и сахара, а значит, и большой излишек углеводов – булочек, круассанов, батончиков с мюсли. Отдайте предпочтение хлебу с отрубями – он богат полезными растительными волокнами.

#### ФРУКТЫ И ОВОЩИ

Пять порций фруктов и овощей (как минимум) ежедневно – вот неперемное требование здорового питания. Следуйте изложенным ниже советам, и вам не составит труда определить для себя ежедневное овощное и фруктовое меню.

Чтобы получать необходимые питательные вещества и вдобавок получать удовольствие от вкусной и разнообразной пищи, не ешьте одни и те же фрукты и овощи изо дня в день.

Включайте в рацион продукты с высоким содержанием витамина С (цитрусовые, киви, клубнику) и с высоким содержанием витамина А (морковь, тыкву, шпинат, капусту, дыню).

Медицинские исследования показывают, что растения семейства крестоцветных – брокколи, капуста белокочанная и цветная, брюссельская капуста – уменьшают риск возникновения некоторых онкологических заболеваний, поэтому ешьте их несколько раз в неделю.

Замороженные продукты также вполне пригодны, иногда в них может быть больше питательных веществ, чем в свежих продуктах, которые долго хранили.

#### ВЫБИРАЙТЕ БЕЛКИ

Лучший выбор. В рыбе, курице или индейке без кожи, сухих бобах и горохе высоко содержание белка и не слишком много жира.

Нежирное красное мясо. Говядина – тонкий филей, вырезка, оковалок, стейк из пашины, фарш (90-93 %); телятина – эскалопы (из ноги), отбивные; свинина – вырезка, ростбиф, отбивные; баранина – ножки, филейная часть, отбивная, нога и кусочки лопатки для шашлыка.

Дары моря. Большинство сортов рыбы и даров моря не жирные и богаты маслами Омега-3.

Избегайте яичных желтков. В них много холестерина. Медики рекомендуют съедать не больше 4 яичных желтков в неделю.

Не переадайте орехов. Орехи и семечки, например семена кунжута или подсолнечника, очень жирные. Ешьте их умеренно.

#### БЫВАЕТ ЛИ «ХОРОШИЙ» ЖИР?

Да. Питание не может считаться здоровым без некоторого количества жира. Тем не менее, все жиры в пище – это смесь трех типов жирных кислот: насыщенных, мононенасыщенных и полиненасыщенных. Насыщенный жир есть в мясе и молочных продуктах, кокосе, пальмовом масле. Его следует ограничить до 10 % калорий (что составляет примерно треть потребляемого вами жира) или меньше. Слишком большое его содержание повышает холестерин и риск сердечных заболеваний.

Мононенасыщенные жиры (в оливковом и арахисовом масле) и полиненасыщенные жиры (главным образом в овощах, кукурузе, сое и в некоторых сортах рыбы) гораздо полезней.

#### СКОЛЬКО МОЖНО СЪЕСТЬ ЖИРА?

Вот легкий способ подсчитать максимальное количество жира, которое вы можете съесть каждый день. Для диеты, содержащей 30 % жира, идеальный вес вашего тела в килограммах примерно равен желаемым граммам жира. Поэтому если ваш идеальный вес 60 кг, вы должны съесть не больше 60 г жира. Жир – необходимое питательное вещество, поэтому не отказывайтесь от него полностью. Помните, что не один какой-либо продукт или блюдо, а общее количество всей пищи, съедаемой вами за определенный период времени, влияет на ваше здоровье и вес. Пытайтесь не есть слишком много жирной пищи, а, поддавшись искушению, на следующий день уравновесьте съеденное нежирной едой.

**Режим питания.** Потребляемая пища должна покрывать расход энергии, т.е. способствовать поддержанию энергетического баланса. Важным показателем соответствия питания режиму жизни и физическому развитию человека служит постоянство показателя массы тела. Систематическое переедание приводит к нарушению обменных процессов в организме, различным заболеваниям.

Прием пищи в одно и то же время обуславливает условно-рефлекторное возбуждение пищевого центра, способствует ритмичной работе желудочно-кишечного тракта и повышению усвояемости пищи. Частота приема пищи индивидуальна, но не реже трех раз в сутки. Целесообразно за завтраком съедать 35 % от общего объема

дневного рациона, за обедом – 40 %, за ужином – 25 %. Если за один прием съесть столько, сколько должно быть съедено за 2-3 приема, то белки пищи усваиваются хуже, а неutilizованные вещества откладываются в организме в виде жира. Кроме того, для восполнения затрат на пищеварение требуется дополнительный сон, течение которого часто нарушается. Желая похудеть лучше есть понемногу, но чаще. Следует помнить, что сигнал насыщения наступает через 20-30 минут, когда механорецепторы желудка дают сигнал о его наполнении. Поэтому жевать каждый кусок следует 20-40 раз, не торопиться. Наибольшая биологическая активность печени отмечается в первой половине дня и в это время должна преобладать мясная и жирная пища, а во второй половине дня – растительная и молочная.

#### **Питание людей среднего и пожилого возраста.**

К профилактическому питанию в целях предупреждения преждевременного старения следует приступать примерно в возрасте 45 лет. Именно в эти годы в большей или меньшей степени возникают различные расстройства в деятельности органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, некоторых эндокринных желез, нарушаются процессы обмена. Для профилактики различных изменений в органах пищеварения важно соблюдать режим четырехразового питания. Принимать пищу нужно в одни и те же часы, особенно утром, перед началом работы, умеренно питаться в обеденный перерыв, последний раз садиться за стол не позже чем за 1-1,5 ч до сна. Важно следить за состоянием жевательного аппарата и своевременно лечить зубы, во избежание запоров – включать в рацион продукты, богатые растительной клетчаткой (хлеб грубого помола, овощи, фрукты, квашеную капусту), однодневный кефир, растительные жиры. Во второй половине жизни часто появляются признаки атеросклероза. Развитию заболевания способствует нерациональное питание (использование пищи повышенной калорийности с большим содержанием жиров, особенно животных) и неправильный образ жизни. Калорийность пищевого рациона должна соответствовать энергетическим затратам, жиры – составлять не более 75-90 г в сутки. В чистом виде можно использовать 40-50 г жиров; из них 25 г сливочного масла (не более), остальное – растительные жиры.

Людам среднего возраста следует ограничивать себя в употреблении колбас, копченостей, яичных желтков, сала, мяса уток, гусей и побольше есть фруктов, овощей, квашеной капусты – все они богаты витамином С, который предупреждает развитие атеросклероза. В профилактике атеросклероза большое значение имеют соли йода, содержащиеся в морских рыбах и других продуктах моря. Люди со склонностью к полноте чаще болеют атеросклерозом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом. При первых же признаках ожирения следует резко ограничить употребление моно- и дисахаридов, легкоусвояемых углеводов (сахар, мед, варенье), уменьшить прием полисахаридов (хлеб, каши, макаронные изделия, картофель), жиров, богатых холестерином (сало, жирные колбасные изделия), солений, включить в меню блюда с растительным маслом. Если вес не снизился, устраивают разгрузочные дни (лучше всего в выходные). В такие дни суточный рацион состоит из 2 кг фруктов или из 500 г творога с двумя стаканами кефира (можно молока). Эта порция делится на 5 частей, которые принимают через каждые 3 часа.

После 70 лет возрастные изменения организма еще более выражены, и вышеизложенные принципы питания

должны соблюдаться особенно тщательно. Пожилым людям нужно всегда включать в свой рацион достаточно диетических продуктов: пюреобразную пищу, продукты, богатые витаминами, минеральными веществами и белками, соответствующие напитки (минеральные воды и др.). Многие авторы советуют принимать витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, С ежедневно в таблетках. Недостаток витамина В<sub>12</sub> встречается у пожилых вегетарианцев. Дефицит витаминов А, К, Е может возникнуть, если человек долго будет питаться продуктами, содержащими мало жиров. Недостаток витамина Д может возникнуть у людей пожилого возраста как по первичным причинам (недостаток молока, молочных продуктов в рационе), так и по вторичным причинам (плохой обмен веществ, а также нарушения работы почек). Многие авторы для профилактики старения в пожилом возрасте предлагают ежедневное употребление витамина Е до 400 МЕ, витамина С до 500 мг, бета-каротина до 25000 МЕ. В борьбе со старением в настоящее время уделяется внимание магнию, селену, хрому, цинку, железу, кальцию, их рациональным дозировкам, продуктам питания, содержащим эти вещества. Целесообразно принимать антиоксиданты путем включения в пищу так называемого «антиоксидантного рациона», который, по последним данным, задерживает процесс старения и повреждение клеток путем нейтрализации образующихся оксидантов. В готовую пищу добавляется 0,2-0,5 мл 30 % масляного раствора токоферола, 1-1,5 г метионина и аскорбиновая кислота как составной компонент витаминизированных напитков, морсов, киселей, муссов, желе и т. д. Так в помидорах содержится много антиоксидантов типа ликопина, который в четыре раза эффективнее, чем другие антиоксиданты, находящиеся в овощах. Гавайские исследования доказали, что ликопин разрушает в пробирках раковые клетки. Один средний спелый красный помидор содержит 11 мг ликопина. В настоящее время в продаже есть и препараты ликопина.

Таким образом, организация рационального питания для человека в любом возрасте является основой сохранения его здоровья.

*Если мы питаемся неправильно,  
Ни один врач нас не исцелит,  
Если мы питаемся правильно,  
Ни один врач нам не нужен.  
Виктор Дж. Роусин*

**Современные теории питания.** Теория раздельного питания основана на представлениях о совместимости различных пищевых продуктов для лучшего усвоения и сохранения кислотно-щелочного равновесия в крови.

Одни продукты усваиваются в кислой среде, когда смесь пищевой кашицы пищеварительные соков в желудке кислая (мясо, рыба, молоко, яйца), другие – в щелочной (злаковые, хлеб, овощи, сахар). Смешение тех и других во время еды значительно снижает эффективность их усвоения, поскольку щелочь и кислота в желудке взаимно нейтрализуются. Например, если съесть яичницу с черным хлебом, то в желудке образуется трудно усваиваемая смесь, поскольку каждый продукт должен перевариваться в своей среде: яйцо – в кислой, хлеб – в щелочной. Одновременное переваривание двух разных продуктов требует от организма повышения энергозатрат, хотя эффект полезности каждого из них значительно теряется. В желудке чаще всего преобладает кислое пищеварение, поэтому яйцо будет расщеплено, но не полностью. Хлеб нерасщепленным останется бродить. Если же

яйцо и хлеб съесть в разное время, то процесс пищеварения будет более рациональным.

Существует нейтральная группа продуктов, которые могут смешиваться в любые комбинации блюд. Это почти все сорта овощей, грибы, жиры, масла, сыры с высокой жирностью. *Суть раздельного питания заключается в том, чтобы не смешивать продукты, перевариваемые в кислой среде с продуктами, перевариваемые в щелочной среде.* Чтобы излишне не закислять организм, в суточном рационе должен иметь место щелочной избыток. Поэтому в дневном рационе рекомендуется: мясо/рыба/+ зерновые = 20 % и фрукты + овощи = 80 %.

В памятнике древней тибетской медицины говорится: «Если принимать несовместимые виды пищи, это все равно, что есть составляющий яд. Плохо подходит рыба к молоку. Несовместимо молоко с плодами деревьев, яйца и рыба не подходят друг к другу, нельзя мешать курятину с кислым молоком, после топленого масла пить холодную воду. Нельзя есть новую пищу пока старая не переварится. Переходить от совместимой пищи к несовместимой и наоборот нужно постепенно, понемногу».

Однако убедительных доказательств пользы раздельного питания для здоровья на сегодняшний день нет, хотя при некоторых нарушениях здоровья такое питание оказывает положительный эффект.

#### *Сыроедение.*

Популярная система питания, отличающаяся высоким оздоровительным эффектом и тесно связанная с натурализмом. Натурализм выражает определенные взгляды людей, стремящихся к естественному образу жизни, тесно увязанному с законами природы и максимальному использованию ее факторов: солнца, воздуха, воды, активного физического труда, сырой растительной пищи и одновременно воздержанием от спиртных напитков, табака, наркотиков, от технологически обработанных продуктов.

В состав рациона людей, придерживающихся системы сыроедения, входит более 80 доступных человеку естественных пищевых продуктов – овощи, фрукты, зелень, орехи, зерновые, бобовые, масличные растения в свежем и щадяще приготовленном виде.

Натуралисты утверждают, что зеленые растения – единственные продуценты органического вещества на Земле. В сырой растительной пище сконцентрирована солнечная энергия космоса. Продукты растительного происхождения многокомпонентны, полноценны и составляют фундамент повседневного питания человека большую часть года. Считается, что зернышко пшеницы содержит тысячи различных пищевых компонентов, известных и неизвестных науке, но необходимых нашему организму, поскольку природа сформировала нас именно на этом продукте. Белый хлеб из рафинированной муки содержит всего несколько компонентов, поэтому организм должен потратить собственные запасы необходимых ему веществ, чтобы усвоить такой хлеб.

Энтузиасты сыроедения исходят из того, что основным регулятором биологических процессов в организме является пища. Необходимым условием нормального пищеварения является биологически активная пища, содержащая витамины, клетчатку, фитогормоны, органические кислоты, минеральные элементы. Такая пища не задерживается в желудке и не отравляет организм. Кулинарная обработка пищевых продуктов лишает их биологической активности, разрушает содержащиеся в них питательные вещества, поэтому для переработки такой пищи организму необходимо затрачивать вещества и энергию собственных тканей, что приводит к их ослаблению.

В традиционном рационе питания содержится большое количество белков, которые для своего усвоения требуют большого количества жиров, углеводов и многократного приема пищи. Это приводит к глюкозному питанию мозга, которое стало привычным для организма, как наркотик («пищевая наркомания»). Сыроеды употребляют пищу с малым количеством жиров и углеводов, что приводит к питанию мозга за счет жиров.

Сыроед ест когда хочет, сколько хочет и что хочет. Обычно его еда состоит из небольшого количества фруктов, к которым добавляется тарелка салата из сырых овощей по сезону с добавлением пшеницы, чечевицы или гороха с подсолнечным маслом, Желудок сыроеда почти всегда пуст, всегда легок, пища быстро проходит через него и перерабатывается. Однако в детском возрасте, когда происходит интенсивный рост и развитие организма и ему требуются белки, переход на сыроедение является опасным. Сыроедение очень близко к вегетарианству.

#### *Вегетарианство.*

Слово это происходит от позднелатинского *vegetabilis*, что означает «растительный». Вегетарианство имеет многовековую историю, но широкое распространение в европейских странах получило в конце XIX в. Оно представлено несколькими разновидностями, среди которых выделяются две: «старовегетарианство», не признающее никаких продуктов животного происхождения, и «младовегетарианство», допускающее употребление в пищу наряду с растительными продуктами также молока, сливочного масла, яиц. Теоретики вегетарианства выдвигают три основных преимущества растительной пищи перед пищей животного происхождения.

Продукты растительного происхождения наиболее богаты биологически активными веществами, фитонцидами, ферментами, органическими кислотами, пищевыми волокнами и т. д.

Продукты животного происхождения образуют при переваривании повышенное количество гнилостных и токсических соединений, которые отравляют человека.

Растительные продукты способствуют профилактике атеросклероза.

Некоторые положения опровергаются научными данными. Во-первых, животные продукты содержат свой набор необходимых биологически активных веществ, которых нет в растительных продуктах (витамины В<sub>12</sub>, Д и др.). Во-вторых, продукты животного и растительного происхождения при расщеплении в желудочно-кишечном тракте человека под действием пищеварительных ферментов образуют аналогичные соединения: как из животных, так и из растительных продуктов образуются одни и те же 20 аминокислот. Белки растений в подавляющем большинстве неполноценны, т. е. лимитированы по одной или нескольким незаменимым аминокислотам. Для удовлетворения суточной потребности организма в незаменимых аминокислотах человеку необходимо съесть такое количество растительной пищи, которое оказывается чрезмерной нагрузкой для органов пищеварения и для деятельности печени и почек. Недостаток белка, особенно животного, задерживает рост и развитие ребенка.

Токсические соединения в кишечнике человека образуются в результате деятельности микрофлоры, причем продукты животного происхождения не оказывают какого-либо специфического действия на рост и размножение микрофлоры по сравнению с продуктами растительного происхождения. В-третьих, как известно, при избытке животных продуктов (так же как и при избытке

растительных продуктов) увеличивается риск заболеть не только атеросклерозом, но и другими болезнями, однако эти проблемы уже касаются нарушений оптимального питания.

Растительная пища имеет ряд достоинств, но имеет и недостатки, которые при обычном питании компенсируются продуктами животного происхождения. О различных видах вегетарианства можно сказать следующее: «Младовегетарианство» для здоровья особой опасности не представляет, так как молочные продукты и яйца способны в определенной степени заменить другие продукты животного происхождения. «Старовегетарианство» может нанести вред его представителям, т. к. в продуктах растительного происхождения не содержится ряд витаминов.

Таким образом, вегетарианство, особенно строгое, без потребления молочных продуктов, совершенно недопустимо в молодом возрасте. Но отдельные вегетарианские дни после 30 лет даже полезны. Долгожительство некоторых вегетарианцев, вступивших на этот путь взрослыми (Л. Толстой, Б. Шоу и др.), возможно, связано не только с питанием, но и с любимым творческим трудом, двигательной активностью, с определенными жизненными установками.

*Профилактическая нутриентология (БАД) и роль пищевых волокон в питании.*

Чтобы обеспечить организм человека всеми необходимыми питательными веществами (а их более 600!), его рацион должен содержать примерно 32 наименования различных продуктов питания: хлеб, мясо, рыба, молоко, овощи, фрукты, зелень, крупы, растительное масло и т. д. Являясь единственным источником веществ, из которых строятся клетки организма человека, пища во многом определяет состояние его здоровья и продолжительность жизни.

БАД (биологически активные добавки) – это концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ (включая незаменимые питательные вещества) для непосредственного приема или в составе пищевых продуктов. БАД получают из растительного, животного или минерального сырья, а также химическими или биотехнологическими способами. К ним относятся и бактериальные препараты (зубиотики), оказывающие регулирующее действие на микрофлору желудочно-кишечного тракта.

БАД к пище делят на две группы: *нутрицевтики* и *парафармацевтики*. *Нутрицевтики*. Это эссенциальные (незаменимые) нутриенты – витамины или их предшественники (например, бета-каротин); омега-3-ПНЖК и другие полиненасыщенные жирные кислоты; некоторые минеральные вещества и микроэлементы – железо, кальций, селен, цинк, йод, фтор; отдельные аминокислоты; некоторые моно- и дисахариды; пищевые волокна (целлюлоза, пектины и т. п.). Нутрицевтики повышают устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, восполняют дефицит незаменимых питательных веществ, обладают иммуномоделирующим действием, включаются в лечебное питание.

*Парафармацевтики*, как правило, являются минорными компонентами пищи. Это органические кислоты, биофлавоноиды, кофеин, биогенные амины, регуляторные ди- и олигопептиды, олигосахариды и другие так называемые натурпродукты. К этой же категории могут быть отнесены и БАД, способствующие уменьшению суммарной энергетической ценности рациона, регулирующие

аппетит (профилактика и лечение ожирения), функциональную активность нервной системы, адаптационные процессы к экстремальным условиям. Перспективна группа БАД, обеспечивающих поддержание нормального состава и функциональной активности микрофлоры кишечника.

Особого внимания заслуживают определенные сочетания биологических веществ. Например, антиоксидантный витаминно-минеральный комплекс: витамин С, биофлавоноиды, витамин А, каротиноиды, витамин Е, а также селен, цинк, железо и медь. В этом комплексе перечисленные ингредиенты взаимодополняют друг друга. Витамины А и Е воздействуют на клеточные мембраны, предотвращая процессы перекисного окисления мембранных липидов. Витамин А в присутствии витамина Е усиливает свои антиоксидантные свойства. Витамин С и биофлавоноиды осуществляют свое действие в основном в биологических жидкостях, предотвращая окисление многих биологически активных веществ. Минеральные вещества выступают в качестве активаторов или коферментов антиокислительной системы организма, функция которых заключается в связывании свободных радикалов.

*Пищевые волокна* относятся к микронутриентам углеводной природы. Целлюлоза, гемицеллюлозы, пектины и лигнины – компоненты исключительно растительной пищи. Они содержатся в зернах, муке, в оболочках плодов. Пищевые волокна – важнейшие компоненты, выполняющие ряд функций, связанных с процессами пищеварения и обмена веществ. Во-первых, они являются стимуляторами кишечной перистальтики и формируют основу каловых масс. Во-вторых, они являются естественными энтеросорбентами, адсорбирующими на своей поверхности многие вещества – токсические продукты, радионуклиды, некоторые канцерогенные вещества. Пищевая клетчатка сорбирует желчные кислоты, активизируя образование их в печени, тем самым предотвращает развитие застойных явлений в желчевыведительной системе и, таким образом, играет важную роль в профилактике желчекаменной болезни, снижает уровень холестерина в крови и способствует профилактике диабета и атеросклероза; уменьшает всасывание цинка, кальция, железа. В-третьих, положительно влияет на бактериальную флору кишечника. Многие компоненты пищевых волокон доступны действию ферментов естественной бактериальной флоры кишечника, которая использует их в качестве постоянного питательного субстрата. Результат этого процесса – поступление в организм целого ряда витаминов группы В, К и биотина, синтезируемых бактериями. В результате вторичного пищеварения постоянно поддерживается слабокислая среда в толстом кишечнике, что подавляет активность гнилостных бактерий. Поступление определенного количества пищевых волокон – важнейший фактор поддержания микрофлоры кишечника, профилактики запоров, развития предраковых и раковых изменений толстого кишечника; пищевые волокна способствуют нормализации углеводного, липидного и холестеринового обмена. В настоящее время серьезно обсуждается профилактическое значение пищевой клетчатки в профилактике рака молочной железы. Некоторые продукты метаболизма лигнинов оказывают выраженный противораковый эффект.

**Голодание** с оздоровительными и лечебными целями люди использовали давно. По представлениям древних – буддизм с учением йогов, философия Христа, опыт Гиппократов, Авиценны, других врачей и врачей – голодание – это полный отказ от пищи в пределах физиологических возможностей организма человека (не



превышающих по продолжительности 50 дней) в бодрствующем состоянии с обязательным ежедневным очищением кишечника, соблюдением водного и двигательного режимов.

В настоящее время голодание пользуется большой популярностью в мире. Разработано много различных систем *оздоровительного, лечебного, профилактического голодания*.

Американец П. Брегг считает, что 99 % всех болезней человека происходит от неправильного и неестественного питания. Организму не под силу усвоить эту пищу и удалить ненужные остатки. Единственный способ очистки организма – голодание. Система Брегга включает периодические голодания по одному дню в неделю и по 7-10 дней раз в три месяца, а затем питание, состоящее на 60 % из свежих овощей и фруктов с добавлением орехов, семечек, проросших зерен. Один из последователей П. Брегга в нашей стране С.А. Бородин из Иркутска, периодически голодает по два дня раз в две недели и два голодания в год по 2-3 шестидневных цикла. Шестидневный цикл состоит из 6 дней голодания и 8 дней восстановления на сырой растительной пище. К голоданию добавляется обильное питье и интенсивные физические упражнения. Его принцип – «Самый хороший завтрак – пробежка».

Главой отечественной научной медицинской школы голодания считается московский, профессор Ю.С. Николаев. Многолетние исследования позволили ему выявить различные глубинные изменения в организме, которые сопутствуют голоданию. Схематично это выглядит следующим образом.

При полном голодании, когда человек потребляет только воду, организм приспосабливается к своему внутреннему питанию, используя собственные запасы жиров, белков, углеводов, витаминов и минеральных солей. Такое питание удовлетворяет все потребности организма и является полноценным. К нему организм приспосабливается на 6-10 день голодания. Приспособление в основном заключается в том, что организм, поставленный в трудные условия, начинает производить сахар (глюкозу) из собственного жира и белка, в результате чего жир сгорает полностью. Одновременно с жиром организм использует для своего существования также белки, необходимые для деятельности мозга, сердца, крови, некоторых желез внутренней секреции. Нужные белки черпаются из резервов, имеющих в тканях менее важных для организма органов. При этом утилизируются, прежде всего, белки из ослабленной, болезненно измененной ткани, а также из имеющихся в организме опухолей, отеков, спаек. Этот процесс называется *аутолиз*, т.е. самопереваривание собственных тканей.

При перестройке на внутреннее питание организм расходует и сжигает не только накопленные им ресурсы, но и шлаки обменного происхождения. Происходит интенсивное выведение ядовитых продуктов, накопившихся в результате нарушенного обмена веществ, перенесенных заболеваний, длительного приема лекарств, неправильного питания, употребления алкоголя, курения табака и других вредных воздействий, которые могли создавать в организме склад болезнетворных ядовитых продуктов.

Ю.С. Николаев выделяет три стадии голодания. Первая продолжается 2-4 дня. Потеря веса составляет около 1кг в сутки. Появляется некоторая раздражительность, жажда невелика. Пульс учащается. Вторая стадия продолжается от 3-5 до 6-10 дней. Потери веса составляют 300-500г в сутки. Чувство голода понижается, жажда увеличивается. Появляется налет на языке, сухость и блед-

ность кожных покровов, запах ацетона изо рта. Пульс урежается. Такое критическое состояние резко изменяется и наступает третья стадия. Потери веса 100-200г в сутки. Улучшается общее самочувствие, появляется бодрость. Начинает очищаться от налета язык, улучшается цвет лица, исчезает запах изо рта, пульс урежается.

Любой вид голодания можно начинать только после консультации с врачом!

Оценка пищевого статуса организма

Влияние питания на здоровье человека оценивают по пищевому статусу, под которым понимают состояние организма, определяемое питанием в данных конкретных условиях труда и быта. О пищевом статусе свидетельствует физическое развитие и состояние человека, обусловленное как генетическими факторами, так и питанием.

Оценка пищевого статуса включает: показатели функции питания, пищевую адекватность организма и уровень заболеваемости.

Под *функцией питания* понимают систему обменных процессов, нейрогуморальная регуляция которых обеспечивает относительное постоянство внутренней среды организма (гомеостаз). При этом различают функцию внешнего питания (пищеварение и всасывание) и функцию внутреннего питания (промежуточный обмен и ассимиляция). Таким образом, состояние функции питания оценивают по показателям, характеризующим состояние процессов пищеварения и различных сторон обмена веществ (белкового, жирового, углеводного, витаминного, минерального и водного).

*Пищевую адекватность* организма оценивают на основании выявленных признаков пищевой недостаточности, избыточности или несбалансированности рациона. При этом определяют показатели физического развития (рост, весо-ростовой показатель и др.), обмена веществ (конечные продукты обмена, активность ферментов и др.), функционального состояния организма (нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой и др.) и выделяют ранние симптомы различных проявлений пищевой неадекватности.

*Заболеваемость* тесно связана с пищевым статусом. При этом учитывают специфическую алиментарную заболеваемость, обусловленную неадекватностью питания потребностям организма, и неспецифическую, например, заболевания пищеварительной системы тесно связаны с нарушением режима питания. Заболеваемость инфекционными болезнями также связана с пищевым статусом, так как снижает неспецифическую резистентность организма к бактериальным токсинам, ослабляет воспалительную реакцию, замедляет процесс заживления ран и нарушает состав нормальной микрофлоры.

*Оценка пищевого статуса* обследуемых производится по следующим критериям:

- 1) нормальный;
- 2) избыточный;
- 3) недостаточный.

При *нормальном* пищевом статусе структура и функции организма не нарушены, адаптационные резервы достаточно высокие, и человек питается в соответствии с физиологическими нормами для обычных условий существования.

*Избыточный* проявляется в ухудшении функции и структурных нарушениях, снижении адаптационных резервов организма. Этот статус связан с избыточным поступлением питательных веществ.

*Недостаточный* формируется при количественной и качественной недостаточности пищи и проявляется в

ухудшении функций и структурных нарушениях, снижении адаптационных резервов организма.

Выделяют 4 степени выраженности избыточного пищевого статуса.

При избытке массы тела:  
на 15-29 % – I ст. ожирения;  
30-49 % – II ст. ожирения;  
50-99 % – III ст. ожирения;  
100 % – IV ст. ожирения.

Недостаточный пищевой статус наблюдается при недостатке массы тела на 10 % и более.

Таким образом, оценка пищевого статуса является важным показателем организации рационального и сбалансированного питания.

## 5. Роль режима труда и отдыха дня для сохранения здоровья

**Биоритмологическая организация функций.** Строгий, ритмичный режим труда и отдыха – одно из важнейших условий высокой работоспособности человека. При соблюдении четкого режима вырабатывается определенный биологический ритм функционирования организма, т.е. динамический стереотип в виде системы чередующихся условных рефлексов. Закрепляясь, они облегчают организму выполнение его работы, поскольку создают условия и возможности внутренней физиологической подготовки к предстоящей деятельности.

Например, если человек ежедневно занимается умственным или физическим трудом, который имеет место в одни и те же часы, организм как бы «подводится» к повышенной работоспособности, т.е. способности «собраться» к этому времени. То же самое происходит при регулярном режиме питания. К «запрограммированному» времени происходит интенсивное выделение пищеварительного сока, повышается перистальтика кишечника, что способствует и обеспечивает эффективное пищеварение.

Необходимо помнить, что существующие ритмы организма не являются самостоятельными и независимыми, а связаны с колебаниями внешней среды, определяющимися, главным образом, сменой дня и ночи, а также колебаниями циклов, соответствующих месяцу, сезону года и т.п.

Таким образом, режим труда и отдыха основывается на закономерностях ритмичного протекания отдельных физиологических функций в процессе жизнедеятельности организма человека.

Подавляющее большинство физиологических и биохимических процессов в организме человека и животных связано со световым режимом и изменяется закономерно в течение суток. Поэтому циркадианный, т.е. околосуточный, ритм считают базисным биоритмом человеческого организма. Немаловажно и то, что появление циркадианных ритмов позволило живым организмам «измерять» время. Отсюда появилось понятие «биологические часы». Древнейшая функция этого ритма состояла в приурочивании максимальной биологической активности к определенному времени суток, наиболее благоприятному для деятельности данного организма. В процессе эволюции это привело к появлению животных с выраженной дневной или ночной активностью. Сочетание акрофаз (время максимальной активности) многих функций в одно и то же время суток позволило организму увеличить потенциал своей работоспособности при одновременной экономичности физиологической регуляции.

В основе циркадианной, или околосуточной, организации функций лежит периодическая смена бодрствования и сна. В целом у человека психическая деятельность

Показатель работоспособности

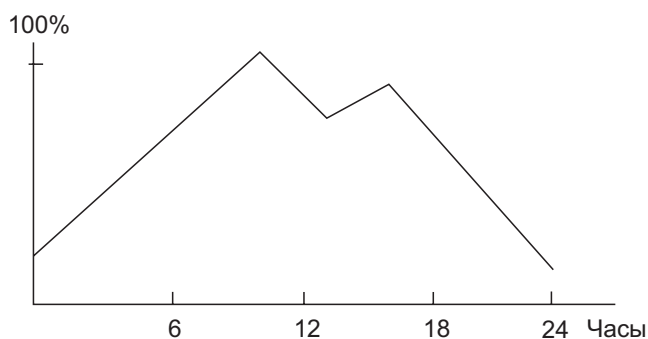


Рис. 13.6. Циркадианный ритм умственной работоспособности.

и физическая работоспособность эффективнее в дневные часы, чем ночью. В светлой фазе суток у человека больше двигательная активность, увеличивается сила мышц. Возрастание умственной работоспособности выражается в повышении скорости переработки информации, эффективности обучения. В это же время повышается электрическая активность мозга.

В соответствии с циркадианным биоритмом, работоспособность человека в утренние часы постепенно повышается и достигает к 10-13 часам наивысшего пика. После 14 часов происходит снижение работоспособности, а к 16-17 часам идет волна нового повышения всех функций. Спад функциональных возможностей наблюдается, как правило, после 20 часов (рис. 13.6).

Суточные колебания работоспособности четко коррелируют с ритмами отдельных физиологических систем и обмена веществ. К концу дня у человека наблюдается максимум частоты, глубины и объема дыхания, достигает наибольших значений сократительная функция миокарда. Кровообращение наиболее интенсивно днем в головном мозге и мышцах, а ночью – в сосудах кистей рук и стоп. В дневное время более высоким оказывается и общее периферическое сопротивление сосудов.

В течение суток изменяется и реактивность сердечно-сосудистой системы к нагрузкам. Днем физическая нагрузка вызывает больший прирост кровообращения, чем ночью. Одна и та же физическая нагрузка субъективно ощущается ночью как более тяжелая, что надо учитывать при работе в ночную смену.

Циркадианная ритмика охватывает и органы кроветворения. Костный мозг наиболее активен утром, поэтому в утренние часы в кровотоке поступает наибольшее количество молодых эритроцитов. Содержание гемоглобина в крови самое высокое с 11 до 13 ч, а минимум его приходится на 16-18 ч. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) минимальна рано утром и максимальна в 9-10 ч.

Проявляются и суточные колебания процесса свертывания крови: в ночное время происходит уменьшение свертывающей активности, а днем этот процесс постепенно усиливается и достигает максимальных значений в полдень.

Бронхиальная проходимость снижена в ночные и утренние часы, но, начиная с 11 ч, она увеличивается и достигает максимума к 18 ч.

От фазы суточного ритма зависит деятельность желудочно-кишечного тракта людей. Слюноотделение, секреция желудочного и поджелудочного сока, двигательная активность желудка и кишечника больше днем, чем ночью. Эта закономерность проявляется даже у людей, работающих в ночную смену.

Хотя желчь вырабатывается печенью непрерывно, ее выделение неодинаково в разное время суток: в первой половине дня оно больше, а в вечерние часы – меньше. Это создает условия для лучшего переваривания жиров в первую половину дня, т. е. в период суток, когда человеку особенно необходимо энергетическое обеспечение его функций. В первой половине дня более интенсивно происходит процесс распада гликогена в печени с освобождением глюкозы – важного энергетического субстрата организма. Во второй половине дня и ночью печень усиливает ассимиляцию глюкозы и синтез гликогена, создавая энергетический резерв для последующего дня.

Циркадианный режим характерен и для функции почек. В утренние часы в проксимальных канальцах почек происходит особенно активная реабсорбция фосфатов, глюкозы и других веществ, необходимых для поддержания энергетических расходов организма. Обратное всасывание воды в дистальных канальцах увеличивается в ночное время, в результате чего ночью уменьшается выведение мочи.

Не вызывает сомнения наличие суточной активности тканевых ферментов. Интенсивность метаболических процессов, протекающих как на уровне отдельной клетки, так и в пределах целого организма, наиболее велика в часы наибольшей активности. Так, у человека в дневное время активизируются процессы катаболизма (распада) в углеводном и белковом обменах, а в ночное время преобладают анаболические процессы, т. е. синтез веществ, обеспечивающих пластические и энергетические функции. Поэтому снижение активной деятельности ночью очень важно для восстановления клеток, роста и развития.

Суточные колебания деятельности внутренних органов и обмена веществ во многом определяются изменениями нейроэндокринной регуляции в цикле бодрствование-сон. Во время бодрствования преобладает функциональная активность симпатно-адреналовой системы, что обеспечивает более высокие возможности сопротивления стрессовым раздражителям. У человека это наблюдается днем.

Циркадианные ритмы характерны и для функции желез внутренней секреции. В первой половине ночи увеличена секреция соматотропина, пролактина и тиреотропина. Кортикотропин (АКТГ) выделяется из гипофиза максимально во второй половине ночи. С ритмами гипоталамо-гипофизарной системы связаны колебания функции периферических эндокринных желез, но максимум уровня их секреторной активности отстает на 2-3 ч от выделения гипофизарных гормонов. Так, если кортикотропин секретируется максимально во второй половине ночи, то кортикостероиды – ранним утром, в предпробудный период, и это создает условия для хорошей работоспособности человека сразу же после пробуждения.

В целом суточные ритмы различных функций организма образуют единый ансамбль, в котором прослеживается строго упорядоченная последовательность метаболических, физиологических процессов и поведенческих актов. У человека ведущими являются ритмы трудовой деятельности. Биоритмы человека могут в определенной мере перестраиваться при изменении условий работы, например, при переходе из дневной смены в ночную.

Мощно проявляется роль социальных датчиков в условиях Крайнего Севера, где структура световых суток необычна (полярный день сменяется длинной полярной ночью, причем длительность их исчисляется месяцами). Поддержание циркадианного ритма происходит здесь главным образом благодаря действию факторов, определяющих режим труда и отдыха: начало и конец рабочего дня или занятий в школе, время приема пищи, проведе-

ние спортивных и культурных мероприятий и др. Следовательно, у человека наблюдается социальная детерминированность биоритмических колебаний физиологических и биохимических процессов.

Среди людей выделяются «жаворонки» и «совы», т. е. люди, у которых акрофаза биоритмов, определяющих работоспособность, бывает соответственно утром или вечером. «Жаворонки» (их число достигает 40 %) характеризуются более высокой работоспособностью в утреннее, нежели в вечернее время, они ложатся спать в среднем на 1,5 ч и встают на 2 ч раньше «сов», сон «жаворонков» более стабилен, они чаще удовлетворены сном. У «сов», число которых равно примерно 30 %, работоспособность сравнительно более высокая вечером и ночью, а сон отличается большей гибкостью структуры. У спортсменов – «сов» работоспособность вечером на 40 % выше, чем утром.

Поэтому важно приурочивать различные виды деятельности, свой режим дня к суточному биоритму.

**Рациональная организация режима дня.** Умственную работоспособность человека следует рассматривать не только в связи с функцией клеток коры больших полушарий, но как результат интеграции внутрикорковых процессов и многих физиологических функций, происходящих в организме при выполнении умственной работы. Так, напряженная умственная работа невозможна без высокого уровня функционирования систем кровообращения, дыхания, обмена веществ и др. Соответственно, должна повышаться степень напряжения регуляторных механизмов, мобилизовываться функциональный резерв. В разное время суток этот резерв неодинаков.

Следовательно, для оптимальной адаптации организма к условиям существования необходима синхронизация биоритмов функции коры больших полушарий мозга и вегетативных функций. Это общее положение полностью относится к учащимся, студентам, всем занимающимся умственной деятельностью. Поэтому рациональная организация умственной деятельности должна базироваться на учете биоритмов человека.

Исследования показывают, что при относительно свободном выборе людьми определенной деятельности, наблюдается совпадение фаз циркадианных ритмов умственной работоспособности и ряда физиологических функций. Так, акрофаза умственной работоспособности приходится на интервал 10 ч 30 мин, а акрофазы циркадианных ритмов температуры тела и ряда показателей сердечно-сосудистой системы – на 12 ч-12 ч 30 мин. Если учебный процесс совпадает с биоритмологическим оптимумом, продуктивность умственной работы максимальна.

Неправильное построение режима дня и умственные перегрузки часто приводят к развитию *десинхроноза* – нарушению согласования внешних (природных, социальных) и внутренних биологических ритмов, а также рассогласование различных биологических ритмов между собой. При десинхронозе возникает ощущение дискомфорта и тревожности, повышается вероятность развития неврозов, острых респираторных и желудочно-кишечных заболеваний. С другой стороны, десинхроноз сам по себе может быть неспецифическим проявлением большинства патологических состояний, а его исчезновение – критерием выздоровления. Профессиональные, творческие цели, которые ставит перед собой человек, порой бывают для него более значимыми, чем физическое и психическое благополучие, вследствие чего он нередко нарушает свой биоритмологический режим дня, что впоследствии сказывается на его здоровье. Для про-

филактики десинхроноза важно, чтобы в часы активной деятельности была обеспечена стойкая акрофаза физиологических функций. Как достичь этого?

Наряду с освещением, которое является основным синхронизатором циркадианного биоритма, биологически значимым регулятором является двигательная активность.

Для того чтобы понять значение двигательной активности как синхронизатора, вспомним, что фазы циркадианнных ритмов – бодрствование и сон – характеризуются различными состояниями тонуса вегетативной нервной системы и эндокринной системы. Во время дневной фазы повышен тонус симпато-адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой систем (последней – особенно утром), что обеспечивает возможность высокого уровня энергетических затрат бодрствующего организма. Ночная фаза – период преобладания парасимпатического отдела нервной системы, секреции инсулина и гормона роста, т. е. нервных и эндокринных механизмов, создающих оптимальные условия для ассимиляторных процессов, для восстановления истраченных днем энергетических и пластических ресурсов. В нормальных условиях жизнедеятельности повышение активности симпато-адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой системы в дневные часы с избытком компенсируются усилением парасимпатикотропных механизмов ночью.

Двигательная активность – мощный естественный стимулятор симпато-адреналовой и гипофизарно-надпочечниковой систем, поэтому она укрепляет дневную акрофазу многих циркадианнных биоритмов.

Исходя из сказанного, ясно, что для сохранения здоровья, профилактики утомления и десинхроноза необходимо соблюдать достаточный объем двигательной активности в часы умственной работы (см. гл. 1). Она будет выполнять роль синхронизатора умственной работоспособности и физиологических функций. Для учащихся этому должно способствовать увеличение количества уроков физической культуры (желательны ежедневные уроки), а также организация двигательной активности во время перемен между уроками. В период учебных занятий необходимо реализовать примерно 1/3 от суточной нормы двигательной активности, остальные 2/3 – могут быть отнесены на вторую половину дня за счет участия в спортивно-массовой работе и в физическом труде в свободное от занятий время.

Соблюдение биоритмологического принципа построения режима дня – важный фактор сохранения психического и физического здоровья человека.

Наряду с рациональным режимом труда и отдыха укреплению здоровья содействуют такие факторы, как регулярное и полноценное питание не менее трех раз в день, выполнение различных видов деятельности в строго определенное время, обеспечение хорошего сна.

**Сон как важный фактор здоровья.** Сон – эффективный способ снятия умственного и физического напряжения. Недаром ослабленный, больной человек или находящийся длительное время в экстремальных ситуациях способен спать длительное время. Это физиологическая защита организма, потребность, которая, как и лечение, обусловлена сложными психофизиологическими процессами.

Известно, что во время сна замедляются обменные процессы в организме и заметно падает активность нервных процессов головного мозга. Кроме того, во время сна организм лучше восстанавливается и ребенок, например, быстрее растет, чем когда он бодрствует. Сон устраняет утомление и предупреждает истощение

нервных клеток. Происходит накопление богатых энергией фосфорных соединений, при этом повышаются защитные силы организма. Хронические же недосыпания способствуют появлению неврозов, ухудшению функционального состояния и снижению защитных сил организма.

Исследования показали, что сон имеет несколько стадий: *медленный, классический*, характеризующийся торможением нервных процессов (на электроэнцефлограмме отмечаются биотоки низкой частоты и высокой амплитуды) и снижением функциональной активности всего организма; и *быстрый, или парадоксальный* сон, для которого характерно кратковременное повышение мозговой активности и появление биоэлектрических процессов, свойственных периоду бодрствования организма (биотоки высокой частоты и низкой амплитуды).

Различия между ними основаны на глубине сна, степени погруженности в бессознательное состояние и биологической значимости стадий.

Медленный сон необходим для восстановления энергетических и пластических ресурсов, израсходованных во время бодрствования. Недостаточный или неполноценный медленный сон не дает полного отдыха, а длительное лишение этого сна может привести к смерти. Быстрый сон, согласно информационной теории, необходим для переработки и систематизации информации, полученной во время бодрствования и перевода ее из механизмов краткосрочной памяти в долгосрочную. Значит, в этой стадии наводится «порядок» в психической, интеллектуальной сфере. Длительное лишение быстрого сна приводит к психическим расстройствам, а плохой быстрый сон – не дает ощущения отдыха.

В течение ночи человек периодически переходит из одной стадии в другую, образуя циклы, состоящие из стадий медленного (60-90 мин.) и быстрого (10-30 мин.) сна. Каждый цикл длится 1,5-2 часа. Дети дольше времени находятся в стадии медленного сна, у взрослых – происходит более частая смена классического сна на парадоксальный.

Циклическая модель и различная глубина сна объясняют факт ночного просыпания. В двадцать лет человек просыпается раз за неделю. В пожилом возрасте эта цифра возрастает до четырех. Часто такие периоды без сна очень кратковременные, и на следующий день человек может не вспомнить о них. Даже если во время этих периодов человек находится в полном сознании – все нормально, после этого наступает сон.

Необходимая продолжительность сна зависит от человека. Некоторым хватает и пяти часов, другие же целый день плохо себя чувствуют, если проспали меньше восьми часов. Общеизвестно, что детям требуется больше сна, чем взрослым. Если вы заметили, что вам нужно все больше и больше сна, проконсультируйтесь с врачом. Возможно, вы чем-то больны или испытываете депрессивные эмоции. Бессонница сигнализирует о том, что у человека стрессовое состояние.

Наиболее приемлемым, точнее, физиологичным, периодом сна является время с 23 часов до 7-8 часов утра. При систематическом недосыпании у человека умственная работоспособность снижается на 7-15 %.

Гигиеной сна предусматривается сон в одно и то же время, с незначительными отклонениями во времени. Тишина, затемнение окон, приток свежего воздуха обязательны. Прием пищи, не возбуждающей организм, – за 1,5-2 часа до сна. Желательно сосредоточиться на отдыхе, не нагружая себя мыслями, заботами и переживаниями прошедшего дня и будущего.

Оцените ваш сон, используя таблицу 13.12.

Таблица 13.12

**Оценка сна (по Дж. Нейдхарду, 1997)**

Отвечая на каждый вопрос, вспомните, как вы спали в течение последних двух недель, и выберите наиболее подходящий ответ, который точно опишет ваше состояние. Затем внесите соответствующее количество баллов в соответствующую графу. Ответив на все вопросы, суммируйте баллы и посмотрите ключ, приведенный под таблицей.		БАЛЛЫ
1. Сколько времени вам нужно, чтобы заснуть? – час или больше – 40-60 минут – 20-40 минут – меньше 20 минут	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла	
2. Сколько вы обычно спите не просыпаясь? – намного меньше, чем мне нужно – немного меньше, чем мне требуется – больше, чем мне требуется – столько, сколько нужно	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла	
3. Вы когда-нибудь просыпались среди ночи? Сколько ночей случилось так, что вам трудно опять заснуть (за две недели)? – 6 или больше ночей – 3-5 ночей – 1-2 ночи – ни разу	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла	
4. Как часто в среднем вы просыпаетесь за ночь? – 4 или больше раза – 3 раза – 1-2 раза – ни разу	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла	
5. Как вы спали за прошедшие две недели? – Постоянно просыпаясь, казалось, будто, вовсе не спал – иногда просыпался – почти не просыпался – здоровый сон, отлично отдохнул	1 балл 2 балла 3 балла 4 балла	
6. Как вы себя чувствовали в эти дни? – вечно хотелось спать, было трудно встать утром – в общем, постоянно уставшим – хватало энергии выполнить все повседневные дела – отлично, чувствовал прилив бодрости и энергии	1 балл 2 балла 4 балла 6 балла	
<b>ИТОГО:</b>		
24-28 баллов – отличный сон; 21-23 баллов – хороший сон, выясните, что мешает ему быть отличным; 19-20 баллов – посредственный сон, необходимо улучшать; 0-19 баллов – необходимо что-то предпринять, обязательно сходите к врачу.		

Если у вас проблемы со сном, то последуйте следующим советам и велика вероятность того, что сумеете восстановить нормальный сон:

а) перед тем как лечь в кровать, очистите свои мысли. Вспомните все, что с вами произошло за день, и

отведите несколько часов, дней или недель в будущем, чтобы закончить то, что вы еще не завершили. Составление конструктивного плана действий поможет вам расслабиться и отбросить тревоги;

б) составьте программу приготовления ко сну и выполняйте ее. Например, умойтесь, приготовьте постель, откройте окно и проверьте, закрыта ли входная дверь;

в) ложитесь в кровать лишь для того, чтобы спать или заниматься сексом. Не смотрите в постели телевизор, не читайте и не думайте;

г) не принимайте ничего возбуждающего перед сном. Кофе следует пить за 6-8 часов до сна, курить не позднее, чем за два часа. Алкоголя и марихуаны следует вовсе избегать, так как это нарушает сон;

д) в кровати думайте о чем-то очень приятном или представляйте место, в котором вы хотели бы оказаться. Это успокоит мысли. Вам помогут упражнения на расслабление.

**6. Вредные привычки – враг здоровью**

Здоровый образ жизни человека немыслим без решительного отказа от всего того, что наносит непоправимый ущерб организму. Речь идет в данном случае о привычках, которые исподволь подтачивают здоровье. К самым распространенным из них относится употребление психоактивных веществ, прежде всего, курение, употребление алкогольных напитков, наркотики.

**Табакокурение.** В нашей стране курят около 60 % мужчин и 50-55 % женщин трудоспособного населения. Многие понимают, что курение не приносит им пользы, однако не могут бросить эту привычку. Это касается даже спортивных и медицинских работников, спортсменов, педагогов. Отделаться от нее не хватает силы воли, а нередко и знаний о том, какие вредные продукты курящий человек вдыхает, и что происходит в организме в процессе курения. Табак – это психоактивное средство, действующее как наркотик и вызывающее привыкание (зависимость).

Дым табака содержит около 3 тысяч химических веществ, которые способны повреждать живые ткани. Сюда входят смолы и родственные им соединения, никотин и токсичные газы типа окиси углерода, цианистого водорода и окислов азота.

Смола – густое, черное, липкое вещество, которое образуется при сгорании табака. Смолы содержат канцерогенные вещества, вызывающие рак, способствуют развитию хронических бронхитов и других заболеваний дыхательных органов.

Наиболее опасной составной частью табачного дыма является никотин. Во время курения никотин быстро всасывается в кровь из легких и в течение семи секунд разносится по всему телу, проникая во все органы. Он воздействует на центральную нервную систему. При малых дозах никотина преобладает возбуждение, при больших – торможение. У длительно и много курящих может развиваться комплекс симптомов, характерных для неврологического состояния: быстрая утомляемость, раздражительность, ослабление памяти, головные боли и пр.

Одной из причин, способствующих стойкой привычке к курению, является широко распространенное мнение о том, что табак повышает работоспособность. Действительно, под влиянием табачного дыма происходит некоторое расширение сосудов мозга, что и воспринимается субъективно, как прилив новых сил.

Однако такое действие табака весьма кратковременно. Уже через несколько минут расширение сосудов мозга сменяется новым их сужением, еще более выраженным. В результате заметно ухудшается кровоснабжение мозга и понижается работоспособность. После каждой выкуренной сигареты сужение кровеносных сосудов удерживается около получаса. Вследствие сужения сосудов повышается кровяное давление, сердцу приходится работать с чрезмерным напряжением, миокард изнашивается, что приводит к заболеванию сердца и сосудов. Выкуривание одной сигареты приводит к учащению пульса на 18-20 уд/мин. Окись углерода, содержащаяся в табачном дыме, связывается с гемоглобином и образует соединение карбоксигемоглобин, которое снижает способность крови снабжать организм кислородом. У курильщиков при прочих равных условиях общий объем выполненной работы меньше, чем у некурящих. В мышцах быстрее развивается утомление, они не справляются с заданной работой. Эксперименты показывают, что мышечная сила снижается на 15 % уже через 10-15 мин после выкуривания сигареты. Наступает мышечная усталость, координация движений снижается на 25 %. «Табак усыпляет горе, но неизбежно ослабляет энергию», – писал Бальзак.

Поскольку за возбуждением нервной системы следует угнетение, то это порождает желание вновь закурить. Повторное употребление никотина увеличивает устойчивость к нему организма, способствует развитию сильной физической и психической зависимости от него.

Цианистый водород понижает функции легочных клеток и приводит к накоплению в легких слизи, смолы, бактериальной инфекции, а окись азота снижает эффективность лейкоцитов крови (макрофагов). Все это способствует развитию у курильщиков хронических инфекционных заболеваний дыхательных путей. Курильщики очень часто страдают бронхитом. У них формируется хроническая обструкция дыхательных путей, отмечается быстрое уменьшение объема форсированного выдоха (ФЖЕЛ), ухудшается проходимость воздухоносных путей, вентиляция легких и др., а вероятность заболевания раком легких примерно в 10 раз больше, чем у некурящих.

Систематическое курение табака способствует формированию такого распространенного заболевания, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) у курящих в 2-3 раза выше, чем у некурящих. Смертность особенно высока в группе курильщиков, которые «затягиваются», и среди тех, кто начал курить в раннем возрасте. В материалах ВОЗ отмечается, что курение сигарет является основным фактором риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. Опасность инфаркта миокарда возрастает в прямой зависимости от числа выкуриваемых сигарет. С курением связано также и такое сосудистое заболевание, как перемежающаяся хромота, развивающаяся на почве поражения артерий голени и стопы.

Вредное влияние табака распространяется и на желудочно-кишечный тракт. Статистика отмечает наличие отчетливой связи между курением табака и возникновением язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Смертность от этого заболевания в 3-4 раза больше у курящих, чем у некурящих.

В 11 % случаев со злоупотреблением табаком связана импотенция мужчин.

У женщин никотин способствует удлинению менструального цикла, чаще наблюдаются выкидыши. Никотин угнетает функцию яичников. Особенно опасно курение для организма беременных женщин.

Распространено также представление, что курение снижает чувство голода. Хотя каждому понятно, что дымом нельзя заменить пищевые продукты, но отмечено, что никотин действительно смягчает или даже на некоторое время заглушает чувство голода. Объясняется это тем, что ядовитые вещества табачного дыма, всасываясь в кровь, действуют на нервные окончания, расположенные в стенках желудка и кишечника, и блокируют передачу нервных импульсов, сигнализирующих о голоде. Вред же, приносимый курением организму, очевиден.

Систематическое курение сокращает продолжительность жизни человека. Смертность в группе курящих на 30-80 % выше, чем среди некурящих (данные ВОЗ).

Отрицательно действие табачного дыма на окружающих курильщика некурящих людей (пассивное курение). Курящий вдыхает профильтрованный табак и специальными сигаретными фильтрами дым, в то время как некурящий вдыхает абсолютно неотфильтрованный дым. Такой дым содержит в 50 и более раз больше канцерогенов, вдвое больше смол и никотина, в пять раз больше окиси углерода, чем дым, вдыхаемый через сигарету. В сильно накуренной комнате некурящий вдыхает в течение часа столько же никотина, сколько вдыхается при выкуривании 2-3 сигарет.

Известно, что доза в 0,1 г никотина смертельна для человека. Она содержится в 20 папиросах. Человек, вдыхающий ежедневно в свой организм одну смертельную дозу никотина, не погибает только потому, что эта доза поступает не сразу, а постепенно.

Именно поэтому так остро поставлен сегодня вопрос о запрещении курения в общественных местах (спортивных залах, физкультурных и учебных заведениях, на лестничных площадках и т.д.). Борьба с повсеместным распространением этой привычки – это борьба за хорошее здоровье, высокую работоспособность, долголетие.

Можно порекомендовать следующие советы тем, кто хочет бросить курить:

- Сообщите своим друзьям, родителям, родственникам, что бросаете курить. Чем больше народа будет знать о вашем решении, тем больше ответственность довести начатое до конца.
- Не зарекайтесь бросить «навсегда» – бросьте сначала на один день, потом на два и т. д.
- Выберите определенный день, соберитесь с духом – и бросьте. Для того чтобы отвлечься, займитесь чем-нибудь с друзьями, которые не курят.
- Выбросьте все, что связано с курением – пепельницу, спички, зажигалки и т. д.
- Запаситесь жевательной резинкой без сахара, мятными таблетками, морковкой и т. д.
- Помните, что бросая курить, вы учитесь распоряжаться своей судьбой. Постоянно напоминайте, что курение мешает добиваться поставленных целей.
- Основываясь на собственном опыте, работайте по программе в помощь тем, кто хочет бросить курить. Подумайте об организации группы самопомощи.

**Употребление алкоголя.** Бытует мнение, что алкоголь помогает снять волнение, утомление, психическое напряжение, облегчает состояние при физических перегрузках. Однако многочисленные исследования и клинические наблюдения показывают, что алкоголь отрицательно влияет на печень, мозг и другие органы.

Основная часть принятого алкоголя (около 90 %) окисляется, то есть обезвреживается, в печени. При этом даже однократный прием небольшой дозы алкоголя вы-

зывает нарушение функции печени, а восстановление ее происходит лишь через несколько дней. Если же человек злоупотребляет алкоголем, то патологические изменения в печени постепенно становятся необратимыми. Из клеток печени исчезает гликоген, в них накапливается жир, в результате чего наступает ожирение печени. С течением времени многие клетки погибают, и на их месте образуются микроскопические полости, заполняемые распадающимся жиром. Так возникает воспаление ткани печени – гепатит.

Печень в этом случае не в состоянии выполнять свои функции в полном объеме.

В пищеварительной системе алкоголь, прежде всего, разрушает слизистую оболочку желудка, способствует развитию язвенной болезни, нарушению усвоения из пищи витаминов и минералов.

Употребление алкоголя отрицательно влияет и на деятельность сердечно-сосудистой системы, оказывая прямое токсическое действие на сердечную мышцу. При этом значительно меняются структура и функции сердечной мышцы. Употребление алкоголя повышает АД, ЧСС, свертываемость крови.

Через час-полтора после приема алкоголя его наличие отмечается во всех биологических жидкостях организма. В крови алкоголь находится сравнительно недолго, зато в важнейших органах – мозге, печени, сердце, желудке – он накапливается и задерживается на срок от 15 до 28 дней (даже после однократного приема). Повторный прием задерживает алкоголь в этих органах на еще более длительный срок.

Алкоголь крайне отрицательно воздействует на ЦНС. Нарушается умственная и физическая работоспособность, уменьшается скорость двигательных реакций, снижается сила и точность движений. Причем, не только в тот день, когда принят алкоголь, но и на следующий. Установлено, что даже малая доза алкоголя нарушает баланс между процессами торможения и возбуждения, которые становятся преобладающими. Таким образом, возбуждение, по существу, оказывается следствием ослабления торможения, а не стимуляций возбужденных процессов. Человек, пристрастившийся к спиртным напиткам, не может быстро и точно мыслить, становится невнимательным, допускает много ошибок.

Бытует мнение, что алкоголь согревает организм в холодную погоду. Действительно, он вызывает расширение кровеносных сосудов кожи, кровь приливает к ней более интенсивно, и человек ощущает теплоту. Но циркулирующая по расширенным кровеносным сосудам кровь в то же время отдает во внешнюю среду большее количество тепла, вследствие чего температура тела понижается на 1-2 °С. Организм быстро охлаждается, хотя человек этого не замечает. В результате могут возникнуть обморожения и простудные заболевания.

Наблюдения показывают, что прием алкоголя не способствует снятию напряжения и утомления после тренировочных занятий и соревнований. Наоборот, он тормозит восстановительные процессы и на длительное время снижает уровень спортивной работоспособности. Согласно имеющимся данным, прием конькобежцами или пловцами, например, одного литра пива в течение дня снижает их скоростные показатели на 20 %. Сходные данные отмечаются при приеме гребцами 100 г водки. Их спортивные результаты в гребле на байдарке и каноэ ухудшаются на 20-30 %.

Алкоголь отрицательно влияет на репродуктивную функцию у представителей обоих полов: у мужчин сни-

жается уровень мужских половых гормонов, что приводит к уменьшению полового влечения и может стать причиной импотенции; у женщин увеличивается частота гинекологических расстройств, таких как бесплодие и нарушения месячных циклов.

Зависимость к алкоголю развивается постепенно:

Начальная стадия характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, появлением «провалов» памяти, проявляющихся в частичном забывании отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. На этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому.

Следующая стадия характеризуется неудержимым влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю в этом периоде достигает своего максимума, формируется абстинентный синдром (синдром отмены), появляется физическая зависимость от алкоголя. Отмечаются выраженные нарушения сна. В этот период возможно также формирование алкогольных психозов. Наблюдаются признаки снижения личности: возникают неврозоподобные проявления психической деятельности либо психопатоподобное поведение по астеническому, истерическому типу. Апатия (отсутствие интересов и желаний) рассматривается как проявление стадии более глубокого поражения личности.

На третьей, заключительной, стадии алкоголизма тяга к алкоголю обусловлена необходимостью снятия физического дискомфорта; она носит неудержимый, необузданный характер. Снижение интеллектуальных функций является выраженным, вплоть до глубокого нарушения памяти. Этические, моральные нормы поведения, чувство ответственности отсутствуют. Типичными являются колебания настроения – «сиюминутность» поведения, тяжелые депрессии. Снижается критика к своему состоянию, положению в обществе. Возможны острые или хронические алкогольные психозы. Наблюдаются поражения внутренних органов и систем, нередко с необратимыми изменениями.

Совершенно ясно, что алкоголь несовместим с понятием о здоровом образе жизни.

**Употребление наркотиков.** Каждый здравомыслящий человек должен рассматривать наркотики как чрезвычайно опасного врага.

К наркотикам относятся психоактивные вещества (психотропные), которые извлекают как из натуральных источников (опиум, кокаин, марихуана), так и синтезируют химическим путем. И те, и другие оказывают одинаково губительное воздействие на организм. Разные психоактивные вещества оказывают на человека свое специфическое воздействие. Пристрастие к ним, даже эпизодическое, может привести к тяжелому заболеванию – наркомании.

Стимулирующие препараты (кокаин, амфитамины, кофеин) принадлежат к числу наиболее сильных в отношении формирования зависимости от наркотиков. При поступлении в кровь уже через несколько секунд человек начинает испытывать эйфорию, становится разговорчивым, возбужденным, деятельным, сознание проясняется. Через 15-20 минут эйфория проходит и появляется чувство тревоги, депрессии, раздражительности («кокаиновый мрак») и возникает страстное желание все повторить. У не получившего новой дозы наркотика под влиянием появившихся изменений в мозговой деятельности нарушается сон, аппетит, возникают мышечные боли. Нередки случаи гибели наркоманов в результате



сердечной недостаточности из-за нарушения нервной регуляции миокарда, остановки дыхания или длительных судорог.

К успокаивающим, угнетающим ЦНС наркотикам относятся барбитураты, снотворные (типа метаквалона) и все траквилизаторы (противотревожные вещества). Эти вещества угнетают функции всего тела, но ЦНС наиболее чувствительна к ним. Увеличение дозы приводит к постепенному угнетающему действию на ЦНС – от небольшого успокоения до крепкого сна и даже смерти; происходит затуманивание сознания, утрачивается контроль за мышцами, останавливается дыхание. Систематическое употребление приводит к развитию устойчивости в отношении воздействия этих веществ и чтобы вызвать необходимый эффект требуется увеличение дозы, что приводит к повышению степени токсического воздействия на организм. Постепенно человек подходит к черте, куда остается один шаг между дозой, которая вызывает нужные ощущения, и дозой, которая вызывает смерть.

Опиум и его натуральные и синтетические производные (опиаты) – морфин, героин, метадон и другие являются успокаивающими средствами (депрессантами). Они устраняют боль, вызывают дремотное состояние, затуманивают сознание, ухудшают интеллектуальные процессы. Многие переживают эйфорию и ощущение хорошего самочувствия, что способствует появлению зависимости от опиатов. При регулярном употреблении опиатов развивается высокая степень толерантности и чтобы пережить снова эйфорию человек должен все время увеличивать дозу.

Марихуана и другие производные конопли (гашиш и т.д.) при небольших дозах вызывает слабую эйфорию, подъем чувств и изменение восприятия времени. Увеличение дозы ведет к ухудшению памяти, снижению внимания, нарушению мышления, пассивности. Пульс становится чаще, повышается или понижается артериальное давление, кровеносные сосуды расширяются (покраснение кожи, глаз), появляется сухость во рту, подавляется сон. Развивается толерантность и психическая зависимость. Эффект марихуаны характеризуется апатией, притуплением мышления, отсутствием энергии, потерей желаний и стремлений.

Основное действие таких веществ, как ЛСД (из грибка спорыньи), мескалина (из кактуса), синтетических производных амфетамина состоит в провоцировании галлюцинаций или ложных ощущений, не связанных с реальными раздражителями, т.е. в стимулировании психических расстройств. Такие наркотики называют галлюциногенами; они отличаются сильным действием, высокой толерантностью и быстрым возникновением зависимости.

Когда действие наркотических веществ в организме прекращается, человек начинает испытывать ощущения, противоположные тем, которые были связаны с приемом конкретного вещества. Например, если наркотик вызывал эйфорию, то последствие будет выражаться в подавленности, пассивности; если средство повышало тонус, придавало силы – последствие выразится в усталости, депрессии. Снижение дозы, прерывание или прекращение приема наркотиков является причиной появления лихорадочной дрожи, судорог, мышечных болей, нервозности, бессонницы, спазмов сосудов и дыхания. У человека появляются все признаки психоза – агрессивность поведения, бессмысленные действия, навязчивые идеи, кошмары во сне и т.д. Причинами смерти чаще всего являются не снимаемые никакими препаратами судороги,

остановка сердца и дыхания, неуправляемое поведение, кровоизлияние в мозг по причине высокого кровяного давления.

Для наркоманов характерны повышенная раздражительность, неустойчивое настроение, нарушение координации движений, дрожание рук, потливость. Заметно снижаются у них умственные способности, ухудшается память, резко падает трудоспособность, слабеет воля, теряется чувство долга.

Коварное действие наркотиков состоит в том, что незаметно развивается неодолимая тяга к ним. Это характеризуется тем, что привычные дозы уже не дают желаемого эффекта, возникает непреодолимое влечение к данному препарату и стремление получить его любой ценой, а при лишении наркотика развивается тяжелое состояние – синдром абстиненции (так называемая физическая ломка).

При длительном употреблении наркотиков происходит хроническое отравление организма с глубокими нарушениями в различных органах. Постепенно наступает психическое и физическое истощение.

Таким образом, все психоактивные вещества, вызывая различные нарушения здоровья, ведут не только к снижению личной безопасности, но и часто становятся причиной социально опасных поступков, преступлений, и преждевременной смерти. Поэтому здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками.

## **7. Психозомоциональная культура как компонент здорового образа жизни**

Исключительно важная роль в сохранении физического здоровья, эффективности различных видов деятельности, принадлежит психозомоциональному состоянию человека. В большинстве своем, люди подвержены различным отрицательным воздействиям эмоционального плана, которые идут от самого человека, порой совершенно без всяких оснований. Психозомоциональное состояние человека – первопричина многих проблем со здоровьем. Мы счастливы и здоровы ровно настолько – насколько таковыми себя считаем. Сознательное отношение к здоровому образу жизни, к сохранению здоровья, к профилактике заболеваний является очень важным моментом в сохранении здоровья. При комплексном подходе к изучению феномена долгожительства выявилось существенное влияние психологического фактора. Долгожители характеризуются особенностями личностной психики, ее особой оптимистической окраской в отношении к жизни, психологической гибкостью, легко приспособляются к изменению жизненных обстоятельств и устойчивы к стрессам. Играет определенную роль и социально-психологическая обстановка, способствующая долголетию, своеобразный жизненный уклад, смягчающий трудности, конфликты, стрессы, и тесная связь между престарелым человеком и окружающими его людьми.

Психозомоциональная напряженность на фоне снижения двигательной активности, уменьшения мускульных затрат и нерационального питания в сочетании с вредными привычками усилила дисбаланс во взаимоотношениях человека с природой. Рост темпа жизни, интенсификация психической деятельности в результате «информационного взрыва», увеличение эмоциональных нагрузок, неумение регулировать напряжение и расслабление организма приводят к психозомоциональному напряжению, которое является одним из главных факторов риска возникновения многих патологических изменений в организме. По



данным ВОЗ, около 85 % соматических заболеваний обусловлена психическими проблемами. Неумение управлять своими эмоциями чаще всего приводит к стрессам, депрессии, вызывает патологическую усталость (синдром хронической усталости). Противостоять отрицательному воздействию психоэмоциональных факторов можно и нужно научиться! Нужно уметь выходить из сложившейся ситуации, управлять своим психоэмоциональным состоянием, правильно сориентировать свое сознание и главное подсознание, чтобы с наименьшими потерями для здоровья войти в русло жизни.

Таким образом, культура психоэмоционального поведения является одним из значимых компонентов здорового образа жизни.

**Основы методики регуляции эмоциональных состояний.** В начале XX века была исследована и выявлена тесная взаимосвязь между психическим состоянием человека и характером реакции его систем организма на различные воздействия. Исходя из полученных данных, в рамках общей системы психологических мероприятий по сохранению здоровья, стали разрабатываться различные системы, методики, приемы ликвидации неблагоприятных эмоциональных состояний и их последствий с помощью сознательного воздействия на те или иные функции организма. Эффективность воздействий становилась значительно выше, если приемы выполнялись на фоне глубокого мышечного расслабления – релаксации.

Наиболее широкое распространение получила система аутогенной тренировки. Ее истоки уходят в многовековое прошлое различных систем самосовершенствования и саморегуляции. К таким источникам относятся древнеиндийская система йогов, учения о внушении и самовнушении, практика гипноза и другие, а также исследования активной регуляции мышечного тонуса, психолого-педагогический опыт и т.д. Немецкому психотерапевту И.Г. Шульцу удалось объединить эти источники и создать в 1932 году систему самогипноза, которую он назвал «аутогенная тренировка» (АТ).

Сущность метода И.Г. Шульца состоит в том, чтобы научить людей произвольно достигать максимального расслабления мышц с последующим использованием освоенных приемов для сознательной коррекции произвольных функций организма (изменения мышечного тонуса, частоты дыхания, скорости кровотока, ЧСС), позволяющих осуществлять саморегуляцию эмоционально-психических состояний. Эмоциональное состояние человека во многом связано с состоянием вегетативного отдела нервной системы, на который, на первый взгляд, невозможно воздействовать волевым усилием. Однако благодаря самовнушению удается взять под контроль высших отделов ЦНС (коры больших полушарий) все нижележащие центры, управляющие вегетативными и двигательными (соматическими) функциями (психосоматическая регуляция).

Прошло много лет, психотехника Шульца усовершенствована и сегодня применяется в следующих целях:

1. Повышение нервно психической устойчивости в стрессовых и экстремальных условиях.
2. Повышение уровня сохранности и развития здоровья, уменьшения аварийности и травматизма.
3. Повышение качества и производительности умственного и физического труда.
4. Повышение качества учебы и сокращение сроков всех видов обучения.
5. Устранение психофизиологических причин отрицательного психолого-производственного климата на предприятиях и в организациях.

6. Повышение качества борьбы с вредными привычками, психологическими срывами, нервным и физическим переутомлением.

7. Профилактика нервно психического напряжения и нервно психических заболеваний.

Применение аутогенной тренировки в лечебных учреждениях за последние годы показало возможность использования ее в плане социально-профилактического аспекта психотерапии. Овладение собственными эмоциями, тренировка воли, памяти, концентрация внимания, создание гибкой, подвижной и устойчивой высшей нервной деятельности, привычка к самонаблюдению и самоотчету – это именно те качества нервной системы, вырабатываемые аутогенной тренировкой, в которых нуждается каждый специалист, занятый в сложных, напряженных и опасных профессиях. Отсюда вытекает очень важное прикладное значение аутогенной тренировки. Коррекция с помощью этого метода неблагоприятных индивидуальных психологических особенностей личности (преобладание в сложных условиях отрицательных эмоций и трудности их преодоления, эмоциональная и мышечная напряженность, медлительность, снижение внимания и т.д.) и чрезмерных вегетативно-сосудистых сдвигов, наряду с психопрофилактической направленностью, может, несомненно, ускорить овладение современной техникой и оказать положительное влияние на производительность труда в сложной инженерно-психологической системе «человек-машина».

Известно, что мышечное напряжение является соматическим компонентом страха и других отрицательных эмоций. Напряженное лицо, «сдавленный» голос, стесненное дыхание, «застывание», оцепенение, нервная дрожь – все это является симптомами психологического стресса. Повседневный опыт и научные наблюдения свидетельствуют о том, что выражение лица, обусловленное напряжением мимических мышц, меняется в соответствии с эмоциональным состоянием. Незначительные его сдвиги сразу же отражаются на ритме и амплитуде дыхательных движений. Примечательно, что расслабление мышц служит внешним выражением положительных эмоций, состояния общего покоя, уравновешенности, удовлетворенности (например, расслабление мышц при улыбке). С другой стороны, произвольное расслабление мышц мы ежедневно используем для углубления отдыха, для ускорения засыпания. Мышечное расслабление готовит нервную систему к отдыху, к переходному состоянию от бодрствования ко сну; оно отмечается также при пробуждении после освежающего сна.

Физиологическое значение релаксации мышц проявляется как самостоятельный фактор, уменьшающий эмоциональную напряженность, и как подготавливающий фактор перехода от бодрствования ко сну.

Расслабленная мышца несет в мозг импульсы покоя. Таким образом, АТ, позволяя добиваться эффективной релаксации (расслабления) мышц, одновременно приводит и к созданию у тренирующегося чувства покоя, внутреннего равновесия.

Неспособность выходить из напряженного состояния после завершения деятельности, расслаблять мышцы, обретать психическое равновесие становятся причинами хронического стресса, который, в свою очередь, усиливает негативные процессы в организме. У больных стенокардией, гипертонией почти всегда наблюдается повышенное напряжение мышц (мышечная гипертензия) и утрата способности к произвольной релаксации. Поэтому наиболее важной и в то же время самой труд-

ной задачей в аутогенной тренировке является овладение навыком произвольного расслабления мышц тела. Установлено, что во время релаксации в кровь выделяются эндорфины, в результате чего снижается эмоциональное напряжение – важнейший фактор нейтрализации психологического стресса.

Начинается овладение приемами расслабления с упражнений контроля и регуляции тонуса мимической и скелетной мускулатуры.

И.Г. Шульцем и другими исследователями было обнаружено, что максимально возможное снижение тонуса скелетных мышц сопровождается субъективным ощущением тяжести тела и тепла, т.е. любое непроизвольное расслабление (например, во время сна) формирует эти ощущения. В аутогенной тренировке идут от обратного: путем самовнушения вызывают ощущения тяжести и тепла в мышцах, достигая максимальной их релаксации. Успешно вызвать ощущение тепла возможно только после того, как достигнуто ощущение тяжести.

Выполнять задания лучше перед сном или утром после пробуждения. Дремотное состояние обычно связано с заторможенностью коры мозга, что облегчает нервно-мышечное расслабление. Но тренироваться можно и в любое другое время. Важно, чтобы занимающийся серьезно относился к занятиям и был убежден в их эффективности. Для успеха в занятиях необходимо спокойное состояние занимающихся – оставить все волнующие мысли и достигнуть максимального психического равновесия. Устраняется или ослабляется действие отвлекающих раздражителей: яркий свет, шум, посторонние разговоры и т.д. Заниматься аутогенным тренингом можно под спокойную, негромкую мелодичную музыку классического репертуара – она является фоном для сеанса, ее нужно не слушать, а слышать. Рекомендуются музыкальные произведения Бетховена – «Лунная соната», Чайковского – «Сентиментальный вальс», Шумана – «Грезы», Сен-Санса – «Лебедь», Шуберта – «Аве Мария», Оффенбаха – Баркарола из оперы «Сказки Гофмана». Начинать занятия следует не раньше, чем через полтора-два часа после еды.

Приняв удобную позу, занимающийся начинает произносить определенные фразы – формулы, соответствующие тем ощущениям, которые испытывает человек при мышечном расслаблении. Например, – «Моя правая рука налилась тяжестью, она распластана на опоре (на кушетке или подлокотнике). Она очень тяжелая. Я чувствую, как она всей своей поверхностью давит на кушетку– и т.д. Релаксация вызывает в соответствующих участках коры головного мозга торможение, которое является важнейшим условием полноценного отдыха. Нервное напряжение падает, слаженность в работе органов и систем, нарушенная под влиянием нервных факторов, нормализуется. В результате этого работоспособность восстанавливается.

Вариант текста аутогенной тренировки (сеанса):

– Моя правая рука тяжелая. Моя правая рука очень тяжелая. Моя левая рука тяжелая. Моя левая рука очень тяжелая. Мои руки тяжелые. Мои руки очень тяжелые.

Здесь путем самовнушения добиваются возникновение ощущения тяжести и тепла, освоению которых отводится 8 занятий.

– Мои ноги тяжелые. Мои ноги очень тяжелые. Мои руки и ноги очень тяжелые. Все мое тело очень тяжелое.

Как и в первом упражнении, освоение продолжается до 8 занятий.

– Моя правая рука теплая. Моя правая рука очень теплая. Моя левая рука теплая. Моя левая рука очень теплая. Мои руки очень теплые.

Ощущение тепла, как спутник релаксации, благотворно сказывается на кровообращении и обменных процессах. Еще Ч. Дарвин отмечал, что «внимание, устремленное на какую-либо часть тела, задерживает обычно тоническое сокращение этой части. Вследствие этого сосуды более или менее расслабляются и мгновенно наполняются кровью». С помощью описанного упражнения можно добиваться управления ритмом сердечных сокращений, т.е. научиться произвольно изменять ЧСС до 30 уд/мин. в ту или иную сторону.

– Мои ноги теплые. Мои ноги очень теплые. Мои руки и ноги теплые. Мои руки и ноги очень теплые. Мой живот стал теплым. Все мое тело тяжелое и теплое.

Основная направленность упражнения – вызвать ощущение тепла в брюшной полости.

– Я дышу легко и спокойно. Мое сердце бьется спокойно и ровно. Из середины тела теплая лучистая энергия расходится по всему телу. Дыхание ровное, сердце бьется спокойно. Все мое тело тяжелое и теплое.

В конце проводится упражнение, направленное на регуляцию ритма дыхания, с помощью которого можно эффективно влиять на эмоциональные реакции:

– Мой лоб стал прохладным. Мой лоб прохладный. Дыхание ровное, сердце бьется спокойно. Из середины тела теплая лучистая энергия расходится по всему телу. Мой лоб прохладный, прохладный.

Здесь вызывается и осваивается ощущение прохлады в области лба для предотвращения сосудистых головных болей.

Каждый сеанс заканчивается словами: «Я отдыхаю», «Я чувствую себя совершенно спокойно», «Открыв глаза я буду чувствовать себя бодрым, спокойным и отдохнувшим».

Текст рассчитан до 20 сеансов аутотренинга, продолжительность каждого сеанса 7-10 мин. После второго сеанса, усвоенные упражнения сокращаются, формулировки свертываются, дважды повторяются только новые формулы. В каждом последующем занятии, кроме освоения новых ощущений, сокращается время для создания уже знакомых, чтобы суметь приводить себя в аутогенное погружение за 1-2 мин. Возникшее состояние полезное и переживаемое, как понятное само по себе, создает благоприятную основу для внушения сна, бодрости, уверенности, спокойствия.

Приемы АТ усваиваются в процессе систематических упражнений, что придает этой методике тренировочный характер. Поскольку такая тренировка немаловажна без одновременного упражнения воли, ее следует признать и активизирующей личность. При полном сохранении инициативы и самоконтроля это самовоздействие делает АТ интеллектуальным и волевым процессом, ведущим к рациональной перестройке личности.

Человеческий мозг имеет одну характерную особенность: когда человек находится в состоянии глубокой дремоты и кора головного мозга частично заторможена, центральная нервная система особенно восприимчива к поступающей в нее полезной информации. На этом построено, например, обучение иностранному языку во сне (гипнопедия). При самостоятельных занятиях АТ рекомендуется использование этой фазы для создания оптимального психологического настроения, а также преодоления дурных привычек (например, курения). Для этого достаточно несколько раз коротко, лаконично повторять фразы, направленные на достижение указанной выше цели. Например, при желании добиться хорошего настроения нужно повторять: «Я с каждым днем станов-

лось спокойнее, крепче, выносливее, сильнее», «Я чувствую, как каждый сеанс приносит хорошее настроение, спокойный, сон», «желанный покой сохраняется во мне постоянно».

При желании избавления от курения, на фоне глубокой дремоты нужно повторять: «мне противен запах табачного дыма», «мне противен вкус табака», «при курении возникает тошнота, слюноотделение», «мне противно курить».

Занимаясь АТ, нужно постоянно помнить, что каждая проговариваемая фраза должна стать вашим ощущением. Это очень важно, поскольку в этом физиологическая суть метода. Все ощущения, которые вы вызываете (тяжесть, тепло в руках), не являются кажущимися, а представляют сложные физиологические процессы в организме. В связи с этим с помощью АТ удастся регулировать артериальное давление, деятельность желудочно-кишечного тракта и т.д. Поэтому, как отмечалось раньше, АТ является не только профилактическим, но и ценным лечебным методом.

При самостоятельных занятиях необходимо помнить следующее:

1. Фразы следует произносить медленно, повторяя несколько раз, а в отдельных случаях, когда отвлекают посторонние мысли, – полупрошепотом, но всегда медленно.

3. Обязательно сохранять структуру сеанса, реализовать компоненты аутогенной тренировки в определенной последовательности: 1-я фаза – расслабление мышц и расширение сосудов (руки, ноги, лицо, голова, солнечное сплетение); 2-я фаза – сюжетное воображение; 3-я фаза – закрепляющая (краткое повторение 1-й фазы).

4. Между каждой фразой нужно делать небольшие паузы, во время которых можно более тщательно проанализировать получаемые ощущения.

5. Во время отработки каждого последующего компонента можно возвращаться к предыдущему для закрепления ранее полученного ощущения, однако если ощущение носит стойкий характер, можно не применять этот прием.

Приступая к занятиям, нужно подготовить себя к сеансу, занять удобную позу, расслабиться. Далее делается спокойный глубокий вдох и выдох. Глаза закрыты. Занятия можно проводить лежа на спине или сидя в кресле, на стуле.

Для облегчения процесса обучения аутогенной тренировке предлагается текст аутогенной тренировки:

*Я настраиваюсь на сеанс, все посторонние мысли отбрасываю*

*Мои руки тяжелые*

*Мышцы рук расслаблены*

*Руки вялые, неподвижные*

*Медленно разливается свинцовая тяжесть по моим рукам*

*Мои руки тяжелые*

*Я успокаиваюсь*

*Я успокаиваюсь*

*Ощущение тяжести в руках усиливается и нарастает*

*Я чувствую, как по моему телу разливается ощущение покоя*

*Мышцы рук расслаблены*

*Глаза спокойно закрыты*

*Дыхание спокойное, ровное*

*Все посторонние мысли я решительно и спокойно отбрасываю*

*Постоянно помню «золотое правило» аутогенной тренировки: Каждая фраза должна стать ощущением*

*Я чувствую, как по моим рукам все больше разливается свинцовая тяжесть*

*Тяжесть постепенно усиливается и нарастает*

*Мои руки тяжелые*

*Мои руки тяжелые*

*Я все больше и больше успокаиваюсь*

*Я чувствую легкую пульсацию в кончиках моих пальцев*

*Расширяются кровеносные сосуды на моих руках –*

*В ладони устремляются волны теплой пульсации крови –*

*Ощущение пульсации усиливается и нарастает*

*Я прислушиваюсь к этому ощущению –*

*Кончики пальцев пульсируют, заметное тепло согревает мои ладони*

*Мои ладони теплые, руки как будто опущены в теплую воду*

*Все глубже и приятнее состояние покоя*

*Меня ничто не отвлекает –*

*Я успокаиваюсь*

*Я успокаиваюсь*

*Руки тяжелые, кончики пальцев пульсируют*

*Я чувствую приятное тепло и покой*

*Я успокаиваюсь*

*Мысленный взор медленно скользит по моим ногам*

*В моих руках сохраняется вызванное ощущение*

*На экране мысленного взора я отчетливо и ясно вижу свои ноги*

*Полностью расслаблены мышцы моих ног*

*Мои ноги неподвижны, расслаблены –*

*Я чувствую, как по моим ногам разливается свинцовая тяжесть*

*Мои ноги становятся тяжелыми, как после длительной пешей прогулки*

*Ногами не хочется двигать, не хочется шевелить –*

*Я все больше и больше успокаиваюсь –*

*Я спокоен(на) Я спокоен(на) Каждая клеточка моего организма наполняется покоем –*

*Я думаю только о глубоком отдыхе –*

*Мне приятно чувство желанного покоя –*

*Я совершенно спокоен(на) –*

*Я совершенно спокоен(на) –*

*Полностью расслаблены мышцы моего тела Мне приятно –*

*Я спокоен(на) –*

*Я отдыхаю –*

*Я спокоен(на) Мой мысленный взор медленно скользит по лицу –*

*Расслаблены мышцы лба –*

*Мой лоб совершенно спокоен –*

*Расслаблены мышцы, сводящие брови –*

*Совершенно спокойны и закрыты мои глаза*

*Веки тяжелеют*

*Веки спокойные*

*Я стараюсь как можно глубже прочувствовать это ощущение*

*Расслаблены мои щеки –*

*Расслаблены мои жевательные мышцы –*

*Расслаблены мышцы губ –*

*Губы мои слегка разомкнуты*

*Мышцы моего лица расслаблены –*

*Мое лицо совершенно спокойно –*

*Я совершенно спокоен(на)*

*Приятный покой медленно разливается по моей голове*

*Мысли текут плавно, замедленно, вяло*

Совершенно спокоен мой мозг –  
Я безмятежно, спокойно отдыхаю –  
Каждая клеточка моего организма, каждый мой  
нерв наполнен покоем  
Меня ничто не отвлекает –  
Я абсолютно спокоен(на)  
Мой мысленный взор медленно скользит по носоглот-  
ке к гортани  
Дышится легко и свободно  
Я чувствую, как облегчение и покой наполняют мою  
грудь  
Приятный покой медленно разливается по моей груди  
Покой окутывает мое сердце Мое сердце работает  
спокойно и ровно  
Волны глубокого покоя медленно разливаются по мое-  
му телу  
Мои мысли сконцентрированы в подложечной обла-  
сти  
Мое солнечное сплетение постепенно теплеет –  
Теплая пульсирующая кровь согревает мое солнечное  
сплетение  
Я ощущаю приятное согревающее тепло в подло-  
жечной области  
Солнечное сплетение струит лучи тепла, покоя по  
всему телу  
Я чувствую легкую пульсацию в солнечном сплетении  
Каждый мой нерв наполняется желанным покоем  
Я совершенно спокоен(на) –  
На экране мысленного взора возникает картина леса –  
Я хочу представить лес –  
Вижу сочную изумрудную поляну –  
Я вижу синее небо  
Вижу пышные зеленые кроны деревьев –  
У меня хорошее настроение  
Я спокоен(на) –  
Меня ничто не отвлекает  
Я отдыхаю  
Я спокоен(на)  
Я полностью во власти покоя  
Я вижу березовую рощу, стройные березы, покрытые  
зеленой листвой  
Вижу между березами голубое небо  
Я вижу лесную поляну, ковер зеленой сочной травы  
Я стараюсь представить все это как можно ярче,  
образнее  
Медленно, спокойно скользит мой взор по травинкам,  
по листикам –  
Я спокоен(на)  
Я абсолютно спокоен(на)  
Проведенный сеанс благотворно действует на мою  
нервную систему  
Я с каждым днем становлюсь спокойнее, выносливее,  
крепче, сильнее  
Я чувствую, что каждый сеанс аутогенной трени-  
ровки приносит хорошее настроение, спокойный сон –  
Я совершенно спокоен(на) –  
Внутренний покой, даваемый аутогенной трениров-  
кой, становится моим верным спутником  
Мысленный взор вновь скользит по моим рукам –  
Мои руки тяжелые  
Я чувствую пульсацию в кончиках пальцев –  
Мои ладони теплые  
Мысленный взор скользит по моим ногам  
Мои ноги тяжелые, расслаблены –  
Спокойно мое лицо –  
Спокоен мой мозг

Чувством облегчения и покоя наполнена моя грудь –  
Спокойно и ровно работает мое сердце –  
Я чувствую тепло в солнечном сплетении –  
Я совершенно спокоен(на)  
Желанный покой остается, сохраняется во мне по-  
стоянно  
Делаю глубокий вдох и выдох  
Сжимаю каждую руку в кулак –  
Снимаю ощущение тяжести –  
Меня наполняют волны бодрости, энергии –  
Настроение отличное –  
Я прекрасно отдохнул(а)  
Разжимаю руки  
Делаю энергичный вдох и выдох  
Открываю глаза –  
Занятие окончено.

### **Антистрессовая релаксация (рекомендована Все- мирной организацией здравоохранения).**

- Лягте (в крайнем случае – присядьте) поудобнее в тихом, слабо освещенном помещении; одежда не должна стеснять ваших движений.
- Закрыв глаза, дышите медленно и глубоко. Сделайте вдох и примерно на 10 секунд задержите дыхание. Выдох делайте не торопясь, следите за расслаблением и медленно говорите себе: «Вдох и выдох, как прилив и отлив». Повторите эту процедуру пять – шесть раз. Затем отдохните около 20 секунд.
- Волевым усилием сокращайте отдельные мышцы или их группы. Сокращение удерживайте до 10 секунд, потом расслабьте мышцы. Таким образом пройдитесь по всему телу. При этом внимательно следите за тем, что с ним происходит. Повторите данную процедуру трижды, расслабьтесь, отрешитесь от всего, ни о чем не думайте.
- Попробуйте как можно конкретнее представить себе ощущение расслабленности, пронизывающее вас снизу доверху: от пальцев ног через икры, бедра, туловище до головы. Повторяйте про себя: «Я успокаиваюсь, мне приятно, меня ничто не тревожит».
- Представьте себе, что ощущение расслабленности проникает во все части вашего тела. Вы чувствуете, как напряжение покидает вас. Чувствуете, что расслаблены ваши плечи, шея, лицевые мускулы (рот может быть приоткрыт). Лежите спокойно, как «тряпичная кукла». Наслаждайтесь испытываемым ощущением около 30 секунд.
- Считайте до 10, мысленно говоря себе, что с каждой последующей цифрой ваши мышцы все более расслабляются. Теперь ваша единственная забота – о том, как насладиться состоянием расслабленности.
- Наступает «пробуждение». Сосчитайте до 20. Говорите себе: «Когда я досчитаю до 20, мои глаза откроются, я буду чувствовать себя бодрым. Неприятное напряжение в конечностях исчезнет».
- Данное упражнение рекомендуется выполнять два – три раза в неделю. Поначалу оно занимает около четверти часа, но при достаточном овладении им релаксация достигается быстро.

**Метод активной нервно-психической релаксации.**  
Метод разработан американским психологом Э. Джекобсоном, который установил, что отрицательные эмоции вызывают напряжение скелетной мускулатуры и соответствующие вегетативные сдвиги.

Главная цель метода заключается в обучении расслаблению. Он основан на взаимодействии тонуса мышц с эмоциональными реакциями организма и состоит из серии упражнений по произвольному расслаблению основ-

ных мышечных групп тела. Суть метода: произвольное расслабление мышц сопровождается снижением эмоционального напряжения.

Методика основана на контрасте ощущений, которые возникают сначала при напряжении отдельных групп мышц, а затем – при их расслаблении. Характерной особенностью каждого упражнения является чередование сильного напряжения и быстро следующего за ним расслабления соответствующей мышечной группы. Каждое упражнение выполняется два раза.

**Кисти.** Максимально сожмите пальцы рук в кулаки. Представьте себе, что вы выдавливаете из сосульки воду.

**Мышцы рук.** Руки вытяните вперед, пальцы широко разведите. Необходимо как бы дотянуться пальцами до противоположной стены.

**Плечи.** Дотянитесь плечами до мочек ушей.

**Грудь-спина.** Отведите назад плечи.

**Стопы.** Дотянитесь пальцами ног до середины голени.

**Голені, бедра.** Зафиксируйте пальцы ног, поднимите пятки.

**Верхняя треть лица.** Сделайте удивленное лицо, наморщите лоб.

**Средняя треть лица.** Скосите глаза, наморщите нос.

**Нижняя треть лица.** «Буратино» – отведите уголки рта «до ушей».

**Нижняя треть лица.** «Поцелуй» – сделайте губы хоботком, произнесите звук «у-тю-тю-тю».

Овладение методом активной нервно-психической релаксации требует соответствующей психологической подготовки:

- четко поставить перед собой цель, определить, что ты хочешь получить от этих занятий;
- создать настрой на регулярные занятия;
- понимать, что немедленных результатов не будет;
- верить в возможности предлагаемого метода.

**Овладение тактикой управления эмоциями.** Если внезапно вами овладела негативная эмоция (гнев, обида злора и т.д.), предлагаем выполнить ряд упражнений по оказанию скорой самопомощи:

**Первое** – успокоиться:

- выпейте воды – облегчение (сухость во рту);
- посидите спокойно или двигайтесь;
- сядьте прямо;
- сосчитайте до 10;

используйте слова, помогающие нейтрализовать подкорковую активизацию (например: слово – представление (образы, ощущения) – мышечная релаксация).

**Второе** – оценка происшедшего: что можно изменить и чего нельзя. Необходимо осознать источник возникшей эмоции, провести рефлексивный анализ, желателен в письменном виде. Схема анализа:

- дать точное описание волнующей ситуации;
- записать действия, которые можно предпринять;
- прибегнуть к альтернативе;
- представить желаемый исход;
- усилить энергию, используя самовнушение: «Я могу это сделать» – образ, что хочу;
- сформировать установку о том, что любой исход приемлем.

В процессе рефлексивного анализа недопустима негативная установка, самообвинение или обвинение других. Рефлексивный анализ развивает чувство того, что Вы примите все, что произойдет, а также сделаете все, что в ваших силах для решения волнующей проблемы.

**Третье** – принятие решения. Необходимо сконцентрироваться на той мысли, которая бы принесла успех.

Необходимо определить конкретные шаги на ближайший час, сутки и т.д.

**Четвертое** – действовать. Приступать к немедленному осуществлению принятого решения. Чаще всего волнение проходит, когда человек начинает действовать.

**Оценка эмоционального благополучия.** С помощью этой анкеты можно оценить уровень эмоционального благополучия. Обведите кружком цифры, соответствующие тем ответам, которые больше всего вам подходят.

	Согласен в значительной мере	Согласен до некоторой степени	Не согласен совершенно
1. У меня много друзей	2	1	0
2. Похоже, я нравлюсь людям	2	1	0
3. Я горжусь тем, как прожил свою жизнь до сих пор	2	1	0
4. Мне просто приспособиться к внезапным изменениям ситуации	2	1	0
5. Я знаю, что сам отвечаю за свою жизнь	2	1	0
6. Мне легко любить других людей	2	1	0
7. Мне нравится моя работа	2	1	0
8. Мне просто выражать мои чувства	2	1	0
9. Обычно я счастлив	2	1	0
10. Мне нравится большинство людей с которыми я знаком	2	1	0
11. Я знаю, что отношусь к тем, с кем люди хотели бы общаться	2	1	0
12. Мне бы не хотелось много менять в себе	2	1	0

Общее количество очков:

**Интерпретация. 22-24 очка:** Вы достигли эмоционального благополучия. Вы уважаете свою индивидуальность и умеете радоваться жизни.

**18-21:** Вас, вероятно, в какой-то степени можно назвать счастливым, но, по-видимому, вы не совсем довольны собой и недооцениваете себя как личность.

**17 очков и менее:** Вы могли бы получать от жизни намного больше радости, чем теперь.

**Заключение.** Экстремальные условия существования и абиологичный малоподвижный образ жизни современного человека быстро привели к снижению жизнеспособности организма, к росту заболеваемости, смертности, уменьшению продолжительности жизни, к очень плохому здоровью молодого поколения.

Одним из важнейших способов защиты в этой сложной ситуации является повышение адаптационных резервов организма человека.

Сегодня практически ни у кого не вызывает сомнения польза физкультуры. Однако она очень робко внедряет-

ся в повседневную жизнь большинства населения нашей страны. Пассивны в этом отношении медики, которые должны быть основными проводниками здорового образа жизни, и педагоги, воспитывающие детей, и даже многие специалисты физического воспитания, которые видят в тренировках лишь спортивный результат.

Какие же сверхдостоверные результаты исследований **полезности и необходимости** мобилизации собственных защитных сил организма в борьбе за выживаемость в современных условиях нужны, чтобы широко и постоянно использовать то, что предопределено самой биологической природой человека – естественные методы повышения жизнеспособности – физическую тренировку, закаливание и др.

Не случайно в последние годы активизировались научно-практические исследования, направленные на глубокое теоретическое обоснование и практическое внедрение естественных методов повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам среды. Сформировалось новое научное направление – адаптационная медицина, основным направлением которой является расширение компенсаторно-приспособительных возможностей, функциональных резервов организма, нормализация морфо-функциональных и биохимических нарушений естественным физиологичным путем, через адаптацию к различным факторам среды. При этом существенным является то, что адаптация к таким факторам, как систематическая физическая нагрузка или гипоксия ведет к многообразным перекрестным защитным эффектам, которые, в конечном итоге, обеспечивают повышение жизнеспособности, оздоровление и лечение организма.

Когда академику Н.М. Амосову задали вопрос, в чем он видит будущее медицины, он ответил: «В физических упражнениях!»

И действительно, трудно найти более простого и в то же время более могучего средства предупреждения за-

болеваний, укрепления защитных сил организма, повышения работоспособности, активного долголетия, чем физическая активность.

Ни одно лекарство не дает такой возможности эффективно нейтрализовать вредные влияния условий существования естественным физиологичным путем, как физическая культура.

Это подтверждает и многовековой опыт медицины, забытый последние годы в связи с широким использованием химиотерапии.

Безусловно, нельзя отрицать определенные успехи современной медицины в лечении многих заболеваний, но ее методы бессильны в главном – предупреждать болезнь, сохранять и укреплять здоровье.

Игнорирование законов биологии и закономерностей формирования организма человека привели к тому, что многие вопросы первичной профилактики сводятся преимущественно к необходимости совершенствования производственных, бытовых условий к потребностям организма человека, а не повышению уровня индивидуального здоровья. То, что физическое воспитание до сих пор не стало естественным спутником жизни населения, является результатом недооценки роли адаптационных возможностей самого организма к условиям среды.

Одной из причин пассивного отношения человека к физическому воспитанию является, видимо, недостаточный уровень знаний о его влиянии на процесс развития организма, на формирование и сохранение здоровья. Практика показывает, что не только население, но и многие специалисты (медики и педагоги) плохо информированы о естественных методах коррекции и укрепления здоровья.

Восполнению этого пробела в определенной степени и служит данное пособие.

## Раздел XIV. МЕТОДЫ СКРИНИНГ ДИАГНОСТИКИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

*Р.И. Айзман*

*Люди, которые считают себя здоровыми, просто не знают..., что они больны.*

*Жюль Ромен*

Исходя из указанных выше показателей индивидуального здоровья человека, для скрининг диагностики целесообразно отобрать достаточно простые, недорогие, информативные, адекватные методы оценки морфо-функциональных и психологических параметров организма, которые могут быть количественно измерены, и отражают объективное состояние субъекта.

### 1. Морфологические показатели

Для оценки физического развития обычно определяют рост, массу тела и окружность грудной клетки. Все показатели имеют нормативные значения с учетом возраста, пола и региона проживания и содержатся в оценочных таблицах физиологического развития.

#### **Методика измерения роста**

Обследуемый находится в положении «смирно», касаясь ростом пятками, ягодицами, лопатками. Голова находится в положении, при котором наружный угол глаза и наружный слуховой проход находятся на одном

горизонтальном уровне. Скользящую планку ростомера опускают до соприкосновения с головой. Точность измерения 0,5 см.

#### **Методика измерения массы тела**

Обследуемый без обуви встает на середину площадки весов, стоит спокойно. Точность взвешивания 50 г.

Лучший способ регистрация роста и веса с помощью универсальных весов-ростомера, предназначенных для измерения массы и роста человека.

#### **Методика измерения окружности грудной клетки**

Обследуемый занимает вертикальное положение. Портняжную сантиметровую ленту накладывают так, чтобы она проходила на уровне нижней границы лопаток (сразу же под ними) через соски у юношей, а у девушек над грудными железами по месту прикрепления четвертого ребра к груди (на уровне среднегрудной точки). При наложении ленты обследуемый несколько приподнимает руки, затем опускает их и стоит в спокойной стойке.

Измерение проводят при обычном, спокойном дыхании, во время спокойной беседы, в момент, когда грудная клетка находится в паузе в промежуточном положении между вдохом и выдохом.

Эту ленту следует менять после каждых 100 измерений, т.к. она растягивается в процессе обследований.

Однако большей информативностью обладают различные индексы, которые отражают индивидуальные особенности организма.

По данным длины (ДТ), массы тела (МТ) и окружности грудной клетки (ОГК) определяются индексы Кетле (ИК), стении (ИС), Пинье (ИП):

$$\begin{aligned} \text{ИК} &= \text{МТ, кг} / \text{ДТ, м}^2; \\ \text{ИС} &= \text{ДТ, см} / (2 \times \text{МТ, кг} + \text{ОГК, см}) \\ \text{ИП} &= \text{ДТ, см} - (\text{МТ, кг} + \text{ОГК, см}) \end{aligned}$$

Величина индекса Кетле характеризует тучность телосложения и может оказать помощь в выявлении избыточной массы тела и ожирения, в ориентировочной оценке типа конституции и функциональных возможностей кардиореспираторной системы. Величина индекса стении хорошо отражает степень выраженности продольных и поперечных размеров тела и пропорции телосложения (тип конституции).

Ориентировочно нормальная величина ИК у взрослого человека составляет 19-24 кг/м<sup>2</sup>. Увеличение ИК до 30 кг/м<sup>2</sup> свидетельствует о чрезмерной массе тела, а выше 30 – об ожирении.

Для расчета идеальной массы тела (ИМТ) можно использовать формулы:

мужчины:  $\text{ИМТ} = 50 + 2,3 \times (0,394 \times \text{ДТ} - 60)$

женщины:  $\text{ИМТ} = 45,5 + 2,3 \times (0,394 \times \text{ДТ} - 60)$ , где ИМТ – кг, ДТ – рост, см.

При избыточной массе тела на 10-15 % от ИМТ и ИК от 24 до 30 кг/м<sup>2</sup> целесообразно направить пациента к врачу диетологу, а при более высоких значениях – к эндокринологу – для выяснения причин ожирения. Если соответствующие значения меньше ИМТ на 10-15 %, а ИК – меньше 16 кг/м<sup>2</sup>, пациент нуждается в консультации психотерапевта и терапевта.

В некоторых исследованиях, например, при оценке типа ожирения, проводят также измерение окружности талии. Окружность талии (ОТ) является показателем отложения жировой ткани у человека в области живота (абдоминальное ожирение). Окружность талии измеряют в положении стоя, посередине расстояния между нижними ребрами (реберной дугой) и подвздошными гребнями. В идеале этот показатель не должен превышать 94 см у мужчин и 80 см – у женщин. При абдоминально-висцеральном ожирении, когда у человека увеличивается риск развития сахарного диабета II типа и сердечно-сосудистых заболеваний, этот показатель составляет более 102 сантиметров у мужчин и более 88 сантиметров у женщин.

Индексы стении и Пинье используют для оценки индивидуально-конституциональной принадлежности. ИС выше 1,25 свидетельствует о преобладании долихоморфного типа телосложения, ИС в интервале 0,85-1,25 – о мезоморфном типе, а ниже 0,85 – о брахиморфном типе.

ИП выше 30 характерен для астенического типа сложения, ИП в интервале от 10 до 30 – для нормостеников, а ниже 10 – для гиперстеников.

Эти показатели нужны для определения типа конституции, который влияет на развитие тех или иных заболеваний. Так, люди долихоморфного типа чаще болеют

заболеваниями органов дыхания, а брахиморфного – болезнями органов пищеварения, сердечно-сосудистыми, атеросклерозом. Поэтому знание конституциональных особенностей позволяет наметить стратегию поведения (образа жизни), способствующую предупреждению формирования определенной патологии.

## 2. Функциональные показатели

Наиболее информативным показателем функциональных резервов организма является состояние кардиореспираторной системы в покое и после нагрузок.

Для характеристики сердечно-сосудистой системы используют показатели.

Частота сердечных сокращений (ЧСС) – важная характеристика, позволяющая судить об адаптации системы кровообращения к потребностям организма. Она зависит от возраста, психологического состояния (при нервных нагрузках пульс учащается), физического перенапряжения, положения тела человека, температуры окружающей среды, принятия пищи. У людей с преобладанием симпатической регуляции имеет место тенденция к тахикардии, при преобладании парасимпатической регуляции – к брадикардии.

*Методика определения.*

Пульс измеряется путем пальпации лучевой артерии подушечками двух – трех средних пальцев кисти на внутренней поверхности предплечья на 2-3 см выше основания большого пальца и кнутри от лучевой кости, в состоянии покоя в течение 30 секунд, а после нагрузки – за 10 секунд. В настоящее время для автоматической регистрации ЧСС широко используются пульсометры.

В норме у взрослого человека в состоянии покоя (через 3-5 мин. отдыха в положении сидя) ЧСС колеблется в пределах 60-80 уд./мин, у женщин, как правило, несколько больше, чем у мужчин.

При правильно выполненном измерении ЧСС и обнаружении тахикардии целесообразно направить пациента на ЭКГ и консультацию терапевта и эндокринолога (например, учащение пульса наблюдается при повышении тонуса симпатической нервной системы, гиперфункции щитовидной железы, т.д.).

Важным показателем функционального состояния сердечно-сосудистой системы является артериальное давление (АД). Его величина может меняться в зависимости от возраста, пола, типа конституции, времени суток, состояния организма и т.д.

*Методика измерения.*

Артериальное давление измеряется в положении сидя аускультативным методом Короткова с помощью фонендоскопа и сфигмоманометра (или автоматическим тонометром, что делает измерения проще, но менее точными). Манжета прибора накладывается на обнаженное плечо. Плотность наложения: между манжеткой и поверхностью плеча пациента должен проходить указательный палец. Нижний край манжетки должен быть на 2,5 см выше локтевой ямки.

Затем необходимо быстро накачать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на локтевой артерии. Сдувать воздух из манжетки следует медленно – со скоростью 2 мм рт.ст. в секунду. Стетоскоп обычно располагается сразу над локтевой ямкой на внутренней поверхности плеча. Мембрана стетоскопа должна полностью плотно прилегать к поверхности плеча, но при этом следует избегать слишком сильного давления стетоскопом, так как оно может вызвать дополнительную компрессию плечевой артерии. Головка стетоскопа не должна касаться

манжетки или трубок, так как звук от соприкосновения с ними может нарушить восприятие тонов Короткова. Значение систолического АД определяют при появлении тонов Короткова по ближайшему делению шкалы (2 мм рт.ст.). Диастолическое АД определяют по уровню, при котором слышен последний отчетливый тон.

Измерение АД должно производиться после не менее 5-минутного отдыха. Не рекомендуется разговаривать во время проведения измерений, так как это может повлиять на уровень АД.

В норме в состоянии покоя систолическое АД (САД) составляет 100-139 мм рт.ст., диастолическое (ДАД) – 60-89 мм рт.ст. ВОЗ рекомендует следующие показатели АД:

Артериальное давление (категория)	Верхнее артериальное давление	Нижнее артериальное давление	Что предпринять?
Гипотония	ниже 100	ниже 60	Контроль врача
Оптимальное давление	100..120	60..80	Самостоятельный контроль
Нормальное давление	120..130	80..85	Самостоятельный контроль
Высокое нормальное давление	130..140	85..90	Самоконтроль, изменение образа жизни
Умеренная гипертония	140..160	90..100	На консультацию к врачу-кардиологу
Гипертония средней тяжести	160..180	100..110	На консультацию к врачу-кардиологу
Тяжелая гипертония	более 180	более 110	На консультацию к врачу-кардиологу

#### Важно помнить:

Если показатели артериального давления, измеренные в состоянии покоя, не являются необычными, но в состоянии физической или душевной усталости наблюдается чрезмерно высокие результаты – это может указывать на наличие так называемой лабильной (т. е. неустойчивой) гипертонии. Если имеются подозрения на это, следует направить к кардиологу.

Если при правильном измерении кровяного давления ниже кровяное давление составляет более 120 мм рт. ст., необходимо немедленно вызывать врача.

На основе данных о ЧСС и АД рассчитывают экономичность деятельности сердечно-сосудистой системы в покое (двойное произведение – ДП) по формуле:

$$ДП = (САД \times ЧСС) / 100$$

ДП менее 69 (независимо от пола) свидетельствует о высоких резервах и экономичности работы сердца, ДП выше 100 указывает на низкий уровень функциональных резервов сердца. Это требует специального кардиологического исследования для решения вопроса о наличии или отсутствии сердечной патологии и возможности физической тренировки для повышения резервов сердечной мышцы.

Качество реакции можно оценить, пользуясь показателем эффективности кровообращения (ПЭК):

$$ПЭК = (САД : ЧСС) \times 100,$$

где САД – систолическое давление после нагрузки, ЧСС – частота сердечных сокращений в минуту после

нагрузки. Для мужчин высокий уровень ПЭК находится в пределах 100-115, низкий – менее 70 или более 140; для женщин – высокий в пределах 89-105, низкий – менее 60 или более 135.

Показатель трактуется аналогично ДП.

Для оценки баланса симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы рассчитывают индекс Кердо.

Индекс Кердо (вегетативный) =  $(1 - ДАД : ЧСС) \times 100$

Индекс Кердо=0 (эйтония, баланс симпатических и парасимпатических влияний)

Индекс Кердо>0 (симпатикотония)

Индекс Кердо<0 (ваготония)

В зависимости от преобладания тонуса той или иной системы отмечаются различия многих психо-эмоциональных и вегетативных реакций.

*Симпатикотонические проявления:* ацидоз, относительное превалирование кальция, уменьшение соотношения альбумины/глобулины (относительное превалирование глобулинов), повышение уровня сахара в крови, снижение сывороточного холестерина, возрастание содержания кетоновых тел, повышение уровня основного обмена, возрастание температуры, лейкоцитоз с тенденцией к миелозу, уменьшение эозинофилов, относительная тахикардия, увеличение минутного объема сердца, повышение кровоснабжения скелетной мускулатуры, более интенсивная дыхательная деятельность, уменьшение секреторной функции и двигательной активности органов пищеварения, ограниченная деятельность уrogenитальной системы, особенно половых органов, повышенная активность сенсорных систем (органы чувств, головной мозг, двигательный аппарат); снижение порога раздражимости. В общем, характерными чертами симпатикотонии являются преобладание процессов диссимляции, экстравертированность, относительно большая активность, т.е. эрготропия.

*Парасимпатикотонические проявления:* алкалоз, относительное превалирование калия, увеличение соотношения альбумины/глобулины при снижении общего белка в сыворотке, снижение уровня сахара в крови, увеличение сывороточного холестерина, снижение содержания кетоновых тел, понижение уровня основного обмена, снижение температуры, уменьшение числа лейкоцитов с тенденцией к лимфоцитозу, увеличение числа эозинофилов, снижение частоты сердечных сокращений и минутного объема сердца, снижение кровоснабжения скелетной мускулатуры и головного мозга, уменьшение объема циркулирующей крови, большая задержка воды в тканях, прирост секреции желудочного, кишечного соков и желчи, возрастание двигательной активности гладкой мускулатуры, увеличенное выделение конечных продуктов обмена, ограничение связи с внешним миром, снижение мышечной деятельности, активности органов чувств и мышления, повышение порога раздражимости. Парасимпатикотония, таким образом, может быть охарактеризована через возрастание ассимиляции, снижение активности, интровертированность, т.е. тропотропия.

**Дополнительным показателем вегетативного обеспечения организма может служить индекс Хильдебранта (ИХ):**

$$ИХ = ЧСС / ЧД$$

где ЧД – число дыханий в 1 мин.

*Трактовка:* коэффициент 2,8-4,9 свидетельствует о нормальных межсистемных соотношениях. Отклонение от этих показателей свидетельствует о степени рас-



согласования в деятельности отдельных висцеральных систем. Все отмеченные показатели можно исследовать не только в покое, но и при нагрузках с целью уточнения вопросов вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Указанные показатели необходимо учитывать при анализе индивидуальных физиологических данных.

С целью изучения адаптации к физическим нагрузкам и оценки функциональных резервов организма проводится проба **PWC170** (в упрощенном варианте), рекомендованная Международной биологической программой Всемирной организации здравоохранения.

#### Методика определения.

Суть степ-теста заключается в восхождении и спуске со ступеньки определенной высоты и частоты в течение определенного времени. Темп движений задается метрономом. Подъем и спуск состоит их 4-х движений:

1. Обследуемый ставит на ступеньку одну ногу;
2. Ставит на ступеньку другую ногу (при это обе ноги выпрямляются);
3. Опускает на пол ногу, с которой начинал восхождение на ступеньку;
4. Ставит на пол другую ногу.

Таким образом, метроном следует настроить на частоту, в 4 раза превышающую частоту подъемов (например, при частоте подъемов 15 в минуту метроном настраивают на 60 уд/мин, при 25 подъемах – 100 уд/мин и т.п.). При этом каждому его удару должно точно соответствовать одно движение. В процессе степэргометрии необходимо держаться вертикально, а при спуске не отставлять ногу далеко назад.

Принцип расчета физической работоспособности (**ФР170**) основан на том, что в довольно большом диапазоне мощностей физических нагрузок взаимоотношения между частотой сердечных сокращений (**ЧСС**) и мощностью нагрузки оказываются практически линейными.

Зная мощность нагрузки и **ЧСС**, по специальной формуле можно определить величину показателя **PWC170**:

$$PWC170 = (170 - f_0) \times \frac{N}{f_1 - f_0},$$

где **N** – мощность нагрузки, **f<sub>0</sub>** – **ЧСС** в покое, **f<sub>1</sub>** – **ЧСС** после нагрузки.

Мощность нагрузки при степэргометрическом методе определения физической работоспособности рассчитывается по формуле:

$$N = n \times h \times p \times 1,33 \text{ (кгм/мин)}$$

где **N** – мощность нагрузки (кгм/мин), **n** – частота подъемов в 1 минуту, **h** – высота ступеньки (м), **p** – масса тела (кг), **1,33** – коэффициент, учитывающий величину работы при спуске со ступеньки. Обычно для юношей и мужчин дают нагрузку 30 подъемов/мин., а для женщин – 25 подъемов/мин. – в течение 3-х мин. при высоте ступеньки 0,3 м.

Вместо степэргометрической пробы можно проводить велоэргометрический тест по общепринятым в практической кардиологии правилам.

#### Методика проведения.

Тест проводится в режиме ступенчатого возрастания нагрузки с длительностью каждой ступени 3 мин. без перерывов на отдых и частотой педалирования 60 об/мин. Мощность первой ступени выбирают в зависимости от массы тела, пола, физической тренированности обследуемого: 30, 50 или 75 Вт с прибавлением на каждой последующей ступени по 30, 50 или 75 Вт соответственно.

Измерение **ЧСС** и **АД** проводят в конце каждой ступени. Общая продолжительность нагрузки не должна превышать 12 мин.

Следовательно, чем больше мощность выполняемой работы при пульсе 170 уд/мин, тем выше физическая работоспособность человека, тем больше функциональные возможности кардиореспираторного аппарата, больше резервы организма данного человека.

Существенное влияние на величину этого показателя оказывает масса тела. В связи с этим для нивелирования индивидуальных различий определяют и оценивают не только абсолютные, но и относительные показатели физической работоспособности, рассчитанные на 1 кг массы тела (**PWC170/кг**). В норме он должен составлять у мужчин более 19 кгм/кг, у женщин – более 17 кгм/кг. Значения **PWC170/кг** ниже 10 кгм/кг для мужчин и ниже 8 кгм/кг для женщин свидетельствуют о низкой физической работоспособности организма. Это может быть связано с недостаточной тренированностью, низкими функциональными резервами сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что требует специального обследования в кардиологическом диспансере.

На основе тесной зависимости между физической работоспособностью **PWC170** и максимальным потреблением кислорода (**МПК**) предложена формула для расчета **МПК**:

$$MПК = 1,7 \times PWC170 + 1240 \text{ (мл/мин)}$$

Высокий уровень **МПК**, характеризующий хорошее физическое состояние, составляет для мужчин в зависимости от возраста (старше 50 и менее 30 лет) соответственно больше 43-52 мл/мин/кг, низкий уровень – менее 25 мл/мин/кг (Купер, 1970). Уровни **МПК** ниже 40-42 мл/мин/кг для мужчин и 33-35 мл/мин/кг для женщин считаются критическими, ниже которых имеет место проявление соматических заболеваний.

Кроме того можно рассчитать относительный показатель **МПК** к должным величинам (**ДМПК**) для данного возраста по формулам Л.А.Синякова:

Для мужчин  $ДМПК = 52 - 0,25 \times \text{возраст}$

Для женщин  $ДМПК = 44 - 0,20 \times \text{возраст}$

Чтобы получить представление об уровне физического состояния индивида рассчитывают отношение **МПК** к **ДМПК** (в %) и пользуются таблицей (табл. 14.1)

Определение степени физической работоспособности пациента, его уровня физического состояния (функционального класса) является обязательным при подборе оздоровительной программы, особенно включающей физическую нагрузку.

Для лиц пожилого возраста можно использовать **пробу Руфье** (30 приседаний за 45 сек.).

#### Методика проведения.

В положении сидя определяется пульс за 15 секунд. Затем пациент выполняет 30 глубоких приседаний за 45 секунд. После выполненной нагрузки обследуемый

Таблица 14.1

#### Уровень физического состояния (по Е.А. Пироговой)

Уровень физического состояния	% ДМПК
Низкий	50-60
Ниже среднего	61-74
Средний	75-90
Выше среднего	91-100
Высокий	101 и выше

сразу садится, пульс считают за первые 15 секунд и последние 15 секунд первой минуты отдыха.

Индекс Руфье рассчитывается по формуле:

$$[4(P_1+P_2+P_3)-200]/10,$$

где  $P_1$  – пульс за 15 сек. в покое до выполнения приседаний;  $P_2$  – пульс за первые 15 сек. после выполнения физической нагрузки;  $P_3$  – пульс за последние пятнадцать секунд первой минуты периода отдыха.

Оценка работоспособности сердца по индексу Руфье:

менее 0 – атлетическое сердце;

от 0,1 до 5 – «отлично», очень хорошее сердце;

от 5,1 до 10 – «хорошо», хорошее сердце;

от 10,1 до 15 – «удовлетворительно», сердечная недостаточность средней степени;

от 15,1 до 20 – «плохо», сердечная недостаточность сильной степени.

При удовлетворительном и плохом уровне сердечной деятельности пациент нуждается в кардиологическом обследовании.

При низких резервах сердца можно дозированную физическую нагрузку снизить до 20 приседаний за 30 сек. (проба Мартине-Кушелевского) и оценивать при этом прирост ЧСС (в %) после нагрузки по формуле:

$$\frac{(\text{ЧСС после пробы} - \text{ЧСС покоя}) \times 100}{\text{ЧСС покоя}}$$

а также изменение АД.

#### **Методика проведения.**

В положении сидя определяется пульс за 10 секунд и артериальное давление. С манжетой на руке пациент выполняет 20 глубоких приседаний за 30 секунд. После выполненной нагрузки обследуемый сразу садится, в течение трех минут считают пульс и измеряют давление. На первой минуте первые 10 сек измеряется пульс, следующие 40 сек – артериальное давление, в последние 10 сек – пульс. На второй и третьей минутах повторяется измерение.

Выделены основные типы реакций:

#### 1. Нормотонический тип

Учащение пульса на 60-80 %, повышение систолического давления на 15-20 %, снижение диастолического давления на 20-30 %.

#### 2. Астенический тип

Учащение пульса на 100 %, систолическое и диастолическое давления изменяются незначительно.

#### 3. Гипертонический тип

Учащение пульса более чем на 100 %, повышение систолического артериального давления более, чем на 20 % и диастолического – более, чем на 10 %.

У здоровых людей восстановление показателей до исходного уровня происходит менее чем за 3 мин.

Проба выявляет тип реагирования и функциональные резервы сердечно-сосудистой системы. При 2 и 3 типах реагирования и невосстановлении показателей до исходного уровня за 3 мин. требуется направить пациента для кардиологического обследования.

Для оценки функционального состояния дыхательной системы человека определяют жизненную емкость легких (ЖЕЛ) и рассчитывают жизненный индекс (ЖИ). ЖЕЛ – максимальное количество воздуха, выдыхаемое после самого глубокого вдоха. Является одним из основных показателей не только состояния аппарата внешнего дыхания, но и органов кровообращения, поскольку выполняют одну общую задачу: удовлетворение потребность организма в кислороде. Величина ЖЕЛ зависит

от возраста, пола, физического развития, конституции и тренированности.

#### **Методика измерения спирометром.**

Для определения ЖЕЛ применяют сухие и водяные спирометры. Более надежным и точным является водяной спирометр. Вначале обследуемый делает 1-2 свободных вдоха и выдоха, затем делает глубокий максимальный вдох, берет мундштук трубки спирометра в рот, плотно обхватывает его губами и, зажав нос пальцами свободной руки, делает плавный максимально возможный выдох в течение 5-7 сек. Исследование проводят 2-3 раза с интервалом 30-60 сек. и записывают лучший результат (в миллилитрах) Точность измерения 100 мл.

Для оценки индивидуальной величины ЖЕЛ на практике принято сравнивать ее с так называемой должной ЖЕЛ (ДЖЕЛ), которую вычисляют по различным эмпирическим формулам. Так, исходя из показателей роста (Р) обследуемого в метрах и его возраста в годах (В), ДЖЕЛ (в литрах) можно рассчитать по следующим формулам:

для мужчин:

$$\text{ДЖЕЛ} = 5,2 \times \text{Р} - 0,029 \times \text{В} - 3,2;$$
$$\text{или } 40 \times \text{Р (см)} + 30 \times \text{Вес (кг)} - 4400;$$

для женщин:

$$\text{ДЖЕЛ} = 4,9 \times \text{Р} - 0,019 \times \text{В} - 3,76;$$
$$\text{или } 40 \times \text{Р (см)} + 10 \times \text{Вес (кг)} - 3800;$$

для девочек от 4 до 17 лет при росте от 1 до 1,75 м:

$$\text{ДЖЕЛ} = 3,75 \times \text{Р} - 3,15;$$

для мальчиков того же возраста при росте до 1,65 м:

$$\text{ДЖЕЛ} = 4,53 \times \text{Р} - 3,9,$$

а при росте свыше 1,65 м:

$$\text{ДЖЕЛ} = 10 \times \text{Р} - 12,85.$$

Превышение должных значений ЖЕЛ любой степени не является отклонением от нормы, у физически развитых лиц, занимающихся физкультурой и спортом (особенно плаванием, боксом, легкой атлетикой), индивидуальные значения ЖЕЛ иногда превышают ДЖЕЛ на 30 % и более. ЖЕЛ считается сниженной, если ее фактическая величина составляет менее 80 % ДЖЕЛ. Снижение жизненной емкости легких чаще всего наблюдается при болезнях органов дыхания и патологических изменениях объема грудной полости; во многих случаях оно является одним из важных патогенетических механизмов развития дыхательной недостаточности.

Поскольку обеспечение организма кислородом зависит не только от вентиляции легких, но и от массы тела, более информативным для индивидуального скрининга является жизненный индекс.

Для расчета жизненного индекса используют формулу:

$$\text{ЖИ} = \frac{\text{ЖЕЛ (мл)}}{\text{Масса тела (кг)}}$$

В юношеском и зрелом возрасте у мужчин ЖИ должен превышать 70, у женщин – 65 мл/кг.

Для оценки функционального состояния мускулатуры человека с помощью динамометра определяют кистевую силу рук (КС) и индекс кистевой силы (КИ – кистевой индекс), который отражает величину относительно массы тела.

#### **Методика измерения кистевой силы.**

Обследуемый стоит в стойке ноги на ширине плеч, рука с динамометром точно в сторону, динамометр в вер-

тикальном положении измерительной стрелкой к большому пальцу.

По команде обследуемый с максимальным усилием плавно без рывка и не опуская руки сжимает кистью динамометр.

Измерение проводится дважды с фиксацией лучшего результата для каждой руки с точностью до 1-2-х кг.

$$KI = \frac{1/2 \cdot (KC \text{ правой} + KC \text{ левой}) \text{ кг}}{\text{масса тела (кг)}}$$

У взрослых здоровых мужчин в норме он должен превышать 1,0, у женщин – 0,75.

Оценка уровня физического здоровья человека по отдельным, пусть даже информативным показателям, не дает целостного представления о резервах организма. Необходимо интеграция отдельных морфо-функциональных показателей с целью получения суммарного количественного показателя (индекса физического здоровья).

Можно выделить несколько подходов к интегративной оценке здоровья человека.

1. Согласно концепции Р.М. Баевского (1979), диагностика здоровья должна базироваться на оценке адапционно-приспособительных возможностей организма. На основе этого подхода он разработал классификацию функциональных состояний (или уровней здоровья), обозначаемых как адаптационный потенциал (АП) и выделил 4 состояния:

- уровень удовлетворительной адаптации организма к условиям окружающей среды при высоких или достаточных функциональных возможностях организма;
- состояние напряжения адаптационных механизмов, при котором функциональные возможности обеспечиваются за счет мобилизации функциональных резервов;
- неудовлетворительная адаптация организма при сниженных функциональных возможностях;
- срыв адаптации, сопровождающийся резким снижением функциональных возможностей организма.

Расчет АП (в баллах) проводится по формуле:

$$AP = 0,011(ЧСС) + 0,014(САД) + 0,008(ДАД) + 0,014(V) + 0,009(МТ) - 0,009(P) + 0,004(П) - 0,273, \text{ где:}$$

**ЧСС** – частота сердечных сокращений в мин.; **САД** и **ДАД** – систолическое и диастолическое артериальное давление в мм.рт.ст.; **V** – возраст в годах; **МТ** – масса тела в кг; **P** – рост в см; **П** – пол (муж –1, жен. – 2).

**АП** соответствует следующим значениям:

Удовлетворительная адаптация – не превышает 2,1 балла;

Состояние напряжения адаптационных механизмов: 2,11-3,2 балла;

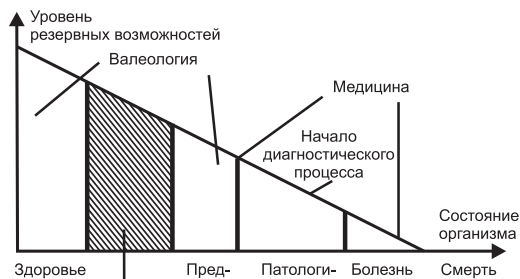
Неудовлетворительная адаптация: 3,21-4,3 балла;

Срыв адаптации – не менее 4,31 балла.

**Пациенты с состоянием напряжения адаптационных механизмов, неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптации нуждаются в углубленном обследовании и дальнейшем определении стратегии коррекции и лечения.**

2. Подход, основанный на модели Г.Л. Апанасенко (1988), заключается в том, что уровень здоровья определяется величиной резервных возможностей организма: чем выше резервные возможности организма, тем выше уровень здоровья (рис. 14.1).

В этой связи Г.Л. Апанасенко и соавт. на основе морфофункциональных показателей, описанных ранее, предложили систему тестов, позволяющих интегрально оценивать здоровье человека (табл. 14.2)



Шaded area – Состояния, имеющие эндогенные факторы риска и экзогенные отягощения

Рис. 14.1. Взаимосвязь уровней здоровья и резервных возможностей организма.

**При низком и ниже среднего уровне здоровья пациенты нуждаются в углубленном обследовании для выявления причин и последующей коррекции (лечения).**

Однако, учитывая, что данная система показателей не учитывает в достаточной степени функциональные возможности сердечно-сосудистой системы и требует ручной обработки данных, нами разработана компьютерная программа экспертной оценки уровня физического здоровья человека, позволяющая получить его интегральную характеристику (табл.14.3, 14.4).

**Стратегия действий та же, что и в предыдущем варианте обследования** (по Г.Л. Апанасенко, Р.Г. Науменко, 1988).

### 3. Биохимические показатели

Наряду с физиологическими показателями, для донологической диагностики физического здоровья большое значение имеют биохимические показатели плазмы крови, отражающие состояние основных гомеостатических параметров. Среди них:

#### 1. Концентрация глюкозы в крови.

Если содержание глюкозы в 2-х или более пробах крови, взятых в разные дни утром натощак, окажется выше 125 мг/% (6,5 ммоль/л), то это может свидетельствовать о заболевании диабетом.

Если уровень глюкозы находится в пределах 110-125 мг/% (6,0-6,5 ммоль/л), то существует реальная угроза заболевания.

Нормальный уровень глюкозы в плазме крови натощак – не выше 100 мг/% (5,5 ммоль/л).

Однако более объективным тестом для выявления ранних стадий сахарного диабета или для выяснения предрасположенности к этому заболеванию является проба с сахарной нагрузкой (глюкозотолерантный тест). Утром натощак у больного исследуют сахар крови, затем в растворе дают ему выпить 50-75 г сахара или чистой глюкозы. Далее исследуют сахар крови на протяжении 2 часов через каждые 30 минут. У здорового человека при нормальной функции поджелудочной железы концентрация глюкозы в плазме крови после нагрузки не должна превышать 140 мг/% (7,8 ммоль/л).

При превышении тощачовой или после нагрузочной концентрации глюкозы в крови пациент направляется к эндокринологу (диабетологу).

#### 2. Содержание холестерина

Общий холестерин складывается из холестерина высокой плотности (ЛПВП-α, «хорошего») и холестерина низкой плотности (ЛПНП-β, «плохого»). Первый тормозит развитие атеросклероза и препятствует сужению и закупорке сосудов, второй, наоборот, способствует отло-

**Экспресс-оценка уровня физического здоровья у мужчин и женщин  
(по Г.Л. Апанасенко, Р.Г. Наumenко, 1988)**

Показатели	Пол	Функциональные классы, уровни				
		1	2	3	4	5
		низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий
Индекс Кетле, кг/м <sup>2</sup> Баллы	М	≤18,9	19.0-20.0	20.1-25.0	25.1-28.0	≥28.1
	Ж	≤16,9	17.0-18.6	18.7-23.8	23.9-26.0	≥26.1
		-2	-1	0	-1	-2
Жизненный ин- декс, мл/кг Баллы	М	50	51-55	56-60	61-65	66
	Ж	40	41-45	46-50	51-57	57
		-1	0	1	2	3
Двойное произ- ведение Баллы	М	111	95-110	85-94	70-84	69
	Ж	111	95-110	85-94	70-84	69
		-2	-1	0	3	5
Время восстано- вления ЧСС после 20 приседаний за 30 сек. (мин, сек.) Баллы	М	3	2-3	1,3-1,6	1-1,29	0,59
	Ж	3	2-3	1,3-1,6	1-1,29	0,59
		-2	1	3	5	7
Кистевой индекс, % Баллы	М	60	61-65	66-70	71-80	81
	Ж	40	41-50	51-55	56-60	61
		-1	0	1	2	3
Общая оценка уровня здо- ровья (баллы)		≤3	4-5	7-11	12-15	16-18

Таблица 14.3

**Экспертная оценка уровня здоровья мужчин (Айзман Р.И. и др., 2011)**

Показатель	Низкий уровень	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий уровень
ИК, кг/м <sup>2</sup>	≤18,9 19.0-20.0 20.1-25.0 25.1-28.0 ≥28.1				
Баллы	-2	- 1	0	-1	-2
ЖИ, мл/кг	50 и менее	51-55	56-60	61-65	66 и более
Баллы	0	1	2	4	5
КИ, %	60 и менее	61-65	66-70	71-80	81 и более
Баллы	0	1	2	3	4
ДП	100-111 и более	95-110	85-94	70-84	69 и менее
Баллы	-2	0	2	3	4
PWC170/кг, кгм/мин·кг	Менее 10,0	10,0-13,0	13,1-16,0	16,1-19,0	более 19,0
Баллы	1	2	3	4	5
ПЭК	Менее 70 или более 140	70-79 или 136-140	80-89 или 126-135	90-99 или 116-125	100-115
Баллы	1	2	3	4	5
Общая сумма	5	6-10	11-14	15-17	18-22

Экспертная оценка уровня здоровья женщин (Айзман Р.И. и др., 2011)

Показатель	Низкий уровень	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий уровень
ИК, кг/м <sup>2</sup>	≤16,9 17.0-18.6 18.7-23.8 23.9-26.0 ≥26.1				
Баллы	-2	-1	0	-1	-2
ЖИ, мл/кг	40 и менее	41-45	46-50	51-55	56 и более
Баллы	0	1	2	4	5
КИ, %	40 и менее	41-50	51-55	56-60	61 и более
Баллы	0	1	2	3	4
ДП	100-111	95-110	85-94	70-84	69 и менее
Баллы	-2	0	2	3	4
RWC170/кг, кгм/мин·кг	Менее 8,0	8,0-11,0	11,1-14,0	14,1-17,0	более 17,0
Баллы	1	2	3	4	5
ПЭК	Менее 60 или более 135	60-69 или 126-135	70-79 или 116-125	80-89 или 106-115	90-105
Баллы	1	2	3	4	5
Общая сумма	6	7-10	11-14	15-17	18-22

жению бляшек на внутренних стенках артерий, развитию атеросклероза и закупорке сосудов тромбами.

Для скрининга необходимо по крайней мере определение триглицеридов, общего холестерина, ЛПВП ( $\alpha$ -холестерина) и ЛПНП ( $\beta$ -липопротеина) в венозной крови, взятой натощак через 12-14 час. после приема пищи.

Оптимальные значения уровня общего холестерина в зависимости от возраста должны быть ниже 200 мг% (5,2 ммоль/л); триглицеридов – ниже 200 мг% (2,3 ммоль/л); ЛПНП ( $\beta$ ) – не выше 130 мг% (3,4 ммоль/л), а ЛПВП ( $\alpha$ ) – больше 35 мг% (0,9 ммоль/л).

#### **Важные показатели**

##### **Общий холестерин**

200-239 мг%: максимально допустимое значение, высокий уровень холестерина в крови

240 мг% и выше: слишком высокий уровень холестерина в крови

##### **ЛПВП холестерин**

Менее 35 мг%: низкий уровень холестерина ЛПВП (чем выше этот показатель, тем лучше)

##### **ЛПНП холестерин**

От 130 до 159 мг%: максимально допустимый уровень, высокий риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

160 мг% или выше: очень высокий риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

##### **Триглицериды**

200-400 мг%: максимально допустимый уровень

400-1000 мг%: высокий уровень триглицеридов

Более 1000 мг%: очень высокий уровень триглицеридов

Превышение уровня общего холестерина выше оптимальных значений и понижение ЛПНП требует консультации терапевта, специалистов по питанию и физкультуре для решения вопроса о традиционном лечении, коррекции образа жизни (рациона питания, физической активности, режима дня).

#### **3. Концентрация креатинина.**

Креатинин, являясь продуктом белкового обмена, выделяется из организма только почками, поэтому его кон-

центрация в крови отражает функциональное состояние этого органа. В норме она составляет менее 70-120 мг% (0,7-1,2 ммоль/л). Поскольку незначительное повышение уровня креатинина в крови часто протекает бессимптомно, его раннее выявление очень важно для своевременной консультации нефролога и организации лечения развивающейся почечной недостаточности.

#### **4. Общий анализ крови, мочи и кала.**

Важное значение в процессе диспансеризации имеют также общеклинические показатели общего анализа крови, мочи и кала. И хотя эти анализы, как правило, проводятся до или после диспансеризации, результаты их имеют большое значение для выявления заболеваний. Поэтому мы сочли необходимым подробнее остановиться на трактовке результатов анализов с позиции выявления признаков различных нарушений.

**Общий (клинический) анализ крови** – это один из наиболее распространенных методов обследования, который позволяет врачу выяснить причины некоторых симптомов (например, слабость, головокружение, повышение температуры тела и др.), а также выявить некоторые заболевания крови и других органов. Для проведения общего анализа крови обычно берут капиллярную кровь из пальца, или кровь из вены. Нельзя делать заключения (особенно при наличии отклонений от нормы) только по одному лишь анализу крови. Как правило, нужно сдать анализ еще раз, чтобы исключить ошибки в лаборатории или случай, когда пациент не правильно выполнил подготовку к сдаче этих анализов. *Никакой особенной подготовки проведение общего анализа крови не требует, однако кровь для этого обследования рекомендуется сдавать утром, натощак.* Перед сдачей анализов крови запрещено есть жирную пищу, и употреблять алкоголь. Усталость и болезненное состояние также сказываются на результатах анализа (табл. 14.5).

Следует отметить, что некоторые лаборатории указывают в результате анализов другие нормы, что связано с наличием нескольких методов подсчета показателей. В таких случаях, интерпретация результатов общего анализа крови осуществляется по заданным нормам.

## Значение некоторых показателей

Показатель	Что означает	Норма
<b>Число эритроцитов</b> (RBC – английская аббревиатура <i>red blood cell count</i> – количество красных кровяных телец).	Если уровень эритроцитов ниже нормы (анемия) организм получает недостаточные количества кислорода. Если уровень эритроцитов выше нормы (полицитемия, или эритроцитоз) имеется высокий риск того, что красные кровные клетки склеятся между собой и заблокируют движение крови по сосудам (тромбоз).	4,3-6,2 × 10 <sup>12</sup> /л для мужчин 3,8-5,5 × 10 <sup>12</sup> /л для женщин 3,8-5,5 × 10 <sup>12</sup> /л для детей
<b>Гемоглобин</b> (HGB, Hb)	Снижение уровня гемоглобина (анемия) приводит к кислородному голоданию организма. Повышение уровня гемоглобина, как правило, говорит о высоком количестве эритроцитов, либо об обезвоживании организма.	120-140 г/л
<b>Гематокрит</b> (HCT)	Гематокрит, как правило, выражается в процентах: например, гематокрит (HCT) 39 % означает, что 39 % объема крови представлено красными кровяными тельцами. Повышенный гематокрит встречается при эритроцитозах, а также при обезвоживании организма. Снижение гематокрита указывает на анемию, либо на увеличение количества жидкой части крови.	39-49 % для мужчин 35-45 % для женщин
<b>Ширина распределения эритроцитов</b> (RDWc)	Ширина распределения эритроцитов – это показатель, который говорит о том, насколько сильно эритроциты отличаются между собой по размерам. Если в крови присутствуют и крупные и мелкие эритроциты, ширина распределения будет выше, такое состояние называется анизоцитозом. Анизоцитоз – это признак железодефицитной и др. видов анемий.	11,5-14,5 %
<b>Средний объем эритроцита</b> (MCV)	Эритроциты с малым средним объемом встречаются при микроцитарной анемии, железодефицитной анемии и пр. Эритроциты с повышенным средним объемом встречаются при мегалобластной анемии (анемия, которая развивается при дефиците в организме витамина B12, либо фолиевой кислоты).	80-100 фл
<b>Среднее содержание гемоглобина в эритроците</b> (MCH)	Снижение этого показателя встречается при железодефицитной анемии, увеличение – при мегалобластной анемии (при дефиците витамина B12 или фолиевой кислоты).	26-34 пг (pg)
<b>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците</b> (MCHC)	Снижение этого показателя встречается при железодефицитных анемиях, а также при талассемии (врожденное заболевание крови). Повышение этого показателя практически не встречается.	30-370 г/л (g/l)
<b>Число тромбоцитов</b> (красных пластинок, PLT – английская аббревиатура <i>platelets</i> – пластинки)	Повышение уровня тромбоцитов в крови встречается при некоторых заболеваниях крови, а также после операций, после удаления селезенки. Снижение уровня тромбоцитов встречается при некоторых врожденных заболеваниях крови, апластической анемии, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (разрушение тромбоцитов из-за повышенной активности иммунной системы), циррозе печени и др.	180-320 × 10 <sup>9</sup> /л
<b>Число лейкоцитов</b> (WBC – английская аббревиатура <i>white blood cell count</i> – количество белых кровяных телец)	Высокий уровень лейкоцитов говорит о наличии бактериальной инфекции, а снижение числа лейкоцитов встречается при приеме некоторых лекарств, заболеваниях крови и др.	4,0-9,0 × 10 <sup>9</sup> /л
<b>Содержание лимфоцитов</b> (LYM английское сокращение, LY % процентное содержание лимфоцитов)	Увеличение числа лимфоцитов (лимфоцитоз) встречается при некоторых инфекционных заболеваниях (краснуха, грипп, токсоплазмоз, инфекционный мононуклеоз, вирусный гепатит и др.), заболеваниях крови (хронический лимфолейкоз и др). Уменьшение числа лимфоцитов (лимфопения) встречается при тяжелых хронических заболеваниях, СПИДе, почечной недостаточности, приеме некоторых лекарств, подавляющих иммунитет (кортикостероиды и др.).	LY % 25-40 % LYM# 1,2-3,0 × 10 <sup>9</sup> /л (или 1,2-63,0 × 10 <sup>3</sup> /мкл)
<b>Содержание смеси моноцитов, эозинофилов, базофилов и незрелых клеток</b> (MID, MXD)	Абсолютное и процентное содержание этого показателя повышается, если увеличивается число одного из видов клеток, входящих в его состав. Для определения характера изменений, как правило, изучают процентное соотношение каждого вида клеток (моноцитов, эозинофилов, базофилов и их предшественников).	MID# (MID, MXD#) 0,2-0,8 × 10 <sup>9</sup> /л MID% (MXD%) 5-10 %

Показатель	Что означает	Норма
<b>Количество гранулоцитов (GRA, GRAN)</b>	Гранулоциты представлены 3 типами клеток: нейтрофилы, эозинофилы и базофилы. Эти клетки участвуют в борьбе с инфекциями, в воспалительных и аллергических реакциях. Гранулоциты, как правило, повышены при наличии воспаления в организме. Снижение уровня гранулоцитов встречается при апластической анемии, после приема некоторых лекарств, а также при системной красной волчанке и др.	GRA# 1,2-6,8 x 10 <sup>9</sup> /л (или 1,2-6,8 x 10 <sup>3</sup> /мкл) GRA % 47-72 %
<b>Количество моноцитов (MON)</b>	Повышенное содержание моноцитов встречается при некоторых инфекционных заболеваниях (туберкулез, инфекционный мононуклеоз, сифилис и др.), ревматоидном артрите, заболеваниях крови. Снижение уровня моноцитов встречается после тяжелых операций, приема лекарств, подавляющих иммунитет (кортикостероиды и др.).	MON % 4-10 % MON# 0.1-0.7 x 10 <sup>9</sup> /л (или 0,1-0,7 x 10 <sup>3</sup> /мкл)
<b>Скорость оседания эритроцитов, СОЭ, ESR.</b>	Повышенная СОЭ указывает на возможное воспаление в организме из-за увеличенного содержания воспалительных белков в крови. Кроме того, повышение СОЭ встречается при анемиях, злокачественных опухолях и др. Уменьшение СОЭ встречается нечасто и говорит о повышенном содержании эритроцитов в крови, либо о других заболеваниях крови.	До 10 мм/ч для мужчин До 15 мм/ч для женщин

Анализ мочи – является стандартным лабораторным исследованием в диагностике практически любых заболеваний и при профилактических осмотрах (табл. 14.6). Для общего анализа необходимо 100-200 мл первой утренней порции мочи, которую собирают в чистую сухую стеклянную посуду. Перед забором мочи необходимо туалет наружных половых органов. Количественное определение составных частей мочи (например, сахара при сахарном диабете) проводят из суточного количества

Таблица 14.6

## Значения анализа мочи в норме

Показатели мочи	Результат
Количество мочи на анализ	Значения не имеет
Цвет мочи	Соломенно-жёлтый
Прозрачность мочи	Прозрачная
Запах мочи	Нерезкий, неспецифический
Реакция мочи или pH	Кислая, pH меньше 7
Удельный вес мочи	1,018 и более в утренней порции
Белок в моче	Отсутствует
Кетоновые тела в моче	Отсутствуют
Билирубин в моче	Отсутствует
Уробилиноген в моче	5-10 мг/л
Гемоглобин в моче	Отсутствует
Эритроциты в моче (микроскопия)	0-3 в поле зрения для женщин 0-1 в поле зрения для мужчин
Лейкоциты в моче (микроскопия)	0-6 в поле зрения для женщин 0-3 в поле зрения для мужчин
Эпителиальные клетки в моче (микроскопия)	0-10 в поле зрения
Цилиндры в моче (микроскопия)	Отсутствуют
Соли в моче (микроскопия)	Отсутствуют
Бактерии в моче	Отсутствуют
Грибы в моче	Отсутствуют
Паразиты в моче	Отсутствуют

мочи. Мочу собирают за сутки в один сосуд, измеряют общее количество, направляют на исследование 100-150 мл. Для бактериологического анализа достаточно 10 мл мочи, собранной в стерильную пробирку.

**Физико-химические характеристики мочи****Цвет мочи**

На цвет мочи могут оказывать влияние потребленные продукты, медикаменты, жидкости. Но так же темный цвет мочи может свидетельствовать о заболеваниях печени (гепатит, желчекаменная болезнь) или крови (гемолитическая анемия, болезнь Виллебранда).

**Причины изменения цвета мочи**

- **Темная моча (цвета крепкого черного чая)** – заболевания печени (гепатит, цирроз, печеночная недостаточность, желчекаменная болезнь), массивное разрушение эритроцитов (после переливания крови, ряд инфекций, малярия), употребление следующих продуктов:

- **Темно-желтый цвет** – обезвоживание организма на фоне рвоты, диареи, снижения потребляемой жидкости, сердечная недостаточность

- **Бледная или бесцветная моча** – сахарный диабет, несахарный диабет, обильное питье, патология почек (нарушенная концентрационная функция почек).

- **Красноватый цвет мочи** – употребление в пищу пигментированных фруктов и овощей (свекла, морковь, черника, виноград)

- **Красный цвет мочи** – насыщенный красный цвет может свидетельствовать о наличии крови в моче. Этот симптом может наблюдаться при: мочекаменной болезни, раке мочевого пузыря, инфаркте почки, пиелонефрите, гломерулонефрите.

- **Цвет мясных помоев** – моча мутная, с взвесью коричнево-серой мути.

- **Красно-коричневый цвет** – применение препаратов: метронидазол, сульфониламидных препаратов, препаратов из толокнянки.

- **Черный цвет** – может наблюдаться при таких болезнях как: болезнь Макиава Микелли, алкаптонурия, меланома

**Прозрачность мочи**

В норме моча в течение нескольких часов после наполнения тары должна быть прозрачной. Небольшое помутнение возможно за счет наличия в ней умеренного количества эпителиальных клеток или слизи.

### **Причины мутной мочи**

- Наличие в ней эритроцитов (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, рак мочевого пузыря, простаты, почки)
- Наличие лейкоцитов (пиелонефрит, цистит)
- Высокое содержание бактерий в моче (пиелонефрит, цистит)
- Наличие белка в моче (пиелонефрит, гломерулонефрит, амилоидоз)
- Большое количество эпителия в моче (пиелонефрит)
- Выпадение в осадок солей (ураты, фосфаты, оксалаты)

### **Удельная плотность мочи**

Относительная плотность мочи зависит от концентрации растворенных в ней веществ. Чем более концентрированной выводится из организма моча, тем большей плотностью она обладает. Плотность мочи определяют как соли, растворенные в ней, так и органические вещества (белок, сахара, билирубин), плотность мочи также повышают клетки, которые при патологии могут в ней присутствовать (бактерии, лейкоциты, эритроциты). Норма плотности мочи 1010-1022 г/л.

### **Причины повышения плотности мочи (>1030 г/л)**

- Сахарный диабет
- Гломерулонефрит, нефротический синдром
- Применение высоких доз препаратов, выводимых с мочой (антибиотики, мочегонные препараты)
- Низкое потребление жидкости
- Обильная потеря жидкости (рвота, диарея, обильное потение)
- Токсикоз беременных
- Инфекционный процесс в почках и мочевыводящих путях (пиелонефрит, цистит)
- Причины снижения плотности мочи (<1010 г/л)
- Несахарный диабет
- Почечная недостаточность
- Применение некоторых видов мочегонных препаратов
- Обильное питье

В случае выявления повышенной или пониженной плотности мочи, для выставления диагноза доктор может назначить еще один анализ – пробу Зимницкого. Этот анализ позволяет более детально изучить работу почек.

### **Кислотность мочи**

Кислотность мочи является наиболее изменяемым показателем. Даже в течение дня этот показатель может изменяться в значительных пределах. Причиной такой изменчивости является то, что почки участвуют в поддержании кислотности крови и выводят излишки ионов водорода из крови в процессе фильтрации. В норме pH мочи колеблется в диапазоне 4-7.

### **Причины снижения кислотности мочи (pH >7)**

- Нарушения кислотно-основного баланса крови (дыхательный или метаболический алкалоз)
- Хроническая почечная недостаточность
- Почечный канальцевый ацидоз
- Повышение уровня калия крови
- Повышение уровня гормонов паращитовидной железы (паратгормон)
- Питание с преобладанием растительной пищи
- Длительная рвота
- Некоторые виды инфекции мочеполовой системы (уреаплазмоз)
- Применение лекарств – никотинамид, адrenaлин
- Рак почек, мочевого пузыря

### **Причины повышения кислотности мочи (pH <4)**

- Нарушения кислотно-основного баланса крови (дыхательный или метаболический ацидоз)
- Снижение уровня калия крови
- Обезвоживание (кроме причины рвоты)
- Голодание
- Сахарный диабет
- Высокая температура
- Применение препаратов: аспирин, метионин, диакarb
- Рацион с обильным потреблением мяса

### **Белок в моче**

В норме отсутствует или не должен превышать 0,033 г/л.

### **Причины наличия белка в моче**

• *Функциональная альбуминурия*: может появляться при воспалении в мочеточниках, мочевом пузыре и уретре. Иногда белок в моче появляется у здоровых людей после сильных физических нагрузок, долгой ходьбы пешком, холодного душа, при обильном потении. Также белок в моче определяется у физически слабо развитых детей 7-16 лет и беременных женщин. Альбуминурия не почечного происхождения также бывает при аллергических реакциях, лейкозе, эпилепсии, сердечной недостаточности.

• *Патологическая альбуминурия*: всегда почечного происхождения и свидетельствует о заболевании почек. Альбуминурия 3-5 % характерна для острого гломерулонефрита, 0,5-1 % – для хронических пиелонефритов и гломерулонефритов. При нефрозах (сифилисном, нефропатии беременных) количество белка в моче достигает высоких цифр (больше 3 %). Поэтому определение белка в моче – очень важный диагностический тест.

### **Глюкоза (сахар) в моче**

В норме отсутствует, но возможно наличие до 0,8 ммоль/л.

### **Причины сахара в моче**

- Нефротический синдром
- Диабет
- Острый панкреатит
- Почечный диабет
- Синдром Кушинга
- Феохромоцитомы
- Беременность
- Чрезмерное потребление сладкого

### **Кетоновые тела в моче**

Кетоновые тела – это ацетон, ацетоуксусная кислота и оксимасляная.

В норме в анализе мочи кетоновые тела не определяются.

### **Причины кетоновых тел в моче**

- Сахарный диабет
- Алкогольная интоксикация
- Острый панкреатит
- Ацетемическая рвота у детей
- Длительное голодание
- Преобладание в рационе белковой и жирной пищи
- После трав затронувших центральную нервную систему
- Повышение уровня гормонов щитовидной железы (тиреотоксикоз)
- Болезнь Иценко Кушинга

### **Билирубин в моче**

В норме билирубин в моче не определяется

### **Причины наличия билирубина в моче:**

- Гепатит
- Цирроз печени



- Печеночная недостаточность
- Желчекаменная болезнь
- Болезнь Виллебранда
- Массивное разрушение эритроцитов крови (малярия, токсический гемолиз, гемолитическая болезнь, серповидноклеточная анемия)

#### **Уробилиноген в моче**

В норме в моче не определяется

#### **Причины уробилиногена в моче**

- Массивное разрушение эритроцитов (гемолитическая анемия, переливание крови, различные инфекции, сепсис, применение некоторых лекарств)
- Воспаление кишечника (энтероколит, колит, илеит)
- Печеночная недостаточность (как результат гепатита, цирроза печени).

#### **Гемоглобин в моче**

В норме в моче не определяется

#### **Причины наличия гемоглобина в моче**

- Гемолитическая болезнь
- Малярия
- Переливание крови
- Обширное повреждение мышечной ткани (краш синдром, контузия с массивной гематомой)
- Обширный инфаркт миокарда
- Ожоги
- Отравление грибами, фенолом, сульфаниламидными препаратами
- Травматическое повреждение почек или мочевыводящих путей, рак почек, острые нефриты, циститы, уретриты, камни в почках.

#### **Осадок мочи**

Осаждающиеся после кратковременного центрифугирования мочи клетки, цилиндры, кристаллы солей.

#### **Лейкоциты в моче**

В норме 0-3 лейкоцитов в поле зрения у мужчин, 0-6 – в поле зрения у женщин и детей.

#### **Причины повышения лейкоцитов в моче**

- Заболевания почек: пиелонефрит (хронический или острый), туберкулез почек, мочекаменная болезнь, рак почки.
- Поражение мочеточников: мочекаменная болезнь, инфекционное воспаление мочеточника
- Поражение мочевого пузыря: цистит, рак мочевого пузыря.
- Поражение простаты: простатит, рак простаты.
- Поражение уретры: уретрит, мочекаменная болезнь.
- Инфекции наружных половых органов или несоблюдение правил гигиены.

#### **Эритроциты в моче**

В норме единичные в поле зрения у мужчин, до 3-х – в поле зрения у женщин

#### **Причины повышения уровня эритроцитов в моче:**

- Острый гломерулонефрит
- Нефротический синдром
- Инфаркт почки
- Мочекаменная болезнь
- Рак почки, мочевого пузыря, простаты

#### **Эпителий в моче**

В норме до 10 клеток в поле зрения.

Наличие в моче эпителия почек свидетельствует о несомненном поражении почек – нефрозе или остром нефрите. Клетки переходного эпителия мочеточников и мочевого пузыря говорят о цистите или воспалении мочеточников. У женщин в моче могут присутствовать клетки плоского эпителия – такие клетки попадают из половых путей и не говорят о заболевании почек.

#### **Цилиндры в моче**

В норме – отсутствие цилиндров, допускается обнаружение единичных гиалиновых цилиндров.

#### **Причины повышения уровня цилиндров и появления патологических форм**

- Хронический или острый гломерулонефрит
- Пиелонефрит
- Гипертоническая болезнь
- Прием мочегонных препаратов
- Отравление свинцом
- Вирусные инфекции
- Хроническая почечная недостаточность
- Амилоидоз почек
- Нефротический синдром
- Инфаркт почки
- Тромбоз почечных вен
- Злокачественная гипертензия
- Острый канальцевый некроз
- Острая вирусная инфекция
- Отравление солями тяжелых металлов и иными нефротоксическими веществами (этиленгликоль, фенолы)
- Передозировка токсических для почек препаратов (салицилаты)

#### **Соли в моче**

В норме – отсутствие солей

Соли мочевой кислоты в моче (ураты)

#### **Причины повышения солей мочевой кислоты в моче**

- Обезвоживание организма
- Потребление продуктов: мясо, рыба, бобовые, какао, крепкий чай, грибы
- Кислая среда мочи
- Подагра
- Мочекислый диатез
- Хроническая почечная недостаточность
- Острый и хронический нефрит
- Период новорожденности

#### **Как понизить концентрацию уратов в моче?**

- Необходимо повысить объем потребляемой жидкости
- Исключить продукты: яйца, бобовые, и другие продукты, содержащие много пуриновых соединений.
- Потерять?? минеральные воды с щелочной средой – ессентуки, боржоми
- Обогащать рацион продуктами богатыми витаминами А и группы В

#### **Оксалаты в моче (оксалат кальция)**

#### **Причины повышения оксалатов в моче**

- Продукты богатые щавелевой кислотой и витамином С (шпинат, щавель, томаты, спаржа, свекла, цитрусовые, смородина)
- Пиелонефрит
- Сахарный диабет
- Отравление этиленгликолем

#### **Как понизить концентрацию оксалатов мочи?**

- Повысить объем ежедневно выпиваемой жидкости (более 2-х литров).
- Повысить потребление продуктов с высоким содержанием магния – морепродукты, морская капуста, овсяная или пшеничная каши.
- Потреблять продукты богатые витаминами группы В (В1 и В6) – мясные продукты, яйца, печень.

#### **Кристаллы гиппуровой кислоты в моче**

#### **Причины повышения кристаллов гиппуровой кислоты в моче**

- Продукты с высоким содержанием бензойной кислоты (черника, брусника)

- Сахарный диабет
- Дисбактериоз кишечника
- Печеночная недостаточность

#### **Фосфаты в моче**

##### **Причины повышения уровня фосфатов в моче**

- Потребление таких продуктов как: рыба, икра, молоко, кефир, овсяная, перловая, гречневая каши.
- Щелочная реакция мочи и высокое содержание кальция в моче.

##### **Как снизить концентрацию фосфатов в моче?**

- Ограничить продукты с высоким содержанием кальция и витамина Д: жирная рыба, молоко и молочные продукты, яйца, печень
- Повысить кислотность мочи – потребление кислых соков, минеральных вод.

#### **Бактерии в моче**

В норме бактерий в моче нет

##### **Причины наличия бактерий в моче**

- уретрит
- цистит
- простатит
- пиелонефрит
- несоблюдение правил гигиены при сборе мочи
- вульвовагинит (при неправильной подготовке к сбору мочи)

#### **Диастаза в моче**

Норма концентрации амилазы (диастаза) в моче 1-17 Ед/ч.

##### **Причины повышения диастазы мочи**

- острый или обострение хронического панкреатита.

**Анализ кала** – копрограмма, – проведение физического, химического и микроскопического исследование кала. Позволяет выявить заболевания органов пищеварительной системы, а также наличие паразитарных заболеваний кишечника (гельминтозы, лямблиоз и т.д.).

Для получения достоверных результатов копрограммы, важно учесть все правила сбора кала для анализа. Перед сбором кала в течение нескольких дней рекомендуется придерживаться следующей диеты: не рекомендуется употреблять в пищу мясные и рыбные продукты, зеленые овощи, помидоры, свеклу, а также принимать какие-либо лекарства. Рекомендуется употреблять в пищу овощные пюре (желательно, картофельное), каши, молочные продукты, небольшое количество фруктов. Перед сбором кала следует тщательно вымыть область половых органов и заднего прохода. Женщинам не рекомендуется производить сбор кала во время менструации. Если недавно производилось рентгенологическое исследование пищеварительной системы с помощью бария, а также клизма или колоноскопия, то сбор кала для анализа рекомендуется проводить не ранее, чем через 2 суток после этих процедур. Кал, предназначенный для исследования, должен быть получен во время самопроизвольной дефекации (не рекомендуется использовать какие-либо слабительные средства, ускоряющие акт дефекации, так как это может повлиять на состав кала). В кале не должно быть примесей мочи или менструальной крови. Кал для анализа собирают шпателем в специальный стерильный контейнер, заполняя его примерно на треть (для анализа нужно не более 1 чайной ложки кала). Материал для исследования необходимо отдать в лабораторию в день сбора.

#### **Копрологический анализ.**

##### **Консистенция**

В норме – плотный, оформленный.

- *Мазевидный* – характерен для нарушения секреции поджелудочной железы и отсутствия поступления желчи.

• *Жидкий* – при недостаточном переваривании в тонкой кишке (энтерит, ускоренная эвакуация) и толстой кишке (колит с изъязвлением, гнилостный колит или повышенная секреторная функция).

• *Кашицеобразный* – при бродильной диспепсии, колите с поносом и ускоренной эвакуации из толстой кишки, хроническом энтерите.

• *Пенистый* – при бродильном колите.

• *Овечий* – при колите с запором.

• *Лентовидный, карандашеобразный* – при спазме сфинктера, геморроидальных узлах, опухоли сигмовидной или прямой кишки.

##### **Количество**

Здоровый человек за 24 часа выделяет 100-200 г каловых масс. Преобладание в рационе питания белковой пищи сопровождается уменьшением, растительной – увеличением количества фекалий.

• *Меньше нормы* – при запорах.

• *Больше нормы* – при нарушении поступления желчи, при недостаточности поджелудочной железы, недостаточном переваривании в тонкой кишке (бродильная и гнилостная диспепсия, воспалительные процессы), при колите с поносом, колите с изъязвлениями, ускоренной эвакуации из тонкой и толстой кишок.

##### **Цвет**

Цвет нормальных каловых масс коричневый, обусловлен наличием стеркобилина. При молочной пище окраска кала менее интенсивная, желтая, при мясной пище – темно-коричневая.

Цвет фекалий меняется при патологических процессах в желудочно-кишечной системе:

• *Черный или дегтеобразный* – при желудочно-кишечных кровотечениях.

• *Темно-коричневый* – при недостаточности желудочного пищеварения, гнилостной диспепсии, колите с запором, колите с изъязвлением, повышенной секреторной функции толстой кишки, запорах.

• *Светло-коричневый* – при ускоренной эвакуации из толстой кишки.

• *Красноватый* – при колите с изъязвлениями.

• *Желтый* – при недостаточности переваривания в тонкой кишке и бродильной диспепсии, двигательных расстройствах.

• *Серый, светло-желтый* – при недостаточности поджелудочной железы. Белый – при интрагепатальном застое или полной обтурации общего желчного протока.

##### **Запах**

Запах каловых масс в норме обусловлен присутствием продуктов распада белков (индола, скатола, фенола, т.д.). При обилии белков в пище запах усиливается, при запорах – почти полностью исчезает, так как часть ароматических веществ всасывается.

##### **Изменения запаха:**

• *Гнилостный* – при недостаточности желудочного пищеварения гнилостной диспепсии, язвенном колите за счет образования сероводорода и метилмеркаптанов.

• *Зловонный* (запах прогорклого масла) – при нарушении секреции поджелудочной железы, отсутствии поступления желчи (бактериальном разложении жира и жирных кислот).

• *Слабый* – при недостаточности переваривания в толстой кишке, запорах, ускоренной эвакуации по кишечнику.

• *Кислый* – при бродильной диспепсии за счет летучих органических кислот (масляная, уксусная, валериановая).

- *Масляной кислоты* – при нарушении всасывания в тонкой кишке и ускоренной эвакуации.

#### **pH (реакция)**

В норме у практически здоровых людей, находящихся на смешанной пище, реакция кала нейтральная или слабощелочная (pH 6,8-7,6).

- *Кислая реакция* (pH 5,5-6,7) отмечается при нарушении всасывания в тонкой кишке жирных кислот.

- *Резкокислая* (pH менее 5,5) имеет место при бродильной диспепсии, при которой в результате активации бродильной флоры (нормальной и патологической) образуются углекислый газ и органические кислоты.

- *Щелочная реакция* (pH 8,0-8,5) наблюдается при гниении белков пищи (не переваренных в желудке и тонкой кишке) и воспалительного экссудата в результате активации гнилостной флоры и образования аммиака и других щелочных компонентов в толстой кишке.

- *Резкощелочная* (pH более 8,5) – при гнилостной диспепсии (колите).

#### **Белок**

В каловых массах здорового человека белка нет.

**Белок в каловых массах обнаруживается при поражении:**

- желудка (гастрит, язва, рак);
- двенадцатиперстной кишки (дуоденит, рак фатерова соска, язва);
- тонкой кишки (энтерит, целиакия);
- толстой кишки (колит бродильный, гнилостный, язвенный, полипоз, рак, дисбактериоз, повышенная секреторная функция толстой кишки);
- прямой кишки (геморрой, трещина, рак, проктит).

#### **Реакция на скрытую кровь**

В норме она в кале отсутствует.

**Положительная реакция на кровь (гемоглобин) указывает на:**

- Кровотечение из любого отдела пищеварительного тракта (десен, варикозных вен пищевода и прямой кишки, пораженных воспалительным процессом или злокачественным новообразованием слизистой желудка и кишечника);
- Геморрагическом диатезе;
- Язве;
- Полипозе;
- Геморрое.

#### **Реакция на стеркобилин (стеркобилиноген)**

В каловых массах здорового человека содержится стеркобилиноген и стеркобилин, в сутки с калом их выделяется 40-280 мг. Стеркобилин окрашивает фекалии в кирпичный цвет.

**Нарушения выведения стеркобилина (стеркобилиногена) с калом:**

- *Отсутствие* – при обтурации желчевыводящих путей, кал становится бесцветным.
- *Уменьшение* – при паренхиматозных гепатитах, холангитах; в период внутрипеченочного застоя – кал бесцветен; при остром панкреатите выделяется стеркобилиноген (кал светло-серого цвета).
- *Повышение* – при гемолитических анемиях.

#### **Реакция на билирубин**

В норме билирубин содержится в меконии и фекалиях ребенка, находящегося на грудном вскармливании, примерно до 3-х месячного возраста. К этому времени в желудочно-кишечном тракте появляется нормальная бактериальная флора, которая частично восстанавливает билирубин до стеркобилиногена. К 7-8 месяцу жизни билирубин полностью окисляется кишечной флорой

до стеркобилиногена-стеркобилина. У здорового ребенка в 9 месяцев и старше в кале присутствует только стеркобилиноген-стеркобилин.

#### **Обнаружение в кале билирубина:**

- Быстрая эвакуация пищи по кишечнику;
- Тяжелый дисбактериоз (отсутствие нормальной бактериальной флоры в толстой кишке, подавление микрофлоры кишечника при длительном приеме антибиотиков и сульфаниламидных препаратов).

Сочетание стеркобилина с билирубином указывает на появление в толстой кишке патологической флоры и вытеснение ею нормальной (скрытый, вялотекущий дисбактериоз) или быструю эвакуацию химуса по кишечнику.

#### **Слизь**

В норме в кале отсутствует. Заметное присутствие слизи в кале служит показателем наличия воспалительного процесса и требует обследования с использованием дополнительных методов (колоноскопии, например).

#### **Реакция на лейкоциты**

Обнаруживаются при воспалении в толстой кишке (дизентерия, туберкулез, рак, язвенный колит и т. п.) Значительное выделение лейкоцитов (гноя) без слизи говорит о прорыве в кишечник парапроктального абсцесса.

#### **Мышечные волокна**

У здоровых людей содержатся в очень незначительном количестве.

#### **Большое количество (креаторея) – свидетельство:**

- недостаточности функции поджелудочной железы или снижения секреторной функции желудка;
- отсутствия пептидаз, вырабатываемых в кишечнике;
- бродильной или гнилостной диспепсии;
- колита с запорами, с изъязвлениями;
- повышенной секреторной функции толстой кишки;
- отсутствия поступления желчи;
- недостаточности переваривания в тонкой кишке;
- ускоренной эвакуации из толстой кишки.

#### **Соединительная ткань**

- Обнаруживается при недостаточности желудочного пищеварения и при функциональной недостаточности поджелудочной железы.

#### **Нейтральный жир**

- Находят при нарушении секреции поджелудочной железы, недостаточном поступлении желчи, недостаточности переваривания в тонкой кишке.

#### **Жирные кислоты**

- Обнаруживаются при гнилостной диспепсии, при отсутствии поступления желчи, недостаточности переваривания в тонкой кишке, ускоренной эвакуации из тонкой кишки, бродильной диспепсии, при недостаточной секреции поджелудочной железы и ускоренной эвакуации из прямой кишки.

#### **Микроскопическое исследование**

##### *Крахмал*

- Определяется при нарушении секреции поджелудочной железы, недостаточности переваривания в тонкой кишке, бродильной диспепсии, ускоренной эвакуации из толстой кишки, недостаточности желудочного пищеварения, гнилостной диспепсии.

##### *Переваренная клетчатка*

- Выявляется при недостаточности желудочного пищеварения, гнилостной диспепсии, отсутствии поступления желчи, недостаточности переваривания в тонкой кишке, ускоренная эвакуация из тонкой кишки, бродильной диспепсии, при недостаточной секреции поджелудочной железы, колите с изъязвлениями.

#### *Йодофильная флора*

• Отмечается при гнилостной диспепсии, недостаточности переваривания в тонкой кишке, ускоренной эвакуации из толстой кишки, бродильной диспепсии, недостаточности желудочного пищеварения, нарушении секреции поджелудочной железы.

#### *Кровь (эритроциты)*

• Выявляются при колите с изъязвлениями, геморрое, полипах, трещине прямой кишки. Кровь «скрытая» – при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, при злокачественных заболеваниях желудка и кишечника.

#### *Лейкоциты*

• Обнаруживаются при колите с изъязвлениями.

#### *Кристаллы оксалата кальция*

• Накапливаются при недостаточности желудочного пищеварения.

#### *Кристаллы Шарко-Лейдена*

• При амебной дизентерии и попадании в кал эозинофильных гранулоцитов (аллергия, глистная инвазия).

#### *Кристаллы гемосидерина*

• После кишечных кровотечений.

#### *Яйца гельминтов, личинки, членики*

• При различных гельминтозах.

#### *Дизентерийная амеба*

• Vegetативная форма и цисты выявляются при амебной дизентерии.

Vegetативная форма обнаруживается только в свежих фекалиях.

#### *Лямблии*

• Vegetативные формы и цисты, обнаруживаются при лямблиозе.

• Vegetативная форма обнаруживается только при профузных поносах или после действия сильных слабительных.

По результатам общих анализов крови, мочи и кала пациент направляется к соответствующим врачам-специалистам для углубленного обследования.

## 4. Психологические показатели

Из психологических показателей, характеризующих психическое здоровье человека, наибольший удельный вес имеют показатели психоэмоциональной сферы (уровень тревожности, стрессоустойчивости), типологии личности, а также субъективная самооценка удовлетворенности человека своим социальным статусом, физической формой и психологическим состоянием, т.е. уровень социально-психологической адаптации. Для их оценки используются тесты, результаты которых позволяют получить представление о психологическом состоянии человека.

Для оценки тревожности и стрессоустойчивости можно использовать тесты Г. Айзенка, Дж.Тейлора, Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина (личностная и реактивная тревожность), Люшера и др. (Шапарь В.Б., 2004).

В качестве примера приводим тест Г. Айзенка «Самооценка психических состояний».

Вам будет предложен опросник, который состоит из утверждений о том, какое психическое состояние больше присуще. Старайтесь отвечать искренне и правдиво, здесь нет верных или неверных ответов.

1. Не чувствую в себе уверенности.
2. Часто из-за пустяков краснею.
3. Мой сон беспокоен.
4. Легко впадаю в уныние.
5. Беспокоюсь по поводу воображаемых ситуаций.
6. Меня пугают трудности.

7. Люблю анализировать свои недостатки.
8. Меня легко убедить.
9. Я мнительный.
10. С трудом переношу время ожидания.
11. Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых все-таки можно найти выход.
12. Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом.
13. При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.
14. Несчастья и неудачи меня ничему не учат.
15. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.
16. Я нередко чувствую себя незащищенным.
17. Иногда у меня бывает состояние отчаяния.
18. Я чувствую растерянность в связи с трудностями.
19. В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу чтобы меня пожалели.
20. Считаю недостатки своего характера неисправимыми.
21. Оставляю за собой последнее слово.
22. Нередко в разговоре перебиваю собеседника.
23. Меня легко рассердить.
24. Люблю делать замечания другим.
25. Хочу быть авторитетом для других.
26. Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего.
27. Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю.
28. Предпочитаю руководить, чем подчиняться.
29. У меня резкая, грубоватая жестикуляция.
30. Я мстителен.
31. Мне трудно менять привычки.
32. Нелегко переключаю внимание.
33. Очень настороженно отношусь ко всему новому.
34. Меня трудно переубедить.
35. Нередко у меня не выходит из головы мысль, от которой следовало бы освободиться.
36. Нелегко сближаюсь с людьми.
37. Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана.
38. Нередко я проявляю упрямство.
39. Неохотно иду на риск.
40. Трудно переживаю отклонения от принятого мною режима дня.

**Обработка результатов:** подсчитайте сумму баллов за каждую группу вопросов: 1) 1-10 вопросы – тревожность; 2) 11-20 вопросы – фрустрация; 3) 21-29 вопросы – агрессивность; 4) 30-40 вопросы – ригидность.

#### **Оценка и интерпретация баллов:**

##### *Тревожность:*

0-7 – не тревожны;

8-14 баллов – тревожность средняя, допустимого уровня;

15-20 баллов – очень высокая. *Фрустрация:*

0-7 баллов – устойчивость к стрессу;

8-14 баллов – средний уровень, фрустрация имеет место;

15-20 баллов – низкая толерантность к стрессу, высокий уровень фрустрированности.

##### *Агрессивность:*

0-7 баллов – вы спокойны, выдержаны;

8-14 баллов – средний уровень агрессивности;

15-20 баллов – вы агрессивны, не выдержаны, есть трудности при общении и работе с людьми.

##### *Ригидность:*

0-7 баллов – ригидности нет, легкая переключаемость;

8-14 баллов – средний уровень;

15-20 баллов – сильно выраженная ригидность, измененность поведения, убеждений, взглядов, даже если они не соответствуют реальной обстановке жизни. Вам противопоказаны смена работы, изменения в семье.

**Уровень психической удовлетворенности (УПУ)** (по И.А. Гундарову, 1993).

Попробуйте оценить, как Вы чувствуете себя в последнее время. Подчеркните наиболее подходящий ответ на каждое из утверждений.

№	Утверждение	Да	Не знаю	Нет
1	Часто чувствую усталость	1	1	0
2	Мне трудно уснуть	1	1	0
3	За ночь просыпаюсь несколько раз	1	1	0
4	Постоянно чувствую слабость	1	1	0
5	Чувствую себя в расцвете сил	0	1	1
6	Многое не удается	1	1	0
7	Жизнь заводит в тупик	1	1	0
8	Половая жизнь приносит удовлетворение	0	1	1
9	Мелочи раздражают все сильнее	1	1	0
10	Истощен(а) физически, как подсевшая батарея	1	1	0
11	Порой кажется, что лучше умереть	1	1	0
12	Кажется, что нет больше сил	1	1	0
13	Настроение подавленное	1	1	0
14	Каждое утро просыпаюсь с чувством усталости	1	1	0

**УПУ = 100 – (сумма баллов по 14 утверждениям).** Чем выше полученная величина, тем выше уровень психической удовлетворенности.

**Уровень физической удовлетворенности (УФУ)** (по И.А. Гундарову, 1993).

Попробуйте оценить в баллах (от 0 до 100, принимая за 100 баллов максимальный уровень удовлетворенности) на сколько баллов Вы удовлетворены своим здоровьем:

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

**Уровень социальной удовлетворенности (УСУ)** (по И.А. Гундарову, 1993).

Попробуйте оценить в баллах (от 0 до 100, принимая за 0 – очень мешает, за 100 – совершенно не мешает), мешает ли Ваше здоровье достижению благополучия в семье, на работе, в общении с друзьями?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

В тестах 3 и 4 учитывается отмеченный балл.

**Оценка уровня реактивной и личностной тревожности** (по Ч.Д. Спилбергеру, Ю.Л. Ханину)

Данный тест является надежным информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Шкала оценки состоит из 2-х частей, отдельно оценивающую реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, [№ 21-40]) тревожности.

Шкала самооценки

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и выберите соответствующий вариант в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в *данный момент*. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

A – нет, это не так

B – пожалуй, так

C – верно

D – совершенно верно

	A B C D
1. Я спокоен	1 2 3 4
2. Мне ничто не угрожает	1 2 3 4
3. Я нахожусь в напряжении	1 2 3 4
4. Я испытываю сожаление	1 2 3 4
5. Я чувствую себя свободно	1 2 3 4
6. Я расстроен	1 2 3 4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1 2 3 4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1 2 3 4
9. Я не доволен собой	1 2 3 4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1 2 3 4
11. Я уверен в себе	1 2 3 4
12. Я нервничаю	1 2 3 4
13. Я не нахожу себе места	1 2 3 4
14. Я взвинчен	1 2 3 4
15. Я не чувствую скованности, напряженности	1 2 3 4
16. Я доволен	1 2 3 4
17. Я озабочен	1 2 3 4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе	1 2 3 4
19. Мне радостно	1 2 3 4
20. Мне приятно	1 2 3 4
21. Я испытываю удовольствие	1 2 3 4
22. Я очень быстро устаю	1 2 3 4
23. Я легко могу заплакать	1 2 3 4
24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1 2 3 4
25. Я проигрываю потому, что недостаточно быстро принимаю решения	1 2 3 4
26. Обычно я чувствую себя бодрым	1 2 3 4
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	1 2 3 4
28. Ожидаемые трудности обычно тревожат меня	1 2 3 4
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	1 2 3 4
30. Я вполне счастлив	1 2 3 4
31. Я принимаю все слишком близко к сердцу	1 2 3 4
32. Мне не хватает уверенности в себе	1 2 3 4
33. Обычно я чувствую себя в безопасности	1 2 3 4
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций	1 2 3 4
35. У меня бывает хандра	1 2 3 4
36. Я доволен	1 2 3 4
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1 2 3 4
38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1 2 3 4
39. Я уравновешенный человек	1 2 3 4
40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1 2 3 4

**Обработка и интерпретация результатов:**

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$$РТ = \sum_1 - \sum_2 + 35,$$

где  $\sum_1$  – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18;

$\Sigma_2$  – сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20).

$$ЛТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

где  $\Sigma_1$  – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22,23,24,25,28,29,31,32,34,37,38,40;

$\Sigma_2$  – сумма остальных цифр по пунктам – 21,26,27,30,33,36,39.

Психологическое обследование выполняется достаточно быстро и легко при использовании компьютерной программы тестирования обследуемых и автоматической обработке результатов (Айзман Р.И. и др., 2011). В качестве примера представлена программа комплексной оценки детей 7-18 лет.

**При выявлении у обследуемого психоэмоционального напряжения, повышенной тревожности, низкой социально-психологической адаптации, низкой удовлетворенности своим психическим и физическим состоянием его необходимо направить на консультацию к психологу (психотерапевту) для коррекции.**

Анализ роли различных морфофункциональных и психологических параметров при оценке здоровья выявил пять важнейших факторов, которые отражают интегральный уровень здоровья (Куликов В.П., 2000):

1. Состояние гемодинамики зависит главным образом от артериального давления в покое и после физической нагрузки.

2. Физическое развитие определяется ростом, кистевой силой и жизненной емкостью легких.

3. Психосоциальная адаптивность прямо зависит от уровня физической, социальной и психической удовлетворенности и обратно пропорциональна уровню личностной и реактивной тревожности.

4. Вегетативный гомеостаз определяется вегетативным тонусом и уровнем реактивности сердечно-сосудистой системы на нагрузки.

5. Кардиореспираторный резерв определяется показателями ФР170, МПК и ПЭК.

Эти данные свидетельствуют о наличии наиболее информативных показателей, которые необходимо использовать для диагностики интегрального здоровья человека.

### 2.5. Оценка образа жизни как фактора, влияющего на здоровье

С помощью анкеты можно оценить, насколько правильный образ жизни ведет человек и какие аспекты нуждаются в корректировке.

В анкете следует подчеркнуть число очков, которое соответствует ответу обследуемого (в компьютерном варианте обследуемый выбирает ответ, который автоматически переводится в баллы).

1. Сколько раз в неделю Вы занимаетесь физкультурой в течение 30 мин. и более?	
3 дня или больше	Очки 10
1 или 2 дня	4
Ни разу	0
2. Как часто Вы курите?	
Никогда	10
Очень редко	5
Иногда	3
Каждый день	0

3. Какое количество алкоголя Вы потребляете?	
Не употребляю вообще	10
Не больше одной порции (50 г крепких) напитков в неделю	8
2-3 порции в неделю, но не больше 2 порций в день	6
4-6 порций в неделю, но не больше 2 порций в день	4
4-6 порций в неделю, иногда больше 2 порций в день	2
Больше 6 порций в неделю	0
4. Сколько раз в неделю Вы завтракаете?	
Ни разу	0
1 или 2	2
3 или 4	6
5 или 6	8
7	10
5. Как часто Вы перекусываете между основными приемами пищи?	
Никогда	10
1 или 2 раза в неделю	8
3 или 4 раза в неделю	6
5 или 7 раз в неделю	4
8 или 10 раз в неделю	2
Более 10 раз в неделю	0
6. Как много времени в сутки Вы спите?	
Более 10 часов	4
9 или 10 часов	8
7 или 8 часов	10
5 или 6 часов	6
Менее 5 часов	0
7. Как относится Ваш вес к идеальному для Вашего роста и пола?*	
Превышает более чем на 30 %	0
Превышает на 21-30 %	3
Превышает на 11-20 %	6
Превышает не более чем на 10 %	10
Ниже на 11-20 %	6
Ниже на 21-30 %	3
Ниже более чем на 30 %	0
Общее количество баллов	

\*Расчет идеальной массы тела (ИМТ) представлен на с.12.

Интерпретация результатов

**60-70 баллов:** Отношение к здоровью следует оценить как отличное (если только в одном из разделов обследуемый не потерял все 10 баллов);

**50-59 баллов:** Обследуемый ведет довольно здоровый образ жизни, но может и лучше;

**40-49 баллов:** Поведение обследуемого следует оценить как среднее, многое в нем нужно изменить;

**30-39 баллов:** Человек весьма посредственно относится к своему здоровью, что приводит к снижению функциональных возможностей;

**Меньше 30 баллов:** Обследуемый серьезно пренебрегает своим здоровьем, что требует коренного пересмотра поведения и стиля жизни.

Количественная интегральная оценка физического здоровья и психической удовлетворенности представляет собой сумму баллов, полученных на основе оценки морфофункциональных показателей, образа жизни и уровня физической, психической и социальной удовлетворенности.

При использовании разработанной нами компьютерной программы такой анализ выполняется автоматически на компьютере (Айзман Р.И. и др., 2008, 2009, 2011).

Выявление неправильного (нездорового) образа жизни в совокупности с нарушениями физического и пси-

хического здоровья являются основанием не только для медицинской, но и психолого-педагогической коррекции, которую необходимо осуществлять в комплексе, совместно, врачом, психологом (психотерапевтом) и специалистом по здоровому образу жизни.

Таким образом, измерение индивидуального здоровья должно стать повседневным методом оценки возмож-

ностей человека, определяющим прогнозирование его здоровья, выявление ранних признаков нарушений и их коррекцию на начальных этапах пути к заболеваниям. В рамках всеобщей диспансеризации предложенный подход скрининг диагностики является вполне доступным для применения как в образовательных учреждениях, так и в центрах здоровья и поликлиниках.

## Раздел XV. ПСИХОЛОГИИ ОБРАЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

*(Извлечения из книги И. Харди «Врач, сестра, больной»)*

*Нас трое – ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один – вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна – мы ее одолеем.*

*Абу-ль-Фарадж*

Совсем нелегко освещать проблемы психологии обращения с больными с точки зрения их связи с повседневной жизнью. Как и всякая отрасль психологии, имеющая практическое назначение, и эта подвержена самому различному сопротивлению. Многие смотрят на психологические явления как на музейную редкость, как на абстрактный продукт духовной жизни. Другие ссылаются на чрезмерную занятость («На это у нас нет времени», «Сестре некогда заниматься подобными вещами» и пр.). Наиболее же часто наблюдается «психологическая слепота»: часто просто не замечают психологических явлений, абсолютно не интересуются ими. Многие склонны рассматривать человека в крайнем случае в свете его рефлекторной деятельности, они не верят в важность эмоциональных проявлений, в возможность их патогенетического воздействия. Они ведут себя вроде того исследователя, который, повстречавшись с невиданным до тех пор животным, установил: «Такое животное не существует».

А ведь с психическими факторами приходится считаться повсюду, особенно же в практике лечебной деятельности. Психология присутствует всегда и везде, даже там, где, кажется, ее нет. Вопрос состоит только в том, какая психология... Причины того сопротивления, с которым часто приходится встречаться по отношению к различным вопросам психологии в работе с больным, могут быть самыми различными.

1. Подготовка врачей (и сестер) во всем мире прежде всего основана на изучении физики и химии, патологии и анатомии. Это и понятно, поскольку эти науки являются определяющими в дальнейшей деятельности врача. Однако недостаточность только этих знаний стала очевидной, во многих странах сейчас этому пытаются помочь, включая изучение психологии, психиатрии и психотерапии в число обязательных предметов при подготовке врачей. Иначе говоря, стремятся к тому, чтобы в формировании мировоззрения будущих врачей одинаково участвовали как знания тела человека, так и его психики.

2. По традиции человек лишь в том случае обращается к врачу, когда жалобы его носят физический характер. В соответствии с этим проводится и лечение заболевания. Кроме того, о своем соматическом состоянии говорить гораздо легче, чем, например, о чувствах, поскольку последние всегда касаются личностных переживаний.

3. Наш век – век развития техники. На наших глазах бурно растет роль технической аппаратуры в работе по-

ликлиник, больниц, институтов, клиник. А это способствует формированию механического, технического подхода как у лечащего персонала, так и у самих больных.

4. Недостаток времени, перегруженность работой, как правило, мешает нам более углубленно, с применением и психологических методов, заниматься с больными.

5. На взгляды врачей также оказывает свое воздействие и традиция: жалобы больных они стремятся разрешить путем обнаружения физических недугов, охотно устанавливают органические изменения. Психические симптомы оцениваются как значительно менее важные, чем соматические. (От терапевта, очень культурного человека, мне довелось однажды слышать: «...как можно заниматься подобными вещами», «...это не серьезно, психическое...»)

6. Для глубокого применения психологии на практике необходимо и постоянное повышение, совершенствование знаний в области психологии и психиатрии. А этого нам все еще недостает.

Для деятельности врача имеет очень большое значение та подготовка, которую он получает, однако, играют роль и такие факторы, как особенности его собственной личности. Неблагоприятно воздействуют на установки личности врача или сестры по отношению к психологии различные психические расстройства, потрясения, неразрешенные конфликты, переживания. Невротические особенности собственной личности в деятельности врачей и сестер могут стать источниками отчужденности, непонимания больных. Так, например, врач, страдающий переживаниями смутного страха, мучительного беспокойства, как раз не понимает больных, подверженных тем же психическим явлениям. Часто даже пассивных психологических знаний оказывается недостаточно: многие приводят цитаты из психологических источников, дают психологическое объяснение различным явлениям, и, несмотря на все это, их поведение противоречит действительности, они неспособны понять своих больных. Случается, что психологический материал используется механически: «находят причину» или даже «объясняют» ее больному... Если же такая «каузальная» терапия все-таки не помогает, обращаются к поискам «иных путей».

*Кто в повседневной врачебной практике за данными статистики о заболеваниях видит не просто числа, а и задумывается над тем, откуда эти цифры появляются, без труда сможет сделать вывод о том, как велика роль*

психогенных воздействий. Если обратиться к заболеваниям психогенной природы, то можно увидеть, насколько поразительны статистические данные о них: подобные заболевания составляют в практике участковых (районных) врачей 25-50 % всех заболеваний, в работе клиник – 50 % таких заболеваний.

Кроме того, и само соматическое заболевание действует на психику человека, вызывая различные опасения и страхи. И это – в свою очередь – может ухудшить течение основного заболевания. Поэтому очень важной задачей является изучение и учет всех тех психических процессов, которые происходят у наших больных, их переживаний, связанного с ними поведения и необходимых мероприятий при этом. Повсеместно приходится сталкиваться с проблемой отношений между лечащимся и лечащим, между больным и врачом, больным и сестрой. Но если психические факторы имеют такое универсальное значение в повседневной лечебной деятельности, то необходимо заниматься и методами их познания, выявления, подхода к ним.

Целью, сущностью работы любого врача является лечение больного человека. Поэтому прежде всего и останемся на этом объекте врачебной деятельности – на больном человеке.

Человеку угрожает множество различных заболеваний, они могут быть легкими и тяжелыми, кратковременными и более продолжительными. Проходящие заболевания у здоровых людей, как правило, протекают без каких-либо особых последствий. Согласно современному подходу болезнь может рассматриваться и как кризис. Индивидуум реагирует на необычную нагрузку, которую представляет для него заболевание, путем активирования той способности к приспособлению, которой он располагает. Если же защитные силы организма истощаются, нарушается равновесие, наблюдаются патологические проявления, патологические реакции личности.

Эта опасность, угрожающая как привычным условиям существования человека, так и стабильности его внутреннего мира, вызывает мучительное беспокойство, страх, тревогу. Встает вопрос: «Что со мной будет?» Могут наблюдаться самые различные формы проявления подобных опасений и страхов.

Болезнь не может быть понята лишь на основе оценки поведения человека, его впечатлений и переживаний только в настоящее время. И в настоящем живут и продолжают оказывать воздействие прошлый опыт и впечатления [331, 334]. Большую роль играет прошлое больного, возможно, подобные же заболевания, операции, смертельные случаи в семье. Особенно сильное влияние на больных оказывает печальный опыт, связанный с тем же заболеванием у других членов семьи. Болезнь как новая, незнакомая опасность рождает страх перед неизвестностью. Больной прибегает к опыту прошлого, знакомого ему, чтобы преградить путь этой неизвестности, «овладеть» ею. Новое, неизведанное он связывает с уже известным, пережитым, старым. Его страхи и опасения питают все то, что он видит, слышит, представляет, когда-то учил, читал о заболевании, а также и сам тот орган, который поражен этим заболеванием. Многие исследователи, например, особо подчеркивают психическое воздействие заболеваний таких органов, как глаза, сердце, половые органы. Малейшее изменение сердца или опасность такого изменения вызывает страх и опасения у большинства людей. Боязнь потерять зрение, вмешательства, операции, проведенные на глазах, оказывают тяжелое психическое воздействие. При операциях

по поводу катаракты очень часто приходится наблюдать случаи преходящего психоза. Вмешательства, связанные с половыми органами, также оказывают тяжелое воздействие на психику, например, тотальная экстирпация матки, операции по поводу фимоза и т. д.

В результате заболевания активируются примитивные представления, больший или меньший опыт людей. Страдающие глаукомой боятся слепоты, подверженные головным болям – опухоли мозга, а при болезнях желудка и кишечника – рака. Страхи и тревогу вызывает и патологическое состояние само по себе: «Вынесу ли?» «До каких пор это может продолжаться?» В других случаях на передний план выдвигаются опасения и страхи, связанные с последствиями, с осложнениями заболевания: «Таким и останусь?» (например, при возможности эстетических последствий, возможностях уродства), «Смогу ли потом работать?» (подобные опасения могут возникнуть, например, у пианиста, перенесшего воспалительное заболевание суставов и боящегося, что не будет восстановлена способность кисти к очень тонким движениям); различные опасения и страхи могут возникнуть и в связи со средой, с личными отношениями (например, страх потерять женственность в результате ампутации молочной железы). Эти опасения и страхи могут генерализоваться, больной становится беспомощным, неуверенным, боится даже самых нелепых вещей, которые зачастую даже нельзя и представить, может даже впасть в ипохондрию.

Нередко в таких случаях возникают и идеи самообвинения. Больные часто заявляют, что были недостаточно осторожными, что они «сами виноваты», где-то что-то проглядели. У отдельных больных под воздействием заболевания просыпается давно мучающее их чувство вины, иногда даже за те «проступки», «ошибки» и «легкомысленные поступки», которые были совершены еще в детском возрасте (например, онанизм, «легкомысленное поведение» и пр.). Больные постоянно задаются вопросом: «Почему же это со мной происходит, чем я это заслужил?»

Настроение больных бывает разным. Само физическое недомогание часто способствует возникновению депрессивного состояния, подавленного настроения, например, послеоперационное состояние, хронические заболевания. Может возникнуть даже очень тяжелая депрессия. В других случаях, наоборот, можно встретиться с эйфорией. Часто нас просто потрясает, что тяжело больные без конца улыбаются, смеются. Вспомним только о некоторых больных с тяжелым рассеянным склерозом. Такие настроения могут быть вызваны и самим соматическим заболеванием, например, гипертиреозом, опухолями лобной доли и пр. Интересно поведение отдельных невротиков, у которых появление соматического заболевания часто вызывает облегчение, разрешение душевного напряжения. Неразрешимые конфликты, напряженность отходят на задний план, ими больше не стоит заниматься, поскольку «обнаружена настоящая причина бед». После этого все силы и внимание сосредотачиваются на физическом состоянии. В этом-то и скрывается секрет некоторых физических процедур, которые временно оказывают хорошее воздействие на психически больных.

Люди, чаще подверженные заболеваниям, с большим смирением и спокойствием переносят их, чем заболевшие впервые в жизни. Те больные, для которых их физическое здоровье играет особенно важную роль, например, артисты или спортсмены, подвержены исключительно серьезным проявлениям страха и беспокойства, так как боятся за свою дальнейшую судьбу.



Очень важно знать те *реакции личности*, которые формируются во время заболевания. Здоровый человек обычно так или иначе реагирует на все происходящее с ним, он оценивает различные факты и принимает то, что может быть принято. Определенная же группа больных подобно детям скрывает от самих себя то, что для них непереносимо, означает тяжелую психическую нагрузку, ведет себя так, словно все это и не существует. В повседневной жизни очень часто можно встретиться с таким поведением в отношении заболеваний, которое получило название *отрицания факта болезни*. Иногда приходится удивляться тому, что больные просто не замечают тех симптомов, тех проявлений болезни, которые абсолютно очевидны. Различные жалобы, даже невыносимые боли они часто объясняют самыми незначительными причинами, только бы не принять печального факта заболевания. При проявлении таких глубоких реакций личности часто отходят на задний план даже нормальные доводы рассудка, разума, образованность. Таков пример очень образованной женщины-врача, у которой в связи с большим приступом эпилепсии выяснилось, что она уже и раньше была подвержена приступам, связанным с расстройствами сознания. Однако несмотря на повторные обследования, отказывалась принимать лекарства, хотя с ней несколько раз тщательно анализировали ее жалобы: «Зачем я буду принимать эти лекарства, неужели вы считаете, что у меня эпилепсия?»

Родственника одной женщины-врача в течение длительного времени лечили в самых различных лечебных учреждениях по поводу тяжелой эпилепсии. Несмотря на это, он не систематически пьет лекарства, состояние его становится очень тяжелым. Женщина-врач то принимает факт наличия болезни у ее близкого, то – как если бы ничего не случилось – строит планы на будущее с беспомощным, неспособным к самостоятельной жизни больным. Здесь мы встречаемся со смешанным проявлением отрицания и принятия факта заболевания.

Отрицание, конечно, может принимать различные формы. Оно может проявляться в виде отрицания существования, наличия заболевания как такового, отрицания поставленного диагноза. В противоположность такому полному отрицанию можно встретиться и с частичным отрицанием, с отрицанием важнейших сторон и симптомов заболевания. Больной может с пренебрежением относиться к серьезным симптомам, выдвигая на передний план незначительные признаки заболевания. Много поучительного о формах отрицания можно прочесть в специальной литературе в связи с возникновением подобной реакции при различных заболеваниях мозга, его опухолях и кровотечениях. Можно встретиться с такими случаями, когда больные любой симптом заболевания считают доброкачественным. Так, например, больной, страдающий параличом левой руки, заявляет: «Левая рука у всех менее ловка, слабее правой...» Известна и такая форма проявления отрицания, как смещение фактов во времени: «Раньше был больным, но теперь ужеправляюсь...»

Причиной возникновения реакции отрицания в большинстве случаев является невыносимость действительного положения вещей, особенно, если у больного ярко выражены и проявления немотивированного страха и тревоги. У близких больного эта реакция часто возникает под воздействием большой любви и опасений за судьбу больного. Большой проблемой эта реакция служит при собирании анамнеза, ибо в таких случаях причины часто подменяются следствиями, скрываются различные

факты, касающиеся травм и различных других, важных в данном случае состояний. Дочь привозит в больницу отца, страдающего тяжелым церебральным атеросклерозом, со свежим размягчением мозга и жалуется: «Отец никогда не болел, сейчас все произошло совсем неожиданно, он прекрасно чувствовал себя...» Это, естественно, невозможно: как выяснилось, в течение долгих лет у больного прогрессировал склероз. Часто можно встретиться с родителями, которые в течение многих лет ходят к врачам, в больницы со своими душевнобольными детьми. И все-таки, несмотря на это, спрашивают: «Но ведь, правда, он нормальный ребенок?» Подобен пример и той матери больного, которая после годового пребывания ее ребенка в больнице по поводу эпилепсии, когда большие припадки исчезли, спрашивает врача: «Не хотите же вы сказать, что мой сын эпилептик?» Так многие родители ходят со своими больными детьми от врача к врачу, поскольку «Не могут установить, что у ребенка за заболевание» или, как они говорят, «Не могут полностью выяснить картину заболевания» и пр. Ярким примером такого поведения служит и тот родитель, который, несмотря на советы всех врачей, вместо того, чтобы обучить свою дочь, страдающую тяжелым слабоумием, простой рабочей специальности, в течение многих лет настойчиво готовил ее к экзаменам на аттестат зрелости.

Больной может *проецировать* свои чувства и впечатления на окружающих его лиц. Так, часто больной просит врача или сестру о бережном отношении к его жене, поскольку он очень озабочен тем «Выдержит ли жена операцию (его операцию!)?»

Отрицание и проецирование чувств могут встречаться одновременно. Примером служит тот случай, когда больной с тяжелым заболеванием мозга, страдающий расстройством зрения, идет с сестрой к врачу, чтобы тот обследовал ее, ибо и «у нее те же самые жалобы», или же наблюдавшийся нами случай престарелой больной и ночной сестры.

У *хронически больных* наблюдаются более глубокие психические изменения. Сама продолжительность болезни оказывает неблагоприятное воздействие на подверженного страданиям человека. Перспективы выздоровления, его возможности сужаются. Больные замыкаются в себе и занимаются, интересуются лишь собой. Не раз приходится встречаться и с возникновением тяжелой депрессии. Возможно, в больном живет надежда на медицинскую науку, которая располагает такими эффективными средствами помощи, более того, больной может рассчитывать и на неожиданное, спонтанное выздоровление. Он постоянно колеблется между надеждой и безнадежностью, настроение его может быть подавленным. Больной может стать пессимистом, может стать обидчивым, чувствительным, завистливым, даже ненавистником. Один наш хронический больной это выразил так: «...все равно придет конец миру...» И наоборот: больные могут быть равнодушными, бесчувственными ко всему, холодными. Обстановку в больнице они знают «как свои пять пальцев», им всегда все известно лучше всех. Они здесь «старички», у них на все здесь больше прав, чем у «новичков». То они **безмолвны**, замкнуты, то требовательны, воинственно настроены, строчат жалобы. Один больной в результате поперечного поражения спинного мозга и тяжелой тетраплегии потерял способность двигаться. И хотя в институте для тяжелых хронически больных уход за ним был очень тщательным, к нему проявлялась большая забота, он писал массу жалоб в самые различные инстанции, прося перевести его отсюда, ибо

здесь «о нем не заботятся». Внешне же больной оставался приветливым и спокойным. Недовольные больные обычно капризны, все критикуют. Однако за всеми их требованиями скрывается их страстное желание во что бы то ни стало выздороветь.

У хронически больных наряду с ярко выраженными острыми психическими нагрузками (например, мучительное беспокойство, страх, тревога) чаще всего приходится встречаться с явлениями *регрессивно-инфантильного поведения*. Личность регрессирует в своем развитии до более низкого, более примитивного уровня. Взрослые ведут себя словно дети, дети же – соответственно уровню более раннего возраста. Подобное регрессивно-инфантильное поведение у хронически больных может проявляться в стремлении к тому, чтобы окружающие проявляли к ним максимум внимания, баловали их, а потому, если предоставляется такая возможность, они заставляют полностью обслуживать их, ждут даже, чтобы их кормили, умывали и пр. Плачут и переживают из-за мелочей, но и успокоить таких больных также можно с помощью совсем незначительных мелочей, детских радостей, игр.

Известный венгерский писатель Фридьеш Каринти (Frigyés Karinthy) в одном из своих произведений, рассказывая историю опухоли мозжечка у него и ее успешной операции, прекрасно иллюстрирует все вышесказанное. Жалобы начинаются со звона в ушах («словно поезда отправляются»), головокружений, а затем появляются и головные боли. Эти головные боли вначале объясняют заболеванием ушей, усталостью, чрезмерным потреблением никотина. До некоторого времени удовлетворяются таким объяснением, но в ассоциациях больного уже живут подозрения относительно настоящей причины болезни: он думает об умершем от опухоли мозга молодом коллеге-поэте, вспоминает о фильме на тему нейрохирургии. Однако, несмотря на эти подозрения, заболевание свое больной *отрицает*, это прекрасно описано писателем в главе «Страус защищается»: «Я не заметил, что давно с головой ушел в “диссимиляцию”»; и отмечает, что больные такие «...не жалуются, а скорее скрывают симптомы заболевания». (Конечно, скорее только от себя самих.) Согласно описанию, больной до конца очень дисциплинирован, хотя ему приходится бороться с переживаниями страха. Часто всплывает в памяти образ умершего от опухоли мозга друга, вспоминает он и о своем старом произведении, где писалось об удалении «центра страха смерти» около мозжечка и пр. Иногда он с горьким юмором успокаивает себя: «...обратно уже понесут в урне., а это уже не подлежит таможенной пошлине...». Как только полностью формируется сознание заболевания, поставлен точный диагноз, появляется чувство вины: «Незаметно для себя я стал сознать себя виноватым за что-то, за какой-то забытый грех, который никак не приходил мне на память, но от этого мне было не легче...». В соответствии с этим больной упоминает о профессоре-нейрохирурге не иначе как о «председателе военного трибунала», а себя как «приговоренного в тюрьме Синг-Синг».

Указывает писатель и на появляющееся вследствие заболевания *регрессивно-инфантильное поведение*: «Больные чаще всего лежат на спине, очень тихо, хотя не спят: это настоящая детская, родители ушли в театр или приглашены на ужин, и малыши, лежа с открытыми глазами, мечтают наяву».

Некоторые больные настолько охвачены своими болезненными переживаниями, что даже отсчет времени начинают вести с момента начала заболевания.

Естественно, наряду с вышеперечисленными реакциями нельзя – и очень вредно – забывать о том, что часто у очень тяжелых, хронически больных можно наблюдать проявления настоящего героизма. Они служат примерами не снижения, а дальнейшего развития личности даже в период такого тяжелого состояния. Даже в таком состоянии они оказывают душевную поддержку, помощь окружающим.

Тяжелые хронически больные – большая нагрузка как для врачей, так и для сестер. Незначительность результатов лечения, неизлечимость переносить тяжело. Такие больные причиняют множество проблем, забот и близким. Социально они оказываются изолированными, находятся в «роли больных». Именно для предотвращения окончательного оформления этой «роли» и служат поддержание психической активности больного, обеспечение его занятости, которые являются важнейшими задачами психологии работы с больным, его терапии.

С точки зрения повседневной практики весьма важно заняться проблемой агрессивных больных. Агрессивность у больных может быть явной и скрытой [74]. Явная форма ее проявления может быть словесной (например, ругает все и всех) и может выражаться в агрессивных поступках (например, бросает вещи). Скрытая же агрессивность может выражаться в упрямстве, в придирчивости, завистливости, ревности, недовольстве, требовательности или даже задиристости. Нередко такое поведение непонятно и самому больному, он сам не понимает, что с ним происходит. Часто он настолько ярко выступает против «несправедливостей», причем в такой форме, что к нему с правом можно применить венгерскую поговорку: «Кто так обижается, тот неправ.» Может случиться, что больные слишком формальны в своем поведении, слишком манерны, чрезмерно вежливы, часто это является свидетельством отчаянной внутренней борьбы против агрессивности.

Что же скрывается за такой агрессивностью больных? Вот вопрос, на который нужно ответить прежде всего. В возникновении агрессивности могут играть роль различные факторы. Может случиться, что обидчивость и злоба больных во многом оправданы: неумение понять их, не проявление к ним должного внимания, безнадежная болезнь, море страданий и пр. – все это может служить оправданием. У тяжелых хронически больных, например при неоперабельных случаях карциномы, можно наблюдать такие словесные проявления их чувств: «...никто ничего не делает...», «...жизнь идет дальше...», «дядя тоже умер от этого».

*Любая болезнь поражает всего человека в целом.* С правом можно предполагать, что личность, психические факторы играют роль не только в выздоровлении, но и в ухудшении состояния больных, более того, даже в становлении хронического характера заболевания. Болезнь и связанное с нею поведение могут быть по-настоящему поняты лишь с учетом всей истории жизни человека, его прошлого и настоящего. Это положение может быть использовано и в повседневной лечебной деятельности, в результате чего врач будет лечить не только желудок, ухо или конечности больного, а терпящего, страдающего человека, «homopatiens» (Frankl), который во всей сложности своей личности страдает от заболевания.

Как возникает контакт между врачом, сестрой и больным? Больной может прийти к врачу в поликлинику, в диспансер, в больницу. Естественно, условия лечения, психология работы с больными в больнице иные, чем в приемной амбулаторного врача. Следовательно, целе-

сообразно определить рамки лечебной деятельности и с психологической точки зрения.

Рамки лечебной деятельности нам хотелось бы показать на протяжении четырех ее этапов (деление на этапы произведено на основе времени лечения):

1. *Премедицинская стадия.* Медленно подкрадываются или с трагической внезапностью появляются в жизни здорового человека симптомы, мешающие продолжению его повседневной жизни. У человека появляются мысли и чувства, связанные с этими симптомами: Что же случилось? Болен я или здоров? Что делать? Идти к врачу или нет? Больной фантазирует, размышляет, обеспокоен, окружен советами соседей, родственников. Картина болезни еще не развернулась, повседневным явлением в этот период является безразличие, отказ от мыслей о болезни, оттягивание времени посещения врача. Основой такого поведения и является реакция отрицания. На этом этапе больной борется со своим заболеванием один или при поддержке не много понимающего в этом ближайшего его окружения. Продолжительность премедицинского этапа зависит от заболевания, от его прогрессирования, от личности больного, от уровня его культуры, от интенсивности реакции отрицания и т. п. Как можно более раннему распознаванию заболевания, возможности постановки раннего диагноза способствует санитарно-просветительная работа и различные профилактические мероприятия (например, контрольные рентгеновские обследования населения и пр.). Если вопрос о наличии заболевания решен, то наступает в его развитии следующий период.

2. *Амбулаторная стадия.* Больной обращается за помощью к врачу. В зависимости от заболевания больного лечит участковый врач или врач другой специальности (в поликлинике). Больной проходит амбулаторное лечение, на этом этапе лечебной деятельности действуют основные закономерности непосредственных отношений между врачом и больным. Классическое психотерапевтическое описание отношений между больным и врачом дано во многих работах, эти отношения и должны быть примером на данном этапе. Гораздо более сложен, чем даже комплексное амбулаторное лечение, третий этап лечебной деятельности, который вызывает наибольшее число проблем.

3. *Стационарный этап.* Как и в поликлиниках, в больницах есть все возможности для проведения дифференцированных исследований на высоком уровне, но уже при постельном режиме больных и постоянным контролем над ними. Критическое освещение проблемы таких разносторонних исследований дано многими исследователями. Часто больного попросту «теряют» в лабиринте исследований. Технически исследования проводятся на очень высоком уровне. Но в результате множества этих обследований у больного часто нет «хозяина», он никуда не относится. Где дошли до признания этого неблагоприятного факта и где до сих пор живы ценные гуманистические традиции лечебной практики, там больной, в результате создания тесного контакта с врачом, получает такого «хозяина». Опыт медицинской психологии прежде всего накоплен в результате наблюдений на этом этапе лечебной деятельности. *Стадия лечения после пребывания в больнице, стадия закрепляющего лечения.* На этом этапе больной уже выздоровел, покинул больницу. Пожалуй, у него даже нет больше необходимости во враче. Если же процесс заболевания не завершен, то следует контроль участкового или другого врача поликлиники, возможно, продолжается и лечение. Больной вновь становится амбулаторным, посещает поликлинику или диспансер.

2-4 *этапы органически дополняют друг друга, они никак не подчинены друг другу.*

Современный медицинский подход стремится к углублению единства последних трех этапов с той целью, чтобы больной имел хозяина в лице участкового врача или другого врача поликлиники. Только таким образом может врач проследить за всеми стадиями протекания заболевания и в случае рецидивов своевременной постановкой диагноза быстро оказать необходимую помощь.

Хотя указанные выше границы во многом определяют характер самой лечебной деятельности и характер отношений между больными и лечащим их персоналом, все-таки в основе всего лежат *отношения между врачом и больным*, и с этой точки зрения ими и следует заниматься. *Отношения, возникшие между врачом и больным, являются наиболее эффективным и наиболее важным психологическим фактором лечебной деятельности.* Проследим за этим прежде всего на основе процесса деятельности врача.

Участковый врач, можно сказать, живет вместе с больными, будучи врачом всей семьи больного, он участвует и в жизни самого больного. Подобным путем он имеет возможность получить такие данные о больном и его жизни, которыми не располагает, например, врач какой-либо другой специальности, приглашенный на консилиум, ибо он видит больного лишь в течение короткого времени. Участковый врач имеет полное представление о возникновении и развитии заболевания. (В определенной степени это относится и к врачам больничных отделений.) Приглашенный же для консилиума специалист может оказать помощь только в том случае, если ему будут сообщены и данные конкретных наблюдений над больным. Исходным правилом здесь является: хорошо поставленный вопрос – хороший ответ. При хорошем консилиуме, при правильной постановке вопроса консультирующий врач может получить представление об опыте, приобретенном лечащим врачом в ходе работы с больным, и уже к этому может добавить свои богатые знания и опыт. Это особенно важно с психологической и психиатрической точки зрения. Иными словами: важнейшим условием в данном случае является хорошее взаимопонимание между спрашивающим и тем, кто отвечает на поставленный вопрос. Консультация является не только совещанием, но и обменом впечатлениями, опытом. Это и есть секрет хорошего консилиума.

Работа врача проходит три основных этапа:

1. Выслушивание жалоб больного,
2. Обследование и постановка диагноза,
3. Предложения относительно лечения и сам процесс лечения.

Больной попадает к врачу в психическом состоянии, соответствующем начальному, премедицинскому периоду заболевания. Его мучают тысячи вопросов и сомнений: «Чем он болен?» «Что с ним будет?» «Официальным» методом в данном случае является то, что врач в соответствии со своими знаниями и своей совестью проводит опрос больного. У ясно мыслящего врача диагноз формируется уже при собирании анамнеза. Логический в целенаправленный опрос, естественно, правилен и необходим, но недостаточен, однако очень важно *выслушать* и несвязанный вопросами рассказ больного. Умение выслушать больного играет огромную роль в формировании контакта между ним и врачом. В практике врачебной деятельности привыкли к тому, чтобы задавать больному вопросы относительно важнейших жалоб, с помощью этого можно поставить правильный диагноз органиче-

ского заболевания. В выяснении характера заболевания оказывают помощь вопросы относительно начала, развития заболевания, важнейших жалоб, воздействий окружающей среды, временной связи между различными событиями в жизни больного и его жалобами и пр. Кроме таких обязательных вопросов целесообразно *дать больному возможность свободно изложить все, что он хочет сказать врачу*. Здесь-то и выходят на поверхность все фантазии, опасения, страхи, связанные с болезнью, получает выход напряженность, больному уже после этого становится легче. Умение выслушать больного, следовательно, не только помогает определить заболевание, которому он подвержен, но и сам по себе этот процесс выслушивания больного оказывает благоприятное воздействие на формирование соответствующих отношений между больным и врачом.

Больного следует выслушать со вниманием, постараться как можно глубже понять его, понять и пережить все то, чем живет больной, понять протекающие в нем процессы. Одним словом, реакция врача должна быть резонансом на сказанное больным, врач должен откликнуться на рассказ больного всем своим разумом, во всей полноте своей личности.

В повседневной жизни даже выражения, которые используются больными, свидетельствуют о потребности того, чтобы их выслушали. Если этого не происходит, они обычно жалуются: «Даже не выслушал». Как правило, об этом больные говорят, если им только задавались вопросы. В других случаях обвинение еще более тяжелое: «Даже не обследовал». Такие больные имеют обычно ввиду то, что им не предложили раздеться, или же что не было проведено различных лабораторных исследований, но настоящей причиной жалоб, как правило, служит недостаточное внимание к их личности. Об этом свидетельствует и один из наших примеров. Нужно было провести обследование по жалобе одного больного. В результате создания хорошего контакта с ним нам стали вскоре ясны его проблемы и сама личность больного. В конце беседы больной заявил: «Большое спасибо за обследование, так добросовестно меня еще ни разу не обследовали».

И в ходе выслушивания больного ведется наблюдение за ним, его обследование. В результате работы врача вырисовывается картина заболевания. Свои понятия врач черпает из современной медицинской науки, поэтому сформированное им представление о болезни мы называем *ятрогенным* (гр. *iatros* – врач) *представлением о заболевании*. Объективному представлению, создавшемуся у врача, противостоит субъективное представление больного, то, как он сам представляет свои жалобы и заболевание, его ход. Эти представления больного и называют *аутогенным представлением о заболевании*. Наряду с врачом и сам больной исследует себя, на основе испытываемых им чувств, его впечатлений и опыта, у него создается представление о собственном заболевании. В соответствии с этим сложившимся у него представлением он и излагает свои жалобы. Большинство столкновений, наибольшее непонимание между врачом и больным возникает как раз потому, что странные представления больного, его рассказ не соответствует ятрогенной картине заболевания. Врач, получивший нужную подготовку в области психологии, распознав это, может далеко продвинуться вперед в деле лечения больного, который, предъявляя свои жалобы, «невольно предлагает» врачу симптомы своего заболевания. Если врач сумеет понять больного, то может возникнуть должная связь между ними, необходимое «согласие». В истинном диагнозе на-

ходит отражение как ятрогенное, так и аутогенное представление о болезни. Исследуя истинный смысл самого слова диагноз, мы увидим, что оно (*diagnosis*) означает глубокое и полное познание, в данном случае познание, глубокий охват как заболевания человека, так и всей его личности, а также включает в себя представление о болезни, созданное врачом и больным. Следовательно, *познать все то*, от чего страдает больной, в чем он просит и ждет помощи, – это и есть истинный диагноз.

При установлении заболевания большое значение имеет и *сообщение диагноза*. Иногда это легко, в других случаях совсем не просто, даже, возможно, следует подождать с этим сообщением. В благоприятных случаях, при сформированном хорошем контакте, имеются и соответствующие условия для такого сообщения. Однако сообщение диагноза больному всегда требует большого такта и умения разбираться в людях. В истории медицинской науки можно найти множество примеров такого такта, искусства разбираться в людях, глубокой интуиции. Сообщение о заболевании может вызвать страх, панику, даже самоубийство. По возможности следует разговаривать с больным на его языке, избегая употребления специальных терминов, просто. Как врачу необходимо понять, что значат употребляемые больным слова, так необходимо ему следить и за тем, какое воздействие оказывают его слова на больного. Как поняты больным его слова? Насколько он искажает их смысл? Как влияют на восприятие сказанного опасения и чувства больного? Здесь-то и можно встретиться с реакцией в форме отрицания, часто возникает необходимость сломать это отрицание. Случается, что врачу необходимо беседовать с родными больного, в других случаях истинное положение должно познаваться самим больным, но постепенно, «правда должна дозироваться небольшими порциями». Может случиться и так, что придется взять свои слова обратно. Многое зависит от выносливости больного и от его контакта, сотрудничества с врачом.

В этом помогает и хороший контакт между врачом и больным. Известный венгерский врач Valint на основе большого личного опыта с правом сказал: «*врач и сам лекарство*». Именно поэтому большого внимания заслуживает личность самого врача, служащая основой его «лечебных свойств». Гармоничность личности врача, приветливость, высокая культура, особенности его характера – все это факторы лечебного воздействия на больного. Личный подход его к различным вопросам, чувства, желания, реакции на различные явления и пр. все это играет роль, все это тесно связано с лечебной деятельностью. Есть больные, которые не выполняют назначений врача, причиняют этим много неприятностей. Больные – особенно некоторые психопаты, алкоголики, олигофрены – могут вызывать у врачей досаду, злость, и одновременно чувство вины в связи с этим [16]. Врач должен хорошо знать, какое влияние оказывает его личность, каковы его личные реакции, чувства, возникающие при различных обстоятельствах.

При хорошем контакте с врачом больной любит своего «исцелителя», верит в него, принимает его советы, выполняет назначения. Наряду с простотой и искренностью своего поведения больные часто выражают свои чувства, свое отношение к врачу уже в том, как называют его при обращении к нему. Больные по-разному титулуют врачей, здесь и «главный врач» и «профессор», часто и ассистента называют «профессором», тем самым выражая свое уважение к нему. Поступки, слова врача надолго остаются в памяти больного, часто произвольно

настолько усваиваются им, что становятся органической чертой его личности. При хорошем контакте с врачом больной скорее выздоравливает, применяемый вид терапии оказывает лучший эффект.

Отношение больного к врачу может быть даже «винственным», более жестким, такие больные более настойчивы, более вспыльчивы. Но не всегда те больные, которые проявляют себя подобным образом, настроены враждебно по отношению к врачу. Это свидетельствует лишь о том, что различные виды напряженности, различные аффекты таким путем получают разрешение, «выход». Обращение с такими агрессивными больными требует высокой подготовленности, умения понять их. Часто такое «плохое отношение» к врачу ничем не хуже, чем вышеописанное «хорошее».

Однако существует и действительно плохое отношение к врачу, плохой контакт между ним и больным. Обычно это наблюдается в случае административно-холодного, официального метода работы с больными, механического подхода к своим обязанностям, причиной чего нередко служит недостаток времени. Коренным образом противостоит такому методу работы тот, который отвечает стремлениям учета особенностей человека как личности, восприятию не только отдельных его проявлений, связанных с болезнью, но и как сложного единства.

Есть и патологические варианты отношений между больным и врачом. Частая смена врача больными – признак недоверия. Неисполнимые требования таких больных часто ведут их от одного врача к другому, но успокоение не приходит. «Уже все испробовали, но ничто не помогло», – вот типичная жалоба в таких случаях. Такими «кочевниками» обычно являются невротики.

Известна и противоположная этой форма отношения между больным и врачом: чрезмерная, необъяснимая привязанность к одному врачу. Случается, например, что больные безо всякой на то причины без конца ходят на гипнотические сеансы к одному и тому же врачу.

Однако судить об отношениях между врачом и больным на основе лишь актуальных проявлений недостаточно. Установившиеся между ними отношения нередко коренятся в прошлом как больного, так и врача. В эмоциональных проявлениях больного, в способности его вступать в контакт с людьми находят отражение, проявляются и ранее приобретенный опыт, впечатления, чувства. Так, например, больной, всю жизнь страдавший от недостатка любви и заботы, возможно, ждет от врача именно этих чувств. Больной восторгается врачом, а его ожидания не оправдываются, может по-настоящему его возненавидеть. Чувства, испытывавшиеся когда-то к иным лицам (лицу) – любовь, ненависть, – могут проецироваться на врача, которого начинают любить или ненавидеть, собственно, безо всяких на то оснований. Распознавание таких чувств и впечатлений, живущих в больном, помогает врачу лучше понять больного, увереннее вести себя.

Отношения между врачом и больным, естественно, не раз и навсегда даны, они могут изменяться под воздействием различных факторов: более тщательных занятий с больным, более глубокого внимания к нему. При хороших же отношениях, естественно, и терапия эффективнее. А хорошая терапия, благоприятные результаты лечения, в свою очередь, улучшают отношения между больным и врачом.

Все вышеизложенное имеет очень большое значение в психологии работы с больными. *Отношения между больным и врачом, контакт между ними служат основой любой лечебной деятельности.* С другой стороны, врач является примером, образом для сестры, руководит ее деятельностью. Метод обращения врача с больными, его отношение к ним соответственно воздействуют и на сестер. Врач и сестра, сознавая всю значимость этого, тем самым располагают важнейшим средством психологического воздействия. Сестра, наряду с тем, что она ведет и свою самостоятельную работу, является и участницей связи между врачом и больным, в благоприятных случаях она способствует формированию этих отношений в нужном направлении.

## Раздел XVI. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

*В.А. Дробышев, Н.П. Карева*

*Дело врачебного искусства заключается не в том, чтобы делать всякого человека здоровым, но в том, чтобы, насколько возможно, приблизиться к этой цели, потому что вполне возможно хорошо лечить и таких людей, которые уже не могут выздороветь.*

*Аристотель*

**Реабилитация** (фр. *rehabilitation* от лат. *re* вновь + *habilis* удобный, приспособленный) в медицине – комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм.

Медицинская реабилитация, по определению комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вслед-

ствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество.

Реабилитация – это процесс достижения и поддержания оптимальных физического, чувственного, интеллектуального, психического, а также социального уровней деятельности реабилитанта. Реабилитационный процесс охватывает широкий круг мероприятий и видов деятельности, начиная от основной и общей реабилитации к действиям, направленным на достижение конечной цели, например, профессиональной реабилитации.

Физическая реабилитация – это применение физических упражнений и природных факторов с профилактической и лечебной целью в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности больных и инвалидов. Она является неотъемлемой частью лечебного процесса и применяется на всех этапах лечения.

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных конкретных целей в каждом конкретном случае необходимо соблюдение *основных принципов реабилитации*:

1. Принцип комплексности медицинской реабилитации (МР) подразумевает максимально широкое использование разных методов медицинского и другого характера. Принцип комплексности получил воплощение в практике МР, которая в целях достижения максимально возможного результата использует разные методы, традиционные и нетрадиционные, медицинские и другие, начиная от самых инновационных медицинских технологий реконструктивной хирургии, включая современные технические средства и устройства компенсации нарушенных функций и способностей, и заканчивая признанными методами народной медицины и целительства.

2. Возможно раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые органично включаются в терапию и должны ее дополнить и обогатить. Принцип возможно раннего начала МР касается как больных с острыми, так и хроническими заболеваниями.

3. Принцип этапности подразумевает оказание реабилитационной помощи человеку на протяжении довольно длительного отрезка времени. Это связано с тем, что больной, переходя от острой фазы заболевания к подострой и затем к хронической, последовательно должен получать соответствующую реабилитационную помощь.

4. Индивидуальность реабилитационных мероприятий. В каждом конкретном случае должны учитываться особенности реабилитанта в медицинском, профессиональном, социальном, бытовом плане и в зависимости от этого должна составляться индивидуальная программа реабилитации.

5. Непрерывность реабилитации важна как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Всякий более или менее длительный перерыв может привести к ухудшению состояния, снижению тренированности пациента, что заставит начинать все сначала.

6. Последовательность. Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий, что должно способствовать максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

7. Преемственность. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преемственность как на отдельных этапах медицинской реабилитации (стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный), так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация).

8. Активное участие больного в реабилитационной программе является основой успешного достижения поставленной цели. Разъяснение целей и задач программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия существенно помогает привлечь больного к активному сотрудничеству вместе со специалистами в борьбе с последствиями болезни или

травмы. Положительная установка на труд, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха.

Оценка состояния пациента перед началом реабилитации включает:

- осмотр врача;
- инструментальные методы исследования органов и систем;
- диагностику опорно-локомоторных функций и способностей к выполнению бытовых и трудовых операций;
- определение психического статуса, типов нарушения памяти, внимания, мышления, эмоционально-волевой сферы и исследование личностных особенностей (проводит психолог).

Программу реабилитации необходимо изменять в зависимости от активности воспалительного процесса, переносимости и ответа на лечебно-восстановительные мероприятия.

В последние годы активно развиваются направления физической реабилитации, представляющей собой использование близких по механизму действия методов и дисциплин: физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, лечебной физкультуры и массажа.

В настоящее время все больше врачей склоняется к мнению, что физические факторы и традиционные методы лечения могут дополнять или заменять многие методы, в том числе фармакологические. В необходимых случаях обоснованное и умелое сочетание физиотерапии или физиопунктуры с лекарственной терапией (интегративная медицина) позволяет существенно снизить дозировку лекарственных средств и увеличить эффективность лечения.

Сочетание современных методов физиотерапии и физиопунктуры (акупунктуры) с медикаментозной терапией:

- оказывают потенцирующий эффект при использовании ненаркотических анальгетиков и антидепрессантов;
- значительно улучшают результаты лечения, благодаря своеобразному синергизму с большинством лекарств;
- повышают переносимость различных вариантов лекарственной терапии, уменьшая вероятность аллергических реакций, токсического действия, метаболических нарушений и др.;
- уменьшают дозовую нагрузку лекарств при большей эффективности лечения.

Следует признать, что в живом организме и в природе в целом решающую роль играют именно слабые взаимодействия, слабые силы: это гравитация и геомагнетизм, атомы металлов в активных пигментах растений и животных (хлорофилл, гемоглобин); это микротоки, микровибрации, микроэлементы, ферменты, гормоны, нейротрансмиттеры, сверхмалые, квантованные количества которых регулируют гомеостаз и гомеокинез.

Не случайно столь эффективным и популярным в медицине становится применение электромагнитных волн различного диапазона (лазер, ММ-волны) и магнитотерапии.

Особенностями методов пунктурной физиотерапии являются: малая зона воздействия, специфический характер раздражения, возможность вызывать направленные рефлекторные реакции, возможность применения методов как самостоятельно, так и в сочетании с различными медикаментозными и физическими методами лечебного

воздействия на организм. Точечное воздействие и малая интенсивность раздражения рецепторного аппарата зоны благодаря пространственной и временной суммации раздражения приводят к развитию многоуровневых рефлекторных и нейрогуморальных реакций организма, обеспечивающих нормализацию гомеостаза.

При оценке механизмов действия природных и преформированных лечебных факторов значительное внимание традиционно уделялось тепловому, механическому, химическому факторам. Лишь в начале девяностых годов появились отдельные сообщения о возможной роли информационного компонента воздействия природных лечебных факторов.

Информационная концепция действия лечебных физических факторов на организм человека органически вплетается в рамки современных воззрений на общие принципы физиотерапии. Так, согласно принципу малых дозировок действующего физического фактора, только в таких режимах в полной мере становится возможной реализация процесса активизации собственных защитных сил организма. При этом низкоинтенсивные физические факторы, оказывая преимущественно регуляторное и тренирующее влияние на различные системы организма, создают основу для процессов самовосстановления, вызывают гомеостатический эффект.

Не исключено, что низкоэнергетическая физиотерапия выполняет роль запускающего устройства (триггера), активизирует образование когерентных солитонных волн в рецепторных местах клеточных мембран путем передачи параметров когерентности. При оптимальном числе таких активированных мест наступает кооперативный эффект и переход клеток к другому состоянию и в конечном итоге – к выздоровлению.

Наибольший практический интерес вызывает применение магнитных полей, слабых электрических токов, электромагнитных колебаний крайне высокой частоты (КВЧ-терапия), лазерного и светодиодного излучений. В основе действия данных методов лежат биофизические процессы, реализуемые на различных уровнях – молекулярном, субклеточном, клеточном и тканевом.

#### **Магнитотерапия**

Так, под действием низкочастотных МП возникают изменения проницаемости мембран нервных и мышечных клеток, наблюдается активация корковых и подкорковых центров (гипоталамус, таламус) с выбросом тропных гормонов гипофиза и увеличением гормонопродукции периферическими эндокринными железами, формирование тормозных реакций в ЦНС. В результате формируются общие приспособительные реакции организма, направленные на повышение его толерантности к внешнесредовым факторам.

Магнитное поле стимулирует энергетические и пластические функции нейронов и глиальных клеток, повышает регенераторный потенциал и толерантность мозга к гипоксии. Учитывая благоприятное действие магнитного поля на функции ЦНС, различные методики магнитотерапии находят широкое применение в лечении функциональных расстройств высшей нервной деятельности, атеросклероза мозговых сосудов, вертебробазиллярной недостаточности, последствий перенесенных ишемических мозговых инсультов. Выраженное трофическое и регенераторное действие оказывает магнитное поле на спинной мозг и периферические нервы – увеличивает скорость проведения по нервному волокну, повышает активность анаболических процессов в нервных волокнах. Поэтому применение магнитотерапии оказывает

значительный эффект при последствиях травм, воспалительных, сосудисто-ишемических, и дегенеративно-дистрофических заболеваниях спинного мозга и периферических нервов, полиневропатиях. Неспецифическое повышение порога чувствительности рецепторов кожи и слизистых (преимущественно рецепторов болевой чувствительности), возникающее под влиянием магнитного поля, проявляется в виде умеренного обезболивающего эффекта в зоне воздействия, который длительно сохраняется после разовой процедуры и постепенно угасает после курсового лечения. У магнитных полей выявлено умеренно выраженное, но стойкое противовоспалительное действие, связанное с торможением синтеза простагландинов и возрастанием уровня кортизола. Примечательно, что противовоспалительный эффект неспецифичен, проявляется при любой локализации воздействия и имеет черты системности, то есть реализуется в отдаленных от поля воздействия органах и частях тела. Магнитное поле является фактором выраженного противоточного действия, которое основывается на активации К-Na-зависимой АТФ-азы, выводящей из клетки натрия и воду, а также на увеличении емкости сосудистого русла и эффекте «омагничивания воды». Важными свойствами магнитных полей являются также способности оказывать гипотензивное действие (особенно при воздействии на голову, воротниковую область и шейно-грудной отдел позвоночника), благоприятно воздействовать на периферические сосуды и условия местной гемодинамики, инициировать неспецифическую десенсибилизацию при аллергических реакциях немедленного типа, что важно учитывать при лечении последствий заболеваний нервной системы и сопутствующей патологии.

#### *Показания к назначению:*

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь I-II степени; ИБС со стабильной стенокардией напряжения I-II ФК; ревматизм; вегетососудистая дистония; постинфарктный кардиосклероз.

2. Заболевания и травмы центральной и периферической нервной системы: травмы позвоночника, спинного мозга; нарушение спинномозгового кровообращения; преходящие нарушения мозгового кровообращения\*; ишемические мозговые инсульты\*; остеохондроз позвоночника; невриты, полинейропатии различного происхождения; невралгии; неврозы, неврастения; ганглиониты, каузалгии, фантомные боли; параличи, парезы.

3. Заболевания периферических сосудов: облитерирующий атеросклероз I-II-III стадии; облитерирующий эндартериит I-II-III стадии; тромбангит; синдром Рейно; хроническая венозная и лимфо-венозная недостаточность; тромбофлебит поверхностных и глубоких вен\* в подострый период; посттромбофлебитический синдром; диабетические ангиопатии, полинейропатии; состояние после аорто-бедренного шунтирования.

4. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: деформирующий остеоартроз (I-III стадии в фазе обострения и ремиссии); инфекционно-токсические артриты, полиартриты различной этиологии; бурситы, эпикондилиты, периартриты; замедленные консолидации переломов, в том числе при металлосинтезе, наличие гипсовой повязки или аппарата Илизарова; ушибы, растяжения сумочно-связочного аппарата, вывихи.

\* Заболевания, при которых магнитотерапия назначается с учётом индивидуальных особенностей пациента, динамики заболевания, данных клинического и функционального обследования.

5. Заболевания бронхо-легочного аппарата: острые пневмонии затяжного течения; хронический бронхит; бронхиальная астма (кроме гормонозависимой); туберкулез (неактивная форма).

6. Заболевания желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки в фазе обострения и ремиссии; хронический гастрит, гастродуоденит; подострый и хронический панкреатит; хронический гепатит и затяжное течение острого гепатита; дискинезия желчевыводящих путей; хронический холецистит; хронический неязвенный колит; состояние после резекции желудка по поводу язвы с целью профилактики пострезекционных осложнений.

7. ЛОР-патология: вазомоторный ринит; хроническими ринит, риносинусит; гайморит, фронтит; хронический фарингит; хронический отит; ларингит, трахеит.

8. Офтальмология: подострые и хронические воспалительные заболевания различных сред глаз: конъюнктивит, кератит, ирит, иридоциклит, увеит; атрофия зрительного нерва; начальная форма глаукомы.

9. Стоматология: парадонтоз; гингивит; язвенные поражения слизистой оболочки ротовой полости; острый артрит височно-нижнечелюстного сустава; переломы нижней челюсти; послеоперационные раны и травмы.

Можно назначать при наличии в полости рта металлических коронок, мостовидных протезов и шин.

10. Подострые и хронические заболевания мочеполовой системы: цистит; уретрит; пиелонефрит; аднексит, метрит, сальпингофорит; простатит; эпидидемит, орхит, везикулит; импотенция; бесплодие; климактерический синдром; доброкачественное новообразование (миома, фибромиома) с учетом возраста, гормонального фона, динамики процесса.

11. Аллергические и кожные заболевания: вазомоторный ринит; бронхиальная астма; псориаз; нейродермит.

12. Трофические язвы: вялогранулирующие раны; ожоги, обморожения, пролежни; предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация; спаечная болезнь; повышение иммунного статуса.

#### *Противопоказания:*

1. Абсолютные: кровоточивость и наклонность к ней; системные заболевания крови; острый тромбоз, рецидивирующие, тромбэмболические осложнения; аневризмы сердца, аорты и крупных сосудов; сердечно-сосудистая недостаточность выше II стадии; стабильная стенокардия III-IV функционального класса; тяжелые нарушения сердечного ритма (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия, частые экстрасистолы и др.); острый инфаркт миокарда, наличие кардиостимулятора; заболевания ЦНС с резким возбуждением, психические расстройства, клаустрофобия (при общих воздействиях); нарушения мозгового кровообращения – острый период; злокачественные новообразования или подозрение на их развитие; активный туберкулезный процесс; общее тяжелое состояние организма (легочная, сердечная, смешанная форма этих видов недостаточности II-III степени); инфекционные заболевания в острой стадии; лихорадочные состояния, резкое обострение хронического воспалительного процесса; гангрена; истощение организма; тиреотоксикоз; индивидуальная непереносимость; детям до 1,5 лет не проводят локальное воздействие, до 18 лет – общее воздействие.

2. Относительные: гипотония (можно проводить при стабильном АД и хорошей переносимости процедуры пациентом).

#### **ДЭНС-терапия**

Одной из последних разработок среди портативных приборов для контактного электролечения стали

аппараты для динамической электронной стимуляции (ДЭНС), представляющие собой чрескожный электро-нейростимулятор с блоком биологической обратной связи. Это позволяет прибору подстраивать частоту посылки импульсов в зависимости от состояния автономной нервной системы, что способствует коррекции составляющих ее симпатического и парасимпатического звеньев, а так же приводит к выбросу регуляторных нейропептидов. ДЭНС-терапия отличается от других видов электролечения по следующим показателям:

1. Наличие регуляторного эффекта – возможность лечения широкого спектра заболеваний, среди которых первые места занимают болевые синдромы, связанные с патологией периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата;

2. Отсутствие противопоказаний (кроме наличия искусственного водителя ритма);

3. Отсутствие возрастных ограничений;

4. Отсутствие адаптации к методу;

5. Возможность широкого сочетания с другими методами воздействия на организм;

6. Простота в использовании и быстрая окупаемость.

Механизм действия ДЭНС-терапии включает два этапа. Во время первого, благодаря наличию обратной связи по изменению импеданса кожи, осуществляется многомерная экспресс-оценка болевых синдромов и функциональных расстройств с учетом сопутствующей патологии с целью дифференцированного выбора наиболее оптимальных рефлексогенных зон для эффективного лечебного воздействия. Во время второго – производится терапевтическое воздействие на определенные во время первого этапа рефлексогенные зоны и акупунктурные точки.

Участок кожи тела больного выступает в качестве своеобразного конденсатора переменной емкости колебательного контура, входящего в состав генератора электромагнитных колебаний аппарата. При начальном воздействии импульсами, близкими по своим параметрам (форме, амплитуде и частоте) потенциалам действия одиночных нервных волокон определенного калибра, происходит их электростимуляция. Стимуляция их приводит к формированию организмом больного стойкой саногенетической функциональной системы, антиноцицептивному эффекту, оптимизации микроциркуляции и биоэнергетики патологически измененных тканей за счет местных, сегментарно-рефлекторных и общих реакций.

#### *Технология использования метода:*

Для проведения ДЭНС не требуется специальных условий: во время процедуры пациент может сидеть в кресле или лежать в удобном для него положении на кушетке. Динамическая электронной стимуляция проводится выносным зональным электродом ДЭНС-аппликатор, интенсивность подачи тока выбирается на комфортном уровне, при котором пациент не испытывает болевых ощущений. На этапах лечения уровень мощности электростимуляции может увеличиваться и уменьшаться, в зависимости от изменения степени чувствительности больного.

При использовании методики предпочтителен стабильный способ воздействия – неподвижное положение электродов. Воздействию электронной стимуляции рекомендуется подвергать прямую проекцию поражения, а также рефлексогенные зоны с использованием частоты 77 10 Гц.

Время воздействия: первый день – по 5 минут в каждой зоне; второй день – по 10 минут в каждой зоне; третий и последующий дни – по 20 минут в каждой зоне.



После сеанса больному рекомендуется отдых в течение 10-15 минут. Оптимальный курс терапии 15-20 сеансов.

### **Аэрозольная терапия (ингаляции)**

*Ингаляционная терапия (ИТ)* – применение с лечебной и профилактической целью аэрозолей биологически активных веществ, поступающих в дыхательные пути с помощью специальной аппаратуры. При заболеваниях легких используются аэрозоли высокой и средней дисперсности, а при заболеваниях верхних дыхательных путей (ВДП) – мелкокапельные и крупнокапельные. Выделяют следующие виды ингаляций.

*Паровые:* вызывают усиленный приток крови к слизистой, расширение сосудов и улучшение микроциркуляции подслизистого слоя в верхних отделах респираторного тракта, что ведет к улучшению метаболизма в клетках слизистой и увеличению секреции слизи, оказывает болеутоляющее действие;

*Тепловлажные:* вызывают гиперемии слизистой, разжижение слизи, стимулируют функцию мерцательного эпителия, улучшают отхождение мокроты;

*Влажные:* оказывают наиболее мягкое воздействие на слизистую респираторного тракта.

*Масляные:* покрывая тонким слоем слизистые оболочки дыхательных путей, масла защищают ее от попадания раздражающих веществ, высыхания при дыхании. У больных с патологией верхних дыхательных путей, уменьшают отек слизистой, стимулируют клеточный метаболизм;

*Ингаляции сухих лекарственных препаратов (инсуффляциями):* При дополнительном воздушном потоке сухие лекарственные препараты могут проникать в бронхи и легкие. Кроме местного действия, раздражение слизистых носа и глотки частицами сухих лекарственных веществ вызывает ринобронхиальный и ларинготрахеальный рефлекс.

*Показания:* острые, подострые и хронические воспалительные процессы ЛОР-органов и ВДП, подострые и хронические неспецифические воспалительные заболевания бронхо-легочного аппарата, бронхиальная астма. Туберкулез верхних дыхательных путей и легких. Состояние после операций на легких. Во всех случаях назначаются преимущественно *теповлажные ингаляции*, при наличии противопоказаний к последним или отсутствии соответствующей аппаратуры – *влажные*. *Влажные ингаляции* широко используются в ЛОР-практике в послеоперационный период, особенно после тонзиллэктомии, для борьбы с кровотечением, с целью снятия боли. *Паровые ингаляции* показаны в продромальный период, а также в фазу разрешения воспалительного процесса, локализуемого в ЛОР-органах, трахее, бронхах. *Масляные ингаляции* применяются при острых, подострых и хронических воспалительных заболеваниях ЛОР-органов и ВДП. Эффективны при атрофических и гипертрофических хронических ринитах, фарингитах, ларингитах. В профилактических целях назначают работникам, контактирующим на производстве с парами ртути, цинка, свинца, аммиака, соединениями хрома. *Ингаляции порошков* проводят в основном при заболеваниях ЛОР-органов и ВДП.

*Противопоказания:* пневмония в начальной стадии, выраженный отек, гипертрофия или полипоз слизистых оболочек дыхательных путей, туберкулез легких и гортани с склонностью к кровотечению, гигантские каверны, спонтанный пневмоторакс, распространенная и буллезная форма эмфиземы легких. Заболевания внутреннего уха с нарушением барофункции. Гнойное воспаление.

ИБС. Кахексия, легочно-сердечная недостаточность 3 степени, гипертоническая болезнь 2-3 стадии, непереносимость ингаляций.

Эти противопоказания являются *обязательными* при проведении *паровых и тепловлажных ингаляций*. При проведении *влажных ингаляций*, при условии их хорошей переносимости, *список противопоказаний сокращается*.

### **Низкоинтенсивное лазерное излучение**

В АЛТ «Мустанг-био» для синхронизации интенсивности лазерного воздействия с эндогенными биоритмами организма используются сигналы с датчиков пульса и дыхания. Эти сигналы, подаваемые в контуррегуляции выходной мощности излучающих головок, модулируют интенсивность светового потока, воздействующего на пациента.

Адаптационные изменения в организме при воздействии лазерного излучения возникают, как правило, при многократном, но непродолжительном облучении. Они сопровождаются усилением регионарного кровообращения, эритропоза, повышением синтеза структурных белков и ферментов, возрастанием энергообмена в клетках, улучшением микроциркуляции и трофики в тканях, иммуностимуляции, устранением дисбаланса в механизмах регуляции, а также нейротропным действием. Лазерная терапия вызывает увеличение продукции энкефалинов и эндорфинов, следствием чего будет повышение порога болевой чувствительности. Происходит стимуляция иммунного ответа, усиление пролиферации созревания ИМ-клеток, увеличение продукции иммуноглобулинов.

Таким образом, фотобиостимуляция лазерным излучением в условиях оптимального режима и дозы воздействия приводит к положительным сдвигам в процессах метаболизма. Конечным результатом этих сдвигов, как правило, является повышение уровня жизнедеятельности организма, расширение пределов его адаптации, что в итоге означает снижение восприимчивости к различным заболеваниям.

Представленные результаты по комплексному применению низкоэнергетических лечебных физических факторов в клинической практике свидетельствуют о том, что для повышения эффективности их влияния для оздоровления или при лечении и вторичной профилактике различных патологических состояний целесообразно использовать их информационное и энергетическое воздействие с индивидуальным подбором параметров воздействия на организм, а также с учетом его биоритмов и ответной реакции на проводимое лечение.

Приведенные примеры разработок в области новых медицинских технологий с использованием комплексов информационных и энергетических воздействий лечебных физических факторов позволяют считать, что исследования в этом направлении перспективны и уже в ближайшее время могут привести к созданию ряда эффективных способов оздоровления, профилактики и восстановления нарушенных функций организма.

Особенностями методов низкоэнергетической физиотерапии являются: специфический характер раздражения, а также малая интенсивность раздражения рецепторного аппарата зоны благодаря пространственной и временной суммации раздражения приводят к развитию многоуровневых рефлекторных и нейрогуморальных реакций организма, обеспечивающих нормализацию гомеостаза. Воздействия низкоэнергетическими физическими факторами вызывают изменения в деятельности сенсорных и моторных функций мозга, вегетативной нервной системы,

а также активацию аминов, пептидов, гормонов и других физиологически активных веществ. Указанное приводит к усилению собственных защитных механизмов организма, а также к повышению функции всех регуляторных систем, позволяющих организму оказывать эффективное противодействие постоянно изменяющимся влияниям многообразных факторов окружающей среды.

*Лечебные эффекты методов низкоэнергетической физиотерапии:*

- болеутоляющее (гипальгезия, реже анальгезия);
- стимуляция высвобождения эндорфинов и энкефалинов в некоторых участках головного и спинного мозга;
- стимуляция высвобождения (или нормализация) серотонина преимущественно в ядре шва и заднем роге спинного мозга;
- стимуляция выброса кортикотропина и кортизона в сыворотку крови;
- нормализация многих компонентов медиаторного обмена (влияние на систему дофамина, ацетилхолина);
- нормализация соотношений триглицеридов и фосфатидов в сыворотке крови, уменьшение уровня холестерина;
- уменьшение уровня мочевой кислоты;
- нормализация углеводного обмена;
- нормализация вегетативно-эндокринных функций;
- улучшение микроциркуляции во многих органах и системах;
- нормализация артериального и венозного давления;
- антиспастическое действие преимущественно на гладкую мышечную ткань, в том числе нормализующее влияние на пищеварительный канал, матку;
- нормализующее влияние на функции мозга и сердца (по данным ЭЭГ, ЭКГ и других видов исследований);
- повышение иммунитета и резистентности к инфекциям; ослабление синдрома абстиненции при наркомании;
- антидепрессивное и седативное действие.

Таким образом, использование физических факторов небольшой интенсивности значительно расширяет область применения физиотерапии, именно такой подход обеспечивает возможность эффективной физиотерапии как при лечении острой патологии и тяжелой хронической, так и при проведении реабилитационных мероприятий во внегоспитальных, в том числе домашних условиях.

### **Лечебная физкультура**

Лечебная физкультура (ЛФК) является одним из наиболее важных и действенных методов медицинской реабилитации, который находит самое широкое применение при заболеваниях различной этиологии с многообразными клиническими синдромами. Движение имеет огромное значение для нормального функционирования организма. Человек порой страдает не только, а иногда и не столько от самого заболевания, сколько от долгосрочного и не дозированного покоя. В процессе реабилитации больных действие физических упражнений проявляется в тонизирующем и трофическом действии на организм больного, формировании компенсаций (временного или постоянного замещения нарушенных функций), нормализации функций, как отдельного органа (сустава), так и всего организма.

В основе воздействия физических упражнений на организм больного лежит общая и специальная тренировка. Первая преследует цель оздоровления, укрепления и общего развития организма больного. Вторая ставит своей

целью восстановление и развитие функций, нарушенных в связи с заболеванием или травмой.

*Противопоказания к ЛФК:*

- все острые лихорадочные заболевания;
- гнойные и др. воспалительные заболевания кожи, подкожной жировой клетчатки, лимфоузлов, мышц, костей;
- нарастание сердечно-сосудистой недостаточности с декомпенсацией кровообращения и дыхания;
- опасность кровотечения;
- острые тромбозы и эмболии;
- острые нефриты, гепатиты;
- активные формы туберкулёза;
- тяжёлые формы гипотрофии (атрофии);
- обширные пупочные, бедренные, паховые и мошоночные грыжи со значительным выпадением органов брюшной полости или при выраженной склонности к ущемлению;
- выраженный болевой синдром;
- тяжёлые необратимые прогрессирующие общие органические заболевания, где основная задача облегчение страданий, без надежды на восстановление (злокачественные новообразования, метастазы).
- психические заболевания с резко нарушенным интеллектом.

### **Массаж**

Являясь одним из древнейших способов физического воздействия на организм больного, массаж способствует усилению кровообращения, трофики и силы мышц, увеличению объема движений, уменьшению боли и скованности, а также улучшает самочувствие и настроение. Все приёмы массажа должны сочетаться с различными методами лечебной гимнастики. Следует указать на необходимость обучения пациентов приёмам самомассажа. Использование самомассажа в общем комплексе самостоятельных занятий ЛФК, способствует большей эффективности медицинской реабилитации.

*Противопоказания к проведению массажа:* острые лихорадочные состояния; острый воспалительный процесс; кровотечения и кровоточивость; болезни крови; гнойные процессы любой локализации; заболевания кожи инфекционного, невыясненного или грибкового происхождения; кожные высыпания, повреждения и раздражения кожи; грибковые заболевания ногтей, волосистой части головы; острое воспаление вен; тромбоз или значительное варикозное расширение вен; эндартериит, осложнённый трофическими нарушениями, гангреной; атеросклероз периферических сосудов, тромбангиит в сочетании с атеросклерозом мозговых сосудов, сопровождающиеся церебральными кризами; аневризмы сосудов; острая сердечно-сосудистая недостаточность (инфаркт миокарда, отёк лёгких); эмболия легочной артерии; воспаление лимфатических узлов, сосудов; увеличенные, болезненные лимфатические узлы, спаянные с кожей и подлежащими тканями; заболевания вегетативной нервной системы в период выраженной остроты процесса; аллергия с геморрагическими и другими высыпаниями; кровоизлияния на коже; чрезмерное психическое и физическое утомление; активная форма туберкулёза; венерические заболевания; заболевания органов брюшной полости с склонностью к кровотечению; после кровотечений в связи с язвенной болезнью, гинекологическими, травматологическими и другими болезнями; хронический остеомиелит; доброкачественные и злокачественные опухоли различной локализации; психические заболевания с чрезмерным возбуждением,

значительно изменённой психикой; почечная и печёночная недостаточность.

### **Ортезирование пациентов**

Ортезы – функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата. Они используются для стабилизации, разгрузки, коррекции анатомических и биомеханических осей, защиты суставов или сегментов опорно-двигательной системы. Ортезы включают воротники, корсеты, тугоры, лонгеты, шины, ортопедические аппараты, а также ортопедические стельки, другие приспособления, вкладываемые в обувь, и саму ортопедическую обувь.

#### *Задачи ортезирования:*

1. Внешняя защита сустава, временная иммобилизация, поддержка повреждённого сегмента.
2. Предотвращение развития контрактур, увеличение пассивного объёма движений в суставах.
3. Стабилизация сустава.
4. Уменьшение боли за счёт иммобилизации.
5. Правильное функциональное позиционирование сустава во время движений.
6. Помощь ослабленным мышцам.
7. Замещение двигательной функции парализованных мышц.
8. Коррекция наступивших или нефиксированных деформаций путём блокирования движений в определённом суставе.

В зависимости от предназначения и способа действия условно ортезы делят на две группы: статические и динамические.

Статические (иммобилизующие, пассивные шины) ортезы – жёсткие, приспособленные для придания статической позиции. К ним относятся: разнообразные тугоры, шины и лонгеты, которые обеспечивают суставу или группе суставов оптимальное фиксированное положение: либо наиболее функционально выгодное, либо необходимое для коррекции деформации или профилактики её формирования. Иммобилизующие ортопедические приспособления, как правило, применяют в острой стадии заболевания.

Динамические и функциональные ортезы предназначены для обеспечения внешней поддержки и защиты поражённых сегментов опорно-двигательного аппарата, как в статическом положении, так и при выполнении определённых движений. Классический пример – разнообразные ортопедические аппараты, состоящие из нескольких частей, подвижно соединённых между собой посредством специальных шарниров. При использовании в их конструкции специальных регулируемых шарниров можно обеспечить защищённому суставу заданную врачом амплитуду движений. Основные критерии оценки эффективности ортопедических приспособлений – уменьшение интенсивности болей и улучшение функционирования суставов при их использовании.

*Показания к применению ортезов:* активный артрит, синовит, тендосиновит, тендовагинит; нестабильность сустава; разработка, стабилизация и защита суставов после ортопедических операций; снижение функциональной способности сустава, в особенности, при невозможности проведения оперативного лечения (коррекции).

### **Технические средства реабилитации**

К техническим средствам реабилитации относят различные приспособления, облегчающие передвижение: трости, костыли, ходунки, коляски и кресла, подъемники для ванной и т.д.

*Цель.* Компенсация функциональной недостаточности, связанной с нарушением опорно-двигательного аппарата, улучшение качества жизни. Противопоказания: самостоятельное использование технически сложных реабилитационных устройств и приспособлений больными с умственными нарушениями может стать причиной травм – необходим контроль медицинского или специально обученного персонала.

Технические средства подбираются индивидуально в зависимости от потребностей и активности пациента. Костыли должны соответствовать длине тела. Длину костыля определяют как расстояние от передней подмышечной складки + 2-3 см на каблук до вершины пятки. Высота ручки, при свободно опущенном плече и согнутом локтевом суставе около 30° – на уровне сжатого кулака. Подмышечную опору костылей необходимо обернуть поролоном – во избежание развития «костыльного» неврита от сдавления. Высота трости подбирается аналогичным образом. Рука при этом будет согнута под углом 30°. Использование трости способно вполнину уменьшить нагрузку на поражённую нижнюю конечность. При этом она должна располагаться в руке со стороны, противоположной поражённой нижней конечности.

### **1. Медицинская реабилитация при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата**

Целью реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата является предотвращение инвалидности, улучшение функций систем организма и уменьшение боли. Реабилитация включает методы, направленные на сохранение стабильности суставов, координации движений, мышечной силы, а также на предупреждение подвывихов и деформации суставов.

Оптимальным при проведении восстановительного лечения больных является устранение или полная компенсация повреждения. Однако это далеко не всегда возможно, и тогда следует организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние существующего анатомического или функционального дефекта (например, путём использования ортезов, вспомогательных бытовых устройств).

Общие противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий включают сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания, декомпенсированные соматические и онкологические заболевания, выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

#### **Ушибы**

*Ушиб (контузия)* – закрытое механическое повреждение тканей без нарушения целостности кожи, возникающее под влиянием кратковременного действия травмирующего фактора.

Основные синдромы: болевой, отечный, функциональных нарушений двигательной и чувствительной сферы, ограниченное кровоизлияние (гематома).

Физические методы лечения в ранние сроки применяют для прекращения кровоизлияния (сосудосуживающие методы), купирования боли (анальгетические методы), ограничения отека (лимфодренирующие, сосудорасширяющие методы). При обширных ушибах и гематомах применяют методы разрешения развивающегося асептического воспаления (противовоспалительные методы), профилактики формирования патологических рубцов (фибромодулирующие методы).

### **Физические методы:**

1. Анальгетические методы: локальная криотерапия, электрофорез анестетиков, СУФ-облучение в эритемных дозах, диадинамотерапия, амплипульстерапия, интерференцтерапия, диадинамо- и амплипульсфорез местноанестезирующих препаратов.

*Локальная (пакетная) криотерапия.* Под действием холодового фактора уменьшается возбудимость болевых и тактильных волокон с последующим блоком их проводимости. Наступающая через 10 мин после начала процедуры миорелаксация уменьшает боль, обусловленную рефлекторным мышечным спазмом в области ушиба. В начальном периоде действия криоагента отмечается сосудосуживающий эффект. Применяют в первые сутки после ушиба. Помимо обезболивающего действия, способствует прекращению кровоизлияния, дает противоотечный эффект. Применяют криоагенты (лед, вода, эфир, нитрат аммония, жидкий азот, хлорэтил), которыми смачивают ватные тампоны, заполняют различные емкости (пузыри, криопакеты, аппликаторы) или распыляют эти средства через пульверизатор. Пакеты и пузыри накладывают поверх давящей повязки. Продолжительность процедуры криоаппликации до 1-4 ч (при необходимости аппликатор заменяют). При подозрении на продолжающееся кровотечение, нарастании отека процедуру можно повторить с небольшим перерывом (1-2 ч). Криотерапию можно комбинировать и сочетать с СМТ, диадинамотерапией (криоамплипульстерапия, криодинамотерапия), а также возможен *криофорез анестетиков* и сосудосуживающих препаратов с помощью этих методов и непосредственно *криоэлектрофорез*.

2. Сосудосуживающий метод: охлаждающий компресс.

*Холодный (охлаждающий) компресс* вызывает сужение сосудов поверхностной и глубокой сосудистой сети кожи, в меньшей степени – скелетных мышц, с последующим прекращением кровоизлияния в мягкие ткани. Применение компресса вызывает и местную анестезию поверхностных тканей. Назначают в первые сутки после ушиба и проводят путем размещения на травмированной области салфеток, смоченных водой (температура 10-15 °С, можно со льдом), заменяя их через 10 мин в течение 30-60 мин. При необходимости в течение суток процедуру повторяют несколько раз.

3. Лимфодренирующие методы: спиртовой компресс, лечебный массаж.

*Спиртовой компресс* вызывает дегидратацию тканей за счет повышения осмотического давления в области размещения компресса с активацией выхода жидкости из интерстициальной ткани в лимфатические капилляры. Одновременно увеличивается гемолимфоперфузия. Используют 30 % раствор спирта (или водку) комнатной температуры, продолжительность процедуры до 1-1,5 ч, проводят 1-2 раза в день.

*Лечебный массаж.* Механические воздействия на пораженную область вызывают расширение поверхностных и глубоких сосудов, стимулируют кровоток и лимфоотток по окружающим лимфатическим сосудам (механический лимфодренаж). Проводят на конечностях по «отсасывающим» методикам, со 2-го дня, с воздействием на проксимальные отделы (при ушибах конечностей). Массируют с 3-4-го дня, применяя вначале щадящую методику. Назначают при остановке кровотечения. Проводят ежедневно в течение 10 мин; курс 10-12 процедур.

4. Сосудорасширяющие методы: инфракрасное облучение, НЧ-магнитотерапия, согревающий компресс.

*Инфракрасное облучение.* Снижение тонуса капилляров и артериол вызываются нагревом облучаемых тка-

ней на глубине до 5 см. Активация микроциркуляторного русла и повышение проницаемости сосудов способствуют удалению из очага продуктов аутолиза клеток, уменьшению отека (дренирующий и дегидратирующий эффекты). Усиление дифференцировки фибробластов и дегрануляция моноцитов приводит к активации пролиферативных процессов в более поздние сроки после травмы (с 4-5-го дня). Проводят по 15-20 мин 2-3 раза в день; курс 7-10 процедур. При необходимости возможно воздействие через повязку.

*Низкочастотная магнитотерапия* вызывает в крови и лимфе магнито-гидродинамические и магнитоэлектрические силы, которые усиливают локальный кровоток, уменьшают адгезию и агрегацию тромбоцитов, снижают застойную гиперемия, микротромбирование сосудов и отек. Применяют магнитные поля синусоидальной и полусинусоидальной формы с индукцией 20-100 мТл. Индукторы-электромагниты по одноиндукторной методике располагают над областью контактно, в том числе и на повязку. Используют со 2-3-го дня после ушиба в течение 15-20 мин, ежедневно; курс 10-15 процедур.

*Согревающий компресс* размещают на 6-8 ч. Температура комнатная. Возможно повторное наложение компресса через 2-3 ч. Проводят в течение 3-4 дней.

*Местные пресные ванны* вызывают тепловой поток внутрь тканей с возбуждением термомеханочувствительных структур с выраженной сосудорасширяющей реакцией, увеличением проницаемости сосудистой стенки и усилением лимфооттока, что ведет к уменьшению отека тканей. Снятие мышечного спазма и утилизация аллогенных медиаторов снижает болевой компонент клинической картины ушиба. Процедуры проводят при температуре воды 36-39 °С, по 10-30 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

5. Противовоспалительные методы.

В первые дни (2-5-е сутки – в зависимости от интенсивности степени асептического воспаления), учитывая наличие застойной гиперемии, выраженной активации различных вазоактивных компонентов (кислые протеазы лизосом, брадикинин, гистамин, калликреин, простагландины и др.) с соответствующим ростом проницаемости эндотелия, нецелесообразно применять *методы теплового воздействия*, которые могут усугубить отек и боль (высокоинтенсивная УВЧ-, СВЧ-терапия, ВЧ-магнитотерапия). Их назначают через 4-5 дней (при небольших ушибах), а со 2-го дня – низкоинтенсивные методы. Для ликвидации воспаления необходимо купировать застойную гиперемия, уменьшить активность перечисленных вазоактивных веществ, проницаемость эндотелия, повысить фагоцитарную активность макрофагов и лейкоцитов, создать условия для лучшего дренирования области травмы.

*Противопоказания к физиотерапии* при ушибах мягких тканей: продолжающееся обильное кровотечение, гнойное воспаление (нагноившаяся гематома, флегмона, абсцесс) до вскрытия и проявления интоксикации.

### **Травмы связок и мышц**

*Травмы связок и мышц* – закрытые механические повреждения мышц, связок и суставов с нарушением их анатомической целостности. Это чаще всего разрывы, растяжения (дисторсия).

Основные синдромы: болевой, отечный, гемодинамических нарушений (нарушений кровоснабжения или циркуляторных расстройств), функциональных нарушений, кровоизлияния (гематомы).

Физические методы лечения направлены на восстановление функции мышц (миостимулирующие методы)

и связок (фибромодулирующие методы), для чего необходимо купировать болевой синдром (анальгетические методы), восстановить нарушенное крово- и лимфообращение поврежденных тканей (сосудорасширяющие и лимфодренирующие методы), стимулировать репаративно-регенераторные процессы (репаративно-регенеративные методы). Физиотерапию начинают через 1-2 сут после травмы, в том числе после оперативного лечения. При наличии съемной лонгеты на время проведения процедуры ее можно снимать.

*Физические методы лечения травм связок и мышц:*

1. Анальгетические методы: локальная криотерапия.
2. Сосудосуживающий метод: охлаждающий компресс.
3. Лимфодренирующие методы: спиртовой компресс, лечебный массаж.
4. Сосудорасширяющие методы: инфракрасное облучение, низкочастотная магнитотерапия, термотерапия (парафино- и озокеритотерапия), пресные местные ванны, красная лазеротерапия, ультратонотерапия.

*Ультратонотерапия.* Воздействие на ткани переменным током с частотой 22 Гц и высокого напряжения (4-5 кВ) индуцирует в них токи проводимости. Трансформация энергии в тепловую создает условия для сосудорасширяющего эффекта с усилением венозного и лимфооттока. Назначают со 2-3-го дня после травмы. Воздействие на сустав осуществляют по лабильной методике по окружности сустава, при выходной мощности 8-10-й ступени, по 10-15 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

*Красная лазеротерапия.* Энергия излучения поглощается тканями на глубине до 3-4 см с активацией локальных вазоактивных пептидов (НО-синтазы), в результате чего в облучаемых тканях происходят расширение сосудов микроциркуляторного русла, активация термомеханочувствительных рецепторов с реакцией усиления микроциркуляции и трофики. Используют излучение с длиной волны 0,628 мкм, мощностью ППЭ до 10 мВт/см<sup>2</sup>, со 2-4-го дня, дистантно, по лабильной методике – по боковым поверхностям поврежденных связок и мышц, вдоль суставной щели, полями по 2-3 мин на поле, до 4-5 мин за процедуру, ежедневно; курс 10-12 процедур.

5. Миостимулирующие методы: чрескожная электронейростимуляция, подводный душ-массаж.

Назначают в период функционального лечения после прекращения иммобилизации. *Чрескожная электронейростимуляция-ДЭНС.* Ритмическое воздействие импульсного тока, длительность (0,1-0,2 мс) и частота (20-400 имп/с) которых соизмеримы с продолжительностью и частотой нервных импульсов в р-волокнах, приводит к увеличению афферентного потока в них с усилением адаптационно-трофических симпатических влияний. Это усиливает репаративные процессы в тканях сустава, а фибрилляция мышц под действием импульсного тока активизирует процессы кровоснабжения и способствует разрешению функциональных нарушений, увеличивая объем движений в суставе. Активный электрод располагают на двигательных точках соответствующих нервных стволов, второй – над брюшком мышцы; возможна поперечная методика. Эффективен при сохранении болей, так как наряду с миостимулирующим и трофическим дает анальгетический эффект. Продолжительность процедуры 20-30 мин с частотой 10-40 имп/с [близкий к частотному оптимуму вегетативных (J3-волокна)], регулируя также продолжительность импульсов 20-50 мкс, ежедневно; курс 8-14 процедур.

## **Переломы костей**

*Переломы* – повреждения костей с нарушением их целостности. Травматические переломы бывают открытыми и закрытыми.

Физические методы лечения направлены на уменьшение боли (анальгетические методы), купирование воспаления (противовоспалительные методы), уменьшение отека (противоотечные методы), уменьшение пареза мышц (миостимулирующие методы), улучшение трофики и метаболизма мягких тканей в зоне перелома (трофостимулирующие методы) и остеогенеза (витаминостимулирующие и ионокорректирующие методы), устранение контрактур (фибромодулирующие методы) или ложной костной мозоли (остеолизующие методы).

*Физические методы лечения при переломах:*

Анальгетические методы: СУФ-облучение в эритемных дозах, электрофорез анестетиков, диадинамо-, ампли-пульс-, интерференцтерапия, диадинамо- и амплипульсфорез местноанестезирующих препаратов, ультрафонофорез анальгетиков.

Противовоспалительные методы: УВЧ-, С ВЧ-терапия.

Сосудорасширяющие методы: электрофорез сосудорасширяющих препаратов, инфракрасное облучение, низкочастотная магнитотерапия, скипидарные, хлоридно-натриевые ванны, лечебный массаж.

*Скипидарные ванны.* Расширение сосудов происходит под влиянием раздражающего действия содержащихся в скипидаре эфирных масел и терпенов на немиелинизированные нервные проводники с последующим выделением гистамина, кининов, ацетилхолина. Назначают после снятия иммобилизации, в период образования вторичной костной мозоли, при замедлении сроков сращения перелома, поздних отеках, лимфостазе, тугоподвижности в суставе, контрактурах, мышечной гипо- и атрофии, не-трофических синдромах. Используют 15-60 мл (с постепенным увеличением на 5 мл через процедуру) сложного состава, включающего скипидар («белой эмульсии» или «желтого раствора»), температура воды 36-37 °С, по 8-10 мин, через 1-2 дня; курс 10-15 процедур.

*Хлоридно-натриевые ванны.* Выраженное увеличение кровотока связано с мощным тепловым потоком в ткани из солевой ванны. Натрия хлорид вызывает выделение вазоактивных компонентов (кининов, гистамина). Помимо сосудорасширяющего действия, ванны снижают болевую чувствительность, так как повышенное осмотическое давление уменьшает возбудимость и проводимость нервных проводников. Отмечается уменьшение отеков: дегидратация тканей в результате действия соли способствует выходу жидкости из интерстиция в капиллярное русло. Проводят общие или местные ванны с концентрацией натрия хлорида 20-40 г/л, при индифферентной температуре, по 12-15 мин, через день; курс 12-15 процедур.

*Инфракрасное облучение* увеличивает проницаемость сосудистой стенки, способствует дегидратации тканей воспалительного очага, лизису продукты аутолиза, однако при сильном отеке в ранние сроки после травмы может вызвать застойную гиперемия, усиление отека, боли. Назначают после купирования отека. Применяют при консервативном и оперативном лечении закрытых переломов, в том числе через бинтовые и гипсовые повязки. Продолжительность процедуры 15-20 мин, ежедневно; курс 8-12 процедур.

Репаративно-регенеративные методы: магнитотерапия, инфракрасная лазеротерапия, парафино- и озокеритотерапия, пелоидо-, гелиотерапия.

*Низкочастотная магнитотерапия* связана прежде всего с восстановлением нарушенного локального кровотока в мягких тканях (в том числе за счет миорелаксации гладкой мускулатуры сосудов, гипокоагулятивного эффекта, влияния на сосудистую проницаемость). В результате уменьшается отечность тканей и как следствие – боль. Метод можно использовать со 2-3-х суток после перелома. Наличие гипсовой повязки не является противопоказанием к назначению метода, однако эффективность его значительно снижается или даже исчезает в связи с резким снижением напряженности поля на расстояниях 4-5 см от индуктора. Спицы, используемые для остеосинтеза, мешают установлению индукторов, хотя наличие металла в области воздействия магнитного поля низкой частоты не является противопоказанием к проведению процедуры. Исходя из сказанного, метод применяют при лечении скелетным вытяжением на 2-3-й сутки или в послеоперационном периоде при погружном остеосинтезе (при отсутствии гнойной инфекции и ликвидации выраженного послеоперационного отека индукторы устанавливают на повязку, в ранние сроки). Применяют индукторы-электромагниты и индукторы-соленоиды. Противовоспалительный (противоотечный) эффект метода усиливается при применении индукторных устройств соленоидного типа с воздействием низкочастотного «бегущего» магнитного поля в центростремительном направлении. С учетом технических особенностей аппаратуры можно применять в послеоперационном периоде. Используют магнитное поле частотой 50 Гц, индукцией 35 мТл, в течение 15-20 мин, ежедневно; курс 8-12 процедур.

*Инфракрасная лазеротерапия.* Инфракрасное лазерное излучение избирательно поглощается молекулами нуклеиновых кислот и кислорода. Происходит стимуляция дифференцировки и пролиферации недифференцированных соединительнотканых клеток, участвующих в процессе регенерации костной структуры – образовании костной мозоли. Продукты денатурации белков после лазерного излучения являются индукторами репаративных и трофических процессов. В результате угнетения проводимости по С-волокнам снижаются болевые ощущения. Назначают с 5-го дня после перелома. Облучают кожные покровы в области травмы с противоположных сторон по одному полю навстречу друг другу при переломах трубчатых костей. Применяют лазерное излучение с длиной волны 0,89-1,2 мкм. Методика контактная, на одно поле 4-5 мин, ежедневно; курс 10-15 процедур. При использовании импульсных лазеров частота генерации импульсов 20-100 Гц, на поле до 4 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

*Парафино- и озокеритотерапия.* Назначают аппликации грязи на всю поврежденную конечность или отдельный сегмент (голень, предплечье) с захватом суставов проксимальнее и дистальнее, температура грязи 40-42 °С. Продолжительность процедуры 15-30 мин, проводят через день или 2 дня подряд с перерывом на 3-й день. Курс (12-15 процедур и более) определяется клиническим течением травмы.

*Гелиотерапия.* Усиление репаративной регенерации в процессе образования вторичной костной мозоли связано с действием продуктов фотодеструкции под влиянием ДУФ- и СУФ-облучения. Эти биологически активные вещества, попадая в кровоток, оказывают местное трофическое воздействие. Гелиотерапия стимулирует также центральные симпатические механизмы нейротрофической регуляции. Улучшению процессов формирования вторичной костной мозоли способствует образование в коже под

влиянием СУФ-спектра солнечного излучения витамина D. Назначают при замедленном сращении костных отломков, для профилактики и лечения ложных суставов. В зависимости от возраста больного и наличия у него сопутствующих заболеваний назначают один из 3 режимов воздействия и устанавливают продолжительность солнечной ванны с учетом погодных условий, определяющих радиационно-эквивалентную температуру на день проведения процедур. Применяют солнечные ванны по умеренному и интенсивному режимам. Курс 12-20 процедур.

Миостимулирующие методы: диадинамо-, амплипульстерапия, мионейростимуляция.

*Миостимуляция – ДЭНС* используют при первичной мышечной атрофии, развивающейся в результате длительной иммобилизации после переломов костей, гиподинамии.

Фибромодулирующие методы: электрофорез дефибрирующих препаратов, ультразвуковая терапия, ультрафонофорез дефибрирующих препаратов, сероводородные, радоновые ванны.

Остеолизирующий метод: дистанционная ударно-волновая терапия.

Витаминостимулирующие и ионокорректирующие методы: электрофорез витаминов, СУФ-облучение (субэритемные дозы), питьевое лечение минеральными водами.

Общее *СУФ-облучение* в субэритемных дозах способствует образованию в коже из провитамина (7-дегидрохолестерин) витамина D<sub>3</sub>. Витамин D<sub>3</sub> является необходимым компонентом кальциево-фосфорного обмена, он регулирует через продукты своего обмена всасывание ионов кальция и фосфатов в кишечнике, их экскрецию в почках, мобилизует кальций и фосфор в метаболические процессы, в том числе в костных тканях. Целесообразно назначать в период активной минерализации регенерата, начиная с 3-й недели перелома при нормальном течении образования костной мозоли по стандартным схемам. Курс облучения в субэритемной дозе также показан при замедлении консолидации и несрастании переломов, если на более раннем этапе лечения он не проводился (перерыв между курсами должен быть не менее 3 мес). Метод особенно показан в северных широтах, при переломах в осенне-зимний период. Используют обычную или ускоренную схему лечения.

*Питьевое лечение минеральными водами.* Ионы кальция, содержащиеся в питьевой минеральной воде, всасываются в кишечнике и участвуют в процессе костеобразования. Кроме того, они являются мессенджерами регуляции метаболизма клеток. Прием таких вод целесообразен в период образования первичной и особенно вторичной костной мозоли. Прием питьевых минеральных вод, содержащих достаточное количество ионов кальция, может быть назначен при тенденции к развитию или при наличии остеопороза, повышенном уровне экскреции кальция. Для лучшего усвоения кальция прием минеральной воды сочетают с субэритемными ультрафиолетовыми облучениями. Минеральную воду (нарзан, новотерская) пьют до еды (время приема зависит от кислотности желудочного сока пациента, если она известна) 3 раза в день, из расчета 3 мл на 1 кг массы тела; курс 3-4 нед.

Лечебный массаж. Возбуждение механорецепторов в коже, мышцах, связках, механическое воздействие на симпатические нервные волокна через механизм аксон-рефлекса, регулирующее воздействие симпатико-адреналовой системы увеличивают количество функционально активных капилляров, ускоряют кровоток и венозный отток. При массаже активируются регуляторы локального кро-

вотока (простагландины, гистамин и др.). Механическое воздействие массажа на ткани способствует усилению циркуляции лимфы с устранением застойных явлений. Дозированное напряжение мышц и улучшение кровотока нормализуют тонус мышц. Усиление адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы улучшает трофику массируемых тканей и подлежащих костных структур. Назначают как при неосложненном течении переломов, так и в случаях гиповаскуляризации с развитием трофических нарушений в костной и мягких тканях – при замедленном сращении переломов, артрогенных постиммобилизационных, ишемических, миогенных контрактурах, нейротрофических синдромах. Проводят после снятия гипсовой повязки или прекращения вытяжения, в период формирования костной мозоли; при наличии дистракционных аппаратов – с периода ликвидации острых воспалительных реакций. Назначают «отсасывающую» методику, вначале поглаживание (прерывистое, позже непрерывное), затем легкие приемы растирания, по 10-12 мин, ежедневно; курс 10-20 процедур.

#### *ЛФК в период иммобилизации:*

Специальные упражнения: общеразвивающие, общеукрепляющие упражнения для здоровой конечности и сегментов поврежденной конечности, свободных от иммобилизации; изометрические упражнения для мышц поврежденной конечности; статическое удержание поврежденной конечности; идеомоторное (воображаемые) движения.

При повреждении нижних конечностей необходимо добавить: обучение передвижению на костылях, осевое давление на подстопник, имитацию ходьбы, тренировку опороспособности здоровой конечности.

#### *ЛФК в раннем постиммобилизационном периоде:*

Специальные упражнения: упражнения (пассивные, активные с помощью) для увеличения объема движений конечности; изометрические упражнения для мышц поврежденной конечности; упражнения с дозированным сопротивлением и отягощением для поврежденной конечности; восстановление биомеханики движений.

К специальным упражнениям *ЛФК в позднем постиммобилизационном периоде* добавляют: упражнения (активные, активные с помощью) для восстановления полного объема движений конечности; нормализацию биомеханики движений.

#### **Рубцы и контрактуры**

Контрактура – ограничение подвижности в суставе. Врожденные контрактуры редки и проявляются в виде косолапости. Чаще наблюдают приобретенные контрактуры, которые могут быть посттравматическими (вследствие внутрисуставных или околоуставных повреждений, травм или ожога мягких тканей с последующим развитием рубцов) или нейрогенными – при заболеваниях или травмах нервной системы.

Физические методы лечения являются основными элементами комплексной программы терапии контрактур, включающей инъекции гидрокортизона, ферментных препаратов и пирогенала. Тактика использования физических факторов для устранения контрактуры должна быть гибкой и динамичной.

#### *Физические методы лечения рубцов и контрактур:*

Трофостимулирующие методы: низкочастотная электротерапия, инфракрасная лазеротерапия, местная дарсонвализация (тихий разряд).

*Местная дарсонвализация.* Тихий разряд обуславливает «стекание» со стеклянного электрода на кожу токов проводимости существенно неоднородной плотности.

В проекции микролокусов кожи с высокой плотностью тока происходит дегрануляция лаброцитов, макрофагов, эндотелиоцитов капилляров, выброс во внеклеточную среду медиаторов воспаления и локальное расширение сосудов кожи и гиподермы, обеспечивающих усиление трофики тканей в области воздействия. Методика дарсонвализации лабильная, сила тока в разряде менее 10 мкА, длительность процедуры 10 мин; курс 10 процедур.

Фибромодулирующие методы: пелоидо-, парафино-, озокеритотерапия, иодобромные ванны.

Дефибрирующие методы: ультрафонофорез ферментных препаратов, электрофорез дефибрирующих препаратов, компрессы с димексидом и ферментными препаратами.

*Компрессы с дефибрирующими препаратами* (ронидаза, лидаза). Апплицируемая на поверхность контрактуры или рубца коллагеназа (ронидаза) гидролизует пептидные связи рубцового коллагена, проявляя минимальную активность по отношению к нерубцовому «физиологическому» коллагену. Максимальная каталитическая активность коллагеназы проявляется в слабнокислой области рН, вдали от изоэлектрической точки. Порошок ронидазы насыпают на сложенную в несколько слоев марлевую салфетку, смоченную кипяченой водой, и накладывают на рубец. Сверху ее покрывают вощаной бумагой, слоем ваты и фиксируют мягкой повязкой на 12-18 ч. Процедуры проводят ежедневно; курс 25-30 процедур. Для проведения компрессов с лидазой содержимое ампулы растворяют в 2 мл 0,5 % раствора новокаина, которым инфильтрируют рубец. Лечение зависит от степени местной реакции, которая выражается в гиперемии и отечности окружающих тканей, ежедневно; курс 25-30 процедур.

Сосудорасширяющие методы: массаж, согревающий компресс, СУФ-облучение в эритемных дозах.

Противозудные методы: электрофорез антигистаминных препаратов, местная дарсонвализация (искровой разряд).

Миостимулирующие методы: электромиостимуляция, интерференцтерапия.

#### **Остеохондроз позвоночника**

*Остеохондроз* – форма хронического дегенеративного поражения позвоночника. В основе остеохондроза лежит первичная патология пульпозного ядра с последующим вовлечением в процесс тел смежных позвонков, изменения в межпозвоночных суставах и связочном аппарате.

Основными принципами терапии вертеброгенных заболеваний нервной системы являются следующие: 1. Покой на первых этапах обострения – исключение неблагоприятных статико-динамических нагрузок. 2. Стимуляция активности мышечного корсета, что наряду с иммобилизацией пораженного позвоночно-двигательного сегмента способствует его защите. 3. Комплексность и разовость воздействия на патологические очаги, участвующие в оформлении клинической картины. 4. Щадящий характер лечебных воздействий.

#### *Физические методы лечения больных остеохондрозом позвоночника:*

1. Анальгетические методы: СУФ-облучение в эритемных дозах, диадинамотерапия, амплипульстерапия, импульсная магнитотерпия.

*Импульсная магнитотерапия.* Образуемые магнитными полями вихревые электрические токи значительной плотности возбуждают волокна периферических нервов и ритмические сокращения миофибрилл скелетной мускулатуры, активируют локальный кровоток,

что приводит к уменьшению отека и удалению из очага воспаления продуктов аутолиза клеток. Улучшение микроциркуляции области воздействия стимулирует репаративную регенерацию поврежденных тканей и их метаболизм. Электроды-индукторы располагают на поверхности кожи в области пораженных мышц. Применяют лабильную методику. Продолжительность процедур, проводимых ежедневно или через день, 5-15 мин; курс 10-12 процедур.

2. Противовоспалительные методы: низкоинтенсивная УВЧ-терапия на область суставов, ДМВ-терапия на область надпочечников, ультрафонофорез гидрокортизона, низкочастотная магнитотерапия, красная лазеротерапия, инфракрасная лазеротерапия.

*Низкочастотная магнитотерапия.* Низкочастотное магнитное поле при данном заболевании применяют с целью обезболивания и улучшения трофических процессов. Пространственно-временная неоднородность магнитного поля приводит к возникновению разнонаправленных механических моментов во время 1-й и 2-й фаз периода колебания магнитного поля, в результате чего усиливаются конвекционные процессы в клетках, движущихся биологических жидкостях и активизируется их метаболизм.

За счет увеличения колебательных движений форменных элементов и белков плазмы крови происходят активация локального кровотока и усиление кровоснабжения органов и тканей. Индукторы располагают на пораженную часть позвоночника с зазором 0,5 см или без него. Используют магнитное поле частотой 50 Гц. Магнитная индукция 17-35 мТл. Режим прерывистый или непрерывный, в течение 15 мин, ежедневно или через день; курс 18-20 процедур.

*Красная лазеротерапия.* Низкоинтенсивное красное излучение активизирует биосинтетические и биоэлектрические процессы. Активация фотобиологических процессов в результате поглощения красного лазерного излучения вызывает расширение сосудов микроциркуляторного русла, нормализует локальный кровоток и приводит к дегидратации воспалительного очага. При остеохондрозе шейного отдела позвоночника производится воздействие расфокусированным лазерным излучением на 2 поля паравертебрально на уровне пораженных корешков, а затем на стороне корешкового синдрома на точки Эрба и по ходу вовлеченных в патологический процесс корешков. При остеохондрозе грудного отдела позвоночника осуществляется воздействие на 2 поля паравертебрально и затем на 6-7 полей по ходу пораженных корешков. При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника воздействуют на 2 паравертебральные зоны на уровне пораженных корешков и затем на 4 поля по ходу вовлеченных в патологический процесс корешков. Выходная мощность излучения 20-25 мВт, плотность мощности 3-4 мВт/см<sup>2</sup>. Общая продолжительность процедур 12-14 мин, на каждое поле по 2 мин; курс 10-15 процедур.

3. Фибромодулирующие методы: пелоидотерапия, сероводородные, радоновые ванны, скипидарные, йодобромные ванны.

4. Методы коррекции осанки: статическая релаксация позвоночника, аутореклинация позвоночника, тракционная терапия, подводное вытяжение позвоночника, массаж.

При стихании болевого синдрома назначают массаж мышц спины (поверхностное и глубокое поглаживание, растирание, прерывистая вибрация, похлопывание и рубление). Специальному воздействию подвергаются па-

равертебральные точки и межкостистые промежутки позвоночника.

5. Одной из первостепенных задач ЛФК является снижение болевого синдрома за счёт создания условий разгрузки позвоночника и уменьшения спазма мускулатуры. Этому могут способствовать индивидуально подобранные разгрузочные позы или *лечение положением*.

*При остеохондрозе шейного отдела:* в исходном положении (и.п.) лёжа на спине – 1) положив под шею мягкий валик или небольшую подушку в виде валика; 2) сидя или стоя – положив кисти рук на пояс; 3) сидя – предплечья на подлокотники кресла или спинку стула и стол.

*При остеохондрозе грудного отдела:* 1) при плоской спине – в и.п. лёжа на животе положить мягкий валик диаметром 5-8 см поперёк грудины; 2) при нормальной, сутулой или круглой спине – в и.п. лёжа на спине с валиком поперёк позвоночника под местом локализации болей.

*При остеохондрозе поясничного отдела:* особое внимание уделяют расслаблению мышц поясничной области, ягодичных, грушевидных, мышц нижних конечностей, чаще других вовлечённых в патологический процесс и находятся в состоянии патологического гипертонуса.

1) И.п. – лёжа на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами (стопы на плоскости кровати); 2) И.п. – то же, но с валиком диаметром 5-8 см под тазом; 3) И.п. – лёжа на ровной поверхности лицом вниз, с подушкой под животом или на большом мяче; 4) И.п. – лёжа на спине, с подтянутыми к животу согнутыми ногами (охватив колени руками); 5) Поза по Р. Нордемару – и.п. лёжа на спине положив голени на горизонтальную подставку (сиденье стула); 6) Поза по Перлю – и.п. то же. Подставка под голени поднимается на 5-10 см выше длины бедра большого (т.е. таз приподнимается над плоскостью кровати, а голени закреплены на подставке); 7) Корригирующая разгрузочная поза (при ишиалгическом сколиозе): И.п. – лёжа на спине или животе с приближенным правым или левым коленом к соответствующему плечу (ориентируясь на болевые ощущения); 8) И.п. – лёжа на животе поперёк кровати, со свисающими с кровати тазом и согнутыми ногами. Придерживаясь руками за противоположный край кровати – осторожно расслабить мышцы поясничной области спины; 9) Смешанный вис на перекладине или гимнастической лесенке. Во время вися (спиной к стенке) выпрямленные ноги касаются пола на 40-50 см впереди туловища.

В начале курса лечения можно применять следующие специальные упражнения ЛФК:

*При остеохондрозе шейного отдела.*

1. И.п. лёжа на спине – удержание приподнятой над подушкой головы.

2. И.п. лёжа на спине – круговые вращения надплечий назад и ритмичные приподнимания их в направлении головы с небольшим силовым напряжением, в медленном темпе, от 5-6 до 8-12 раз.

3. Общеукрепляющие упражнения для верхних и нижних конечностей с небольшим силовым напряжением или в изометрическом режиме (напряжение мышц без движений в суставах).

4. Все упражнения чередовать с расслаблением мышц шеи, плечевого пояса и дыхательными упражнениями.

*При остеохондрозе грудного отдела.*

1. При плоской спине: и.п. лёжа на спине – приподнимание головы, надплечий, лопаток над плоскостью кровати и удержание в этом положении (согнувшись в грудном отделе позвоночника).



2. При сутулой или круглой спине: и.п. лёжа на животе (с валиком или подушкой под животом) – разгибание в грудном отделе позвоночника, с удержанием в этом положении.

*При остеохондрозе поясничного отдела.*

1. И.п. лёжа на спине – приподнимание головы, плеч и удержание их в этом положении.

2. И.п. лёжа на спине, ноги согнуты, стопы на плоскости кровати – медленные приподнимания туловища до угла 30-45 градусов, с удержанием в этом положении.

3. И.п. лёжа на животе (подушка под животом) – поочерёдное приподнимание (на 10-20 см) и удержание выпрямленных ног. (Если нет болей в ноге).

\*Продолжительность удержания на весу головы, ног, напряжения мышц постепенно увеличивают с 2-3 сек в первые дни, до 6-8 сек – в последующие. Количество повторений каждого изометрического упражнения – с 5-6 до 10-12 раз. Количество занятий в день – от 3-4 до 6-8. Все силовые упражнения необходимо чередовать с расслаблением мышц и дыхательными упражнениями.

Санаторно-курортное лечение больных с остеохондрозом позвоночника и остеохондропатиями при условии самостоятельного передвижения направляют на бальнео- и грязелечебные курорты: Ейск, Зеленоградск, Карачи, Кашин, Краинка, Красно-усольск, Пятигорск, Садгород, Солониха, Светлогорск, Старая Русса, Усолье, Усть-Кут, Анапа, Кемпендьяй, Кисегач, Друскининкай, Евпатория, Иссyk-Ата, Кемери, Пярну, Саки, Славянск, Куяльницкий курорт, Лиеная, Миргород, Феодосия, Хаджи-бейский курорт, Юрмала, Бад-Эль-стер, Крыница, Фратишкови-Лазне.

При длительных статических нагрузках, резких движениях, вибрации следует надевать ортопедический корсет. Однако постоянное ношение корсета может привести к ослаблению мышц туловища и еще более выраженному болевому синдрому.

### **Остеоартроз**

*Остеоартроз* – это хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание периферических и/или центральных (позвоночных) суставов с деструкцией суставного хряща и дегенеративными изменениями в эпифизах сочленяющихся костей, с формированием субхондральных костных кист и краевых костных разрастаний.

Физические методы лечения направлены на купирование периодических и кратковременных болей, возникающих при значительной нагрузке на сустав или длительной его неподвижности (анальгетические методы), купирование индуцированного антигенами воспаления (противовоспалительные и репаративно-регенеративные методы) и обусловленной им локомоторной дисфункции (методы коррекции локомоторной дисфункции), а также восстановление нарушений обмена и синтетической активности хондроцитов (трофостимулирующие методы).

**Физические методы лечения больных с остеоартрозом:**

1. Анальгетический метод: СУФ-облучение в эритемных дозах.

Для достижения анальгетического эффекта при ОА предлагается применение *УФ-облучения*. Считается, что облучение болевой зоны в эритемных дозах приводит к созданию продуктов фотодеструкции, которые вызывают образование иммуноглобулинов А, М, Е и других соединений, регулирующих тонус и проницаемость сосудов кожи. В следствие этого в прилежащих слоях кожи и сосудах происходит образование биологически активных веществ и вазоактивных медиаторов, которые активи-

руют ионные каналы нейтрофилов и лимфоцитов, а также промежуточные звенья обмена азота, существенно увеличивают тонус сосудов и локальный кровоток в пораженном суставе. Это приводит к формированию эритемы, нарастанию периневрального отека и компрессии нервных проводников. Возникающий в области облучения парабиоз кожных афферентов распространяется по всему волокну и блокирует импульсацию из болевого очага. Активация продуктами фотодеструкции механо-сенсорного поля кожи вызывает интенсивный поток афферентной импульсации в ЦНС, который ослабляет центральное внутреннее торможение и делекализирует болевую доминанту. Облучение области пораженного сустава возможно начинать с 6-8 биодоз (на стопы, голеностопный сустав), на тазобедренные, коленные, плечевые, локтевые, лучезапястные – с 5-6 биодоз. Через 1-2 дня дозу увеличивают на 1-2 биодозы. Курс включает 4-6 облучений.

*Переменное магнитное поле низкой частоты* уменьшает боль и ограничение функции коленных суставов, обусловленные остеоартрозом. Интересно, что длительное (не менее 2 нед.) ношение магнитных браслетов и наколенников уменьшают боль в коленных суставах при ОА, однако необходимы дальнейшие исследования для изучения механизма развития данного эффекта. *Чрескожная электронейростимуляция* эффективна для уменьшения боли при остеоартрозе коленных суставов. Показано, что ЧЭНС, проводимая по 10-12 процедур с частотой 40-60 Гц и продолжительностью 8-12 мин., в сочетании с криовоздействием, снижает уровень боли по визуальной аналоговой шкале после каждой процедуры с возможной отменой НПВС у трети больных или снижении их дозы в 2 раза.

Анальгезирующий эффект также можно получить, используя *синусоидальные модулированные токи (СМТ)*. Они вызывают ритмически упорядоченный поток афферентных сигналов в ЦНС, который подавляет импульсы из болевого очага, они блокируют периферические проводники болевой чувствительности, вплоть до их парабиоза, а также эффективно воздействуют на болевые очаги, расположенные в глуболежащих тканях костно-мышечной системы.

2. Противовоспалительные методы: низкоинтенсивная УВЧ-терапия, высокоинтенсивная сантиметроволновая терапия, инфракрасная лазеротерапия.

*Инфракрасная лазеротерапия.* Инфракрасное лазерное излучение избирательно поглощается молекулами нуклеиновых кислот и кислорода, индуцирует репаративную регенерацию тканей и усиливает их метаболизм. При инфракрасном лазерном облучении пограничных с очагом воспаления тканей происходит стимуляция фибробластов. Образующиеся при поглощении энергии лазерного излучения продукты денатурации белков, аминокислот пигментов и соединительной ткани действуют как эндогенные индукторы репаративных и трофических процессов в тканях, активируют созревание грануляционной ткани на облучаемой поверхности. Используют инфракрасное излучение ( $\lambda = 0,89$  мкм), мощность до 10 Вт, частота 50 Гц, в течение 8-10 мин, ежедневно; курс 8-12 процедур.

В начальных стадиях ОА при слабо выраженных явлениях синовита для активизации метаболизма и микроциркуляции в тканях сустава может применяться *высокоинтенсивная сантиметроволновая (СМВ) терапия*. Сантиметровые волны высокой интенсивности оказывают на артикулярные и периартикулярные ткани выражен-

ное тепловое воздействие. За счет увеличения скорости кровотока, количества функционирующих капилляров и расширения мелких сосудов усиливаются регионарная гемодинамика и лимфоотток, процессы диффузии и проницаемость. Это улучшает кровоснабжение хряща, способствует уменьшению очага экссудации в синовиальных оболочках. Используют электромагнитные волны сантиметрового диапазона (частота 2450 МГц) по дистантной методике, мощность 40-60 Вт, доза среднетепловая; ежедневно или через день, по 15-20 мин.; курс лечения 12-15 процедур.

3. Репаративно-регенеративный метод: высокоинтенсивная высокочастотная магнитотерапия.

4. Фибромодулирующие методы: ультразвуковая терапия, сероводородные ванны, радоновые ванны, пелоидотерапия, инфракрасная лазеротерапия.

*Ультразвуковая терапия* способствует улучшению метаболизма и кровообращения в суставах и периартикулярных тканях, снятию напряжения в мышцах конечностей, повышению их тонуса и силы, рассасыванию экссудата в суставах, уменьшению боли и скованности движений. Ультразвуковые колебания повышают активность лизосомальных ферментов клеток, что приводит к очищению воспалительного очага от клеточного детрита и патогенной микрофлоры. Местное расширение сосудов микроциркуляторного русла приводит к увеличению объемного кровотока в слабовазкуляризованных тканях в 2-3 раза, повышению степени их оксигенации и интенсивности метаболизма. Активация ультразвуковыми колебаниями мембранных энзимов и деполимеризация гиалуроновой кислоты приводят к рассасыванию отеков в пораженных суставах или их уменьшению, снижению компрессии ноцицептивных нервных проводников в зоне воздействия. Ультразвук избирательно усиливает кровоток и повышает температуру на один градус на границе разнородных артикулярных тканей. В результате увеличивается их эластичность, нагревание тканей сустава уменьшает проводимость термомеханочувствительных структур сухожилий и связок, что приводит к ослаблению болей в суставах и уменьшению мышечного спазма. Чаще используют ультразвук малой (0,05-0,4 Вт/см<sup>2</sup>) и средней (0,5-0,7 Вт/см<sup>2</sup>) интенсивности. Частота – 880 кГц. При стабильном озвучивании доза не должна превышать 0,3 Вт/см<sup>2</sup>, а при воздействии через воду интенсивность увеличивается в 1,5-2 раза. Режим постоянный или импульсный (длительность импульса 4 или 10 мс). Методика контактная, лабильная, по 10-12 мин, ежедневно, курс 10-12 процедур. При выраженном болевом синдроме возможно введение лекарств (баралгин, гидрокортизон, мази с НПВС и др.) с помощью ультразвука. Ультразвуковая терапия противопоказана при выраженном обострении процесса, при плохой переносимости постоянного тока и при наличии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы.

5. Трофостимулирующие методы: диадинамотерапия, интерференцтерапия, местная дарсонвализация.

6. Лечебная физкультура применяется как в период обострения, так и в период ремиссии. Физические упражнения уменьшают боль и улучшают функцию суставов у больных остеоартрозом, а также способствуют предупреждению или устранению атрофии периартикулярных мышц. Динамические упражнения аэробного типа также подтвердили свою эффективность в улучшении функций суставов и походки, уменьшении болевого синдрома, а также повышает функциональные способности больного.

Методика ЛФК зависит от периода заболевания. Острый период: улучшение местного крово- и лимфообращения; расслабление патологически напряженных мышц; общетонизирующее воздействие на больного. Лечебную гимнастику назначают на 3-5 день при уменьшении болей. Исходные положения подбираются в зависимости от локализации поражения (верхняя или нижняя конечность). Для пораженного сустава рекомендуется смена сгибательного и разгибательного положения в течение дня. Используют упражнения на расслабление мышц, свободные динамические упражнения в дистально расположенных суставах.

Подострый период: при уменьшении болей к задачам предыдущего периода добавляют упражнения: на нормализацию мышечного тонуса конечности; и на увеличение объема движений в пораженном суставе (при I-II стадии ОА).

Из специальных упражнений применяют облегченные, свободные и маховые движения в пораженном суставе, выполняемые до появления легкой боли. Каждое упражнение повторяют многократно. Целесообразно выполнение упражнений в воде. Они способствуют лучшему расслаблению мышц, снижению нагрузки на сустав, уменьшению болей и увеличению подвижности суставов. А.Ф. Каптелин (1986) рекомендовал применять для лучшей разгрузки тазобедренного, коленного суставов и увеличения суставной щели – вытяжение по оси конечности грузом, фиксированным в области голеностопного сустава.

Период ремиссии: укрепление мышечных групп, прилегающих к суставу; восстановление (при ОА I-II стадии) или сохранение достигнутого объема движений в пораженном суставе; повышение общей физической работоспособности больного; снижение повышенной массы тела; нормализация осанки и ходьбы.

Лечебную гимнастику выполняют в оптимальных для пораженных суставов исходных положениях. Можно использовать велотренажеры и механотерапевтические аппараты. Показано плавание. Основные правила применения ЛФК при остеоартрозе: физические упражнения необходимо проводить без статических нагрузок на сустав (в положениях лежа, сидя, в бассейне); движения выполняют медленно, с постепенным увеличением нагрузки (не следует преодолевать боль); продолжительность занятий – 30-40 мин. в день (по 10-15 мин. 3 раза в день).

7. Массаж при ОА благоприятно влияет на нервномышечный аппарат, активирует периферическое кровообращение, улучшает трофику тканей сустава, способствует укреплению мышц. Обычно массаж назначают на область пораженной конечности или позвоночника, сочетая с занятиями лечебной физкультурой. При этом следует щадить пораженный сустав. Классический массаж тазобедренных и коленных суставов показан больным остеоартрозом I-III стадии без явлений реактивного синовита, при гипотрофии мышц, значительной болезненности четырехглавой и икроножных мышц, паравerteбральных точек и остистых отростков пояснично-крестцового отдела позвоночника. *Противопоказанием* для классического массажа является наличие вторичного синовита у больных II-III стадии заболевания.

8. Санаторно-курортное лечение. Больных с остеоартрозом на фоне нарушения обмена веществ и функций желез внутренней секреции с вторичным синовитом и без него направляют на бальнеолечебные и грязелечебные курорты: Евпатория, Сочи, Ессентуки, Пятигорск, Хмельник, Цхалтубо, Мироновка, Джеты-Огуз, Одесса,

Бад-Брамбах, Бадгастайн, Баден-Баден, Бад-Кройцнах, Виши, Вулиагмени, Дакс (Серебряный берег), Кайяфа, Калделаш, Колорадо-Спрингс, Лендек-Здруй, Нишка-Баня. Не показано санаторно-курортное лечение больным ОА III стадии с выраженным синовитом.

9. Бальнеотерапия оказывает положительное влияние на обменные процессы, метаболизм хряща, периферическую гемодинамику и микроциркуляцию в ранних стадиях ОА (I-II стадии). Кроме того, бальнеотерапия благоприятно воздействует на нервную, сердечно-сосудистую, эндокринную систему, способствуя формированию компенсаторно-приспособительных реакций. *Сульфидные воды* повышают клеточный метаболизм. Под влиянием сульфидных ванн уменьшается выведение оксипролина с мочой, снижается содержание гексааминов и повышается активность кислой фосфатазы в сыворотке крови, что косвенно свидетельствует об улучшении обмена коллагеновых фибрилл и основного межзубчатого вещества соединительной, костно-хрящевой тканей и других элементов сустава. Во время приема сульфидных ванн присутствующий в воде свободный сероводород диссоциирует на ионы водорода, гидросульфит иона и серу. Сероводород за счет активизации полиморфноклеточных мононуклеаров стимулирует репаративную регенерацию и упорядочивает структуру коллагеновых волокон в рубцах. Кроме того, ионы серы стимулируют митотическую активность гепатоцитов и инактивацию токсинов микросомальной фракцией цитохромов P450, что приводит к усилению синтеза белков и гликопротеидов. Свободная сера и ее соединения (сульфиды) блокируют цитрохромоксидазу, липазу, тормозят клеточное дыхание, пентозный цикл и синтез липопротеидов низкой плотности, обладающих выраженным атерогенным действием. Сульфиды, включаясь в метаболизм мукополисахаридов, утилизируют хондроитинсерную кислоту. Сероводород вызывает накопление биологически активных веществ и медиаторов в поверхностных тканях. Начальный кратковременный спазм сосудов сменяется их продолжительным расширением. Импульсная активность нервных проводников кожи к концу процедуры понижается, что приводит к уменьшению болевой и тактильной чувствительности. Таким образом, сероводородные ванны улучшают кровообращение и трофические процессы в тканях суставов, способствуют росту и нормальному функционированию синовиальных ворсинок, секретирующих синовиальную жидкость, положительно влияют на состояние мышечной системы. Сероводородные ванны (при отсутствии поражений почек) назначают с концентрацией сероводорода 50-150 мг/л, по 8-15 мин., при температуре воды 34-36 °С, через день; курс 10-14 процедур. *Радоновые ванны* вызывают увеличение проницаемости стенок сосудов и усиление миграции полиморфно-ядерных лейкоцитов в очаг воспаления с выбросом ими коллагеназы и других ферментов, что определяет ее целесообразность при гипореактивности. Это приводит к активации коллагеназы, способствующей рассасыванию очагов склероза в синовиальной оболочке. Альфа-излучение радона снижает проводимость немиелинизированных нервных про водников, что приводит к уменьшению болевой чувствительности. Радоновые ванны вызывают кратковременный спазм, а затем продолжительное расширение артериол и незначительное снижение венозного оттока, в результате чего наступает гиперемия кожи. Наступающее под влиянием радоновых ванн улучшение кровообращения, микроциркуляции в синовии и метафизе костей повышает метаболизм в эпи-

физарном хряще и устраняет гипоксию и нарушенный метаболизм, которые развились в хондроцитах и соединительнотканном ретикулуме. Вследствие этого повышается сопротивляемость хряща, улучшается его функция, а также жизнедеятельность всего сустава, уменьшается воспалительная реакция синовиальной оболочки. Радоновые ванны (1,5 кБк/л) у больных с ОА вызывают выраженное снижение активности кислых гидролаз и протеогликаноподобных соединений в сыворотке крови, способствуют уменьшению деструктивных явлений в эпифизарном хряще и повышению неспецифической резистентности организма. Радоновые ванны применяют при концентрации радона 1,5-3,0 кБк/л. Температура воды в ванне должна быть 36-37 °С, время процедуры 12-15 мин., ежедневно или через день; курс 10-15 ванн.

10. Лечебная грязь стимулирует анаболические и тормозит катаболические процессы в тканях суставов, улучшает снабжение хряща питательными и энергетическими веществами. Лечебное действие грязи обусловлено повышением уровня стероидообразования и активности симпатико-адреналовой системы, оказывающей нормализующее влияние на иммунную реактивность организма (назначают при гипореактивности для оптимизации гормонального фона), его адаптивные возможности и нейротрофические процессы. Изменения клинического течения ОА сопровождаются снижением экскреции с мочой оксипролина, содержания в сыворотке крови гексааминов и активности кислой фосфатазы, что косвенно свидетельствует об улучшении обмена коллагеновых фибрилл и основного межзубчатого вещества соединительной ткани костно-хрящевой системы и других элементов суставов. Грязелечение, усиливая процессы обмена тиамин и его коферментной формы, существенно повышает потребность организма больного в этом витамине, поэтому во время лечения пеллоидами больного с деформирующим остеоартрозом целесообразно назначать кокарбоксилазу, так как при этой патологии отмечаются глубокие нарушения метаболизма тиамин. При поражении суставов рук грязевые аппликации осуществляют на воротниковую зону, а при вовлечении ног – на поясничный отдел позвоночника по сегментарно-рефлекторной методике. Температура грязи должна быть 42-44 °С, продолжительность проводимых через день или с перерывом на третий день процедур от 15-20 мин. (сульфидная грязь) до 25-30 мин (сапропелевая и торфяная); курс 12-18 процедур.

11. Ортопедические приспособления. *Ортез для коленного сустава*. В последние годы широкое распространение получили так называемые вальгизирующие и варизирующие коленные ортезы, действующие по принципу «трех точек». Они предназначены для разгрузки медиального или латерального мышечка большеберцовой кости при соответствующих формах гонартроза. Особое место в клинической практике занимают специальные динамические коленные ортезы. Они позволяют дозированно ограничивать объем движений в суставе. Показания: артрит и артроз коленного сустава; нестабильность коленного сустава из-за недостаточности боковых и крестообразных связок; повреждение менисков; нестабильность надколенника; этапная разработка сустава после артропластических операций. Противопоказания: тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

*Ортез для стопы* (ортопедическая стелька, супинатор, пронатор). Показания. Деформация переднего отдела стопы (hallux valgus, hallux rigidus, молоткообразная деформация пальцев, подвывихи плюснефаланговых

суставов); метатар-салгия; плоская или полая стопа; подошвенный фасцит; пяточная шпора; медиальный гонартроз; состояния после реконструктивных операций на стопе и голеностопном суставе.

*Ортез для I пальца кисти* при воспалительных и деструктивных изменениях в I пястно-фаланговом и пястно-запястном суставе. Ортезы при нефиксированных деформациях пальцев типа «шеи лебедя» и «пуговичной петли».

### **Ревматоидный артрит**

*Ревматоидный артрит (РА)* – хроническое аутоиммунное воспаление соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита.

Физические методы лечения применяют для снижения активности патологического процесса, ослабления и исчезновения в тканях суставов воспалительных явлений (противовоспалительные и репаративно-регенеративные методы), купирования болевого синдрома (анальгетические методы), коррекции иммунной дисфункции (иммуносупрессивные методы), улучшения обмена соединительной ткани и эпифизарного хряща и улучшения локомоторной функции (фибромодулирующие методы).

### **Физические методы лечения больных ревматоидным артритом:**

1. Противовоспалительные методы: низкоинтенсивная УВЧ-терапия на область суставов, ДМВ-терапия на область надпочечников, ультрафонофорез гидрокортизона.

2. Анальгетические методы: СУФ-облучение в эритемных дозах, транскраниальная электроаналгезия, лекарственный электрофорез анальгетиков.

Транскраниальная электроаналгезия. Импульсные токи возбуждают эндогенную опиоидную систему ствола головного мозга, активируя выделение эндорфина и энкефалина. Они уменьшают афферентный поток от ноцицепторов в стволовые структуры головного мозга, активируя сегментарный воротный механизм управления афферентным потоком из болевого очага. В режиме переменной скважности импульсных сигналов проявляется преимущественно седативный эффект. Воздействие импульсных токов на центральные звенья вазомоторных рефлексов нормализуют системную гемодинамику. Режим постоянной скважности, частота 1000 имп/с, ДПС 25 %, по 15 мин, ежедневно; курс 12 процедур.

3. Иммуносупрессивные методы: аэрокриотерапия, лекарственный электрофорез иммуносупрессантов, азотные ванны, инфракрасная лазеротерапия.

*Аэрокриотерапия.* При общем воздействии холода у больных наступает кратковременный реактивный спазм поверхностных сосудов с последующей постреактивной гиперемией и компенсаторным повышением температуры кожных покровов в течение 1,5 ч. После процедуры у больных происходит стойкое торможение иммунного ответа, уменьшается инфильтрация тканей наряду с активацией пролиферации и репаративной регенерации (рис. 5.2). Аэрокриотерапия способствует устранению боли, уменьшению воспалительного отека и ликвидации мышечного спазма. Метод используют в остром периоде артрита с выраженным болевым синдромом.

При локальной аэрокриотерапии на пораженный сустав воздействуют струей сухого охлажденного воздуха температурой от  $-30$  до  $-60$  °С сканирующими движениями от периферии к центру. Методика лабильная; продолжительность 3-4 мин; ежедневно; курс 5-15 процедур.

Продолжительность процедуры при общем воздействии составляет от 30 с до 3 мин. Температура в камере минус 150 °С. Курс 10-15 процедур.

4. Фибромодулирующие методы: пелоидотерапия, радоновые ванны, сероводородные ванны, йодобромные ванны, вихревые ванны.

5. Иммуносупрессивные методы

6. Лечебная физкультура (ЛФК) при полиартритах преследует цели общеукрепляющей и стимулирующей терапии, направленной на улучшение функции опорно-двигательной системы. Известно, что при отсутствии движений суставы теряют свою функцию. Боль и скованность при РА приводят к «сжатию» пораженных суставов, следствием чего является ограничение движения в суставах, развитие контрактур и мышечных атрофий, что, в свою очередь, уменьшает подвижность суставов и ведет к повышенной утомляемости. При длительном покое происходит разволокнение суставного хряща, замещение его соединительной тканью. Поэтому для больных РА важную роль играют регулярные физические упражнения, которые на фоне адекватной медикаментозной терапии предупреждают развитие необратимых изменений в опорно-двигательном аппарате и потерю трудоспособности. Применение физических упражнений больными РА включает в работу весь двигательный аппарат, предупреждает и снижает развитие различных нарушений со стороны фасций и апоневроза в форме фиброзного перерождения мышц – миосклероза, миофиброза, предотвращает сморщивание суставных капсул, атрофию суставного хряща и другие нарушения периартикулярного аппарата.

Задачи ЛФК:

– воздействие на поражённые суставы с целью сохранения или развития их подвижности, а также профилактики дальнейшего нарушения функции, уменьшение болевых ощущений;

– укрепление мышечной системы и повышение её работоспособности, улучшение кровообращения в суставах и периартикулярном аппарате, стимуляция трофики и борьба с гипотрофией мышц;

– противодействие отрицательному влиянию длительного постельного режима;

– приспособление поражённых суставов к дозированной нагрузке, повышение общей и специальной работоспособности больного.

Методика ЛФК зависит от периода заболевания. Задачи лечебной физкультуры в острой стадии:

– повышение общего тонуса организма и профилактика осложнений, связанных со снижением двигательной активности больного;

– стимуляция сердечно-сосудистой и дыхательной систем;

– сохранение функционально выгодного положения конечности с целью снижения болевого синдрома и предупреждения контрактур.

В первые дни острой фазы болезни рекомендуется воздерживаться от применения физических упражнений с участием поражённых суставов. Физические упражнения следует применять лишь при улучшении общего состояния (снижение температуры, уменьшение припухлости суставов и боли). Для удержания конечности в правильном (разогнутом) состоянии, следует использовать лечение положением.

Функционально выгодные положения при поражении суставов верхних конечностей (исходное положение – сидя, лежа):

• плечевой сустав – отведение до 30°;

- локтевой сустав – сгибание на 90-105° (или разгибание до 180°);
- положение предплечья – среднее между пронацией и супинацией;
- лучезапястный сустав – разгибание на 10°;
- отведение в сторону лучевой кости – на 15°;
- пястно-фаланговые и межфаланговые суставы – сгибание на 40-45° (кость захватывает теннисный мяч).

Функционально выгодные положения при поражении суставов нижних конечностей (исходное положение – лежа на спине):

- тазобедренный сустав – положение 0° (разогнут), отведение до 15-25°; лёгкая ротация кнаружи – 10-15°;
- коленный сустав – положение 0° (разогнут);
- голеностопный сустав – согнут на 10°;
- исходное положение – лежа на животе:
- тазобедренный сустав – положение 0° (разогнут), отведение до 15-25°; ротация кнаружи – 10-15°;
- коленный сустав – положение 0° (разогнут).

Необходима также смена положения конечности несколько раз в течение дня. Для предупреждения развития сгибательных контрактур в лучезапястных суставах и суставах пальцев больному может быть наложена на ночь пластмассовая шина, обеспечивающая пальцам и кисти функционально правильное положение.

При поражении суставов верхней конечности ЛФК – в исходном положении лёжа и сидя, при поражении нижней конечности – лёжа на спине.

Применяют:

- статические и динамические дыхательные упражнения,
- упражнения в расслаблении мышц грудной клетки и поражённой конечности,
- облегченные движения в близлежащих здоровых суставах.

Основная роль в этом периоде отводится общеразвивающим упражнениям, выполняемым многократно в течение дня с небольшой дозировкой и паузами отдыха.

Задачи лечебной физкультуры в подострой фазе (экссудативно-пролиферативная фаза):

- активизация функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- увеличение общей подвижности больного;
- улучшение функции опорно-двигательного аппарата путём нормализации мышечного тонуса, улучшения кровоснабжения периартикулярных тканей и мышц;
- уменьшение отёчности мягких тканей и повышение их эластичности;
- профилактика спаечного процесса и сморщивание суставной капсулы;
- увеличение амплитуды движений в суставах.

В подострой фазе болезни в занятия лечебной гимнастикой должны быть включены специальные упражнения для поражённых суставов и гипотрофичных мышц. Используют упражнения пассивные, активные с помощью, и активные. При этом следует учитывать состояние сердечно-сосудистой системы, выраженность болевого синдрома, «локализацию» патологического процесса и состояние функции поражённых суставов.

Используют:

- общеразвивающие упражнения для здоровых конечностей;
- пассивные движения для поражённых суставов по прямым направлениям;
- упражнения в расслаблении мышц больной конечности в чередовании с облегченными динамическими упражнениями для больных суставов;

- дыхательные упражнения;
- тренировку бытовых навыков по самообслуживанию.

Не следует форсировать движения в поражённых суставах, применять их нужно осторожно, с ограниченной экскурсией, повторяя упражнения по 12-16 раз, чередуя с дыхательными, общеукрепляющими и паузами отдыха. Для снижения болезненности при выполнении физических упражнений на ранних этапах заболевания может быть использован массаж. Показаны приёмы поглаживания и растирания, оказывающие болеутоляющее действие.

В хронической стадии заболевания объём средств лечебной физкультуры значительно увеличивается. Здесь лечебная гимнастика «суставного» характера занимает центральное место в комплексе средств лечебной физкультуры. При проведении процедур ЛГ преимущественно используются активные упражнения и значительно меньше (с целью дополнительного воздействия на поражённые суставы) упражнения с помощью и пассивные. Исходные положения при выполнении различных упражнений подбираются в зависимости от локализации поражения (суставы рук, ног). Характерной особенностью методики в этой стадии заболевания является подбор и использование таких упражнений, которые оказывали бы растягивающее действие на сустав с целью увеличения диастаза суставных поверхностей и снижения болевой реакции при их выполнении. К этим упражнениям относятся смешанные висы (полувисы) на гимнастической стенке, маховые движения больной конечностью, стоя на подставке здоровой ногой.

Особенностью методики ЛГ при полиартритах является также широкое использование упражнений со снарядами (гимнастические палки, мячи, булавы, гантели и т.п.). В качестве дополнительного воздействия назначаются упражнения на механотерапевтических аппаратах для суставов и тренажёрах для укрепления мышц. Широко используют лечебный массаж и самомассаж области поражённых суставов и близлежащих мышц.

Задачи лечебной физкультуры в хронической фазе болезни:

- увеличение физической работоспособности больных;
- восстановление подвижности в поражённых суставах (по возможности);
- укрепление гипотрофичных мышц;
- повышение выносливости опорно-двигательного аппарата.

7. Массаж при умеренной активности РА может быть классическим лечебным, сегментарным или соединительнотканым. В общей лечебной практике чаще используют классический лечебный массаж: при поражении суставов верхних конечностей воздействию подвергают грудную и шейную, а при поражении суставов нижних конечностей – нижнегрудную и пояснично-крестцовую области. В начале курса лечения проводят массаж отделов конечностей, расположенных проксимальнее поражённого сустава. При этом используют приемы поглаживания, растирания и разминания, а в области самого сустава – только поверхностное поглаживание, которое оказывает обезболивающее действие. При минимальной активности РА выполняют массаж всей конечности. Курс лечения – от 16-18 до 22 процедур.

8. Бальнеотерапия приводит к уменьшению артралгий у пациентов с РА за счет повышения порога болевой чувствительности, периферической вазодилатации, уменьшения мышечного спазма и торможения высвобождения медиаторов боли. Кроме того, активируя парасимпатическую нервную систему и повышая образование ацетил-

холина, бальнеотерапия оказывает седативный эффект. Положительные эффекты бальнеотерапии проявляются увеличением объема движений в суставах, укреплением мышц, улучшением общего самочувствия и настроения пациента. При данном методе терапии наблюдается снижение титра ревматоидного фактора, подавление высвобождения интерлейкина-1, 6, фактора некроза опухоли- $\alpha$ , интерферона- $\gamma$ , играющих ключевую роль в патогенезе РА. При медленно-прогрессирующем течении РА и минимальных нарушениях функции суставов у больных с преимущественным поражением суставов показаны *радоновые ванны* (Белокураха, Цхалтубо и др.). При умеренно выраженной деформации суставов показано направление больного на курорты с *сероводородными ваннами* (Сочи-Мацеста, Пятигорск, Серноводск и др.). При малой активности процесса в сочетании с контрактурами, грубой деформацией суставов – *грязевые курорты* (Пятигорск, Липецк, Саки и др.). Применение *сульфидных ванн* с небольшой и средней концентрацией сероводорода (50-100-150 мг/л) способствует уменьшению болей в суставах, снижению синдрома гипокортицизма и пролиферативного компонента воспаления, улучшению подвижности суставов. Лечение сульфидными ваннами показано больным РА с преимущественным поражением суставов, при сочетании РА с остеоартрозом. Сульфидная терапия противопоказана при наличии средней и высокой степени активности РА, поражении внутренних органов, глюкокортикоидной терапии, сопутствующей патологии почек, печени, желчевыводящих путей и др., а также при плохой переносимости сероводорода. *Хлоридные натриевые ванны* назначают при РА с концентрациями 20-30-40 г/л хлорида натрия. Под влиянием этих ванн улучшается гемодинамика, уменьшается спазм мышц и мышечные контрактуры, улучшается функциональное состояние мышц, повышается подвижность суставов, стимулируются обмен веществ и трофические процессы, что ведет к активной адаптационно-восстановительных механизмов и улучшению течения ревматоидного артрита.

9. Показаниями к применению грязелечения служат минимальная активность патологического процесса, преимущественное поражение суставов, особенно при наличии пролиферативных, пролиферативно-фиброзных изменений в суставах. Грязелечение может применяться как самостоятельный курс или в комбинации с минеральными ваннами.

Методика применения лечебной грязи: иловая или торфяная грязь накладывается в виде аппликаций толщиной 3 см в виде «сапог», «перчаток», «брюк», в зависимости от возраста больных, фазы процесса, числа пораженных суставов. Температура грязи 38-40 °С, продолжительность воздействия от 10-12 до 15 мин, проводится 8-12 процедур через день. При наличии мышечных атрофий для воздействия на вегетативную нервную систему проводят грязелечение по рефлекторно-сегментарной методике – в виде грязевого «воротника» или «пояса». Электрофорез грязи как более щадящий метод лечения применяют при поражении 1-4 суставов. Методика: грязь температурой 38-40 °С в марлевых мешочках помещают на область пораженного сустава, поверх мешочков накладывают металлические электроды, плотность 0,02-0,04 мА/см<sup>2</sup>, длительность процедуры 10-15 мин, курс включает 10-14 процедур через день.

## 2. Медицинской реабилитации при хронической обструктивной болезни легких

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одно из наиболее распространенных патологических со-

стояний в мире, характеризующееся высоким уровнем смертности и высокой степенью использования ресурсов здравоохранения. Для борьбы с этим заболеванием усилиями пульмонологов многих стран были разработаны международные стандарты лечения, основным содержанием которых является фармакотерапия. Согласно этим стандартам, при II-IV стадии ХОБЛ фармакотерапия должна дополняться реабилитационными мероприятиями (АТО/ЕРО Joint Statement, 2005). На сегодняшний день за рубежом и в нашей стране под респираторной реабилитацией понимается мультидисциплинарная программа индивидуальной помощи больным ХОБЛ, направленная на улучшение их физической, психологической и социальной адаптации. Цель такой программы – стабилизация или обратное развитие системных проявлений заболевания.

При правильной организации реабилитационных мероприятий можно достичь восстановления трудоспособности больных ХОБЛ в 80-90 % случаев при снижении обострений и уменьшении сроков нетрудоспособности в 2-3 раза (А.Г. Малявин, 2006). Эффективность респираторной реабилитации (РР) зависит от соблюдения основных принципов, к которым относятся раннее начало, комплексность и рациональность восстановительных мероприятий; этапность и непрерывность реабилитации; индивидуальный подход при составлении программы реабилитации с учетом клинических особенностей заболевания, психологических факторов, условий труда и быта и прогнозирование исходов реабилитации. Важной особенностью реабилитационного процесса при ХОБЛ является ведущее значение амбулаторного этапа, так как успех РР возможен лишь при постоянном активном участии в реабилитационных мероприятиях самого пациента на протяжении всей его жизни.

Согласно протоколу ведения больных «Хроническая обструктивная болезнь легких», утвержденному в нашей стране на основании международного стандарта (2005), на амбулаторном этапе необходимо выполнение следующих немедикаментозных реабилитационных мероприятий:

- назначение лечебно-оздоровительного режима, включающего мероприятия по снижению загрязнения окружающей среды и обеспечивающего физическую активность. С этой целью при I-II стадии заболевания необходимо убедить больного заниматься физическими тренировками, физкультурой. При любой стадии заболевания показана лечебная физкультура с обязательным использованием специальных дыхательных упражнений. Объем и характер упражнений подбирается индивидуально с учетом состояния кардио-респираторной системы;
- профилактика прогрессирования заболевания (борьба с курением);
- проведение образовательных программ, цель которых – сделать больного активным участником лечебного процесса.

Кроме того, в III-IV стадии заболевания обязательным компонентом реабилитационных мероприятий является оксигенотерапия.

Все перечисленные методы реализуются комплексно в комбинации с медикаментозной терапией, в виде программы, при составлении которой учитывается стадия заболевания, профессиональный анамнез, сопутствующая патология и наличие вредных привычек.

Первостепенной задачей индивидуальной программы реабилитации больного-курильщика является прекращение курения, только в этом случае можно ожидать эффекта от других реабилитационных мероприятий и

остановить прогрессирование ХОБЛ. Согласно международным стандартам, к основным методам борьбы с курением относятся индивидуальная психотерапия, включая беседы лечащего врача, и никотинзаместительная терапия (Чучалин А.Г. и соавт., 2001).

Основу ИПР для любого пациента с ХОБЛ независимо от наличия вредных привычек составляет физическая реабилитация и медикаментозная терапия. Регулярные ингаляции пролонгированных бронходилататоров показаны при II-IV стадии заболевания, при I стадии на первый план выходят немедикаментозные оздоровительные мероприятия.

В зависимости от стадии заболевания и переносимости физической нагрузки выбираются адекватные для каждого пациента методы ЛФК – от спортивных игр и занятий туризмом до облегченной лечебной гимнастики и занятий на дыхательных тренажерах. Высокая эффективность физических тренировок объясняется их целенаправленным действием на такое важное звено патогенеза ХОБЛ, как утомление дыхательной мускулатуры, что является одной из основных причин нарушения акта дыхания и вентиляции легких. Присущая больным ХОБЛ низкая толерантность к физическим нагрузкам, в свою очередь, способствует дальнейшему ослаблению мускулатуры. Укрепление мышц и повышение переносимости физической нагрузки достигается при соблюдении целого ряда условий проведения тренировок. Занятия должны быть достаточно длительными по времени (30-40 минут), достаточно интенсивными (не менее 60 % от максимально возможной нагрузки) повторяться не менее 3 раз в неделю не менее 3 месяцев подряд.

Выбор формы ЛФК при I стадии ХОБЛ не имеет ограничений. При II-III стадии заболевания к стандартной физической тренировке, основанной на общеукрепляющей лечебной гимнастике и занятиях на циклических тренажерах, добавляется тренировка дыхательных мышц с помощью специальных упражнений для более быстрого повышения толерантности к физической нагрузке. При IV стадии заболевания дыхательная гимнастика и занятия на дыхательных тренажерах становятся основным видом физической тренировки.

Усилить эффективность легочной реабилитации могут специальные виды дыхательных упражнений и тренировок, такие, как нормобарическая гипоксия, занятия на тренажере В.Ф. Фролова, комплексе «Самоздрав» и другие.

Специальные программы дыхательных упражнений не только снимают утомление дыхательных мышц и восстанавливают акт дыхания, но и оказывают психотерапевтическое воздействие, помогают в обучении пациентов. Так, безаппаратный метод релаксационно-дыхательной терапии (аутотренинг по Шульцу – Джейкобсону) направлен на обучение больных основам психосоматической саморегуляции и содержит психотерапевтический компонент, цель которого – достижение эмоциональной и мышечной релаксации. На фоне полученной релаксации более эффективно проходят сознательные дыхательные тренировки по устранению глубокого дыхания и методы самоконтроля. Психотерапевтическая помощь и психологическая поддержка в виде индивидуального консультирования психотерапевта или психолога помогает повысить приверженность пациента лечению и здоровому образу жизни. Учитывая необходимость проведения реабилитационных мероприятий на протяжении всей жизни, важную роль играет обучение в школах для больных ХОБЛ или в других формах (беседы с врачом, изучение

специального печатного материала). В программы обучения рекомендуют включать следующие вопросы: отказ от курения, базовая информация о ХОБЛ, общие подходы к терапии, эффективность реабилитации, навыки самоконтроля, профессиональная ориентация.

Респираторная реабилитация, включающая физические тренировки, лечебное питание, обучение больных и рациональную психотерапию, по данным Американского и Европейского респираторных обществ, приводит к многочисленным положительным эффектам, среди которых улучшение переносимости физической нагрузки, улучшение обусловленного здоровьем качества жизни, уменьшение количества и длительности госпитализаций (уровень доказательности А), улучшение выживаемости и длительное сохранение эффектов после курса тренировок (уровень доказательности В) (GOLD, 2008).

Таким образом, независимо от степени тяжести и фазы течения заболевания, медикаментозная терапия, лечебная физкультура, рациональное питание и психосоциальная поддержка, включая обучение, являются базисными реабилитационными мероприятиями.

Такие методы как аппаратная физиотерапия, к которой можно отнести и способы вспомогательной вентиляции, санаторно-курортное лечение, а также массаж, мануальная терапия и рефлексотерапия, включаются в индивидуальную программу пульмонологической реабилитации в зависимости от тяжести болезни, фазы – стабильная или обострения, степени компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Российскими учеными еще в конце 90-х годов прошлого столетия были разработаны схемы медицинской реабилитации ХОБЛ в зависимости от стадии заболевания, опираясь на которые можно составить адекватную индивидуальную программу непрерывной реабилитации (табл. 16.1).

Как видно из таблицы, при I стадии ведущую роль играют физические тренировки, обязателен этап санаторно-курортного лечения, регулярное осуществление которого позволяет при I и II стадии заболевания достичь устойчивой ремиссии без угрозы прогрессирования процесса и перехода в более тяжелые формы у 8 из 10 пациентов (Л.М. Клячкин, 1998). Методы физиотерапии имеют вспомогательное значение и направлены на повышение общей резистентности организма, нормализацию мышечного тонуса.

При II стадии помимо указанных реабилитационных мероприятий целесообразно включить в ИПР физиотерапевтические процедуры, оказывающие противовоспалительное и рассасывающее действие, по методикам местного воздействия, то есть на область грудной клетки.

При III стадии заболевания методика ЛФК существенно меняется, и на первый план выходит респираторная гимнастика. Санаторное лечение возможно только на местных курортах. Акцент в реабилитационных мероприятиях должен быть перенесен на ингаляционную и респираторную физиотерапию, к которой, помимо оксигенотерапии, относятся нормо- и гипербарическая оксигенация. Определенный эффект могут дать электро-стимуляция диафрагмы, лазеротерапия, магнитотерапия и иглорефлексотерапия.

При IV стадии реабилитационные мероприятия выполняются в минимальном объеме и направлены на уменьшение застойных явлений в легких.

Включение в программы реабилитации методов физиотерапии и санаторно-курортного лечения помогает решить основную задачу восстановительного лечения –

Ступенчатая схема медицинской реабилитации больных ХОБЛ (Л.М. Клячкин, 1998)

Стадия ХОБЛ	Физиотерапия	ЛФК	Курорты
I стадия ДНО, ЛСНО	Процедуры общего или рефлекторного действия: электросон, ТКЭС, гальванический воротник с хлоридом кальция, общее УФО, общий массаж, гидротерапия: ванны, в т.ч. контрастные, души, сауна	Гигиеническая, общетренирующая, спорт. Игры, туризм. Дыхательные упражнения с акцентом на диафрагмальное дыхание, координацию дыхания и кровообращения, снижения энергетической стоимости дыхания	Организованный отдых в зеленой зоне Показаны центральные и местные санатории Климатотерапия в полном объеме, спелеотерапия, грязелечение
II стадия ДН I, ЛСНО-I (скрытая, выявляется только при физической нагрузке)	Процедуры общего или рефлекторного действия. Противовоспалительные: УВЧ, СВЧ, индуктотермия – местно, на надпочечники. УФО местно, озокерит, лазер, магнитотерапия. Ингаляции муколитиков, аэроионов. Галотерапия.	Гигиеническая, общетренирующая ЛГ, облегченные спортивные игры, туризм. Дыхательные упражнения с акцентом на диафрагмальное дыхание, координацию дыхания и кровообращения, снижения энергетической стоимости дыхания	Показаны центральные и местные санатории Климатотерапия, бальнеотерапия, спелеотерапия, грязелечение митигированного типа.
III стадия ДН II, ЛСН I-II (повседневная активность ограничена)	Местные процедуры противовоспалительного действия: УВЧ, СВЧ, индуктотермия – местно, на надпочечники. УФО местно, озокерит, лазер, магнитотерапия. Ингаляции муколитиков, аэроионов. Респираторная физиотерапия. Электростимуляция диафрагмы, игло-рефлексотерапия	Дыхательные упражнения на коррекцию рестрикции, диафрагмальное дыхание, Дренажные упражнения. Респираторные тренажеры	Показаны местные санатории Щадящая климатотерапия.
IV стадия ДН III, ЛСН III (недееспособны, нуждаются в уходе)	Допускается в лечении сопутствующей патологии. Респираторная физиотерапия.	Дыхательные ненагрузочные упражнения	Противопоказаны

уменьшить нарушения бронхиальной проходимости и замедлить процесс ремодуляции бронхов. Влияние на обратимую обструкцию, обусловленную бронхоспазмом, отеком слизистой бронхиального дерева и гиперсекрецией, оказывают такие методы аппаратной физиотерапии, как лекарственный электрофорез, особенно по методике внутритканевого воздействия. ДМВ-терапия, ультразвуковая терапия, магнитолазерная терапия, индуктотермия, импульсная электротерапия, ингаляционная терапия и галотерапия. Положительный эффект от применения эти же методов возможен при реабилитации больных с необратимой обструкцией бронхов.

На сегодняшний день *аэрозольтерапия* с помощью ингаляторов-нейбулайзеров – единственный физиотерапевтический метод, включение которого в реабилитационные программы больных ХОБЛ является обязательным. К сожалению, аэрозольтерапию часто рассматривают как способ эндобронхиального введения медикаментозных препаратов, не учитывая, что во время ингаляции происходит процедура дыхательной гимнастики, а от физических свойств аэрозоля (температуры, реакции, концентрации) зависит положительное или отрицательное влияние на мукоцилиарный клиренс. На амбулаторном этапе реабилитации для ингаляций целесообразно использовать природные минеральные воды (МВ), концентрация которых не превышает 5-6 г/л. МВ при приеме в виде ингаляций способствуют улучшению реологических свойств бронхиального секрета и отхождению мокроты, оказывают местное противовоспалительное действие, стимулируют местный иммунитет. Наиболее эффективными при ХОБЛ являются хлоридно-натриевые воды, близкие по составу к

МВ курорта Ширы (Восточная Сибирь), которые при ингаляционном применении помимо местного действия вызывают общий адаптационный эффект, обеспечивающий повышение неспецифической резистентности организма.

Методом, близким к аэрозольтерапии, является *галотерапия* – лечение искусственно измененной воздушной средой, чаще всего аналогичной микроклимату соляных шахт и карстовых пещер. *Спелеотерапия* (греч. *speleon* – пещера) – метод лечения длительным пребыванием в условиях своеобразного микроклимата естественных карстовых пещер, гротов, соляных копей, горных выработок металлических, соляных и калийных рудников, известен с начала прошлого столетия. Основным действующим фактором спелеотерапии в соляных коях является мелкодисперсный аэрозоль солей натрия, кальция, калия и магния, который на 80-90 % представлен частицами менее 5 мкм, а также отрицательными аэроионами. Вдыхание таких аэрозолей и аэроионов приводит к разжижению мокроты и ускоряет ее выведение из воздухоносных путей. При этом наряду с улучшением бронхиальной проводимости восстанавливаются мукоцилиарный клиренс и кровоток слизистой оболочки дыхательных путей. Аэрозоли солей оказывают бактериостатическое действие на микрофлору дыхательных путей, предотвращая развитие воспалительного процесса, а высокое содержание легких аэроионов способствует улучшению психоэмоционального состояния больных.

Адаптация организма к специфическому микроклимату пещеры сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы, усилением выработки глюкокортикоидов надпочечниками.



В связи с высокой эффективностью метода уже в 80-е годы прошлого столетия была разработана технология создания искусственных галокамер, в которых воспроизводился микроклимат соляных копей. В настоящее время наряду с галотерапией (ГТ) в России используется сильвинитовая искусственная спелеотерапия, для чего созданы климатические камеры, облицованные сильвинитовыми блоками из Верхнекамских калийных рудников.

К основным лечебным эффектам галотерапии и сильвинитовой спелеотерапии (СИТ) относятся муколитический, бронходренажный, противовоспалительный, гипосенсибилизирующий и иммуномодулирующий. Основные показания к ГТ и СИТ: ХОБЛ, I-III стадия, бронхиальная астма в фазе ремиссии и затухающего обострения

К наиболее эффективным методам уменьшения бронхоспазма нормализации тонуса мышц грудной клетки, в том числе и межреберных, относится *импульсная электротерапия*. При воздействии на грудную клетку импульсные токи (синусоидальные модулированные, интерференционные и их аналоги) повышают биоэлектрическую активность нервно-мышечного аппарата, вызывая релаксацию гладких мышц бронхов и тренируя поперечно-полосатую мускулатуру, участвующую в акте дыхания

Методика лечения синусоидальными модулированными токами: СМТ-терапия от аппарата типа «Амплипульс», электроды располагают паравертебрально в межлопаточной области, режим переменный, род работы III-IV, по 5 минут каждый, частота модуляций 70-80 Гц, глубина модуляций 50-75 %, длительность посылок 2-3 секунды, сила тока до умеренной вибрации, ежедневно, № 10-12.

*Пелоидотерапия* в виде грязевых аппликаций, *индуктотермия*, *ДМВ-терапия* при назначении на грудную клетку оказывают выраженное противовоспалительное и рассасывающее действие. В результате происходит уменьшение перибронхиальной инфильтрации, являющейся одной из причин необратимой обструкции.

Методика: ДМВ-терапия от аппарата «Волна-2», продолговатый излучатель располагается со стороны спины на уровне Th3 – Th7 (1-ое поле) и Th9- L1 (2-ое поле), зазор 3-5 см, доза от слаботепловой до тепловой (20-40 Вт), 10 минут на каждое поле, № 10-12, 5-6 процедур в неделю или микроволновая терапия от аппарата «Терматур-250» (или аналога) по стандартной методике.

К основным эффектам курсового лечения электромагнитным полем ДМВ-диапазона относятся противовоспалительный, трофический, гипосенсибилизирующий, улучшение легочной гемодинамики и функции внешнего дыхания, иммунологической реактивности, стимуляция глюкокортикоидной функции надпочечников.

Близким действием обладает индуктотермия, для которой характерны выраженный противовоспалительный, муколитический и рассасывающий эффекты, однако данный метод противопоказан при дыхательной и сердечной недостаточности выше I степени.

В последние годы в лечении бронхо-легочной патологии стали использоваться аппараты *вибро-термомагнитотерапии*, обеспечивающие сочетанное воздействие переменным и импульсным магнитным полем, вибрацией и теплом. При лечении на таком аппарате в короткие сроки достигается купирование воспаления, дренажный и рассасывающий эффекты.

При ДН и ЛСН как I, так и II степени в ИПР целесообразно включить *магнитолазерную терапию*, оказывающую модулирующее влияние на нейроиммуноэндокринную систему, противовоспалительное и рассасывающее

действие на фоне улучшения микроциркуляции без повышения нагрузки на сердце.

Методика: магнитолазерная терапия надвенно и на область грудной клетки, инфракрасный диапазон, импульсный режим, частота излучения – на область локтевой вены 5, 80 или 150 Гц в зависимости от технических возможностей лазера, на область грудной клетки – 50 или 80 Гц, мощность излучения в импульсе 4-5 Вт. Поля воздействия: паравертебрально на уровне Th3 – Th8 по 2-3 поля с каждой стороны, область надплечий (поля Кренига), средняя треть грудины, Методика стабильная, экспозиция на поле 1-2 минуты, на локтевую вену – 2-5 минут, в день не более 8 полей, включая локтевую вену. Общая продолжительность процедуры от 7-8 минут в начале лечения до 12-15 минут к концу курса, № 10-12, ежедневно, последние 3-4 процедуры – через день.

Существенно улучшает прогноз респираторной реабилитации санаторно-курортное лечение, которое проводится в соответствии со стандартом санаторно-курортной помощи больным с болезнями органов дыхания, утвержденном приказом Минздравсоцразвития РФ № 212 от 22.11.2004 г. Причин высокой эффективности санаторного этапа реабилитации несколько, и главными среди них являются возможность максимального использования климатических лечебных факторов; возможность выстраивания и реализации полноценного реабилитационного комплекса, базирующегося на индивидуальном климато-двигательном режиме;

нахождение пациента в измененной среде, в которой ограничено отрицательное влияние поллютантов, аллергенов и инфекционных агентов; большие возможности психологической разгрузки и проведения образовательных программ.

Санаторий для больных с патологией органов дыхания должен отвечать определенным требованиям, главным из которых является его нахождение в благоприятной климато-ландшафтной зоне. Наиболее высоким лечебным потенциалом обладает климат приморской зоны (Анапа, Геленджик, Южный берег Крыма, Сочи, Лазаревское и др.); низко- и среднегорья (Кисловодск, Белокуриха, Янган-Тау, Шиванда, Нальчик и др.). Ведущая роль среди методов климатотерапии принадлежит аэротерапии (АТ). Используются все способы АТ, от медленных пеших прогулок и дневного пребывания на климатотеранде до круглосуточной аэротерапии при адекватном температурном режиме.

В условиях санатория проведение АТ неразрывно связано со вторым по значению компонентом санаторно-курортной реабилитации, а именно – с физическими тренировками. ЛФК является обязательной частью реабилитационной программы и в комплексе с АТ осуществляется в виде системы климато-двигательных режимов, выбор которых определяется состоянием пациента. Так, щадящий режим включает ЛГ и утреннюю гигиеническую гимнастику по специальной облегченной методике, пешеходные прогулки до 20-40 минут, а также ограниченное пребывание на климатотеранде. При назначении интенсивно-тренирующего режима в программу реабилитации включается терренкур, спортивные игры на открытом воздухе, плавание и ближний туризм.

Выполнение климато-двигательного режима и, по возможности, повышение его интенсивности, направлены на решение одной из основных задач санаторной реабилитации – а именно, повышение толерантности к физической нагрузке.

Большинство курортов с климатолечебными факторами одновременно относятся либо к бальнеологическим, либо к грязевым. Наружная бальнеотерапия в виде общих ванн проводится преимущественно с целью тренировки и улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Наиболее показаны при хронических болезнях органов дыхания хлоридные натриевые и сероводородные ванны (курорты Ангара, Сочи и др.), обладающие иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, а также углекислые ванны, по своему тренирующему эффекту сопоставимые с занятиями лечебной гимнастикой (курорты Аршан, Кисловодск и др.).

Пелоидотерапия в виде грязевых аппликаций при назначении на грудную клетку оказывают выраженное противовоспалительное и рассасывающее действие. В результате происходит уменьшение перибронхиальной инфильтрации, являющейся одной из причин необратимой обструкции.

В стандарт санаторно-курортного лечения ХОБЛ включены все виды аппаратной физиотерапии, применяемые на амбулаторном этапе, а также методы рефлексотерапии и мануальной терапии. Мануальная терапия, как и лечебный массаж, оказывают выраженное влияние на состояние поперечно-полосатой мускулатуры, участвующей в дыхании, обеспечивают дренаж бронхиального дерева. Более сложное действие на организм оказывают методы рефлексотерапии, что связано с выбором точек акупунктуры и способом их раздражения. Особенно перспективным представляется применение рефлексотерапии в программах борьбы с курением, так как непосредственная эффективность лечения табакокурения методами электропунктуры и иглорефлексотерапии достигает 75-88 %.

Большым ХОБЛ III, а в некоторых случаях – II стадии, лечение на отдаленных климатических курортах показано, так как при заболеваниях органов дыхания существенно продлевается период адаптации и реадaptации к смене климата, и чем тяжелее патологический процесс, тем больше вероятность срыва адаптационных механизмов и обострения основного заболевания. Такие пациенты должны быть направлены в местные санатории, в которых программа реабилитации по своему содержанию близка к программам на центральных курортах. Основными недостатками местных санаториев является отсутствие ландшафтно-рекреационной зоны и эффективных климатолечебных факторов, что ограничивает возможность полноценной реализации необходимых климатодвигательных режимов санаторной реабилитации.

Санаторный этап реабилитации у больных ХОБЛ как в центральном, так и в местном санатории должен быть по возможности максимально длительным. В случае эффективности целесообразно его повторение через 8-12 месяцев. (А.Г. Малявин, 2006, Н.С. Айрапетова, 2009).

Важной задачей на амбулаторном этапе, включая период пребывания в санатории, является составление индивидуальной программы с учетом степени тяжести болезни, сопутствующей патологии, возрастных и психофизиологических особенностей пациента. Решению этой задачи могут помочь примеры программ респираторной реабилитации, представленные ниже.

Рекомендуемые программы немедикаментозной реабилитации больных ХОБЛ II-III стадии в условиях санатория или дневного стационара

Фаза обострения минимальной и умеренной степени активности:

*Программа 1* (при отсутствии легочно-сердечной недостаточности)

Микроволновая (ДМВ) терапия № 10  
СМТ-терапия или зуфиллин-СМТ-форез № 10-12  
Ингаляции антисептиков, муколитиков или бронхолитиков № 12-15

Лечебная гимнастика

*Программа 2* (пожилые больные, больные с легочно-сердечной недостаточностью I-II степени)

1. Магнитотерапия или магниолазерная терапия № 10-12

2. Ингаляции антисептиков, муколитиков или бронхолитиков № 12-15

3. Лечебная гимнастика

Фаза ремиссии

При наличии стойкой ремиссии и недостаточности кровообращения не выше I стадии в программу может включаться лечение сауной по шадющему (70-85 град.) или умеренному режиму (80-100 град.), общая продолжительность процедуры 1 час при числе заходов 2-3, продолжительность каждого захода увеличивается от 3 до 7 минут, № 7-9, 3 раза в неделю (в дни, свободные от общих ванн).

*Программа 3:* (при отсутствии недостаточности кровообращения)

СМТ-терапия или зуфиллин-СМТ-форез № 10-12

Ультразвуковая терапия или фонофорез гидрокортизона, грязевого раствора № 10

Галотерапия через день, чередовать с общими ваннами № 10-12

Ингаляции минеральной воды № 10-15

Общие минеральные ванны, № 10, через день

Лечебная гимнастика, терренкур

Примечание: проведение комбинированной физиотерапии методами СМТ-терапии, ультразвуковой терапии и галотерапии повышает эффективность лечения обструктивного бронхита (Щеколдин П.И. и соавт., 2001)

*Программа 3а* (показания те же)

Магнито-вибро-термотерапия № 10-12

Электрофорез грязевого раствора или гальваногрязь, чередовать по дням с магнито-вибро-термотерапией и общими ваннами № 10-12

Галотерапия № 10-15

Ингаляции муколитиков, бронхолитиков или биостимуляторов № 10-12

Общие минеральные ванны, № 10, через день

Лечебная гимнастика, терренкур

*Программа 4* (при отсутствии недостаточности кровообращения, дыхательной недостаточности не выше I ст., сопутствующем шейно-грудном остеохондрозе)

Грязевые аппликации на область грудной клетки, через день № 10

Нормобарическая гипокситерапия № 10-12

Галотерапия № 10-12), чередовать с ваннами

Ингаляции муколитиков, бронхолитиков или биостимуляторов № 10-12

Общие минеральные ванны, № 10, через день

Лечебная гимнастика

*Программа 5* (при наличии вторичной легочной гипертензии)

Электрофорез нитроглицерина и аспирина № 10-12

Магниолазерная терапия № 10-12

Галотерапия через день, чередовать с ваннами № 10-12

Ингаляции муколитиков, бронхолитиков или биостимуляторов № 10-15

Сухие углекислые ванны, № 10, через день

Лечебная гимнастика

Программа 5а (показания те же)  
 СМТ-форез эуфиллина или интерференц-терапия № 10-12  
 Магнитотерапия № 10-12  
 Галотерапия, через день (чередовать с ваннами) № 10-12  
 Ингаляции минеральной воды № 10-15  
 Сухие углекислые ванны, № 10, через день  
 Лечебная гимнастика  
 В фазу ремиссии могут применяться программы 1, 2, 2а, применяемые в фазу обострения.

Любая из представленных ниже программ при удовлетворительном общем состоянии больного и хорошей переносимости процедур может дополняться *ручным лечебным массажем* грудной клетки.

Медицинская реабилитация при сердечно-сосудистой патологии

Патология сердечно-сосудистой системы остается основной причиной смертности и инвалидизации в большинстве стран. Ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний в России умирает 700 человек на 100000 населения, то есть более 1 миллиона! Разработка и внедрение эффективных программ первичной профилактики в группах риска, реабилитации и вторичной профилактики среди больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией является одной из важнейших задач программы диспансеризации населения Российской Федерации. Реабилитационные мероприятия должны начинаться в условиях стационара и продолжаться на диспансерном этапе, включающем амбулаторное наблюдение и санаторно-курортное лечение. С позиций современной медицины, реабилитация кардиологических больных связана с вторичной профилактикой в единый, неразрывный комплексный процесс, способствующий достижению самой важной медицинской задачи – сохранению и удлинению срока жизни больного (Оганов Р.Г., Аронов Д.М., 2002).

К основным немедикаментозным средствам, применяемым в программах реабилитации и вторичной профилактики при сердечно-сосудистой патологии, относятся технологии лечебной физкультуры, психотерапии, физиотерапии, лечебного питания и др. (рис. 16.1).

**Физическая реабилитация** является ведущим видом реабилитационной помощи для всех кардиологических больных, включая лиц с тяжелой сердечной недостаточностью независимо от ее этиологии. Под термином «физическая реабилитация» подразумевается использование различных форм лечебной физкультуры и расширение двигательной активности в быту. Систематические физические тренировки влияют на многие механизмы развития атеросклероза и коронарной болезни. В исследованиях, выполненных в 90-е годы 20-го столетия в ряде стран, доказано, что регулярные (не менее года) дозированные занятия лечебной физкультурой приводят к торможению прогрессирования коронарного атеросклероза и его обратному развитию, увеличению толерантности к физической нагрузке и увеличению физической работоспособности, достоверному снижению частоты сердечных сокращений и уровня систолического давления (АНАMedical/ScientificStatement, 1994, Niebaueretal., 1995).

К основным методам реабилитации кардиологических больных относится также **психологическая и психотерапевтическая помощь**, задачами которой является формирование целевой установки на здоровый образ жизни и коррекция психоэмоционального состояния пациента. Одним из наиболее эффективных поведенческих вмешательств признаны школы для больных ИБС и АГ, благодаря которым психотерапевтическая помощь становится доступной для большинства пациентов данного профиля (Г. В. Погосова, 2005). Эффективность психотерапии может быть повышена путем сочетания с физиотерапевтическими технологиями и использования компьютерного обеспечения. Так, одним из современных методов психофизиологической разгрузки является при-

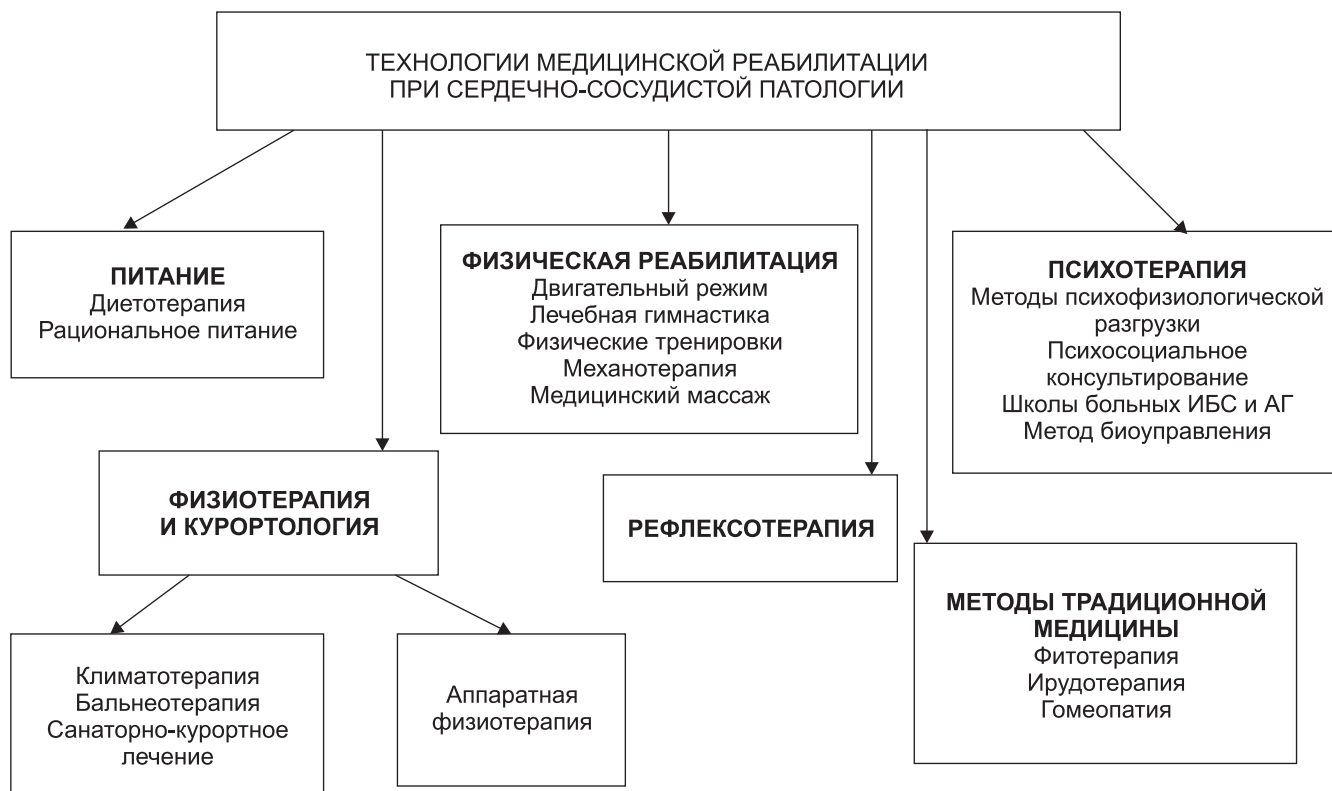


Рис. 16.1. Технологии медицинской реабилитации при сердечно-сосудистой патологии.

менение аппаратно-программных комплексов полирецепторного лечебно-оздоровительного воздействия типа «Вибросаун», «Альфа-капсула» и других. В кардиологии этот метод может эффективно использоваться при гипертонической болезни I-II стадии, ИБС, ФК I-II, а также как метод первичной профилактики при нарушениях липидного обмена. Весьма перспективным представляется метод биоуправления, разработанный коллективом сотрудников СО РАМН под руководством академика М.Б. Штарка. На сегодняшний день доказана эффективность этого метода в лечении и вторичной профилактике артериальной гипертензии.

Обязательным компонентом программы реабилитации при заболеваниях органов кровообращения является **антиатеросклеротическая диета**, которая строится по принципу ограничения калорийности, снижения содержания животного жира, поваренной соли и легкоусвояемых углеводов. Диета должна включать в достаточном количестве свежие овощи и фрукты, молочные продукты с низким содержанием жира и соли, морепродукты (Российские рекомендации, IV пересмотр, 2009).

Достижением отечественной медицины является научное обоснование эффективного использования естественных и искусственных **лечебных физических факторов** как для улучшения адаптационных и компенсаторных возможностей организма, так и для оказания специфического лечебного действия на сердечно-сосудистую систему (Боголюбов В.М., 1998).

Естественные лечебные физические факторы или близкие к ним аналоги (галотерапия, гидротерапия, сухие углекислые ванны) в настоящее время широко используются на амбулаторном этапе реабилитации, однако наиболее эффективно применение климатотерапии и бальнеотерапии в условиях санатория.

Арсенал искусственных или, иначе, преформированных лечебных физических факторов в настоящее время настолько обширен, что появилась возможность выбора адекватных методов физиотерапии даже при тех сердечно-сосудистых заболеваниях, при которых еще 10-15 лет назад физиотерапия считалась противопоказанной (Князева Т.А., Бадтиева В.А., 2008). Наиболее часто в восстановительном лечении кардиологических больных используются следующие методы аппаратной физиотерапии: лекарственный электрофорез гальваническим и импульсными токами, электросон, транскраниальная электростимуляция, лечение переменным электромагнитным полем дециметрового диапазона (ДМВ-терапия), магнитотерапия, лазеротерапия, лечение низкоинтенсивным электромагнитным излучением крайне высокой частоты (КВЧ-терапия). Гальванический ток, используемый в лечении сердечно-сосудистых заболеваний с первой половины 20-го столетия, оказывает гипотензивный, трофический и антисклеротический эффекты, усиливает действие вводимых им лекарственных препаратов (Улащик В.С., 1976, 1981). Методы нейротропной импульсной электротерапии, к которым относятся электросон и транскраниальная электростимуляция, оказывают многоплановое действие на организм. При транскраниальном воздействии импульсными токами наблюдается улучшение нейрогуморальной регуляции центральной и регионарной гемодинамики, урежение частоты сердечных сокращений, снижение потребления сердечной мышцей кислорода, снижение повышенного артериального давления, антиоксидантный эффект (А.А. Миненков и соавт., 2007). Особое место среди всех видов аппаратной физиотерапии занимают магнитотерапия, лазеротерапия

и КВЧ-терапия. В этих методах используются низкоинтенсивные физические лечебные факторы, в связи с чем к ним фактически нет специфических для кардиологии противопоказаний.

Повышению эффективности реабилитационных мероприятий при патологии сердечно-сосудистой системы может способствовать применение методов рефлексотерапии. Установлено, что проведение курса стимуляции точек акупунктуры вызывает увеличение содержания бета-эндорфинов в крови, снижение вазоконстрикторной реакции на норадреналин и увеличение эндотелий-зависимой вазодилатации, урежение частоты аритмий в условиях стресса и гипоксии сердечной мышцы, активацию механизмов антиоксидантной защиты, увеличение резистентности кардиомиоцитов к гипоксии. Перечисленные эффекты развиваются при использовании различных методов РТ, которые классифицируются по области воздействия (корпоральная акупунктура, аурикулотерапия, микрорефлексотерапия в системе-кисть-стопа) и по модальности, то есть по способу раздражения точек акупунктуры (иглокальвание, лазеропунктура, КВЧ-пунктура и др.).

К наименее обоснованным методам восстановительного лечения кардиологических больных относятся методы традиционной медицины, за исключением, пожалуй, фитотерапии, что сдерживает их применение, несмотря на положительный эмпирический опыт использования гирудотерапии и гомеопатии при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Многообразие средств восстановительного лечения с доказанной эффективностью, с одной стороны, позволяет назначить адекватный немедикаментозный метод для реабилитации и профилактики при любой этиологии и степени тяжести сердечно-сосудистого заболевания, а, с другой, затрудняет выбор наиболее эффективной и безопасной комбинации этих средств на разных этапах курации. Разработка и внедрение в широкую клиническую практику относительно простых, доступных и воспроизводимых программ, пригодных для реализации в амбулаторных условиях при работе с большими группами больных повысит эффективность медицинской реабилитации при сердечно-сосудистой патологии.

### 3. Принципы медицинской реабилитации больных инфарктом миокарда

К основным принципам медицинской реабилитации больных инфарктом миокарда:

- раннее начало в условиях стационара в острый период ИМ (первый этап);
- постстационарная реабилитация в условиях специализированного реабилитационного центра или отделения стационара, местного санатория (второй этап);
- поддерживающая фаза реабилитации, практически – постоянная вторичная профилактика в амбулаторных условиях, включающих диспансерное наблюдение в поликлинике и санаторно-курортное лечение (третий этап).

Залогом эффективности реабилитационных мероприятий является их непрерывность и преемственность на различных этапах диспансерного наблюдения.

Основой кардиореабилитации является физическая реабилитация, включающая расширение физической активности больных ИМ в виде дозированной тренировочной ходьбы, лечебной гимнастики, велотренировок, прогулок. Ранняя физическая активизация и постоянные физические тренировки в адекватной для каждого больного

форме улучшают прогноз заболевания и перспективы полноценной бытовой и профессиональной адаптации после перенесенного инфаркта миокарда.

Программа физической реабилитации в больничную фазу (первый этап) строится с учетом принадлежности больного к одному из 4 классов тяжести состояния. В основу этого деления положены различные виды сочетаний таких основных показателей особенностей течения заболевания, как обширность и глубина ИМ, наличие и характер осложнений, выраженность коронарной недостаточности. Класс тяжести определяют на 2-3-й день болезни после ликвидации болевого синдрома и таких осложнений, как кардиогенный шок, отек легких, тяжелые аритмии. В зависимости от принадлежности пациента к тому или иному классу тяжести определяются допустимые физические нагрузки бытового характера, методика лечебной гимнастики, медицинского массажа. Весь период стационарного этапа физической реабилитации делится на четыре ступени с подразделением характеристики и объема ежедневного уровня нагрузок и обеспечения постепенного их наращивания. К окончанию стационарного этапа больной должен достичь такого уровня физической активности, при котором он мог бы обслужить себя, подняться на один этаж по лестнице и совершать прогулки до 2-3 км в 2-3 приема в течение дня без существенных отрицательных реакций (Л.Ф. Николаева и соавт., 1988).

Программа физической реабилитации на втором (специализированное реабилитационное отделение) и третьем (амбулаторном) этапах строится по общим принципам. Используются следующие основные формы лечебной физкультуры: лечебная гимнастика, дозированная ходьба, ходьба по лестнице, занятия на тренажерах общего действия (велотренажер и др.), массаж, элементы спортивно-прикладных упражнений и игр, трудотерапия. Удельный вес последних двух форм ЛФК возрастает на амбулаторном этапе.

В результате занятий ЛФК в ранний постстационарный период достигается:

- восстановление физической работоспособности, устранение остаточных явлений гипокинезии, расширение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы;

- увеличение физической активности; подготовка к физическим бытовым и профессиональным нагрузкам.

Выбор адекватного объема физической реабилитации и основных форм ЛФК осуществляется с учетом индивидуального диагноза и результатов специальных тестов, оценивающих толерантность пациента к физической нагрузке (тест ходьбы в течение 6 минут или проба с физической нагрузкой на велотренажере).

Занятия лечебной гимнастикой проводят групповым методом, желательно с музыкальным сопровождением. Длительность занятия – 20-30 мин., 3-5 раз в неделю. Комплекс включает упражнения для дистальных и проксимальных отделов конечностей, изометрическое напряжение крупных мышечных групп нижних конечностей и туловища, упражнения на расслабление, дыхательные. В упражнения для ног вводят дополнительные усилия. Постепенно увеличивают число повторений, ускоряют темп; применяют упражнения у гимнастической стенки, с предметами (гимнастические палки, гантели, надувные мячи).

Обязательным средством тренировки является дозированная ходьба до 3-5 км, в темпе 100-110 шагов в минуту. Во время подвижных игр по облегченным пра-

вилам необходимо делать паузы для отдыха через каждые 7-15 мин. Частота пульса не должна превышать 110 уд./мин, а у принимающих бета-блокаторы – 100-105 уд./мин. Используют естественные факторы природы, воздушные ванны, умеренное солнечное облучение, сон на воздухе.

При занятиях лечебной гимнастикой, тренировках на велотренажере, беговой дорожке от 10 до 20 мин оптимальным считают увеличение ЧСС на 20-25 уд./мин, но не более 120 уд./мин. При хорошей переносимости физической нагрузки допустима ускоренная ходьба в течение 2-3 мин с увеличением ЧСС до 135-145 уд./мин.

При условии регулярных занятий физическая работоспособность приближается к такой же, как у здоровых сверстников, и достигает 700-900 кгм/мин. Физические тренировки после инфаркта миокарда должны продолжаться в течение всей жизни, лишь в этом случае решаются основные задачи ЛФК на третьем, амбулаторном, этапе реабилитации – поддержание и увеличение физической работоспособности пациента и вторичная профилактика ИБС и повторного инфаркта.

Следующий важный компонент кардиореабилитации – психосоциальное консультирование и обучение, направленное на устранение факторов риска. Наиболее доступной формой психосоциальной помощи является внедрение образовательных программ в виде «Школы для больных и их родственников». В рамках подобных образовательных программ проводится консультирование больных по правильному питанию и обогащению диеты антиатеросклеротическими продуктами.

С целью стимуляции компенсаторно-приспособительных механизмов во многих системах организма, страдающих при инфаркте миокарда, восстановления нарушенной сократительной функции миокарда и улучшения коронарного кровообращения, реологических свойств крови в программу медицинской реабилитации включаются методы физиобальнеотерапии.

К методам выбора в лечении ишемической болезни сердца относится лазеротерапия. Доказаны следующие эффекты, получаемые при курсовом применении низкоинтенсивного лазерного излучения (НЛИ) красного и инфракрасного диапазонов:

- улучшение микроциркуляции, сопровождающееся повышением фибринолитической активности крови, увеличением концентрации эндогепарина, уменьшением спонтанной агрегации эритроцитов и снижением скорости агрегации тромбоцитов;

- антиангинальный эффект;

- антиаритмический эффект, обусловленный активацией метаболических процессов в миокарде и увеличением его электрической стабильности;

- модулирующее влияние на нейроиммуноэндокринную систему;

- антиатерогенное действие, проявляющееся увеличением липопротеидов высокой плотности и уменьшением липопротеидов низкой плотности.

Метод лазеротерапии может быть рекомендован на всех этапах реабилитации больных ИМ. На первом этапе использование внутривенной лазеротерапии способствует стабилизации зоны некроза, сокращению продолжительности острой стадии инфаркта миокарда, снижению частоты реперфузионных осложнений и жизнеугрожающих аритмий, а также улучшает результаты физической реабилитации (А.Д. Куимов, К.В. Попов, 2008). На втором и третьем этапах реабилитации лазеротерапия помогает сократить объем медикаментозного лечения, снизить толерантность к нитратам и повысить толерант-

ность к физической нагрузке, уменьшить степень дислипидемии.

Методика лазеротерапии:

– зоны воздействия: воротниковая (CV – ThII) или межлопаточная область слева на уровне ThIII-IV, проекция верхушки сердца и грудина (граница средней и нижней трети);

– параметры воздействия: красный диапазон, непрерывный режим, расфокусированное пятно, 2-5 см в диаметре, плотность потока мощности НЛИ 1-3 мВт/см<sup>2</sup>, 1-2-3 минуты на зону (время возрастает на 30 с каждую процедуру), ежедневно, № 12-15 или инфракрасный диапазон, импульсный режим, мощность в импульсе 3-5 Вт, частота излучения 50-100 Гц, по 1-2 минуты на зону, ежедневно, № 10-12.

Примечание: при использовании инфракрасного лазера процедуру начинают с облучения области проекции локтевой вены в локтевой ямке (с одной стороны в один сеанс); процедуры лазеротерапии желателен проводить в утренние часы (до 12-13.00).

Показания: больные I, II, III классов тяжести при недостаточности кровообращения не выше IIа стадии, при сочетании с гипертонической болезнью I-II стадии.

Противопоказания: IV класс тяжести при недостаточности кровообращения выше IIа стадии, склонность к кровотечениям (носовым, маточным, геморроидальным).

К методам аппаратной физиотерапии, применяемым на любом этапе реабилитации, относится КВЧ-терапия, кардиопротекторное и антиаритмическое действие которой связано, главным образом, с активацией стресс-лимитирующих систем организма (Мирютова Н.Ф., 2010).

Методика КВЧ-терапии:

КВЧ-терапия на область правого плечевого сустава и/или нижнюю треть грудины от аппаратов типа «Явь – 1,2» или КВЧ-пунктура (от аппаратов типа «Арцах»), длина волны электромагнитного излучения 4,9 или 7,1 мм, общее время воздействия от 20 до 30 минут, на точку акупунктуры – от 2-3 до 5-10 минут, № 10-12, через день.

Противопоказания: IV класс тяжести с частыми приступами стенокардии покоя, недостаточность кровообращения выше IIа стадии, гипертоническая болезнь с кризовым течением.

С целью обезболивания и уменьшения психоэмоционального напряжения в острый период инфаркта миокарда можно назначить электросон или транскраниальную электростимуляцию.

Методика процедуры:

Электросон по глазо-затылочной методике, частота 10 Гц в начале лечения, 15-20 Гц – во второй половине курса лечения, сила тока подбирается индивидуально, до 7-8 мА, продолжительность процедур 20-40 минут, через день или 4-5 раз в неделю, № 10-12.

Противопоказания: IV класс тяжести с частыми приступами стенокардии покоя, недостаточность кровообращения выше IIа стадии, гипертоническая болезнь с кризовым течением, общие к электросону.

Транскраниальная электростимуляция от аппарата типа «Трансаир» проводится по стандартной методике, ежедневно, № 10-12.

Противопоказания: мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь с кризовым течением, тиреотоксикоз.

На втором этапе реабилитации в условиях специализированного реабилитационного центра или отделения стационара, санатория (не ранее, чем через 30 дней после перенесенного крупноочагового ИМ и через 20 дней

после мелкоочагового ИМ) в программу реабилитации включают магнитотерапию, лекарственный электрофорез гальваническим или импульсными токами, сухие углекислые ванны, медицинский массаж, бальнеотерапию, аэро- и гелиотерапию.

Методика процедур:

*Магнитотерапия* от аппаратов типа «Полюс-2», цилиндрический индуктор, контактно на область проекции вегетативных ганглиев (нижнешейный и верхнегрудной отделы позвоночника на уровне C5-Th4) – вариант № 1, на область сердца по передней поверхности грудной клетки – вариант № 2, направление силовых линий вертикальное, индукция 35 мТл, продолжительность воздействия 15 минут. Процедуры проводятся ежедневно, в утренние часы, через 1-1,5 часа после приема пищи и за 1 час до ЛФК, № 14-16.

Показания: больные I и II классов тяжести – вариант № 1; III класс тяжести – вариант № 2.

Противопоказания: IV класс тяжести при недостаточности кровообращения выше IIа стадии.

*Электрофорез брома, магния, но-шпы по воротниковой методике*, сила тока 8-10-12 мА, продолжительность процедуры 10-15-20 минут, ежедневно или через день, № 10-12.

Показания: больные I и II, III классов тяжести

*Электрофорез панангина, магния транскардиально*, сила тока 5-7-9 мА, продолжительность процедуры 10-15 минут, ежедневно или через день, № 10-12.

Показания: начальная сердечная недостаточность, стенокардия у больных II и III классов тяжести.

*СМТ-терапия или СМТ-форез ганглерона*, новокаином от аппарата типа «Амплипульс» паравертебрально на уровне болей, методика стандартная, ежедневно, № 6-8

Показания: болевые и вегетативные синдромы остеохондроза позвоночника у больных I, II и III классов тяжести.

*Сухие углекислые ванны*, температура 28 град., скорость потока углекислого газа 15 л/мин., концентрация газа в ванне 29,4 об.%, продолжительность воздействия 15 минут. Первые 2-4 ванны проводят через день, затем ежедневно, № 12 – 14.

Показания: I-III классы тяжести при недостаточности кровообращения I и IIа стадий, экстрасистолической аритмии I-III градаций по Лауну, редкие, легко купируемые пароксизмы мерцательной аритмии, постоянная форма мерцательной аритмии при недостаточности кровообращения не выше I стадии, гипертоническая болезнь I и II стадии;

больные IV класса тяжести с частыми приступами стенокардии на малых физических нагрузках при недостаточности кровообращения не выше I стадии, не имеющие других признаков, относящихся к III группе осложнений.

*Ручной массаж:*

– области сердца, левой половины грудной клетки и левой руки (вариант 1);

– грудной клетки и позвоночника (вариант 2);

– воротниковой зоны (вариант 3);

– нижних конечностей (вариант 4).

Показания: I, II и III классы тяжести – варианты 1-3, выбор определяется жалобами больного и наличием сопутствующей патологии (остеохондроз позвоночника, плечелопаточный синдром, гипертоническая болезнь и др.);

IV класс тяжести при недостаточности кровообращения I- IIа стадии, частой стенокардии напряжения и нечастых приступах стенокардии покоя – вариант 4.

*Бальнеотерапия* в виде 2- и 4-камерных ванн: углекислых, сероводородных радоновых, хлоридных натриевых, йодобромных, кислородных.

Методика: 2-камерные ножные ванны № 1-2, затем 4-камерные ванны № 10-11, через день, со 2-ой половины курса – 4-5 раз в неделю, после ванны – отдых 1,0-1,5 часа. Температура ванн 35-37 градусов, концентрация углекислых ванн 1-2 г/л, сероводородных – от 75 мг/л (первые 2 ванны) до 100-150 мг/л – последующие, радоновых – 120 нКи/л, хлоридных натриевых (йодобромных) – 20-30 г/л.

Показания: больные I и II классов тяжести, ограниченно – больные III класса тяжести (без нарушений ритма и недостаточности кровообращения).

Противопоказания: IV класс тяжести, недостаточность кровообращения выше I стадии, нарушения ритма за исключением редкой экстрасистолии

*Аэротерапия в виде:*

– длительного пребывания на воздухе (в первые 3-4 дня преимущественно в состоянии покоя), впоследствии с включением прогулок и различных видов лечебной физкультуры;

– сна в климатопавильоне в течение 1-2 часов ежедневно в любое время года;

– воздушных ванн по щадящему (назначаются с 7-8 дня пребывания в санатории больным I и II классов тяжести, с 8-10 – больным III класса тяжести) и щадяще-тренирующему режиму (назначаются с 9-10 дня пребывания в санатории больным I и II классов тяжести).

*Гелиотерапия* в теплое время года (УФ-облучения от длинноволновых источников в холодное время года) в виде частичных солнечных ванн (руки, ноги, лицо) с переходом на общие облучения во второй половине курса лечения при хорошей переносимости процедур:

солнечные и УФ-облучения начинают с 5-6 дня пребывания в санатории больным I и II классов тяжести, с 7-8 дня – больным III класса тяжести. Режим воздействия: умеренный при облучении больных I класса тяжести, щадящий – для II и III классов тяжести.

Противопоказания: нарушения ритма сердца, тромбозомболические осложнения в острый период ИМ, выраженная артериальная гипертензия или гипотония, невротические реакции, нарушения сна.

*Кислородный коктейль* на отваре или настое трав, обладающих седативным, гипотензивным, общеукрепляющим действием.

Показания: I-IV классы тяжести.

Рекомендуемые программы немедикаментозной реабилитации больных ИМ на

II этапе реабилитации

*Программа 1* (I и II классы тяжести)

2-4-камерные ванны с минеральной водой

Магнитотерапия или лазеротерапия

Аэротерапия

Физическая реабилитация: с IV ступени активности (1-4-ый день пребывания в специализированном реабилитационном центре/отделении) до VII ступени (15-24 день пребывания для больных I класса тяжести I и 20-24 день пребывания для больных II класса тяжести)

Кислородный коктейль

Ручной массаж (варианты 1-3 в зависимости от клинической картины)

Примечание: предпочтительнее лечебную гимнастику и дозированную ходьбу проводить в утренние часы через 1 час после завтрака, через 1-1,5 часа отдыха – ванны.

*Программа 2* (III класс тяжести)

Сухие углекислые ванны – с 8-10-12 дня пребывания в отделении реабилитации

Магнитотерапия или лазеротерапия

Аэротерапия

Физическая реабилитация: с IV ступени активности (4-7-ой день пребывания в отделении) до VI ступени (21-28 день пребывания)

Кислородный коктейль

Ручной массаж (варианты 2-4 в зависимости от клинической картины), чередовать по дням с СУВ

Примечание: предпочтительнее физиотерапию и СУВ проводить в утренние часы через 1 час после завтрака, через 1-1,5 часа отдыха – лечебная гимнастика и дозированная ходьба.

*Программа 3* (I, II, III классы тяжести)

Сухие углекислые ванны

КВЧ-терапия

Аэротерапия

Физическая реабилитация: см. программу 1 для I-II классов тяжести и программу 2 – для III класса

Кислородный коктейль

*Программа 4* (I и II классы тяжести, сопутствующий шейно-грудной остеохондроз)

2-4-камерные ванны с минеральной водой

Магнитотерапия (вариант 1) или лазеротерапия

Аэротерапия

Физическая реабилитация: с IV ступени активности (1-4-ый день пребывания) до VII ступени (15-24 день пребывания для больных I класса тяжести и 20-24 день пребывания для больных II класса тяжести)

Кислородный коктейль

Ручной массаж с 10-12 дня пребывания (варианты 2-4)

*Программа 5* (III класс тяжести, сопутствующий шейно-грудной остеохондроз)

Сухие углекислые ванны – с 8-10-12 дня пребывания в отделении

Магнитотерапия (вариант 1) или лазеротерапия

Аэротерапия

Физическая реабилитация: с IV ступени активности (4-7-ой день пребывания в санатории) до VI ступени (21-28 день пребывания в санатории)

Кислородный коктейль

Ручной массаж с 10-12 дня пребывания в санатории (варианты 2-4), чередовать по дням с СУВ

*Программа 6* (больные I, II, III классов тяжести, сопутствующая гипертензионная болезнь)

Сухие углекислые ванны

Магнитотерапия (вариант 1) или лазеротерапия

Аэротерапия

Физическая реабилитация: программа 1 для I-II кл. тяжести, программа 2 – для III кл.

Кислородный коктейль.

Принципы медицинской реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга

Основы медицинской реабилитации постинсультных больных

Основными принципами медицинской реабилитации больных после перенесенного инсульта являются раннее начало, этапность, преемственность, взаимодействие с семьей, социальная установка и мультидисциплинарный подход при планировании и проведении реабилитационных мероприятий (А.Н. Белова, 2000, А.С. Кадыков и соавт., 2008).

*Первый этап реабилитации* осуществляется в острый период мозгового инсульта (первые 2-4 недели от начала



заболевания) в условиях нейрососудистого (инсультного) отделения стационара. Задачами этого этапа являются ранняя активизация больного, предупреждение развития вторичных патологических синдромов (контрактур, артропатий) и осложнений (пролежней, застойных явлений в легких), восстановление элементарных произвольных движений. Для достижения указанных задач в палате интенсивной терапии может быть реализована реабилитационная программа, включающая следующие мероприятия:

- лечение положением, пассивно-активную гимнастику, медицинский массаж;
- дыхательную гимнастику и ингаляционную терапию;
- физиотерапию с применением низкоинтенсивных физических факторов (магнитотерапию, КВЧ-терапию, глубокую осцилляцию аппаратом Nivamat);
- нейро-мышечную электростимуляцию;
- коррекцию речевых нарушений, базирующуюся на занятиях с логопедом и использовании нейромышечной стимуляции на аппаратах типа VocaStim Master;
- психотерапевтическую коррекцию.

При стабилизации гемодинамики осуществляются начальные этапы вертикализации, обязательным условием при этом является мониторинг АД и ЧСС.

**Лечение положением и пассивную гимнастику** начинают при неосложненном ишемическом инсульте (ИИ) со 2-4-го дня, при геморрагическом инсульте (ГИ) – с 6-8 дня (А.Н. Белова, 2000). Лечение положением направлено на нормализацию тонуса в спастичных мышцах и профилактику сгибательных контрактур. Основное положение – больной на спине, парализованная рука, разогнутая в локтевом и лучезапястном суставах, отведена в сторону до угла 90° (при болях – меньше) и фиксируется на 1-2 часа с помощью ортеза (пальцы кисти должны быть разогнуты и разведены), затем приводится к туловищу, при этом вся рука и плечевой сустав должны находиться на одном уровне в горизонтальной плоскости. Нога слегка сгибается в коленном суставе (15-20°, валик под колени), стопа находится в положении тыльного сгибания, для чего фиксируется с помощью деревянного ящика или ортезов. В течение дня положение конечностей меняется. Существуют укладки в положении на здоровом боку, на парализованной стороне.

Пассивная гимнастика проводится по 10 минут 1-2 раза в день в виде пассивного сгибания предплечья, кисти, пальцев, пронации и супинации кисти, сгибания и разгибания стопы, коленного сустава, отведения и приведения паретичной конечности, пассивной имитации ходьбы. Для уменьшения мышечной гипертонии и предупреждения синкинезий пассивные движения следует начинать с крупных суставов, постепенно переходя к мелким.

При появлении произвольных движений – активная гимнастика в положении лежа, на боку, несколько раз в день по 1-3 минуты с постепенным наращиванием нагрузки. При ИИ активная гимнастика назначается на 7-10-й день, при ГИ – на 15-20-й день в виде индивидуальной лечебной гимнастики.

**Массаж конечностей** назначают со 2-4 дня болезни при неосложненном ИИ и с 6-8 – дня при ГИ, курсы массажа длительные – до 30 процедур, проводятся повторно в ранний и поздний восстановительные периоды. Цель процедуры: ослабление тонуса спастичных и восстановление тонуса ослабленных мышц, профилактика контрактур, активация сенсорно-моторных связей.

Особенности проведения массажа в ранний восстановительный период: методические приемы должны способствовать снижению повышенного тонуса мышц верхних и нижних конечностей, поэтому при массаже спастичных мышц не должны применяться приемы интенсивного раздражения тканей (разминание, вибрация и даже растирание) и быстрый темп массажных движений. При воздействии на мышцы-антагонисты используют, помимо поглаживания, несильное растирание и легкое неглубокое разминание, более быстрый темп массажа.

Противопоказанием для назначения массажа: прогрессирующая энцефалопатия с повторными ишемическими атаками.

Лечение положением, лечебная гимнастика и медицинский массаж дополняются симптоматической физиотерапией, направленной на снижение повышенного мышечного тонуса и устранение болевого синдрома. С этой целью назначаются парафиновые, озокеритовые аппликации, магнитотерапию, криотерапию на область спастичных мышц или суставы при наличии артропатии.

К ведущим реабилитационным мероприятиям в острый период МИ относятся вертикализация, которую можно рассматривать как современный метод лечебной физкультуры. Ранняя вертикализация предусматривает поднятие головного конца функциональной кровати на 15-30 мин 3-4 раза в день с первых дней пребывания больного в блоке интенсивной терапии, возвышенное положение туловища при приеме пищи (угол изголовья от 5°, но не более 30°). При стабилизации показателей системной гемодинамики начинают подготовку пациента к стоянию в вертикальном положении с помощью стола-вертикализатора. Занятия на вертикализаторе проводятся ежедневно, угол наклона увеличивается постепенно на 5-10°, в зависимости от самочувствия больного. При выраженных признаках ухудшения состояния больного переводят в горизонтальное положение или уменьшают угол наклона до восстановления нормального самочувствия. Если пациент не может находиться в вертикальном положении даже непродолжительное время, следует чередовать подъем и опускание до 10-15 раз за занятие. Это обеспечивает эффективную тренировку сердечно-сосудистой системы. В перерывах между подъемами выполняются дыхательные упражнения, в вертикальном положении – упражнения для мышц шеи, плечевого пояса, рук и туловища.

Стол-вертикализатор может быть как простым, так и совмещенным с роботизированной системой ходьбы. Такая система способствует ранней мобилизации больных, т. к. движения и нагрузка на ноги могут проводиться в горизонтальном положении. Это дает возможность адаптировать больного к вертикальному положению с одновременным выполнением пассивных движений, имитирующих ходьбу.

Обучение стоянию, восстановление навыков ходьбы и самообслуживания методами кинезотерапии и эрготерапии входит в число обязательных реабилитационных мероприятий постинсультных больных на первом этапе MR.

Эффективность восстановительного лечения на этом этапе возрастает, если в острый период МИ больной из палаты интенсивной терапии переводится в специализированную палату ранней реабилитации, что возможно на 5-7-е сутки заболевания в случае отсутствия тяжелой соматической патологии, «свежих» ишемических изменений на ЭКГ, выраженных нарушений сердечного ритма, одышки, тромбозов вен. Препятствуют успешному выполнению реабилитационных меро-



приятый выраженная сенсорная афазия и когнитивные расстройства, при которых больной не способен выполнять инструкции по кинезо- и эрготерапии.

Работа палат ранней реабилитации базируется на мультидисциплинарном принципе организации лечебного процесса, заключающемся в постоянном взаимодействии подготовленных специалистов: В состав мультидисциплинарной бригады (МДБ), возглавляемой врачом-неврологом, должны входить врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, психотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, специально обученные медицинские сестры. При необходимости могут привлекаться консультанты (кардиолог, эндокринолог, диетолог и другие специалисты). В задачи МДБ входит коллегиальная оценка реабилитационного потенциала, на основании полученных данных составление программы реабилитации и ее выполнение с последующей оценкой эффективности и выработкой рекомендаций для второго этапа МР, начало которого совпадает с переходом острого периода МИ в ранний восстановительный, под которым понимают период с 3-4-й недели до 6 месяцев от начала заболевания (А.С. Кадыков и соавт., 2008).

**Второй этап МР** должен осуществляться в специализированном реабилитационном центре (отделении стационара, местного санатория) для больных с патологией центральной нервной системы, в котором работа также организована по мультидисциплинарному принципу. В состав бригады включаются дополнительно врач-рефлексотерапевт, врач мануальной терапии.

Основная задача второго, постстационарного, этапа – восстановление нарушенных функций и развитие компенсаторных механизмов двигательной активности больного для его физической и социальной адаптации. Как и на первом этапе, основу программы реабилитации составляют лечебная физкультура, нейропсихологическая реабилитация и при необходимости – коррекция речевых расстройств. Расширяется физиотерапевтическое лечение, которое на данном этапе может быть не только симптоматическим, но и патогенетическим, направленным на коррекцию гемодинамических и гемостазиологических нарушений, повышение адаптационно-компенсаторных возможностей организма. Более активно используется трудовая реабилитация, для восполнения двигательного дефицита применяются методы рефлексотерапии и мануальной терапии.

Лечебная физкультура является базовой технологией реабилитации постинсультных больных. В дополнение к лечению положением, индивидуально подобранными методиками лечебной гимнастики (ЛГ) и вертикализации назначают роботизированную механотерапию с целью восстановления ходьбы, занятия на тренажерах различной направленности (циклических, силовых, инерционных, ротационных и др.) для восстановления тонуса и двигательной активности паретичных мышц. При парезе верхней конечности восстановлению важнейших двигательных навыков, таких, как точностной хват, способствует применение метода биоуправления, организованного по электромиограмме с помощью аппаратно-программного комплекса «БОС-ЛАБ», разработанного под руководством акад. М.Б. Штарка в Институте молекулярной биофизики СО РАМН (г. Новосибирск). При гемипарезах для более быстрого восстановления функции ходьбы необходимо повышение устойчивости вертикальной позы, для чего используются методы баланс-терапии (степ-тренировка, специальная ЛГ). Современным методом баланс-терапии является метод функционального биоуправления с об-

ратной связью по стабилотрамме, для осуществления которого используют компьютерно-стабилографический комплекс «Стабилан-01» или аналог.

С целью профилактики контрактур, снижения спастичности мышц и усиления эффекта от лечения положением используются ортезы для локтевых, коленных, голеностопных суставов и кисти.

Нормализации мышечного тонуса и восстановлению двигательной активности способствует медицинский массаж конечностей, который выполняется с учетом вышеописанных методических особенностей, и аппаратная физиотерапия.

С целью снижения спастичности мышц применяют методы криотерапии, теплотечения и магнитотерапии:

**Криотерапия.** Пакеты со льдом (хладогенты) помещают на область спастичных мышц, до 3-4 зон за процедуру, продолжительность воздействия на зону 1-3 минуты, 2-3 раза за процедуру с интервалом 3-5 мин, общая продолжительность – 5-10-15 мин, № 10-20, ежедневно или через день.

**Магнитотерапия** переменным магнитным полем (ПеМП) от аппарата типа «Полус» или постоянным магнитным полем (ПМП) с помощью магнитоносителей (магнитофоров, магнитных поясов). Методика лечения ПеМП: индуктор помещается на область проекции спастичных мышц, индукция магнитного поля 20-30 мТл, 15-20 мин на зону, в день берется 1 зона, ежедневно или через день, № 7-10 на каждую группу мышц, курс – до 20 процедур.

**Теплотечение.** Аппликации парафина, озокерита на область проекции спастичных мышц руки или ноги, 48-50 °С, 20 мин, ежедневно или через день, № 10-15.

Нормализации мышечного тонуса и восстановлению функции нервно-мышечного аппарата паретичной конечности способствует методика **электростимуляции (Э.)** антагонистов спастичных мышц, которую назначают с 3-4 недели после начала заболевания, а в специализированных клиниках – со 2-3 недели. Для электростимуляции используются различные импульсные токи (диадинамические, флюктуирующие и др.), но чаще всего – синусоидальные модулированные токи (СМТ). Применяется биполярная методика, при которой оба электрода (1x1, 2x2, 3x3 см в зависимости от размера мышцы) устанавливаются в области самой мышцы. Воздействие проводится на двигательные точки следующих мышц: 1-ое поле – надостная мышца – латеральное брюшко дельтовидной мышцы; 2-ое поле – дельтовидная мышца – трехглавая мышца плеча; 3-е поле – локтевой разгибатель пальцев – общий разгибатель пальцев; 4-ое поле – четырехглавая мышца бедра – место перехода мышцы в сухожилие; 5-ое поле – малоберцовый нерв – передняя большеберцовая мышца. Сила тока – до появления безболезненного сокращения мышцы, время воздействия на каждое поле 2-3 минуты (при появлении признаков усталости мышцы время сокращается). Проводится 2-3 курса по 20-30 процедур, перерыв между курсами – от 3 до 6 недель.

Параметры СМТ при проведении электростимуляции от аппарата типа «Амплипульс-6»: переменный режим, род работ II, глубина модуляций (ГМ) 75 %, частота модуляций (ЧМ) 150 Гц при выраженной спастичности, при умеренной и легкой – 80-100 Гц.

При эффективности курсы Э. могут повторяться с указанной периодичностью в течение 3-х лет. Противопоказания: тромбофлебит, повышение артериального давления во время или после электропроцедуры (является относительным, при стабилизации АД не выше 150/90

мм рт. ст на фоне гипотензивной терапии Э. можно проводить). С осторожностью Э. назначается при склонности к тромбообразованию.

Процедуры электростимуляции не только восстанавливают функцию нервно-мышечного аппарата конечностей, но и за счет потока афферентных импульсов, поступающего с периферии в соответствующие отделы головного мозга во время процедуры, способствуют восстановлению функциональной активности нейронов вокруг очага поражения. В последнее 10-летие получил развитие новый способ Э. – функциональная программируемая электростимуляция (ФПЭС) нейромышечного аппарата, которая проводится в движении. Такой способ электронейростимуляции наиболее эффективно моделирует физиологичный паттерн нейромышечной активности как на уровне спинальных локомоторных структур, так и на более высоких уровнях иерархии центральной нервной системы. При стойких двигательных нарушениях применение ФПЭС в ходьбе возможно во время тренинга на циклических реабилитационных тренажерах, оснащенных поддерживающими системами (В.Д. Даминов, 2012).

Электростимуляция используется при речевых нарушениях с целью восстановления функции артикуляционных мышц и повышения эффективности занятий с логопедом. При применении СМТ чаще всего используется следующая методика: раздвоенный электрод помещается на подъязычные мышцы, второй электрод – на заднюю поверхность шеи, режим переменный, род работ III-IV, ЧМ 100 – 50 Гц, ГМ 25-75 %, время увеличиваем постепенно от 3-5 до 7-8 минут каждого рода работ, ежедневно, № 10-12-15. Эффективность Э. при афазии и дизартрии, вызванной центральным парезом, повышается при проведении процедур на аппарате типа «VocaStim Master», техническое устройство которых позволяет проводить автоматизированную диагностику степени поражения и определение программы лечения, а также осуществлять контроль за его проведением.

Физиотерапевтические методы, способствующие нормализации мышечного тонуса и восстановления функции нервно-мышечного и опорно-двигательного аппарата, относят к симптоматической физиотерапии постинсультных больных. На втором этапе реабилитации расширяется применение патогенетической физиотерапии с целью оказания корригирующего влияния на гемодинамические и метаболические нарушения, стимуляции трофических процессов в тканях центральной нервной системы (Белова А.Н., 2000, Герасименко М.Ю., Афошин С.А., Лазаренко Н.Н., 2011).

Для улучшения мозгового кровообращения, реологических свойств крови, обменных процессов и нормализации артериального давления в программу реабилитации может включаться лекарственный электрофорез вазоактивных, гипотензивных, метаболических препаратов, магнитотерапия, лазеротерапия.

**Лекарственный электрофорез** проводится по различным методикам в зависимости от причины инсульта и состояния больного. Через 3-4 недели после ишемического инсульта (ИИ) применяется электрофорез 2,4 % раствора эуфиллина по методике Вермеля, электрофорез 10 % раствора аспирина из 50 % водного раствора ДМСО продольно на позвоночник, эндоназальный электрофорез кортексина, аминалона.

Через 4-6 недель независимо от причины инсульта при нормальном артериальном давлении возможно назначение электрофореза йода по глазо-затылочной ме-

тодике; в случае сопутствующей гипертонической болезни – электрофореза магния и йода по воротниковой методике.

Продолжительность курса лечения во всех случаях 10-15 процедур, повторный курс возможен через 1,5-2 месяца.

**Магнитотерапия** на очаг ишемии или воротниковую область в ранний восстановительный период (через 4-5 недель после малого инсульта и через 6-7 недель – при тяжелых формах ИИ) способствует развитию коллатерального кровообращения, улучшению венозного оттока, восстановлению функциональной активности уцелевших нейронов, что подтверждается увеличением двигательной активности в паретичных конечностях и повышением амплитуды биопотенциалов при максимальном сокращении мышц по данным ЭМГ.

Методика процедуры: ПеМП от аппарата типа «Полюс – 1,2» на теменно-височную область со стороны поражения при ишемии в бассейне внутренней сонной артерии или на субокципитальную область при ишемии в вертебро-базиллярном бассейне, используется прямоугольный индуктор; синусоидальная форма тока, непрерывный режим, 25 мТл, 10 минут, ежедневно, № 10-12.

При ИИ в бассейне каротидной артерии на фоне окклюзионного процесса в двух или большем числе магистральных артерий, затруднении венозного оттока, множественных очагах инфаркта, а также наличии артериальной гипертензии или судорожной активности по данным ЭЭГ, ПеМП назначаются на воротниковую область!

**Лазеротерапия** с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона (ИКНИЛИ) оказывает многокомпонентное саногенетическое действие: стимулирует развитие коллатерального кровообращения, улучшает реологические свойства крови, уменьшает внутрисосудистую микрокоагуляцию, активирует антиоксидантную систему (Горбунов Ф.Е., Кочетков А.В., Миненков А.А. и соавт., 2003).

Методика лазеротерапии имеет особенности в зависимости от локализации очага. При проведении процедуры от аппарата «Мустанг» или аналога излучатели устанавливаются на область проекции общих сонных артерий (ОСА) в синокаротидной зоне одновременно с обеих сторон при полушарной локализации очага в одном из бассейнов сонной артерии. При локализации очага в одном из бассейнов вертебро-базиллярной системы излучатели устанавливаются последовательно на область проекции позвоночных артерий в субокципитальной зоне (ретромастоидально), затем на область проекции ОСА в синокаротидной зоне, одновременно с обеих сторон. В обоих случаях лазерное излучение подается в импульсном режиме с частотой 80 или 150 Гц и мощностью в импульсе 2-4 Вт, время воздействия 4-6 минут на ОСА и 4-10 минут – на позвоночные артерии. Процедуры проводятся 5-6 раз в неделю, на курс – 10-12 процедур.

Лазеротерапию начинают с 3-4-ой недели после транзиторной ишемической атаки и малого инсульта, с 4-5-ой недели – после ишемического инсульта.

Противопоказания к лазеротерапии в ранний восстановительный период (помимо общих к физиотерапии): инфратенториальная (задняя черепная ямка) локализация кровоизлияния, геморрагический синдром (гематурия и др.), заболевания щитовидной железы с гипертиреозом.

С целью оказания антиоксидантного и метаболического эффектов, устранения гиперкоагуляционных нарушений в системе гемостаза рекомендуется **КВЧ-терапия**, основанная на применении с лечебной целью электро-

магнитного излучения (ЭМИ) крайне высокой частоты и низкой интенсивности (менее 10 мВт/см<sup>2</sup>). К преимуществам КВЧ-терапии относится хорошая переносимость метода пациентами, в том числе и старшей возрастной группы (более 70 лет), возможность нормализации артериального давления как при стойкой гипотонии, так и при артериальной гипертензии.

Методика: КВЧ-терапия на область правого плечевого сустава (в зоне проекции головки плечевой кости), длина волны ЭМИ 4,9 мм, плотность потока мощности 5-6 мВт/см<sup>2</sup>, импульсный режим (8-10 Гц), 30 минут, ежедневно, № 10 (А.В. Карлов и соавт., 1993).

К перспективным методам восстановительного лечения постинсультных больных относится *озонотерапия*, основанная на применении медицинского озона, обладающего свойствами антигипоксанта и существенно улучшающим микроциркуляцию при внутривенном введении.

Методика процедуры: общая озонотерапия от аппарата «УОТА-60-01» «Медозон» или аналога путем внутривенного капельного введения 200-300 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1,3-1,6 мкг/мл, на курс – 5-10 процедур

Многоуровневое действие оказывают сухие углекислые ванны (СУВ), под влиянием которых стабилизируется гемодинамика, активируется развитие коллатерального кровообращения и регресс симптомов дисциркуляторной энцефалопатии, а также уменьшается спастичность мускулатуры и боли в суставах при наличии артропатии. СУВ особенно показаны больным с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и умеренным двигательным дефицитом.

Методика: сухая углекислая ванна «РЕАБОКС», температура газовой смеси 36-34°C, при сердечной патологии – 32 °С, скорость потока углекислого газа 20 л/мин, 15-25 минут, ежедневно или через день, до 6 процедур в неделю, на курс – 12-14 процедур.

На втором этапе реабилитации в лечебный комплекс может включаться рефлексотерапия в виде классической акупунктуры или физиопунктуры. Из методов физиопунктуры наиболее обосновано применение лазеропунктуры и КВЧ-пунктуры. Воздействие проводят преимущественно на точки общего действия, раздражение которых сопровождается повышением адаптационно-компенсаторных возможностей организма, улучшением гемодинамики и трофических процессов.

Обязательными компонентами программы МР являются восстановление бытовых навыков методами кинезо- и эрготерапии, и нейропсихологическая реабилитация, направленная на устранение психоэмоциональных расстройств, наличие которых ухудшает реабилитационный прогноз. Нейропсихологическая реабилитация проводится в виде индивидуальной и групповой психотерапии с использованием современных компьютерных программ. Повышению эффективности психокоррекционных мероприятий способствует использование современной физиотерапевтической аппаратуры для аудиовизуального воздействия, аппаратно-программных комплексов полирецепторного воздействия типа «Альфа капсула».

Разработкой индивидуальной программы реабилитации (ИПР) на втором этапе, как и на первом, занимается мультидисциплинарная бригада на основе оценки тяжести состояния пациента и определения его реабилитационного потенциала и прогноза. Следует учитывать, что в начальные сроки раннего восстановительного периода (именно в это время пациент находится на втором этапе

МР) в ИПР рекомендуется включать один метод патогенетической физиотерапии, и при необходимости комбинировать его с одним методом симптоматической физиотерапии. Сложным вопросом является выбор адекватных методов в каждом конкретном случае. Ниже представлено несколько комбинаций для наиболее типовых клинических ситуаций.

Ишемический инсульт с двигательными нарушениями (через 3-6 недель от начала заболевания).

#### *Программа 1*

1. Электрофорез эуфиллина по Вермелью или аспирина по продольной методике, ежедневно, № 12-15

2. Классический массаж конечностей в сочетании с точечным массажем № 10-12

3. Аппликации озокерита на область спастичных мышц конечностей № 10

#### *Программа 2*

Магнитотерапия на очаг ишемии или воротниковую область или лазеротерапия на область проекции сонных или позвоночных артерий № 10-12

Массаж конечностей № 10-12

Электростимуляция антагонистов спастичных мышц или метод БОС

*Программа 3* (при наличии дисциркуляторной энцефалопатии, сопутствующей ИБС, сахарном диабете II типа)

СУВ или КВЧ-терапия № 10-12

Классический массаж конечностей в сочетании с точечным массажем № 10-12

Геморрагический инсульт с двигательными нарушениями (через 4-6 недель от начала заболевания)

#### *Программа 1*

Электрофорез йода по глазо-затылочной методике, ежедневно, № 12-15

Массаж конечностей № 10-12

Электростимуляция антагонистов спастичных мышц или метод БОС

#### *Программа 2*

Озонотерапия внутривенно № 6-10

Оцилляторный массаж конечностей на аппарате «Хивамат» № 10

Любая из программ назначается в комплексе с индивидуальной или групповой лечебной гимнастикой (в зависимости от состояния больного), кинезотерапией, направленной на восстановление бытовых навыков, и сеансами психотерапии, при наличии речевых нарушений проводятся занятия с логопедом.

Во всех случаях ИПР базируется на комплексном применении немедикаментозных средств с медикаментозными препаратами, подбор которых осуществляют врач-невролог, кардиолог, при необходимости – другие специалисты, входящие в состав мультидисциплинарной бригады или привлекаемые к работе бригады в качестве консультантов.

Продолжительность второго этапа МР, осуществляемого в условиях специализированного реабилитационного отделения стационара (реабилитационного центра) составляет 3-4 недели в ранний восстановительный период. Пациент может направляться на данный этап МР повторно в поздний восстановительный период (6-12 месяцев после инсульта) и в резидуальный период (более года после инсульта) при положительном реабилитационном прогнозе.

Третий этап (III) медицинской реабилитационной помощи осуществляется в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, реф-

лексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (сурдопедагога, тифлопедагога и др. специалистов по профилю оказываемой помощи) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, а также выездными бригадами на дому. Реабилитационные мероприятия проводятся в ранний и поздний восстановительный периоды, резидуальный период пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). Таким образом, третий этап представляет собой поддерживающую фазу реабилитации постинсультных больных, включающую диспансерное наблюдение в поликлинике и санаторно-курортное лечение в местных и центральных санаториях при отсутствии противопоказаний.

На III этапе используются все реабилитационные мероприятия, применяемые на I и II этапах. В поздний восстановительный и резидуальный периоды расширяется арсенал физиотерапевтических методов лечения и средств лечебной физкультуры для восстановления двигательной активности, оказания общеукрепляющего действия. При наличии двигательного дефицита перво-степенное значение имеет лечебная гимнастика, обязательно сочетающая активные и пассивные специальные упражнения для паретичных конечностей с общеукрепляющими упражнениями (В.И. Скворцова и соавт., 2005). Лечебная гимнастика дополняется роботизированной механотерапией, баланс-терапией, ручным или аппаратным массажем. Процедуры ЛФК должны быть ежедневными, при этом важную роль играют самостоятельные занятия пациентов. В домашних условиях больной должен выполнять упражнения, освоенные во время процедур лечебной гимнастики, 3-4 раза в день по 5-10-15 мин в зависимости от самочувствия, с полноценным отдыхом после каждого занятия. Эффективность лечебной физкультуры во многом зависит от квалификации врача и инструктора ЛФК, так как лечебная гимнастика является основным средством «воспитания» дифференцированных движений в суставах пораженной конечности. Правильное построение комплекса упражнений способствует нормализации мышечного тонуса и устранению синкинезий, обеспечивает повышение толерантности к физическим нагрузкам. Низкая выносливость ограничивает возможности восстановительной терапии, отрицательно влияет на результат реабилитации, поэтому для поддержания физической активности рекомендуется включать в традиционные занятия ЛГ циклические тренировки на велотренажере мощностью 25-30 ватт (Кадыков А.С. и соавт., 2008).

Повышению толерантности к физическим нагрузкам, улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и нервной системы способствуют общие или четырехкамерные кислородные, хвойные, хлоридные натриевые, йодобромные, радоновые, азотные, жемчужные ванны, которые можно назначать с начала позднего восстановительного периода при отсутствии противопоказаний. В этот период, как и в период остаточных явлений, эффективность реабилитационных мероприятий может быть повышена путем включения в ИПР трансцеребральной импульсной электротерапии (ИЭТ), к которой относятся методы электросна, транскраниальной электроанальгезии и мезодизэнцефальной модуляции. Трансцеребральная ИЭТ оказывает центральный аналь-

гетический, седативный, гипотензивный эффекты, улучшает региональное кровообращение и антигипоксическую защиту самого мозга (З. С. Хостикова, 2006).

При сохраняющемся гемипарезе показана иглорефлексотерапия. С целью восстановления функции нервно-мышечного аппарата, снижения гипертонуса мышц используют точки общего и локально-сегментарного действия, а также точки, рекомендуемые для расслабления мышц конечностей. Курс лечения состоит из 10-12 процедур, при необходимости проводят 3-4 курса с перерывом 1-1,5 месяца.

На третьем этапе возрастает роль нейропсихологической реабилитации, включающей, помимо психотерапевтической помощи самому пациенту, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и социальной адаптации. Эффективной формой проведения таких мероприятий является школа для больных и их родственников. Для реализации этого раздела ИПР в штате мультидисциплинарной бригады должен быть нейропсихолог, клинический психолог, специализирующийся в области эмоционально-личностной коррекции, психолог и/или социальный работник, занимающийся социальной реабилитацией.

Реализация программы ИПР на третьем, амбулаторном этапе, может осуществляться в условиях дневного стационара, отделения реабилитации поликлиники, стационара на дому и в специализированном отделении местного санатория.

Вопрос о продолжительности третьего этапа остается дискуссионным. Несмотря на то, что реабилитационные мероприятия наиболее успешны в 1-й год после инсульта при условии их начала в острый период и соблюдении принципов непрерывности и этапности, у части больных на фоне продолжения МР в первые 2-3 года резидуального периода наблюдается положительная динамика. При получении инвалидности программная нейрореабилитация необходима для профилактики нарастания неврологического дефицита и ухудшения соматического состояния.

При правильной организации реабилитационного процесса эффективность реабилитационных мероприятий зависит от реабилитационного потенциала пациента, определение которого осуществляется коллегиально специалистами мультидисциплинарной бригады. При оценке реабилитационного потенциала целесообразно руководствоваться приказом Минздравсоцразвития РФ от 6 июля 2009 г. № 389н «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», согласно которому «при определении учреждения здравоохранения для дальнейшего лечения и реабилитации больного с ОНМК рекомендуется:

- направлять на долечивание и реабилитацию в амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники городских, центральных районные, физиотерапевтические, восстановительного лечения), врачебно-физкультурные диспансеры больных после ОНМК с минимальным двигательным или когнитивным дефицитом, сохраненными психическими способностями (полностью себя обслуживают, передвигаются самостоятельно или с дополнительными средствами опоры (не менее 8 баллов по шкале мобильности Ривермид);

- направлять на долечивание и реабилитацию в санаторно-курортные учреждения, центры, в том числе научно-практические (патологии речи и нейрореабилитации, реабилитации, лечебной физкультуры и спортивной медицины, восстановительной медицины и реабилитации, медицинской и социальной реабилитации)

больных после ОНМК, способных к активному поддержанию вертикального положения и самостоятельному передвижению, самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительным прогнозам восстановления, передвигающихся с дополнительными средствами опоры и активно в коляске (не менее 4 баллов по шкале мобильности Ривермид);

– направлять в отделения реабилитации больничных учреждений (городские, районные, центральные городские, центральные районные, областные, краевые, республиканские, окружные больницы), специализированные больницы восстановительного лечения, курортные больницы больных после ОНМК со значительными нарушениями двигательных и/или когнитивных, психических функций, передвигающихся только в коляске и требующих помощи при самообслуживании (менее 4 баллов по шкале активности Ривермид);

– направлять в специализированные больничные учреждения (гериатрические), дома (больницы) сестринского ухода, хосписы или выписывать домой под наблюдение медицинского работника по месту жительства больных после ОНМК со значительными нарушениями двигательных и/или когнитивных, психических функций, самостоятельно не передвигающихся и требующих постоянного ухода (1 балл и меньше по шкале мобильности Ривермид)».

При составлении ИПР следует учитывать противопоказания и ограничения к активной двигательной и речевой реабилитации (Кадыков А.С. и соавт., 2008).

Противопоказания к активной двигательной реабилитации:

– выраженная соматическая отягощенность: сердечная недостаточность, стенокардия покоя и напряжения, текущие воспалительные и онкологические заболевания, выраженная хроническая почечная недостаточность;

– психические нарушения: психозы, деменция (также противопоказание к речевой реабилитации).

Ограничения к проведению реабилитации вне специализированного реабилитационного центра:

– крайне ограниченная подвижность больного (отсутствие самостоятельного движения и самообслуживания);

– нарушение контроля за тазовыми функциями;

– нарушение глотания;

– частые эпилептические приступы (несколько раз в неделю).

#### **4. Принципы медицинской реабилитации после операций на органах пищеварения**

К основным категориям гастроэнтерологических больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, относятся пациенты после операций на желудке и желчном пузыре, у которых имеется высокий риск длительной нетрудоспособности или стойкого снижения социально-бытовой активности вплоть до формирования инвалидности.

Основными элементами комплексного восстановительного лечения являются пелоиды различного физико-химического состава, физиотерапевтические процедуры, климатолечение, лечебная гимнастика. Особое место в реабилитации больных с патологией органов пищеварения занимают питьевые минеральные воды (МВ), оказывающие многообразное действие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). К основным эффектам МВ относятся регулирующие влияние на уровень интестинальных гормонов (секретина, панкреозимина, гастрин) с

последующим изменением уровня желудочной секреции, выделения панкреатического сока, желчи. Вследствие прямого действия содержащихся в МВ минеральных солей, микроэлементов и газов повышается активность окислительно-восстановительных процессов, улучшается микроциркуляция и, соответственно, трофические и репаративные процессы в слизистой желудка. МВ при питьевом лечении оказывают местное иммунорегулирующее действие, стимулируют метаболические процессы в печеночной клетке, выработку инсулина, способны повышать или ослаблять сократительную функцию гладкой мускулатуры ЖКТ. Выраженность и направленность лечебных эффектов зависит от химического состава МВ и питьевого режима.

Важное значение имеет правильно построенное лечебное питание, которое в совокупности с действием других факторов обеспечивает достижение терапевтического результата у больных, перенесших операцию на органах пищеварения.

#### **5. Медицинская реабилитация больных после операций на желудке**

Программную реабилитацию начинают через 2-3 недели после операции с целью профилактики и лечения послеоперационных осложнений и функциональных расстройств. Используются лекарственные и немедикаментозные средства для ликвидации послеоперационного воспаления, восстановления моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, нормализации нейрогуморальной регуляции функционирования органов пищеварения и организма в целом; а также улучшения функционального состояния поджелудочной железы и печени.

Наиболее широко в ранний послеоперационный период применяются методы физиотерапии по следующим методикам:

1. Питьевые минеральные воды низкой или средней минерализации, Т 37-38 °С, начать с 1/4 стакана и довести до 3/4 стакана на прием, 3 раза в день, за 30-40 минут до еды при резекции желудка и за 1 час – при органосберегающих операциях.

2. Электрофорез новокаина по методике Комаровой Л.А.: раздвоенный анод помещается на передней поверхности брюшной стенки по обеим сторонам послеоперационного шва, катод – поперечно в зоне сегментов ТVI-ТX, плотность тока 0,05-0,1 мА/см<sup>2</sup>, 10-15 мин, № 10, через день.

Цель методики: обезболивающее, трофическое и репаративное действие, профилактика постгастрорезекционных расстройств.

3. Электрофорез 3 % и 6 % раствора экстракта грязи по методике Н.М. Старикова и соавт.: анод в подложечной области, катод поперечно на спине в области сегментов ТXI-ЛII, плотность тока 0,05-0,1 мА/см<sup>2</sup>, время воздействия увеличивают от 15 минут на 1-ой процедуре до 30 минут к 10-ой, к концу лечения уменьшают до 15 минут, № 14-16, ежедневно, последние 4-6 процедур – через день. Через 2-3 недели после операции используют 3 % раствор, в более позднем периоде – 6 %.

Цель методики: трофическое, репаративное действие, улучшение моторно-эвакуаторной функции при пострезекционных синдромах.

Противопоказания к электрофорезу экстракта грязи: нагноение послеоперационной раны, нерассасывающиеся послеоперационные инфильтраты, обострение сопутствующих заболеваний пищеварительной системы.

4. Диадинамотерапия или амплипульстерапия на область проекции культи желудка поперечно, расположение электродов аналогично методике электрофореза новокаина.

Параметры ДДТ: ДВ (длительность периода не менее 12 с), 10 минут со сменой полярности в середине процедуры, сила тока – до легкой вибрации, № 6-8, ежедневно или через день.

Параметры СМТ: режим I, род работ I и IV, по 3 минуты каждый, ЧМ 100 Гц, ГМ 25-50 %. Сила тока – до легкой вибрации, № 8-12, через день.

Цель методики: обезболивающее, трофическое и репаративное действие, профилактика и лечение демпинг-синдрома.

5. Электросон или транскраниальная электростимуляция (ТКЭС). Особенность методики: продолжительность процедуры электросна – от 8 минут в начале курса до 15 минут к концу курса лечения, через день, № 8-10.

Цель методики: обезболивающее, репаративное действие, улучшение моторно-эвакуаторной функции, психоэмоционального состояния.

Метод ТКЭС может назначаться в более ранний период (с 1-ой недели после операции).

6. Магнитотерапия от аппаратов типа «Полус-2», «Градиент» по методике Л.А. Комаровой: форма тока синусоидальная, режим непрерывный, индукция от 10 до 27 мТл (1-3 ступень аппарата), 10-15 минут, № 10-12.

Цель методики: противовоспалительное, трофическое и репаративное действие, улучшение функционального состояния печени и поджелудочной железы.

Противопоказания: выраженная гипотензия, диэнцефальный синдром.

7. Лазеротерапия надвено и на область послеоперационной раны, лазеропунктура, инфракрасный диапазон, частота импульсов на область яны 1500-3000 Гц, после купирования болевого синдрома – 80-100 Гц, общая продолжительность процедуры от 2-3 минут в начале лечения до 6-8 минут к концу курса, № 10-12, ежедневно или через день.

Цель методики: репаративное, обезболивающее действие, улучшение психоэмоционального состояния, умеренное улучшение моторно-эвакуаторной функции, профилактика и лечение язв анастомоза, улучшение функционального состояния печени и поджелудочной железы, иммуномодулирующее действие.

Примечание: при плохом заживлении раны на область формирующегося послеоперационного рубца дополнительно воздействовать красным лазерным излучением.

Метод лазеротерапии может назначаться в более ранний период (с 1-ой недели после операции).

8. ДМВ-терапия, предпочтительнее от аппарата «Волна-2», на область эпигастрия, продолговатым излучателем, доза слаботепловая, 6-8-10 минут, № 8-10, через день.

Цель методики: противовоспалительное, трофическое и репаративное действие, улучшение функционального состояния печени и поджелудочной железы, иммуномодулирующее действие, профилактика и лечение язв анастомоза.

9. Общие ванны (назначаются при хорошем самочувствии): хлоридные натриевые, радоновые, йодобромные, углекислые ванны с температурой воды 36-37 град, 6-8 минут, № 8-10, через день. Выбор ванн диктуется общим состоянием больных и наличием сопутствующих заболеваний.

Цель методики: улучшение функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы,

уменьшение астенического синдрома, улучшение функционального состояния желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы.

Физиотерапевтические методы лечения комбинируются с лечебной гимнастикой и диетотерапией.

Рекомендуемые программы немедикаментозной реабилитации больных после операций на желудке в ранний послеоперационный период.

*Программа 1* (при преобладании болевого синдрома и/или развитии демпинг-синдрома).

Питьевые минеральные воды.

Электрофорез новокаина по методике Комаровой Л.А или амплипульстерапия (диадинамотерапия) или транскраниальная электростимуляция (электросон).

Лечебная гимнастика.

Йодобромные, радоновые или соляные ванны (при хорошей переносимости процедур).

*Программа 2* (при плохом заживлении послеоперационной раны, преобладании астенического синдрома и/или наличии сопутствующей патологии печени, поджелудочной железы).

Питьевые минеральные воды.

Лазеротерапия или магнитотерапия или ДМВ-терапия.

Транскраниальная электростимуляция (электросон).

Лечебная гимнастика.

*Программа 3* (для профилактики спаечного процесса и пострезекционных осложнений и/или при формировании грубого послеоперационного рубца).

Питьевые минеральные воды.

Электрофорез грязевого раствора.

Лазеротерапия или магнитотерапия или ДМВ-терапия.

Йодобромные, радоновые или соляные ванны (при хорошей переносимости процедур) через день с электрофорезом.

Лечебная гимнастика.

*Программа 4* (для профилактики пострезекционных и функциональных расстройств при отсутствии четких жалоб).

Питьевые минеральные воды.

Электрофорез грязевого раствора или амплипульстерапия (СМТ-форез грязевого раствора).

Йодобромные, радоновые, углекислые или соляные ванны (выбор определяется сопутствующей патологией), чередовать с электрофорезом грязевого раствора.

Лечебная гимнастика.

## **6. Медицинская реабилитация больных после операций на желчном пузыре и желчных путях**

Решающее значение для предупреждения возникновения постхолистэктомического синдрома и более быстрого возвращения трудоспособности имеет восстановительное лечение больных после холецистэктомии с применением бальнеологических и физиотерапевтических факторов. Такое лечение целесообразно проводить непосредственно после окончания хирургического этапа лечения, то есть через 2-3 недели после операции.

Лечению курортными и физиотерапевтическими факторами противопоказано при наличии остаточных камней желчных протоков; стеноза общего желчного протока.

Методы и методики физиотерапии, применяемые в ранний послеоперационный период (через 2-3 недели после операции):

1. Питьевые минеральные воды низкой или средней минерализации, с преобладанием сульфатного иона, ионов магния, кальция и натрия, Т 40-42 °С, начиная с 1/2 стакана и доводя до 3/4-1 стакана на прием, 3 раза в день, за 45-60 минут до еды при нормальной секреции желудка, за 30 минут – при пониженной, за 1,5 часа – при повышенной желудочной секреции.

Цель методики: уменьшение литогенных свойств желчи, стимуляция выделения и оттока желчи, улучшение функционального состояния печени и поджелудочной железы.

2. ДМВ-терапия, предпочтительнее от аппарата «Волна-2», продолговатый излучатель над областью печени, зазор 3-5 см, доза слаботепловая (20-25 Вт), 6-8-10 минут, № 8-10, через день.

Цель методики: противовоспалительное, трофическое и репаративное действие, улучшение гемодинамики и функционального состояния печени и поджелудочной железы, иммуномодулирующее действие.

3. КВЧ-терапия на область послеоперационной раны и нижнюю треть грудины от аппаратов типа «Явь – 1,2» или КВЧ-пунктура (от аппаратов типа «Стелла-1, 2»), длина волны 5,6 или 7,1 мм, общее время воздействия от 20 до 30 минут, на точку акупунктуры – от 2-3 до 5-10 минут, № 10-12, через день.

Цель методики: иммуномодулирующее действие, стимуляция процессов саногенеза, улучшение функционального состояния печени.

Метод КВЧ-терапии может применяться в более ранние сроки после операции (с конца 1-ой недели).

4. Магнитотерапия от аппаратов типа «Полус-2», «Градиент», индуктор на область печени или (при отечности поджелудочной железы) на область эпигастрия и левого подреберья, форма тока синусоидальная, режим непрерывный, индукция от 10 до 27 мТл (1-3 ступень аппарата), 10-15-20 минут, № 10-12, через день.

Цель методики: улучшение кровоснабжения печени, противоотечное, противовоспалительное, трофическое и репаративное действие, улучшение функционального состояния печени и поджелудочной железы, уменьшение литогенных свойств желчи.

Противопоказания: выраженная гипотония, диэнцефальный синдром.

5. Транскраниальная электростимуляция (ТКЭС) по стандартной методике. Показана при превалировании в клинической картине болевого синдрома.

Цель методики: обезболивающее, репаративное действие, улучшение функционального состояния печени, психоэмоционального состояния.

Метод ТКЭС может применяться в более ранние сроки после операции (с 1-ой недели).

6. Электрофорез новокаина (платифиллина, магния, но-шпы) на область печени поперечно, площадь электродов по 200 кв.см, плотность тока 0,05-0,1 ма/кв.см, 10-15-20 мин., № 10-12, через день (при преобладании болевого синдрома и спазме желчевыводящих путей).

Цель методики: спазмолитическое, трофическое, репаративное действие, уменьшение литогенных свойств желчи и профилактики рецидива камнеобразования, улучшение функционального состояния печени.

Целесообразно назначать не ранее 3-4-ой недели после операции.

7. Электрофорез грязевого раствора или гальваногрязь при преобладании трофических нарушений и замедлении репаративных процессов, а также для профилактики ПХС. Методика аналогична предыдущей.

Цель методики: трофическое, репаративное и противовоспалительное действие, улучшение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, функционального состояния печени, профилактика ПХС.

Целесообразно назначать не ранее 3-4-ой недели после операции.

8. СМТ-терапия от аппарата типа «Амплипульс», электроды располагают на область правого подреберья (можно раздвоенный электрод по обе стороны раны) и со стороны спины поперечно (Th6-Th10), режим переменный, параметры: при гипокинетических дискинезиях или отсутствии дискинезий желчевыводящих путей род работы II, частота модуляций 50 Гц, глубина модуляций 25-50 %, при гиперкинетических дискинезиях род работы III, частота модуляций 100 Гц, глубина модуляций 25-50 %, сила тока до умеренной вибрации, 8-10 минут, через день, № 8-10.

Цель методики: улучшение гемодинамики печени, обезболивающее и противовоспалительное действие, улучшение моторной функции желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта.

Целесообразно назначать не ранее 4-5-ой недели после операции.

9. Грязевые аппликации на область печени и правого подреберья, а также паравертебрально справа на уровне Th6-Th10 по митигированной методике (t 37-38 °С, длительность процедуры 8-10-15 минут, № 8-10, через день).

Методика назначается не ранее 3-4-ой недели после операции.

Противопоказания к грязелечению и гальваногрязи: общие к бальнеогрязелечению, резко выраженная астения, подострый панкреатит, активный гепатит, осложнения со стороны сердца или легких в послеоперационный период.

10. Лазеротерапия надвенно и на область послеоперационной раны, лазеропунктура, инфракрасный диапазон, частота импульсов на область раны 1500-3000 Гц, после купирования болевого синдрома – 80-100 Гц, общая продолжительность процедуры от 2-3 минут в начале лечения до 6-8 минут к концу курса, № 10-12, ежедневно или через день.

Цель методики: репаративное, обезболивающее действие, улучшение психоэмоционального состояния, умеренное улучшение моторно-эвакуаторной функции, улучшение функционального состояния печени и поджелудочной железы, иммуномодулирующее действие.

Метод лазеротерапии может применяться в более ранние сроки после операции (с 1-ой недели).

9. Общие ванны (назначаются при хорошем самочувствии с 3-4 недели после операции): хлоридные натриевые, радоновые (до 40 нКи/л), йодобромные, углекислые ванны с температурой воды 36-37 °С, 8-10-12 минут, № 8-10, через день.

Выбор ванн диктуется общим состоянием больных и наличием сопутствующих заболеваний.

Цель методики: улучшение функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы, уменьшение астенического синдрома, улучшение функционального состояния желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы.

Противопоказания к назначению общих ванн: общие к бальнеогрязелечению, резко выраженная астения, обострение хронического панкреатита и хронического ге-

патита, осложнения со стороны сердца или легких в послеоперационный период.

Рекомендуемые программы немедикаментозной реабилитации больных после операций на желчных путях в ранний послеоперационный период.

*Программа 1* (при преобладании болевого синдрома).

Питьевые минеральные воды.

Электрофорез новокаина (но-шпы, платифиллина, магния) Л.А и (или) транскраниальная электростимуляция (электросон).

Лечебная физкультура.

Радоновые ванны (при хорошей переносимости процедур).

*Программа 2* (при плохом заживлении послеоперационной раны, преобладании астенического синдрома и (или) наличии сопутствующей патологии поджелудочной железы):

Питьевые минеральные воды.

Лазеротерапия или магнитотерапия или ДМВ-терапия.

Транскраниальная электростимуляция (электросон).

Лечебная гимнастика.

*Программа 2а* (показания те же):

Питьевые минеральные воды.

КВЧ-терапия или КВЧ-пунктура.

Лечебная физкультура.

Лазеротерапия на область раны (при плохом заживлении послеоперационной раны).

*Программа 3* (при преобладании дискинезий желчевыводящих путей по гипотоническому, гипокинетическому типу):

Питьевые минеральные воды.

СМТ-терапия или (при плохой переносимости СМТ-терапии) электрофорез грязевого раствора, гальваногрязь.

Радоновые или соляные ванны (при хорошей переносимости процедур) через день с электрофорезом.

Лечебная физкультура.

*Программа 4* (для профилактики ПХС и функциональных расстройств органов пищеварения при отсутствии четких жалоб).

Питьевые минеральные воды.

Электрофорез грязевого раствора или гальваногрязь или грязевые аппликации через день.

Йодобромные, радоновые, углекислые или соляные ванны (выбор определяется сопутствующей патологией), чередовать с электрофорезом грязевого раствора или аппликациями грязи.

Лечебная физкультура.

## 7. Медицинская реабилитация при урологических и нефрологических заболеваниях

Целью реабилитации пациентов с урологическими заболеваниями является сокращение сроков нетрудоспособности, улучшение функций систем организма и повышение качества жизни. Реабилитация включает методы, направленные на снижение воспаления, улучшение трофики, восстановление функциональной активности пораженных органов малого таза.

Общие противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий включают сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания, декомпенсированные соматические и онкологические заболевания, выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затруд-

няющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

**Цистит** – воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря, сопровождающееся нарушением его функции.

**Основные синдромы** острого цистита: воспалительный, болевой, дизурический, дисметаболический.

Лечение хронического цистита направлено на устранение нарушений резервуарной функции мочевого пузыря, интенсификацию биоэнергетических процессов его стенки, создание максимальной концентрации антибактериальных препаратов в очаге воспаления;

Физические методы лечения назначают с первых дней заболевания и для купирования воспалительного и дизурического синдромов, достижения анальгетического эффекта и восстановления уродинамики мочевых путей.

Противовоспалительные методы:

**УВЧ-терапия.** Колебания УВЧ-поля снижают повышенную проницаемость капилляров и тормозят выход из них базофилов, активность медиаторов воспаления в тканях мочевого пузыря. Применяют на область мочевого пузыря, поперечное расположение конденсаторных пластин, слаботепловая доза (30-40 Вт), по 10 мин, ежедневно; курс 10 процедур.

**Анальгетические методы:**

**Диадинамотерапия** дает обезболивающий эффект за счет воздействия подавления импульсации в волокнах болевой чувствительности. Электроды располагают на промежности (анод) и над лобком или на поясничной области (катод). Применяют ток ДН (2 мин) и ток К.П (3-4 мин), сила тока – до ощущения выраженной вибрации; курс 6-10 ежедневных процедур.

**Миорелаксирующие методы:**

**Теплотерапия.** За счет теплового действия в области аппликации парафина и озокерита уменьшается спазм гладкой мускулатуры. Аппликации на зону мочевого пузыря, 45-50 °С, 20-25 мин, ежедневно или через день; курс 7-10 процедур.

**Мочегонные методы**

**Питье минеральных вод** (маломинерализованных, сульфатных, хлоридных, натриево-кальциевых, содержащих органические вещества). Применяют воды температуры 22-30 °С, по 200-300 мл, 3-4 раза в сутки. Рекомендуется использовать щелочные минеральные воды при рН мочи менее 6,0, а кислые – при рН > 6,6, достигая рН мочи 6,0-6,4; курс 21-24 дней.

**Пиелонефрит** – неспецифический воспалительный процесс почки, ее лоханки и чашечек, протекающий с преимущественным поражением межпочечной ткани почки.

У больных пиелонефритом выделяют синдромы: воспаления почечно-лоханочной системы, иммунной дисфункции, гемодинамических и метаболических нарушений; астено-невротический.

Физические методы лечения больных направлены на купирование воспаления (противовоспалительные методы), усиление репаративной регенерации (репаративно-регенеративные методы), улучшение микроциркуляции и метаболизма в почках (сосудорасширяющие методы), активацию клубочковой фильтрации и мочеотделения (мочегонные методы) и коррекцию нарушений иммунитета (иммуностимулирующие методы).

**Противовоспалительные методы:** УВЧ-терапия, ДМВ-терапия, лекарственный электрофорез уросептиков

**Репаративно-регенеративные методы:** инфракрасная лазеротерапия, ультразвуковая терапия



**Сосудорасширяющие методы:** озокерито-, пелоидотерапия, инфракрасное облучение, гальванизация, низкочастотная магнитотерапия.

**Гальванизация.** Постоянный ток активизирует кровоток в почечной паренхиме стимулирует образование биологически активных веществ (брадикинин, калликреин, гистамин). Усиление крово- и лимфооттока наряду с повышением резорбционной способности тканей приводит к уменьшению воспалительного отека почечной ткани, стимулирует обменно-трофические и нейрогуморальные процессы в почках. Процедуры проводят по поперечной методике (анод на область проекции почек) при плотности тока 0,05 мА/см<sup>2</sup>, продолжительность 20 мин; курс 10-12 процедур.

**Мочегонные методы:** высокочастотная магнитотерапия, импульсная магнитотерапия, питье минеральной воды с органическими веществами, интерференцтерапия, хлоридные натриевые ванны.

**Интерференцтерапия** – вызывает ритмические сокращения гладких мышц сосудов, почечных лоханок и мочеточников, что приводит к усилению их кровоснаб-

жения, лимфооттока, кислородного снабжения ткани почек, устранению тканевой гипоксии, повышению интенсивности тканевого дыхания и энзиматических реакций, улучшению трофики. При интерференц-терапии области почек применяют ток постоянной частоты 100 Гц по 2-3 мин, затем ритмической частоты в диапазоне 25-100 Гц, сила тока до выраженной вибрации, по 10 мин, ежедневно; курс 6-10 процедур.

**Иммуномодулирующие методы:** УФ-облучение в субэритемных дозах, гелиотерапия, талассотерапия, облучение крови лазерным излучением, радоновые ванны.

**Лазерное облучение крови.** Монохроматическое излучение избирательно активизирует молекулярные комплексы плазмы крови (фотобиоактивация), иммуногенез и процессы метаболизма в тканях, снижает скорость агрегации тромбоцитов, содержание фибриногена, увеличивает количество свободного гепарина. Облучают кубитальную или паховую область красным излучением с длиной волны 0,63 мкм, мощностью 40 мВ, режим непрерывный, по 4 мин (на одну область), ежедневно или через день; курс 10 процедур.

## **Раздел XVII. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ (диетотерапия в домашних условиях)**

*О.Н. Герасименко*

*Выдерживай и воздерживайся.  
Эпиктет*

Здоровое питание должно являться неотъемлемой частью повседневной жизни и способствовать крепкому физиологическому, психическому и социальному здоровью человека. В целом под понятием «здоровое питание» подразумевается совместное воздействие потребляемой нами пищи, нашего состояния здоровья и предпринимаемых усилий для улучшения здоровья, как собственного, так и окружающих. Качественное питание обеспечивается путем потребления безопасных пищевых продуктов в рамках сбалансированной диеты, в результате чего полностью удовлетворяются потребности нашего организма в питательных веществах.

В настоящее время в рамках реализации национального проекта «Здоровье» перед медицинскими работниками поставлены профилактические задачи, направленные прежде всего на предупреждение болезни и контроль заболевания. Ведущий фактор первичной профилактики большинства заболеваний как детского, так и взрослого населения – питание и степень его соответствия физиологическому состоянию организма, т. е. физиологическим потребностям. Правильное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни людей, повышению работоспособности и создает условия для адекватной адаптации их к окружающей среде. Роль медицинского работника заключается в том, чтобы донести до пациента значимость здорового образа жизни, рационального питания в профилактике заболеваний. Сейчас в поликлиниках широко используются различные формы обучения пациентов и населения правильному питанию, включая школы питания, семинары, лекции.

Последние десятилетия в России сформировались негативные тенденции в состоянии здоровья населения: уменьшилась продолжительность жизни, рождаемость, повысилась смертность, что приводит к неблагоприятной демографической ситуации. Продолжительность жизни населения в России значительно меньше, чем в большинстве развитых стран и странах СНГ. Увеличение числа сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в определенной степени связано с питанием. У большинства населения России выявлены нарушения полноценного питания, обусловленные как недостаточным потреблением пищевых веществ, в первую очередь витаминов, макро- и микроэлементов (кальция, йода, железа, фтора, селена и др.), полноценных белков, так и нерациональным их соотношением. Вследствие нарушения рационального питания снижается уровень грудного вскармливания, ухудшаются показатели здоровья и антропометрические характеристики детей. По-прежнему актуальна проблема качества пищевых продуктов и продовольственного сырья, невысокого уровня образования населения в вопросах здорового, рационального питания.

Процесс питания как функция взаимосвязи человека с окружающей средой должен способствовать адаптации человеческого организма к неблагоприятным условиям среды.

Основные направления в области профилактики алиментарно-зависимых состояний и заболеваний:

- ликвидация существующего дефицита микронутриентов (витаминов, железа, кальция, йода, фтора, селена и др.);
- профилактика распространенных неинфекционных заболеваний (гипертонической болезни, патологии обме-

на веществ, онкологических заболеваний), а также избыточной массы тела и ожирения;

- выпуск высококачественных отечественных адаптированных смесей и продуктов прикорма, а также продуктов для лечебного питания;
- повышение уровня образования специалистов в области науки о питании, а также населения в вопросах здорового питания, с широким привлечением средств массовой информации;
- безопасность продовольственного сырья и пищевых продуктов, в том числе получаемых с применением биотехнологии генной инженерии.

В этих условиях, безусловно, возрастает роль лечебного питания в комплексной терапии заболеваний. Лечебное питание невозможно осуществить без активного участия пациента, без соблюдения диетических рекомендаций, убежденности пациента в значении диеты.

**Лечебное питание** – важный и неотъемлемый компонент комплексной терапии любого заболевания как терапевтического, так и хирургического профиля. Рационально подобранная диета для пациента не только позволит обеспечить поддержание энергетических и пластических потребностей организма, но и будет воздействовать как самостоятельный лечебный фактор. В частности, с помощью специально подобранного состава питательных веществ важно обеспечить коррекцию определенных звеньев метаболизма, нарушенных в результате патологического состояния.

**Рациональное питание** – физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда, климатических особенностей. Рациональное питание направлено на поддержание здоровья. Полноценное или рациональное питание предусматривает наличие в пищевом рационе в оптимальных для усвоения соотношениях белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ в соответствии с потребностью в них.

Основные принципы рационального питания:

- равновесие между поступающей с пищей энергией и энергией, расходуемой человеком, баланс энергии;
- удовлетворение потребности организма в определенном количестве и соотношении пищевых веществ;
- соблюдение режима питания, рациональной кулинарной обработки продуктов, максимально сохраняющей пищевые вещества;
- соблюдение санитарно-гигиенических правил.

## 1. Организация лечебного и профилактического питания

В настоящее время в субъектах РФ активно внедряются стационарзамещающие технологии, в том числе дневные стационары в субъектах, стационары дневного пребывания, долечивание на дому и т. д. В связи с этим возрастает ценность рекомендаций по питанию, здоровому образу жизни, даваемых пациентам на амбулаторном этапе, в том числе медперсоналом. Медицинским сестрам следует знать рекомендации по составу диет, методам кулинарной обработки, вопросам питания в домашних условиях в состоянии долечивания, ремиссии и профилактики обострения, развития осложнений.

Лечебное питание невозможно осуществить без активного участия пациента, соблюдения диетических рекомендаций, убежденности пациента в важности диеты.

Питание человека влияет на состояние здоровья, течение заболевания. Под влиянием диеты с уменьшенным количеством соли, исключением экстрактивных веществ, ограничением углеводов уменьшаются воспалительные

и аллергические реакции, нормализуется обмен веществ. При болезнях обмена веществ невозможно добиться результатов лечения, если не уделять внимание вопросам питания и здорового образа жизни. При возникновении алиментарного ожирения адекватное удовлетворение потребностей организма в питательных веществах предупреждает дальнейшее развитие заболевания и играет профилактическую роль в развитии сердечно-сосудистой патологии.

Диетическое питание должно быть эффективным, индивидуальным и динамичным, учитывать особенности течения основного и сопутствующих заболеваний. Принцип щажения пораженных органов и систем используют в периоде обострения заболевания. Задача состоит в том, чтобы постепенно расширять диетический рацион за счет снятия некоторых ограничений. Это во многом помогает в решении проблем пациента, связанных с едой. Те продукты, которые были запрещены в момент обострения заболевания, становятся доступными в состоянии ремиссии. Улучшению самочувствия больного способствует и система «зигзагов», при которой тренируются пищеварительные железы. Система «зигзагов» предусматривает кратковременное изменение диеты: «плюс-зигзаги» – нагрузочные дни, «минус-зигзаги» – разгрузочные дни. Нагрузочные дни можно использовать в соответствии с принципом тренировки. Они способствуют стимулированию ослабленных функций органов и систем, имеют важное психопрофилактическое значение для больных. Хорошая переносимость этой диеты дает пациенту уверенность в своих силах, в успехах лечения, указывает на компенсаторные способности организма и на выздоровление, перевод на более привычный расширенный рацион. Разгрузочные диеты, связанные с направленной перестройкой химического состава и энергоценности рациона в сторону уменьшения, обеспечивают щажение поврежденных функций органов, коррекцию обменных нарушений, дают новый толчок к положительной динамике лечения. Специальные разгрузочные дни назначают 1 раз в неделю с начала лечения на фоне достаточно строгих диетических рационов. Проведение разгрузочных дней обосновано даже после восстановления нарушенных функций органов и систем.

Пища оказывает на организм человека местное и общее воздействие. Пища оказывает непосредственное действие на желудочно-кишечный тракт, изменяя секреторную и двигательную активность органов пищеварения. Эти изменения происходят под влиянием механического действия пищи, ее химического состава и температуры блюд.

*Механическое действие пищи* зависит от ее объема за один прием, степени измельчения, консистенции (жидкой, полужидкой, вязкой), характера тепловой кулинарной обработки (отваривания, приготовления на пару, тушения, жарения), качества (наличие пищевых волокон, грубой соединительной ткани). В щадящих диетах механическое воздействие минимально: объемы пищи небольшие, степень измельчения достаточная, консистенция жидкая и полужидкая в зависимости от стадии заболевания, тепловая обработка в виде отваривания и приготовления на пару, при улучшении состояния может расширяться за счет тушения. В составе пищи не должно быть много пищевых волокон, соединительной ткани, так как они оказывают грубое механическое воздействие на органы пищеварения, раздражая их. Некоторые блюда и продукты оказывают сильное механическое и химическое действие (жареное мясо, рыба) или слабое действие

(паровые или отварные блюда из рубленого мяса или рыбы).

*Химическое действие пищи* обусловлено химическим составом продуктов питания, теми веществами, которые присутствуют или образуются в процессе приготовления пищи. В продуктах питания присутствуют природные вещества – химические раздражители процесса пищеварения, стимуляторы выделения пищеварительных соков. Это экстрактивные вещества мяса, рыбы, хлеба, грибов, эфирные масла овощей и пряностей, органические кислоты. Во многих пищевых рационах эти вещества должны отсутствовать или находиться в ограниченном количестве, что достигается путем специального подбора продуктов питания или рациональной кулинарной обработкой. Например, при отваривании большая часть экстрактивных веществ переходит в бульон, а вываренный продукт можно использовать в щадящих рационах. Обдав кипятком лук, мы удаляем эфирные масла. Некоторые нагрузочные рационы, наоборот, предусматривают наличие химических раздражителей в диете, с целью стимуляции работы железистого аппарата желудка и других органов пищеварения.

*Температурное действие пищи* возникает при непосредственном контакте со слизистыми оболочками полости рта, пищевода и желудка. Минимальное раздражающее влияние оказывают блюда, температура которых близка к температуре человеческого тела. Блюда с более высокой или низкой температурой оказывают раздражающее действие на желудочно-кишечный тракт.

Эти свойства блюд используют при составлении различных рационов. Общее действие пищи на организм заключается в том, что химический состав пищи влияет на процессы обмена веществ, на иммунологическую реактивность организма, защищает от неблагоприятных факторов окружающей среды. Пища влияет на функциональное состояние органов и систем, заставляя их работать в заданном режиме либо вызывать сбой и патологические реакции. Питание может уменьшить отрицательное воздействие факторов окружающей среды, неблагоприятное влияние лекарственных препаратов на организм. Необходимо всегда помнить о психологическом действии фактора питания, принимая во внимание привычки, традиции, климатические условия. Все ограничения в диетическом питании должны быть строго обоснованными, соответствовать периодам заболевания и носить строго профилактический характер.

Назначение диетического питания – это функция участкового (лечащего) врача. Наряду с ним медицинская сестра должна объяснить пациенту суть диеты, характер воздействия ее на организм, необходимость ограничения тех или иных блюд, при этом обязательно нужно рассказать, к чему может привести несоблюдение или нарушение рекомендаций по правильному и здоровому образу жизни.

В настоящее время в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях активно внедряются различные формы обучения пациентов, в том числе школы по рациональному питанию при таких заболеваниях, как хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, аллергия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические и др. Правильно данные рекомендации по диете – залог успеха лечения и профилактики развития заболеваний.

Медицинская сестра должна в соответствии со стадией заболевания, этапностью оказания медицинской

помощи знать особенности диетического питания, характеристику проводимой диеты, химический состав, энергетическую ценность, с учетом индивидуальных особенностей пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Кроме того, она должна владеть навыками расчета энергетического и химического состава рациона, уметь подобрать и рекомендовать набор продуктов к использованию, с учетом диетических требований и индивидуальных особенностей организма, дать общие рекомендации по здоровому образу жизни и правильному рационально сбалансированному питанию в зависимости от заболевания или профилактики развития патологии у лиц, относящихся к группе риска.

Медицинским сестрам следует знать, какое действие окажут продукты питания на органы и системы в случае их различной кулинарной обработки, и рекомендовать пациенту использование различных групп продуктов питания и приготовление диетических блюд в домашних условиях, с учетом калорийности, химического состава рациона.

Медицинская сестра обязана прежде всего настроить пациента на длительность соблюдения диеты, информировать его о возможных осложнениях и прогрессировании основного заболевания при несоблюдении диетических рекомендаций. Пациента и его родственников следует обучить правилам соблюдения диетических рекомендаций, способам кулинарной обработки, навыкам по контролю заболевания.

## **2. Основные варианты диет, используемых в лечебном питании**

С целью оптимизации лечебного питания в учреждениях здравоохранения стационарного и стационарзамещающего профиля введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов с учетом требований, предъявляемых к питанию в настоящее время. Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты № 1-15) объединены или включены в систему стандартных диет. Их назначают при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем. Кроме того, определена последовательность, этапность включения той или иной диеты в комплексную терапию заболеваний. Важную роль играет соблюдение преемственности на различных этапах оказания медицинской помощи. В настоящее время рекомендованы к применению пять вариантов диет.

### **Стандартная диета**

#### **Показания к применению**

Хронический гастрит в стадии ремиссии.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

Хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома раздраженного кишечника с преимущественными запорами.

Острый холецистит и острый гепатит в стадии выздоровления.

Хронический гепатит с невыраженными признаками функциональной недостаточности печени.

Хронический холецистит и желчнокаменная болезнь. Подагра, мочекаменный диатез, нефролитиаз, гиперурикемия, фосфатурия.

Сахарный диабет 2-го типа без сопутствующей избыточной массы тела и ожирения.

Заболевания сердечно-сосудистой системы с нерезким нарушением кровообращения, гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз венечных артерий сердца, сосудов головного мозга, периферических сосудов.

Острые инфекционные заболевания; лихорадочные состояния.

Данная диета заменяет диеты № 1-3, 5-7, 9, 10, 13-15.

#### **Цель назначения**

Нормализация секреторной деятельности желудочно-кишечного тракта.

Нормализация двигательной активности кишечника, функций печени и желчного пузыря.

Создание условий для нормализации обмена веществ и быстрого выведения токсических продуктов обмена (шлаков).

Разгрузка сердечно-сосудистой системы, нормализация холестерина и межклеточного обмена веществ.

Повышение защитных сил и адаптационных возможностей организма.

#### **Общая характеристика**

Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами и минеральными веществами, растительной клетчаткой. При назначении диеты больным сахарным диабетом исключают сахар (рафинированные углеводы).

В рационе ограничивают экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами, исключают острые приправы, копчености, щавель, шпинат.

Энергоценность рациона: 2170-2400 ккал.

Химический состав: белки 85-90 г (из них 40-45 г животного происхождения), жиры 70-80 г (из них 25-30 г растительные), углеводы 300-330 г (из них 30-40 г простые углеводы), поваренная соль 6-8 г/день, свободной жидкости 1,5-2 л.

Кулинарная обработка: пищу готовят в отварном виде или на пару, используют запекание.

Режим питания: пищу принимают дробно 4-6 раз в сутки. Температура горячих блюд не более 60-65 °С, холодных блюд – не ниже 15 °С.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб пшеничный и ржаной вчерашней выпечки, несдобные изделия, сухой бисквит, несдобное печенье.

Нежирные сорта мяса (говядина, телятина, кролик), курица и индейка (без кожи), бефстроганов из отварного мяса, паровые котлеты, кнели, фрикадели, отварное мясо кусочком, докторская и диетическая колбасы, молочные сосиски, яйца всмятку, паровой омлет.

Молоко цельное, кисломолочные свежие напитки, некислая сметана в блюда, творог и блюда из него (запеканки).

Сливочное масло и растительные масла.

Каши овсяная «Геркулес», гречневая, рисовая, манная, пшенная, пшеничная, кукурузная, вермишель.

Свекла, картофель, морковь, цветная капуста, зеленый горошек, кабачки, тыква. Овощи с мягкой клетчаткой можно давать в сыром виде, остальные в отварном или запеченном.

Молочные, вегетарианские супы, борщ, супы с различными крупами.

Спелые фрукты в свежем виде, а также в виде пюре, муссов, компотов, печеные яблоки (без кожицы), сухофрукты; зефир, пастила, сахар, варенье (кроме больных сахарным диабетом).

Молочные соусы, укроп, петрушка в блюда, сметанные соусы.

Некрепкий чай, кофе, какао на молоке, фруктово-ягодные соки, отвар шиповника.

#### **Исключаемые продукты и блюда**

Изделия из сдобного и слоеного теста, пирожные, торты с кремом, жареные изделия из теста, свежий хлеб. Жирные и жилистые сорта мяса (баранина, свинина), утка, гусь, консервы, копчености, жареные блюда из мяса; жирные сорта рыб, соленые, копченые, жареные изделия; яйца вкрутую, жареные блюда; молочные продукты с высокой кислотностью, острые и соленые сыры, сливки, топленое масло, тугоплавкие жиры, маргарин, кулинарные жиры; спелые помидоры, сладкий перец, огурцы, капуста, лук (после удаления эфирных масел); шоколад, халва, ягоды с грубой косточкой и кожицей, кислые и неспелые фрукты; пряности, квас, газированные напитки, холодные и кислые напитки.

#### **Диета с механическим и химическим щажением**

##### **Показания к применению**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения и нестойкой ремиссии.

Острый гастрит; хронический гастрит с сохраненной и высокой кислотностью в стадии нерезкого обострения; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; нарушение функции жевательного аппарата; острый панкреатит в стадии затухающего обострения.

Выраженное обострение хронического панкреатита.

В период выздоровления после острых инфекций, после операций (не на внутренних органах).

Данная диета заменяет диеты № 1б, 4б, 4в.

##### **Цель диеты**

Путем умеренного механического, химического и термического щажения способствовать ликвидации воспалительного процесса, репарации, нормализации функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта, снижению их рефлекторной возбудимости.

##### **Общая характеристика**

Диета с физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащенная витаминами, минеральными веществами, с умеренным ограничением химических и механических раздражителей слизистой оболочки рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Исключаются острые закуски, приправы и пряности.

Энергетическая ценность: 2170-2480 ккал.

Химический состав: белки 85-90 г (из них 40-45 г животные), жиры 70-80 г (из них 25-30 г растительные), углеводы 300-350 г (из них 50-60 г простые), поваренная соль 6-8 г/сут, свободная жидкость 1,5-2 л.

Кулинарная обработка: блюда готовят в отварном виде или на пару, протертые и непротертые. Режим питания: температура горячих блюд 60-65 °С, холодных не ниже 15 °С. Пищу принимают дробно 5-6 раз в сутки.

##### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб пшеничный вчерашней выпечки, сухое печенье, сухой бисквит, сухари из пшеничного хлеба.

Нежирная говядина, курица, индейка (без кожи) в рубленом и протертом виде, отварная или приготовленная на пару, колбаса диетическая, докторская, молочные сосиски, нежирные сорта мяса в виде суфле, кнелей, отварное или приготовленное на пару мясо, иногда можно приготовить кусочком, яйца всмятку, паровые омлеты, белковые омлеты.

Молоко в блюдах, молоко цельное по переносимости, творог свежеприготовленный некислый в виде пасты, паровые пудинги, кисломолочные напитки некислые (кислотность по Тернеру не более 90°), ацидофилин, простокваша, кальцинированный творог, неострые мягкие сыры. Сливочное и растительное масло в блюда.

Каши манная, рисовая, овсяная «Геркулес», гречневая, вермишель – полувыязкие.

Цветная капуста, кабачки, тыква, морковь, картофель в отварном или паровом виде, в виде пюре, пудингов, свежие сладкие помидоры, слизистые супы из круп, суп-крем из вываренного мяса, вегетарианские супы с мелко шинкованными овощами, разваренными крупами, фруктово-ягодные подливы, бешамель, петрушка, лавровый лист, корица, чай, отвар шиповника, компот из сухофруктов.

#### **Исключаемые продукты и блюда**

Хлеб ржаной, свежей выпечки.

Жирные сорта мяса (свинина, баранина), утки, гуси, копчености, консервы, жареные блюда из мяса; яйца, сваренные вкрутую, жареные.

Сливки, сметана в натуральном виде, соленые и острые молочные продукты; тугоплавкие жиры, маргарин, кулинарные жиры; рассыпчатые каши, бобовые; белокочанная, квашеная капуста, лук, огурцы, щавель, чеснок, шпинат, грибы; супы на крепких мясных, рыбных бульонах, борщи, окрошка; блюда острые, жирные; виноград, крыжовник, красная смородина, инжир; холодные, газированные напитки, квас.

### **Диета с повышенным количеством белка (высокобелковая)**

#### **Показания к применению**

Через 2-4 мес после резекции желудка по поводу язвенной болезни при наличии демпинг-синдрома, холецистита, гепатита.

Хронический энтерит при наличии выраженного нарушения функционального состояния пищеварительных органов.

Глютенная энтеропатия, целиакия; хронический панкреатит в стадии ремиссии; хронический гломерулонефрит нефротического типа в стадии затухающего обострения без нарушения азотовыделительной функции почек; сахарный диабет без сопутствующего ожирения и нарушений азотовыделительной функции почек; ревматизм с малой степенью активности процесса при затяжном течении болезни без нарушения кровообращения; ревматизм в стадии затухающего обострения; туберкулез легких; нагноительные процессы; малокровие различной этиологии; ожоговая болезнь.

Данная диета должна заменить диеты № 4а, 7в, 7г, 9б, 10б, 11 и др.

#### **Цель диеты**

Способствовать синтезу белка в организме, умеренному химическому щажению органов желудочно-кишечного тракта, почек. Повысить иммунологическую активность организма, уменьшить явления воспаления, улучшить метаболические процессы в организме, способствовать процессам кроветворения и заживления.

#### **Общая характеристика**

Диета с повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, сложных углеводов и ограничением легкоусваиваемых углеводов. Рекомендуют больным сахарным диабетом, а также после резекции желудка с демпинг-синдромом. Исключаются рафинированные углеводы. Химические и механические раздражители желудка и желчевыводящих путей ограничиваются.

Энергоценность рациона: 2080-2690 ккал.

Химический состав рациона: белки 110-120 г (из них 40-45 г животные), жиры 80-90 г (из них 30 г растительные), углеводы 250-350 г (из них 30-40 г простые), поваренная соль 6-8 г/сут, свободной жидкости 1,5-2 л. Кули-

нарная обработка: блюда готовятся в отварном, тушеном, запеченном виде и на пару. Режим питания: принимают пищу дробно 4-6 раз в сутки. Температура горячих блюд 60-65 °С, холодных не ниже 15 °С.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб пшеничный, несвежей выпечки, сухари, хлеб отрубной, хлеб из пшеничного крахмала и соевой муки, при туберкулезе и анемии ржаной хлеб, бисквит, печенье, булочки.

Нежирные сорта говядины, кури, кролик кусочком или в рубленом виде, отварные, тушеные, запеченные, колбаса докторская, молочные сосиски, блюда из субпродуктов – паштеты; различные сорта рыбы с рациональной кулинарной обработкой, морская рыба и морепродукты.

Яйца всмятку, омлет, молоко, кисломолочные свежие продукты, сметана в блюде, творог, лечебный и кальцинированный творог, молочная сыворотка, блюда, приготовленные из творога (запеканки, пасты и др.), соевые белковые продукты.

#### **Исключаемые продукты и блюда**

Пирожные, торты с кремом.

Жирные сорта мяса, жареные блюда; копченая и соленая рыба; яйца, сваренные вкрутую; тугоплавкие жиры, маргарин, кулинарные жиры.

Горох, фасоль.

Соленые и маринованные овощи, шпинат, редис, грибы, щавель, чеснок; супы на крепких мясных и рыбных бульонах, соусы и пряности, острые специи и приправы; холодные, кислые, газированные напитки.

### **Диета с пониженным количеством белка**

#### **Показания к применению**

Хронический гломерулонефрит с резко и умеренно выраженным нарушением азотовыделительной функции почек и выраженной и умеренно выраженной азотемией; диета должна заменить диеты № 7б, 7а.

#### **Цель диеты**

Максимальное щажение функции почек, разгрузка белкового обмена, увеличение диуреза и улучшение выведения азотистых шлаков и недоокисленных продуктов обмена из организма, создание благоприятных условий кровообращения.

#### **Общая характеристика**

Диета с ограничением белка до 0,8 или 0,6 г или 0,3 г/кг идеальной массы тела (до 60, 40 или 20 г/день). Исключают азотистые экстрактивные вещества, алкоголь, какао, шоколад, кофе, соленые закуски. В диету вводят блюда из саго, безбелковый хлеб, пюре, муссы из набухающего крахмала. Блюда готовят без соли. Рацион обогащен.

Энергоценность рациона: 2120-2650 ккал.

Химический состав рациона: белки 20-60 г (из них 15-30 г животные), жиры 80-90 г (из них 20-30 г растительные), углеводы 350-400 г (из них 50-100 г простые). Блюда готовят без соли, свободной жидкости 0,8-1 л. Кулинарная обработка: блюда готовят в отварном виде, на пару, не протертые, не измельченные. Режим питания: пищу принимают дробно 4-6 раз в день.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб бессолевой, безбелковый.

Говядина отварная; 0,25 яйца в блюде.

Молоко в блюда, кисломолочные продукты и творог ограниченно; сливочное и растительное масло все без ограничения в ассортименте.

Саго, овощи свежие, в виде различных блюд; крупяные, овощные, фруктовые супы; любые фрукты и ягоды

сырые, печеные, мед, варенье; молочный, томатный, овощные и фруктовые подливы; некрепкий чай, отвар шиповника, компот из сухофруктов, соки овощные и фруктовые.

#### **Исключаемые продукты и блюда**

Оладьи, блинчики, хлеб обычной выпечки, субпродукты; колбаса, сосиски; рыба; все другие молочные продукты; другие жиры; бобовые; овощи квашенные, маринованные, соленые, щавель, шпинат, грибы; молочные, на бульонах супы; шоколад; острые приправы.

### **Диета с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)**

#### **Показания к применению**

Различные степени алиментарного ожирения при отсутствии выраженных осложнений со стороны органов пищеварения, кровообращения и др. заболеваний, требующих специальных режимов питания. Сахарный диабет инсулинозависимый с ожирением.

Сердечно-сосудистые заболевания при наличии избыточного веса.

Данная диета должна заменить диеты № 8, 8а, 8б, 9а, 10а.

#### **Цель назначения**

Предупреждение и устранение избыточного накопления жировой ткани в организме, нормализация белкового, водного, витаминного, жирового и холестерина обмена, восстановление метаболизма, улучшение состояния кровообращения, уменьшение массы тела.

#### **Общая характеристика**

Диета с умеренным ограничением энергетической ценности, преимущественно за счет жиров и углеводов. Простые сахара исключают, животные жиры ограничивают, поваренная соль 3-5 г/сут. В рационе присутствуют растительные жиры, пищевые волокна (сырые овощи, фрукты, пищевые отруби). Жидкость ограничивают.

Энергоценность рациона: 1340-1550 ккал.

Химический состав: белки 70-80 г (из них 40 г животные), жиры 60-70 г (из них 25 г растительные), углеводы 130-150 г (из них 5 г простые). Пищу готовят без соли, свободной жидкости 0,8-1,5 л. Кулинарная обработка: пищу готовят в отварном виде или на пару. Режим питания дробный 4-6 раз в день.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Ржаной хлеб в небольших количествах.

Нежирная говядина, птица без кожи; нежирные сорта рыб, рыбопродукты, нерыбные продукты моря.

Обезжиренные молочные продукты, творог, неострый сыр, кефир, молоко; яйца всмятку, омлеты; каши гречневая, овсяная; овощи ограничено.

Сливочное и растительные масла ограничено, соевые продукты сырые и любого приготовления, особенно полезна капуста, картофель сильно ограниченно; супы 0,5 порции вегетарианские, окрошка, свекольник.

Яблоки, груши, сливы, абрикосы, персики, цитрусовые; томатный, белый соусы; чай, кофе некрепкий, соки овощные, отвар шиповника.

#### **Исключаемые продукты и блюда**

Все другие виды хлебных изделий; колбасные изделия, субпродукты, копчености; рыба копченая, соленая, вяленая; жареные яйца; сливки, сметана, жирные сыры, йогурты, сладкие творожные сырки; другие жиры; все другие крупы и макаронные изделия.

Овощи маринованные и соленые; арбузы, сладкие дыни, виноград, изюм, инжир, финики; майонез, острые и жирные соусы; квас, лимонад, сладкие фруктовые соки.

Важное значение при построении рационов и диетических рекомендаций имеет содержание основных макронутриентов (белки, жиры, углеводы) в продуктах питания. Уровень содержания основных макронутриентов представлен в таблице 17.1.

### **Специальные диеты**

В диетических рекомендациях часто используются специальные функциональные диеты, направленные на коррекцию нарушений метаболического, водно-электролитного, углеводного обмена.

#### **Диета Кареля**

Диета Кареля предложена автором в 1865 г. В основе диеты лежит дозированное питание теплым снятым молоком с постепенным увеличением его количества. Плохая переносимость молока многими больными требовала модификации диеты. В настоящее время диета состоит из 4 рационов. Диета характеризуется резко сниженной энергоценностью с исключением поваренной соли, ограничением жидкости, частыми приемами пищи. Молоко (7 раз в день) дают в теплом виде. Все блюда готовят без соли.

Диета Кареля применяется при недостаточности кровообращения и имеет диуретический эффект (табл. 17.2). Назначается в виде последовательных рационов: I, II – до 2-3 дней; III, IV – до 3-4 дней. С IV рациона пациента методом «зигзагов» переводят на антиатеросклеротический или другой показанный ему рацион.

#### **Меню диеты Кареля**

I рацион:

- с 8 до 20 ч: по 100 мл молока каждые 2 ч 7 раз в день;
- в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром.

II рацион:

- 8 ч утра: 150 г бессолевого хлеба и 1 яйцо, сваренное всмятку, 100 мл молока;
- в 10, 12, 16, 18, 20 ч: 100 мл молока;
- в 14 ч: 200 г рисовой каши с 5 г сливочного масла, 100 мл молока;
- в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром.

III рацион:

- в 8 ч утра: 150 г бессолевого хлеба, 1 яйцо сваренное всмятку, и 50 г сахара; 100 мл молока;
- в 10, 12, 16, 18, 20 ч: по 100 г молока;
- в 14 ч: 200 г картофельного пюре с 10 г сливочного масла, 100 мл молока;
- в 18 ч: 1 яйцо, сваренное всмятку, 100 мл молока;
- в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром.

IV рацион:

- в 8 ч: 200 г бессолевого хлеба, 100 г печеных яблок и 1 яйцо, 100 мл молока;
- в 10, 14, 20 ч: по 100 г молока;
- в 12 ч: 200 мг картофельного пюре с 5 г сливочного масла, 100 мл молока;
- в 18 ч: 1 яйцо, сваренное всмятку, 100 мл молока;
- в 22 ч: 100 мл фруктового сока или отвара шиповника с сахаром.

#### **Калиевая диета**

Рекомендуется при сердечной недостаточности, недостаточности кровообращения, гипертонической болезни, отеках.

При диете используются продукты, богатые калием (картофель, капуста, курага, шиповник, изюм, инжир, чернослив) (табл. 17.3).

## Содержание белка, жиров и углеводов в 100 г съедобной части продуктов

Количество, г	Пищевые продукты
<i>Белок</i>	
Очень большое (более 15)	Сыр голландский и плавленый, творог нежирный, мясо животных и кур I и II категории, большинство рыб, соя, горох и фасоль, орехи фундук и грецкие
Большое (10-15)	Творог жирный, свинина мясная и жирная, колбасы вареные и сосиски, яйца, крупа манная, гречневая, овсяная, пшено, мука пшеничная, макароны
Умеренное (5,0-9,9)	Хлеб ржаной и пшеничный, крупа перловая, рис, зеленый горошек
Малое (2,0-4,9)	Молоко, кефир, сливки, сметана и мороженое сливочное, шпинат, капуста цветная, картофель
Очень малое (0,4-1,9)	Масло сливочное, почти все овощи, фрукты, ягоды и грибы
<i>Жиры</i>	
Очень большое (более 40)	Масло (растительное, топленое, сливочное), маргарины, жиры кулинарные, шпик свиной, орехи грецкие, свинина жирная, колбаса сырокопченая
Большое (20-40)	Сливки и сметана (20% жирности и более), творожная масса особая, сыр голландский, свинина мясная, утки, гусь, колбасы полукопченые и вареные, сосиски молочные, шпроты (консервы), шоколад, пирожные, халва
Умеренное (10-19)	Сыр плавленый, творог жирный, сыр 50 %, мороженое сливочное, яйца, баранина, говядина и куры I категории, сардельки говяжьи, колбаса чайная
Малое (3-9)	Молоко, кефир жирный, творог полужирный, мороженое молочное, баранина, говядина и куры II категории, скумбрия, ставрида, сельдь нежирная, горбуша, килька
Очень малое (менее 3)	Творог обезжиренный, молоко белковое, кефир маложирный, судак, треска, хек, щука, фасоль, крупы, хлеб
<i>Углеводы</i>	
Очень большое (более 60)	Сахар, карамель леденцовая, конфеты помадные, мед, мармелад, зефир, печенье сдобное, рис, макароны, варенье, крупа манная и перловая, финики, изюм, пшено, крупа гречневая и овсяная, урюк, чернослив
Большое (40-60)	Хлеб ржаной и пшеничный, фасоль, горох, шоколад, халва, пирожные
Умеренное (11-20)	Сырки творожные сладкие, мороженое, хлеб белково-отрубной, картофель, зеленый горошек, свекла, виноград, вишня, черешня, гранаты, яблоки, соки фруктовые
Малое (5-10)	Кабачки, капуста, морковь, тыква, арбуз, дыня, груши, персики, абрикосы, сливы, апельсины, мандарины, клубника, крыжовник, смородина, черника, лимонад
Очень малое (2-4,9)	Молоко, кефир, сметана, творог, огурцы, редис, салат, лук зеленый, томаты, шпинат, лимоны, клюква, грибы свежие

Таблица 17.2

## Энергетическая ценность и химический состав диеты Кареля

Характеристика рациона	Рацион			
	I	II	III	IV
Энергоценность, ккал	445	940	1490	1690
Белки, г	20	30	50	60
Жиры, г	25	40	50	50
Углеводы, г	35	115	210	250

Таблица 17.3

## Химический состав и энергетическая ценность калиевой диеты

Характеристика рациона	Рацион			
	I	II	III	IV
Энергоценность, ккал	960	1350	2270	2590
Белки, г	20	40	50	70
Жиры, г	20	0	90	70
Углеводы, г	180	230	315	420

Исключаются экстрактивные вещества, соль, ограничена жидкость. Прием пищи 6 раз в день. Последовательно на 1-2 дня назначаются I вариант и на 2-3 дня II, III варианты.

*Примерное меню калиевой диеты (по Б.Л. Смолянскому)*

I вариант:

- 1-й завтрак: печеный картофель 200 г, кофе (суррогат) с молоком 180 г;
- 2-й завтрак: сок морковный свежий 100 г;
- Обед: суп-пюре из картофеля 200 г, пюре морковное – 100 г, желе фруктовое;
- Полдник: отвар шиповника 100 г;
- Ужин: картофельное пюре 300 г, отвар шиповника 100 г, сок фруктовый 100 г, 50 г бессолевого хлеба.

II вариант:

- 1-й завтрак: каша пшеничная молочная с сухофруктами 200 г, кофе (суррогат) с молоком 180 г;
- 2-й завтрак: картофельное пюре 200 г; сок морковный 100 г;
- Обед: суп овсяный вегетарианский 250 г; котлеты морковные 150 г; компот из сухофруктов 180 г;
- Полдник: отвар шиповника 100 г;
- Ужин: рыба отварная 55 г, картофельное пюре 200 г, чай с молоком 180 г;
- На ночь: сок фруктовый 100 г.

III вариант:

- 1-й завтрак: печеный картофель 200 г, кофе (суррогат) с молоком 180 г;
- 2-й завтрак: каша пшеничная 150 г, сок морковный 100 г;
- Обед: суп-пюре из капусты и картофеля 200 г, картофельные котлеты 200 г, желе фруктовое; бессолевого хлеба 100 г;
- Полдник: отвар шиповника 100 г;
- Ужин: плов рисовый с фруктами 150 г, отвар шиповника 100 г;
- На ночь: сок фруктовый;
- На весь день 100 г бессолевого хлеба.

Для удобства оценки самим больным в рационе содержания калия разработаны системы «калиевых» единиц, аналогичные привычным нам «хлебным» единицам для диабетиков. Необходимо также ознакомление пациентов с содержанием калия в основных его пищевых источниках.

*Примерное содержание калия (мг/100 г продукта) в овощах:*

< 200 – тыква, огурцы, перец зеленый сладкий, лук-крепчатый, капуста белокочанная;

200-300 – морковь, капуста цветная, салат, брюква, кабачки, репа, баклажаны;

250-300 – редис, фасоль (стручок), чеснок, петрушка (корень), свекла, томат, капуста краснокочанная, капуста кольраби, ревеня;

> 350 – редька, сельдерей (корень), картофель, капуста брюссельская, томатная паста.

*Примерное содержание калия (мг/100 г продукта) во фруктах:*

100-150 – черника, арбуз, клюква, айва;

150-200 – груши, мандарины, земляника, лимон, грейпфрут, манго, апельсины;

200-300 – сливы, малина, черешня, яблоки (с кожурой), виноград, вишня, киви, крыжовник, смородина красная;

300 – абрикосы, ананас, бананы, смородина черная, персики, авокадо, сухофрукты.

### **Магниева диета**

Применяется при гипертонической болезни и атеросклерозе.

Цель: повышение диуреза, разгрузка межпочечного обмена, снижение АД и холестерина в крови, угнетение возбудимости сосудодвигательного центра, противовоспалительное действие.

При магниевой диете (табл. 17.4) рекомендуются продукты, богатые магнием (пшеничная, овсяная, гречневая крупы, хлеб из муки грубого помола, овощи, зелень, орехи, фасоль). Исключается соль, экстрактивные вещества, ограничивается жидкость.

*Примерное меню магниевой диеты (по Б.Л. Смолянскому)*

Диету назначают в виде 3 последовательных рационов, каждый на 3-4 дня.

I рацион:

- 1-й завтрак: гречневая каша с жареными пшеничными отрубями 150 г, чай с лимоном;
- 2-й завтрак: морковь тертая 100 г с 5 г растительного масла;
- Обед: борщ со слизистым отваром из отрубей 250 г, каша пшеничная с курагой 150 г, отвар шиповника 100 г;
- Полдник: сок абрикосовый 100 г;
- Ужин: суфле творожное 150 г, чай с лимоном;
- На ночь: отвар шиповника 100 г.

II рацион;

- 1-й завтрак: каша овсяная молочная 250 г, чай с лимоном;
- 2-й завтрак: 50 г размоченного чернослива;
- Обед: щи со слизистым отваром из отрубей 250 г, мясо отварное со свеклой, тушенной с растительным маслом, 50/160 г, яблоко 100 г;
- Полдник: салат из моркови с яблоками 100 г, отвар шиповника 100 г;
- Ужин: крупеник гречневый с творогом 250 г, чай;
- На ночь: сок морковный 100 г;
- На весь день: хлеб с отрубями 125 г.

III рацион:

- 1-й завтрак: тертая морковь 150 г, каша пшеничная молочная 250 г, чай с лимоном;
- 2-й завтрак: курага размоченная 100 г, отвар из пшеничных отрубей 100 г;
- Обед: суп овсяный с овощами и слизистым отваром из отрубей 250 г, курица отварная 85 г, котлеты капустные 200 г, отвар шиповника 200 г;
- Полдник: яблоки свежие 100 г;
- Ужин: суфле творожное 150 г, морковно-яблочные котлеты 200 г, чай;
- На ночь: сок томатный 100 г;
- На весь день: хлеб с отрубями 250 г, сахар 30 г.

Таблица 17.4

### **Химический состав и энергетическая ценность магниевой диеты**

Характеристика рациона	Рацион		
	I	II	III
Энергоценность, ккал	1170	1415	2240
Белки, г	30	70	80
Жиры, г	50	55	80
Углеводы, г	150	160	300



### **Диета Кемпнера (рисово-компотная)**

Разновидность калиевой диеты. Состоит из рисовой каши на воде и компота: 6 раз в день дают компот и 2 раза дополнительно рисовую кашу.

Белки – 10 г, жиры – 0,4 г, углеводы – 308 г. Энергетическая ценность – 1276 ккал.

Набор продуктов: рис – 50 г, сухофрукты – 240 г, сахар – 100 г.

Диету назначают на короткий срок (3-4 дня).

### **Диета Яроцкого**

Показана при недостаточности кровообращения, на фоне гипертонической болезни и атеросклероза. Диета противопоказана при повышенном содержании остаточного азота в крови.

Состав: 600 г свежего творога, 50 г сметаны, 100 г сахара.

Продукты распределяются на 4-5 приема. Диета оказывает мочегонный эффект. Метионин творога оказывает липотропное действие.

### **Разгрузочные диеты**

**Чайная диета.** При остром гастрите и энтероколите, обострении хронических энтероколитов с поносами – 7 раз в день по стакану чая с 10 г сахара.

**Сахарная диета.** При остром нефрите, недостаточности почек или печени, реже при остром гепатите и холецистите или их обострении – 5 раз в день по стакану чая с 30 г сахара.

**Яблочная диета.** При ожирении, гипертонической болезни, недостаточности кровообращения или почек, остром нефрите, болезнях печени и желчных путей – 5 раз в день по 300 г спелых сырых или печеных яблок, всего 1,5 кг. При нефрите и болезнях сердечно-сосудистой системы можно добавить 50-80 г сахара. При хроническом энтероколите с поносами – 5 раз в день по 250-300 г сырых спелых тертых яблок.

**Диета из сухофруктов.** При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения, болезнях печени и желчных путей – по 100 г размоченного чернослива или кураги, или прокипяченного изюма 5 раз в день, всего 0,5 кг.

**Арбузная диета.** При гипертонической болезни, недостаточности кровообращения, нефритах, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии, болезнях печени и желчных путей, ожирении – по 300-400 г мякоти арбуза 5 раз в день, всего 1,5-2 кг.

**Картофельная диета.** При нефритах, гипертонической болезни, недостаточности кровообращения – по 300 г отварного в кожуре или печеного картофеля без поваренной соли, всего 1,5 кг.

**Огуречная диета.** При ожирении, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии – по 300 г свежих огурцов без соли 5 раз в день, всего 1,5 кг.

**Салатная диета.** При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии – свежие сырые овощи и фрукты, их комбинации 5 раз в день по 250-300 г без соли с добавлением растительного масла или сметаны.

**Молочная (кефирная) диета.** При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, недостаточности кровообращения, нефритах, болезнях печени и желчных путей, подагре и мочекаменной болезни без фосфатурии – по 200-250 г моло-

ка, кефира, простокваши (можно пониженной жирности) 6 раз в день, всего 1,2-1,5 л.

**Творожная диета.** При ожирении, сахарном диабете, атеросклерозе и гипертонической болезни с ожирением, недостаточности кровообращения, болезнях печени и желчных путей – по 70 г творога 9 % жирности или нежирного 5 раз в день. Кроме того, 2 стакана чая, 1 стакан отвара шиповника, 2 стакана нежирного кефира, всего 1 л жидкости. Вариантом является творожно-кефирная (молочная) диета – по 50 г творога 9 % жирности и 1 стакану кефира (молока) 5 раз в день; всего 250 г творога и 1 л кефира (молока).

**Сметанная (жировая) диета.** При ожирении, реже при сахарном диабете с ожирением — по 50 г сметаны 20 % жирности 5 раз в день, всего 400 г; 1-2 стакана отвара шиповника.

**Мясная (рыбная) диета.** При ожирении, атеросклерозе и сахарном диабете с ожирением – по 70 г нежирного отварного мяса или отварной рыбы 5 раз в день, всего 350 г, по 100-50 г овощей (капуста, морковь, огурцы, томаты) 5 раз в день, всего 0,6-0,9 кг; 1-2 стакана чая без сахара.

**Овсяная диета.** При ожирении, сахарном диабете с явлениями метаболического ацидоза, атеросклерозе с ожирением – по 140 г овсяной каши на воде 5 раз в день, всего 700 г каши (200 г овсяной крупы), 1-2 стакана чая и отвара шиповника.

**Соковая диета.** При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и сахарном диабете с ожирением, болезнях почек, печени и желчных путей, подагре, мочекаменной болезни без фосфатурии – 600 мл сока овощей или фруктов, разбавленных 200 мл воды или 0,8 г отвара шиповника. На 4 приема.

## **3. Питание при некоторых заболеваниях**

### **Питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы**

Диетическое питание при заболеваниях сердечно-сосудистой системы должно способствовать максимальной разгрузке, щажению органов пищеварения и почек, коррекции возникающих метаболических нарушений, увеличению диуреза, усилению действия на организм лекарственных средств, защите организма от побочного влияния мочегонных препаратов. Необходимо учитывать стадию заболевания, наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы с нерезким нарушением кровообращения, хронической недостаточности кровообращения, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, атеросклерозе венечных артерий сердца, мозговых и периферических сосудов назначают основной вариант стандартной диеты.

В основе развития сердечно-сосудистой патологии лежат атерогенные процессы, формирующие хронически протекающее обменно-сосудистое заболевание, с нарушением обмена жиров и холестерина в организме. Развитию заболевания способствуют в том числе:

- неправильное питание;
- избыточное питание с большим содержанием в пище жиров и холестерина;
- недостаточное выведение из организма или усиленный эндогенный синтез холестерина;
- недостаточное потребление полиненасыщенных жирных кислот;
- наследственная предрасположенность;
- возраст.

Усиленному синтезу холестерина способствует питание с потреблением большого количества углеводов, тугоплавких жиров, содержащих насыщенные жирные кислоты, высокая энергоёмкость рациона. Доказано, что низкохолестериновая диета способствует нормализации липидного обмена. При атеросклерозе страдает эндокринная регуляция обмена веществ, происходит ухудшение функции поджелудочной железы. Доказано благоприятное влияние на обменные процессы при заболевании сердечно-сосудистой системы таких микроэлементов и витаминов, как медь, марганец, кобальт, йод, селен, магний, калий, токоферолы и др.

В диетических рекомендациях следует указывать физиологическое количество белка, жиров и углеводов. Рацион по энергетической ценности должен соответствовать основным энергетическим затратам пациента, равномерно быть распределен в течение дня, с учетом требований к диете.

Следует отдавать предпочтение жирам, богатым полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла, рыбий жир), которые способствуют снижению уровня липидов в крови. Жиры животного происхождения, богатые насыщенными жирными кислотами, увеличивают уровень липидов в крови. Необходимо избегать употребления продуктов с высоким содержанием жира, например колбасных изделий, субпродуктов, паштетов и т. д. Употреблять в пищу нежирную говядину, курицу без кожи (в коже много жиров и соединительных волокон).

Растительные масла (кукурузное, подсолнечное) обладают выраженным желчегонным действием, стимулируют выведение холестерина из организма, содержат жирорастворимые витамины, липотропные вещества, которые благоприятно влияют на липидный обмен. Лучше использовать нерафинированные масла, так как в них присутствует лецитин. Лецитин предотвращает отложение холестерина в стенках сосудов, удерживая его в кровяном русле во взвешенном состоянии. Не следует употреблять в пищу маргарины, так как в них присутствуют вещества (трансизомеры жирных кислот), способствующие увеличению уровня сывороточного холестерина. Простые углеводы быстро превращаются в холестерин, поэтому в рационе вместо сахара должны присутствовать овощи, несладкие фрукты. Пектин, находящийся в них, задерживает всасывание холестерина и способствует его выведению. Клетчатка овощей и фруктов, оказывая послабляющее действие на кишечник, способствует выведению холестерина. В рацион следует включить достаточное количество продуктов, обладающих липотропными свойствами (творог, рыба, овсяная, гречневая крупы, бобовые и др.), так как они способствуют синтезу лецитина. Липотропные вещества обеспечивают нормальную работу печени, препятствуя ее жировой инфильтрации. Также липотропным эффектом обладают медь, марганец, кобальт. Эти вещества улучшают липидный обмен. Следует употреблять в пищу рыбу, рыбопродукты, нерыбные продукты моря, так как в них присутствует легкоусвояемый белок, содержащий незаменимые аминокислоты и ПНЖК, обладающие антисклеротическим действием. Некоторые жирные кислоты, содержащиеся в рыбе, не только снижают уровень триглицеридов и холестерина в крови, но и уменьшают агрегацию тромбоцитов. Пищу следует готовить с небольшим количеством соли, до 5 г в день, что способствует нормализации артериального давления.

Диету следует обогащать овощами и фруктами, содержащими аскорбиновую кислоту, которая способствует

укреплению сосудистых стенок и снижению их проницаемости. Витамин С способствует распаду холестерина в печени и синтезу гликогена, запасы которого в миокарде стимулируют нормализацию его сократительной активности. Пиридоксин (витамин В<sub>6</sub>) способствует нормализации жирового обмена, стимулирует липотропное действие холина, превращение холестерина в желчные кислоты, увеличивает усвоение метионина, улучшает функции печени. Никотиновая кислота замедляет свертываемость крови. Прием адекватного потребностям организма количества витаминов – залог улучшения всех обменных процессов.

Назначают 4-5-разовое диетическое питание, дробное, небольшими порциями, без перегрузок желудочно-кишечного тракта. Ограничивают азотистые экстрактивные вещества и продукты, богатые эфирными маслами. Исключают копчености, острые блюда. Пища должна быть вкусной и доступной.

Лицам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, при наличии избыточного веса, который усугубляет состояние больного, назначают вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийную диету) с ограничением животного жира, углеводов (130-150 г), с исключением простых сахаров, значительным ограничением соли (3 г), ограничением жидкости (0,8-1,5 л). Энергоценность рациона 1340-1550 ккал. Рекомендуют 1 раз в неделю проводить разгрузочные дни (творожные, яблочные, кефирные). Избыточное поступление поваренной соли в организм способствует задержке жидкости и усугубляет недостаточность кровообращения. В случае ярко выраженной сердечно-сосудистой недостаточности диетотерапию начинают со специальных диет: Кареля, калиевой, магниевой.

При положительной динамике больного переводят на низкокалорийную диету. Задачи диетотерапии в этом случае включают снижение массы тела, устранение обменных нарушений, выведение недоокисленных продуктов, нормализацию водно-электролитного обмена. Медицинская сестра должна дать рекомендации по диетическому питанию с учетом стадии заболевания, индивидуальных антропометрических данных пациента, включая прогностический индекс массы тела (индекс Кетле), наличия сопутствующей патологии. Целесообразно обучить пациента в школе по рациональному питанию навыкам подсчета антропометрических данных, контролю этих показателей, подсчету энергетической ценности рациона, ведению индивидуального дневника.

#### ***Питание при артериальной гипертензии***

К факторам риска развития артериальной гипертензии относят:

- возраст;
- наследственность;
- избыточную массу тела;
- нарушение липидного обмена;
- чрезмерное употребление алкоголя и соли, жиров, преимущественно животного происхождения;
- недостаточное количество белков в рационе.

В свою очередь, артериальная гипертензия приводит к формированию сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, инсульта).

В диетотерапии используют основной вариант стандартной диеты, а при избыточной массе тела – вариант диеты с пониженной калорийностью. Физиологически адекватная и патогенетически обоснованная диета при лечении больных гипертонической болезнью – гипонатриевая (бессолевая) диета, содержащая 100 г белка, 80 г

жира и 400 г углеводов, обогащенная витаминами С, РР, группы В, солями магния и липотропными веществами. Основные требования диеты:

- снижение энергетической ценности рациона с учетом энерготрат;
- значительное ограничение поваренной соли (до 3-5 г), а в период обострения болезни – временное полное исключение соли (пациент получает только содержащуюся в естественных продуктах поваренную соль, примерно 3-4 г в сутки);
- ограничение введения в диету животных жиров, содержащих холестерин и насыщенные жирные кислоты;
- повышение содержания в диете аскорбиновой кислоты, тиамин, рибофлавин, никотиновой кислоты, пиридоксина и витамина Р;
- обогащение рациона солями магния и калия, так как на фоне гипонатриевой диеты они быстрее выводятся из организма.

Больным с избыточной массой тела, страдающим гипертонической болезнью, гипонатриевую диету можно заменять овощной или фруктово-овощной диетой (1-2 раза в неделю). Общее количество овощей может быть доведено до 1500 г в день, хлеб бессолевой из пшеничной муки грубого помола – 100 г в день и 40 г сахара (к чаю).

#### *Примерное меню фруктово-овощной диеты*

Первый завтрак: горячий отвар шиповника или сушеной смородины (1 стакан), салат из капусты или моркови и яблок или ревеня с растительным маслом (150 г)

Второй завтрак: морковный или фруктовый сок (1/2 стакана), овощное пюре (150 г)

Обед: клюквенный горячий суп с сухарями из пшеничного хлеба или вегетарианский суп (250 мл), овощной салат со сметаной или растительным маслом (180 г)

Полдник: орехи (100 г), тертая морковь или капуста, свекла, кабачки или огурцы (150 г), горячий отвар шиповника (1 стакан) или черной смородины (1 стакан) с 20 г сахара

Ужин: винегрет (200 г) с растительным маслом, компот (1 стакан) из сухих фруктов

Тучным больным гипонатриевую диету (овощную или фруктово-овощную) можно заменять разгрузочными днями (1-2 раза в неделю). Особенно показаны разгрузочные дни (яблочные) при гипертонических кризах. Наиболее часто применяют следующие разгрузочные дни: молочные, рисово-компотные, арбузные, салатные, творожные, простоквашные.

При артериальной гипертензии III-IV стадии с сопутствующим атеросклерозом рекомендуется назначать противоатеросклеротическую диету, но готовить пищу без соли.

Калиевая диета назначается при нарушении кровообращения у больных гипертонической болезнью с атеросклеротическим кардиосклерозом. Противоатеросклеротическую гипонатриевую диету заменяют на 5-7 дней калиевой, оказывающей положительное действие на межклеточный обмен, сосудистый тонус и диурез. В калиевой диете используют продукты, богатые солями калия и бедные солями натрия. Кулинарная обработка обычная.

Калиевая диета обычно применяется в виде 4 рационов с постепенным повышением их питательной ценности. Соотношение калия и натрия не менее 8:1.

Количество приемов пищи – не менее 6 раз в день, причем первые 2 рациона больные получают по 2 дня, третий и четвертый по 3 дня, а затем снова возвращаются к противоатеросклеротической гипонатриевой диете.

Больным АГ с сопутствующим атеросклерозом при выписке рекомендуется продолжать ограничивать в диете поваренную соль жидкость, назначать противоатеросклеротическую диету (№ 10с) с ограничениями поваренной соли до 2-3 г (на руки) для подсоливания готового блюда. Пища же готовится без соли.

При сочетании АГ с ожирением рекомендуется назначать гипонатриевую диету, редуцированную по энергетической ценности.

При тяжелых нарушениях сердечно-сосудистой системы для увеличения диуреза и снижения сердечной недостаточности можно использовать специальные диеты.

Рекомендуемые продукты и блюда

Целесообразно включать в диету продукты, богатые липотропными веществами, клеточными оболочками, продукты моря, особенно содержащие органический йод (морскую капусту).

Рационы следует обогащать солями магния, так как он усиливает тормозные процессы в ЦНС, уменьшает спазм сосудов, снижает возбудимость сосудодвигательных центров и, следовательно, снижает артериальное давление. Магния много в бобовых, шиповнике, изюме, абрикосах, кукурузе.

Необходимо увеличить потребление солей калия (калия много в картофеле, овощах и фруктах, особенно сушеных).

Исключают вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую систему, т. е. все виды алкогольных напитков, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености; продукты, богатые холестерином (субпродукты – мозги, внутренние органы животных, животный жир, икра).

Ограничивают продукты, вызывающие метеоризм (редька, капуста, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки). Рекомендуют продукты с преимущественно щелочной реакцией (молоко и молочные изделия, фрукты, овощи и соки из них) и богатые липотропными веществами (творог, треску, овсяную кашу и др.).

#### *Питание при атеросклерозе*

Атеросклероз – это хронически протекающее обменно-сосудистое заболевание с нарушением обмена жиров в организме и отложением на стенках сосудов холестерина. Развитию заболевания способствуют нервные перегрузки, избыточное питание с большим содержанием в пище жиров и холестерина, недостаточное выведение из организма или усиленный эндогенный синтез холестерина, наследственная предрасположенность, возраст. Усиленному синтезу холестерина способствуют углеводистое питание, большое количество тугоплавких жиров в рационе, содержащих насыщенные жирные кислоты, высокая энергоёмкость рациона.

Холестерин не только синтезируется в организме человека в печени, коже, тонком кишечнике, но и поступает с продуктами питания. Чем больше поступает холестерина с пищей, тем меньше его вырабатывается в организме. Выводится холестерин из организма в виде желчных кислот, но при запорах и различных нарушениях желчевыделения этот процесс замедляется. Низкохолестериновые диеты способствуют снижению уровня холестерина в крови. При атеросклерозе страдает эндокринная регуляция обмена веществ, понижается функция поджелудочной железы. Стимулирует ее активность йод и продукты, его содержащие. Йод повышает липолитическую активность крови, стимулирует распад холестерина, усиливает секрецию гепарина, улучшая показатели свертываемости крови.

В диете должно быть физиологическое количество белка, жира и углеводов. Следует отдавать предпочтение жирам, богатым полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла, жир рыб), способствующими снижению уровня липидов в крови. Жиры животного происхождения, богатые насыщенными жирными кислотами, увеличивают уровень липидов в крови. Необходимо избегать продуктов со скрытыми жирами. Например, колбасные изделия. Употреблять в пищу нежирную говядину, курицу без кожи (в ней много жиров и соединительных волокон). Растительные масла (кукурузное, подсолнечное) обладают выраженным желчегонным действием, стимулируют выведение холестерина из организма. Полиненасыщенные жирные кислоты усиливают перистальтику кишечника и распад холестерина, усиливают липотропное действие холина. Растительные масла содержат витамин Е, который способствует уменьшению гиперхолестеринемии. В диете лучше использовать нерафинированные масла, так как в них присутствует лецитин. Не следует употреблять маргарины, так как в них содержатся вещества, способствующие увеличению уровня сывороточного холестерина. Кроме того, при ежедневном употреблении 40 г маргарина практически в 2 раза увеличивается риск инфаркта миокарда. Следует помнить, что простые углеводы быстро превращаются в холестерин, поэтому в рационе вместо сахара должны присутствовать овощи, несладкие фрукты. Пектин, находящийся в них, задерживает всасывание и способствует выведению холестерина. Клетчатка овощей и фруктов, оказывая послабляющее действие на кишечник, выводит холестерин. В рационе должно присутствовать достаточное количество продуктов, обладающих липотропными свойствами (творог, рыба, овсяная, гречневая крупы, бобовые и др.), так как они способствуют синтезу лецитина. Липотропные вещества обеспечивают нормальную работу печени, препятствуя ее жировой инфильтрации.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб без соли вчерашней выпечки ржаной и пшеничный грубого помола, сухари, сухое несдобное печенье, хрустящие хлебцы, отрубный хлеб с фосфатидами.

Вегетарианские, фруктовые, молочные, крупяные супы готовят без соли.

Нежирные сорта мяса, птицы (исключают внутренние органы животных) в вареном или запеченном виде (куском или рубленое).

Различные гарниры, за исключением редьки, редиса, шпината, щавеля, сырые овощи в измельченном виде, любые спелые фрукты, ягоды; соки, любые (кроме виноградного), фрукты с грубой клетчаткой – в измельченном виде.

Сладости (сахар, варенье) ограничивают; мучные и макаронные изделия разрешены в ограниченном количестве.

Рекомендуют различные рассыпчатые каши, пудинги, запеканки; яйца всмятку (2-3 шт. в неделю), белковый паровой омлет; молоко в натуральном виде и в блюдах, кефир, простокваша, ацидофилин, творог свежий, в натуральном виде и в блюдах.

Растительные масла для приготовления пищи и в готовые блюда (винегреты, салаты).

Отвар шиповника, чай, некрепкий кофе, фруктовые, ягодные, овощные соки, квас, газированные напитки ограничивают.

Рекомендованы блюда из морской капусты, кальмаров, морского гребешка, мидий, продукты, богатые солями калия (урюк, курага, изюм, чернослив, абрикосы, бананы, инжир, персики, зелень петрушки и др.).

#### **Запрещаются:**

- жирные сорта мяса, рыбы;
- крепкие мясные бульоны – говяжий, бараний;
- свиной жир;
- внутренние органы животных, мозги, икра, сало;
- сливочный крем, сдоба, пирожные с кремом;
- острые, соленые, жирные закуски;
- какао, шоколад, сливочное мороженое;
- алкогольные напитки.

#### **Специальные диеты, рекомендуемые при сердечно-сосудистых заболеваниях**

При выраженной сердечной недостаточности назначают на 2-3 дня диету Кареля или калиевую диету. Эти рационы не сбалансированы по своему химическому составу, и поэтому их назначают на ограниченное время. Характерны низкая энергетическая ценность с постепенным ее увеличением, резкое ограничение поваренной соли с преобладанием солей калия и кальция, щелочных валентностей над кислотными. Ограничивают свободную жидкость. Пищу готовят без соли. Используют продукты, богатые калием (картофель, капусту, курагу, шиповник, изюм, инжир, чернослив). Исключают экстрактивные вещества, соль, ограничена жидкость. Прием пищи 6 раз в день.

Пациентам с ИБС в сочетании с избыточной массой тела на фоне редуцированной по энергетической ценности диеты рекомендуют назначать 1 раз в 3, 7 или 10 дней контрастные (разгрузочные) дни:

- молочные (по 100 г подогретого молока 8 раз в день);
- кефирные (по стакану кефира 5-6 раз в день);
- творожные (по 100 г творога, сырников или творожной запеканки 4-5 раз в день; при этом к каждой порции творога следует добавлять 100 г кефира или молока).

Показаны фруктовые или овощные дни – по 1,5 кг яблок или свежих огурцов или 500 г размоченной кураги или овощей в виде салатов, винегретов с добавлением перед сном 100 г творога или 50 г мяса во избежание появления чувства голода, которое может спровоцировать приступ стенокардии. Контрастные дни способствуют выведению жидкости из организма, снижению массы тела, нормализации АД, улучшая тем самым состояние и самочувствие больных.

#### **Питание лиц, перенесших инфаркт миокарда**

Основные принципы рационального питания на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда совпадают с рекомендациями по питанию при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Медицинская сестра должна учитывать состояние больного, период болезни, профилактику осложнений, индивидуальные особенности организма. Основная цель диетотерапии направлена на улучшение процессов репарации, восстановление нормальных функций органа, предупреждение возможных осложнений, нормализацию деятельности кишечника.

Важные направления диетических рекомендаций:

- уменьшение энергоценности рациона в соответствии с потребностью пациента;
- ограничение в рационе количества животных жиров и холестерина, что препятствует прогрессированию атеросклероза;
- уменьшение количества простых углеводов в рационе;
- включение в состав диеты овощей и фруктов с мягкой клетчаткой, стимулирующих деятельность кишечника;

- исключение продуктов, вызывающих газообразование;
- исключение из рациона экстрактивных веществ и ограничение соли;
- обогащение рациона витаминами (С, А), микроэлементами (калием, магнием).

Основной лечебной диетой, применяемой для лечения и вторичной профилактики ИБС, является противоиатеросклеротическая диета (№ 10с), с включением в нее продуктов моря в первую очередь. Показана больным ИБС с повышенными коагулирующими свойствами крови и с наклоном к дискинезии кишечника гипомоторного типа.

Больным ИБС с признаками сердечной недостаточности рекомендуется диета № 10а с повышенным содержанием продуктов, богатых солями калия (урюк, курага, изюм, чернослив, абрикосы, бананы, инжир, персики, зелень петрушки и др.), оказывающими диуретическое действие, а также положительно влияющими на сократительную функцию миокарда и систему проводимости сердца.

Больным ИБС без сопутствующей гипертонической болезни можно назначать также мясные разгрузочные дни: по 50 г отварного мяса с любым овощным гарниром 4 раза в день с добавлением утром стакана суррогатного кофе с молоком и днем стакана отвара шиповника. Показаны фруктовые, овощные или контрастные дни.

Диета со значительным ограничением энергетической ценности и объема пищи с постепенным увеличением его. Из диеты исключают продукты, богатые животными жирами и холестерином (внутренние органы животных, мозги, жирные сорта мяса и рыбы, яичный желток, икра, животные жиры и др.); азотистые экстрактивные вещества, изделия из сдобного теста и продукты, вызывающие метеоризм (черный хлеб, капуста, бобовые, молоко в натуральном виде и др.).

В первые 2 суток больные получают только питье по  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$  стакана некрепкого чая, фруктовых соков, овощных отваров, морса 8 раз в сутки, а затем постепенно рацион расширяют.

Все блюда готовят без соли. Мясо и рыбу (нежирные сорта) дают в отварном виде, исключают жареные и печеные блюда. На первый рацион блюда приготавливают в протертом виде, на второй и третий – в непротертом.

Режим питания дробный (6 раз в день). Температура пищи обычная.

При выраженной недостаточности кровообращения больным ИБС назначают диету № 10а, которая построена по принципу противоиатеросклеротической диеты, но является менее энергетически ценной, механически более щадящей и содержит меньше поваренной соли и жидкости.

#### **Питание при сердечно-сосудистой недостаточности**

Диетотерапия больных с недостаточностью кровообращения должна быть направлена на повышение сократительной функции миокарда, а также на борьбу с отеками тканей.

В рацион больных необходимо вводить пищевые ингредиенты, преимущественно щелочных валентностей, так как у этих больных наблюдается тенденция к ацидозу. К пищевым продуктам, влияющим на реакцию мочи в направлении алкалоза, относятся в основном молоко, овощи и фрукты (яблоки, бананы, свекла, капуста, морковь, лимоны, дыня, картофель, апельсины, персики, горох, изюм), а также хлеб, особенно из муки грубого помола.

Поваренную соль следует давать в уменьшенном количестве (6-8 г в день). Потребление жидкости следует

ограничить до 1-1,2 л в сутки, включая супы, кисели и т. п. Резкое ограничение жидкости у больных в стадии компенсации не оправдано: оно может затруднить выведение азотистых шлаков, вызывать слабость, запоры.

Больной должен есть не менее 5 раз в день. Нормальную деятельность кишечника можно обеспечить включением в меню овощных и фруктовых соков, чернослива, компота, простокваши. Принимать пищу последний раз нужно не позже чем за 4-5 ч до сна.

Для лечения больных с нарушением кровообращения применяются диеты № 10 и 10а, диета Кареля, калиевая диета.

Диета № 10 назначается больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения I-IIА стадии.

Целевое назначение диеты – способствовать восстановлению нарушенного кровообращения, нормализации функции печени, почек и обмена веществ при одновременном щажении ССС и органов пищеварения; улучшить выведение азотистых шлаков и недоокисленных продуктов обмена из организма.

Исключаются вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую систему — все алкогольные напитки, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености; продукты, богатые холестерином (мозги, внутренние органы животных, животный жир, икра). Ограничиваются продукты, вызывающие метеоризм (редька, капуста, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки).

Все блюда готовят без соли. При слабовыраженных отеках разрешается подсаливать пищу из расчета 1 чайная ложка соли (5-6 г) на 1-2 дня. Мясо и рыбу готовят на пару или отваривают в воде. Допускается последующее запекание или обжаривание. Жирные блюда исключаются.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб пшеничный из муки I и II сортов, отрубной без соли, сухари из белого хлеба. Печенье несдобное.

Супы из разных круп, овощей, вегетарианские, фруктовые и молочные от 250 до 500 мл на прием.

Нежирные сорта говядины, телятины, курица, индейка, кролик (без сухожилий), в вареном виде или с последующим обжариванием, запеканием, рубленые или куском.

Рыба нежирная (судак, треска, щука, навага, хек, ледяная) в вареном виде с последующим обжариванием, куском или рубленая.

Овощи в вареном и сыром виде, морковь, кабачки, тыква, свекла, цветная капуста, картофель; в сыром виде разрешены спелые помидоры, салат, огурцы, тертая морковь.

Различные каши с добавлением молока, запеченные пудинги, крупяные котлеты, отварная вермишель.

Блюда из яичных белков: паровые и запеченные белковые омлеты, натуральное молоко (при хорошей переносимости), кисломолочные напитки (кефир, ацидофилин, ряженка, простокваша), творог в натуральном виде и в виде блюд, сметана и сливки только в блюдах, в ограниченном количестве в счет суточной нормы жиров.

Сладкие блюда, сладости, фрукты, ягоды.

Кисели, компоты, муссы, желе из свежих и сухих сладких сортов ягод и фруктов, печеные яблоки, фруктовые, ягодные и овощные соки, богатые солями калия.

#### **Запрещаются:**

- бобовые, в ограниченном количестве зеленый горошек, белокочанная капуста;
- баранье и говяжье сало;

- все виды алкогольных напитков, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад;
- мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености; продукты, богатые холестерином (мозги, внутренние органы животных, животный жир, икра);
- редька, капуста, чеснок, лук, бобовые, газированные напитки.

Если больной не переносит молоко (тошнота, рвота, метеоризм), диету Кареля заменяют калиевой диетой. Обычно ее назначают в виде «зигзагов» на фоне диеты № 10а, начиная с первого рациона. Пищу принимают не менее 6 раз в день, причем на первых 2 рационах больной находится по 2 дня, на третьем и четвертом – по 3-4 дня. Составляя диеты с большим количеством солей калия, нужно иметь в виду, что ряд продуктов, богатых калием, содержит одновременно много щавелевой кислоты, которая противопоказана при недостаточности кровообращения. При сердечной декомпенсации картофельные дни малоэффективны.

Калиевую диету назначают во всех случаях скопления жидкости в полостях при отеках и повышенной гидрофильности тканей. При сердечной декомпенсации с отеками, особенно с асцитом, или при заболеваниях почек калиевые дни обычно применяют на фоне той или иной диеты; при гипертонической болезни их назначают на 2-3 дня.

Следует давать рекомендации по питанию пациента с сердечной недостаточностью с учетом тяжести состояния пациента, стадии сердечной декомпенсации, индивидуальных особенностей организма, уменьшения прогрессирования заболевания, профилактики развития осложнений. Диета должна быть максимально сбалансированной по всем компонентам, ее назначают на длительный срок в домашних условиях при динамическом наблюдении. Следует дать рекомендации по предпочтительным способам обработки и правилам приготовления блюд.

### **Питание при болезнях органов пищеварения**

Функциональные и органические расстройства органов желудочно-кишечного тракта возникают довольно часто и существенно влияют на процессы пищеварения, всасывания, потому требуют своевременной коррекции, прежде всего лечебного, диетического питания. В комплексной терапии болезней желудочно-кишечного тракта питание занимает одно из важнейших мест. Лечебного эффекта достигают за счет непосредственного воздействия механического, термического и химического факторов пищи как на функциональное состояние органов пищеварения, так и на весь организм, путем влияния на обмен веществ, нервную и гуморальную регуляцию. Пищевые продукты по-разному влияют на секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, выделяют сильные и слабые возбудители секреции.

#### ***Питание при гастритах, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки***

При заболеваниях желудка, как правило, происходит нарушение секреторной и моторной функции, поэтому коррекция питания в первую очередь должна быть направлена на устранение данных расстройств, нормализацию пищеварения и предупреждение осложнений. Сильные возбудители желудочной секреции – блюда, содержащие экстрактивные вещества (бульоны, жареное мясо и рыба), консервы, копчености, крепкие чай и кофе, алкоголь, газированные напитки, сырые овощи, соленья, яйца вкрутую. Слабыми стимуляторами желудочной се-

креции считают: сливки, жирный творог, вываренное мясо и рыба, слизистые супы, жидкие молочные каши, яйца, сваренные всмятку, или омлет, белый вчерашний хлеб. У жиров двухфазное действие: сначала они подавляют желудочную секрецию, а затем продукты их окисления усиливают ее.

Влияние продуктов питания на двигательную функцию желудка прежде всего зависит от консистенции пищи. Жидкая и кашицеобразная пища быстро эвакуируется из желудка, а твердая задерживается надолго. Углеводы быстрее всех эвакуируются в процессе переваривания из желудка, затем белки, дольше всех задерживаются тугоплавкие жиры. Большой объем пищи, вводимый за один прием, способствует механическому раздражению слизистой оболочки желудка. Применение в питании продуктов, богатых соединительной тканью или грубой растительной клетчаткой, холодная и горячая пища раздражают слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

При лечении заболеваний желудка в первую очередь используют принцип щажения органа. При составлении щадящих диет назначают продукты, которые слабо возбуждают желудочную секрецию, мало раздражают слизистую желудка, быстро покидают желудок. Щажению способствует регулярное частое, дробное питание, которое облегчает условия переваривания и усвоения пищи, при этом пищевые рационы должны быть полноценными. Принцип щажения желудка предусматривает постепенность перехода от одного рациона к другому по мере улучшения состояния органа. Динамика назначения диет: при обострении – вариант диеты с механическим и химическим щажением; при улучшении состояния – основной вариант стандартной диеты.

Набор рекомендуемых продуктов в сочетании с определенной кулинарной обработкой подавляет секрецию соляной кислоты, ограничивает механическое и химическое раздражение слизистой оболочки и рецепторного аппарата гастродуоденальной зоны. Продукты, длительно задерживающиеся в желудке, должны быть исключены. Во избежание стимуляции ночной секреции больным не рекомендуют прием пищи в ночное время. Несмотря на указанные ограничения, диета должна обеспечивать организм достаточным количеством пищевых веществ (особенно белками) для ускорения рубцевания эрозий и язв.

В рационе питания пациентов с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки суточное количество белка составляет 90-120 г, жиров – 90 г (из них 25 г – растительного происхождения), углеводов – 300-400 г, жидкости – до 1,5 л, несколько ограничено количество поваренной соли (6-8 г). Режим питания дробный, 5-6 раз в сутки. Пищу готовят в отварном, а при необходимости в протертом виде.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда:**

- подсушенный белый пшеничный хлеб из муки высшего и первого сорта, белые сухари, несдобное печенье, бисквиты;
- вегетарианские супы из овощей (кроме белокочанной капусты), круп, вермишели;
- изделия из рубленых нежирных сортов мяса (говядины, телятины, курицы, кролика) в отварном виде или приготовленные на пару, а в период выраженного обострения – в протертом виде (котлеты, кнели, пюре, суфле, рулет);
- блюда и гарниры из овощей (за исключением указанных выше), каши, пудинги, вермишель, яйца всмятку и в виде омлета;
- сладкие и мягкие сорта ягод в виде компотов, киселей, муссов и желе, печеные яблоки, молоко, сгущенное

молоко, сливки, некидая сметана, свежий некидлый творог, молочно-яичные соусы, неострый сыр;

- сливочное, оливковое и подсолнечное рафинированное масло.

#### **Не рекомендуют:**

- наваристые мясные, грибные, рыбные и жареные блюда (в том числе жареные мясо и рыба);
- сырую растительную клетчатку (белокачанная и красная капуста, репа, редис, лук, чеснок, щавель);
- острые и соленые блюда, консервы, колбасы, копчености;
- блины, торты, пироги, черный хлеб, мороженое, газированные напитки, жесткие и кислые сорта фруктов и ягод, спиртные напитки.

#### **Возбудители желудочной секреции**

Сильные: блюда, содержащие экстрактивные вещества (бульоны, жареное мясо и рыба), консервы, копчености, крепкие чай и кофе, алкоголь, газированные напитки, сырые овощи, соления, яйца вкрутую.

Слабые: сливки, жирный творог, вываренное мясо и рыба, слизистые супы, жидкие молочные каши, яйца, сваренные всмятку, или омлет, белый вчерашний хлеб.

### **Питание при постгастрорезекционном синдроме**

После резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются постгастрорезекционные расстройства. Наиболее часто отмечают демпинг-синдром, сопровождающийся метаболическими расстройствами, нарушениями биохимического гомеостаза, нейрогуморальными нарушениями регуляторной деятельности организма. Диетотерапия прежде всего должна быть направлена на коррекцию и устранение данных расстройств, с учетом сопутствующих заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта.

Основной принцип диеты – частое высокобелковое питание дробными порциями с содержанием белка до 2-2,2 г на 1 кг массы тела, легкоусваиваемые углеводы значительно ограничивают. Содержание жира и сложных углеводов в пределах нормы. Достаточное количество сложных углеводов должно присутствовать в рационе, они медленно всасываются, не вызывая резких ферментативных и гормональных сдвигов. Необходимо употреблять в пищу максимальное количество витаминов, ферментов, микроэлементов, железа.

В первые 2-4 мес после операции рекомендуют соблюдение принципа механического щажения. В отдаленные сроки при наличии пептических язв, анатомозита, сопутствующего панкреатита диета должна быть максимально щадящей, в других случаях переходят на непротертый вариант диеты. Диета физиологически полноценная, с высоким содержанием белков, нормальным содержанием жиров и сложных углеводов и значительным ограничением простых углеводов, с умеренным ограничением химических раздражителей желудочно-кишечного тракта, с исключением сильных стимуляторов секреции. Количество жидкости в рационе не ограничено. Все блюда готовят в вареном виде или на пару, дают непротертыми. Допускаются отдельные блюда в запеченном виде без грубой корки. Режим питания дробный (5-6 раз в день). Пищу дают теплой; необходимо избегать горячих и холодных блюд.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Пшеничный серый хлеб вчерашней выпечки, несдобные и несладкие сорта булочных изделий и печенья, ржаной сеяный хлеб.

Супы на овощных отварах, крупяные, вегетарианские, борщи, щи, свекольники из свежей капусты, суп на нежирном мясном бульоне 1 раз в неделю.

Мясные и рыбные блюда, различные изделия из нежирной говядины, телятины, курицы, кролика, нежирной рыбы (трески, судака, сазана, наваги, щуки, карпа и т. д.) в отварном, запеченном, тушеном виде, можно не измельчать.

Яйца всмятку (не более одного в день), омлет белковый; рассыпчатые и вязкие каши, пудинги, запеканки из круп – несладкие.

Макаронные изделия, отварные в виде запеканок, гречневая, геркулесовая и рисовая каша, манная крупа ограничивается.

Овощи сырые, отварные, запеченные, тушеные, некидая квашеная капуста, капуста цветная отварная с маслом, кабачки и тыква тушеные, салаты, винегреты, зеленый горошек, раннюю сырую мелконашинкованную зелень можно добавлять в различные блюда.

В сыром виде – не очень сладкие фрукты и ягоды; компоты, кисели, муссы несладкие или приготовленные на сахаре (10-15 г на порцию).

Молоко, молочные продукты и блюда из них, при переносимости – цельное молоко, простокваша, кефир, ацидофильное молоко, творог некидлый, свежий.

#### **Не рекомендуют**

Виноградный сок, который вызывает вздутие кишечника.

#### **Резко ограничивают**

Мед, конфеты, варенье, изделия из сдобного теста, мозги, печень, почки, различные соления, копчености, маринады, мясные, рыбные и другие закусочные консервы, копченую колбасу, холодные газированные напитки, шоколад, какао, мороженое, алкоголь, бобовые, шпинат, щавель, грибы, редис, брюкву, лук, чеснок, пряности.

### **Питание при синдроме раздраженного кишечника**

Нормализация пищевого рациона – неременный компонент терапии диетическим питанием больных с синдромом раздраженного кишечника. Диете пациента с СРК следует уделять большое внимание. Важно также учитывать пусковые факторы заболевания. Главное и обязательное условие, предъявляемое к питанию пациента, – удобоваримость пищи с учетом вкусовых привычек пациента и индивидуальной переносимости отдельных продуктов.

Диета при раздраженном кишечнике с постоянным болевым синдромом и/или запором должна быть физиологически полноценной, с нормальным содержанием белков, жиров и углеводов, с некоторым увеличением количества растительных жиров.

Из рациона исключают продукты и блюда, усиливающие процессы гниения и брожения в толстой кишке, экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами, холестерином, и, наоборот, добавляют повышенное количество пищевых волокон в составе перловой, пшеничной и гречневой круп. Общая калорийность рациона должна составлять 2500-2800 ккал.

Особое внимание следует уделять диетпитанию при раздраженном кишечнике с преобладанием поносов. В период обострения рацион должен содержать повышенное количество белка, из него исключают тугоплавкие жиры и продукты, к которым снижена толерантность.

Полностью из рациона питания исключают продукты, обладающие послабляющим эффектом, к ним от-

Содержание клетчатки в различных продуктах

Содержание	Пищевые продукты
Очень большое	Отруби пшеничные, малина, фасоль, орехи, финики, клубника, урюк, крупа овсяная, шоколад, изюм, смородина черная, белая и красная, грибы свежие, инжир, черника, клюква, крыжовник, чернослив
Большое	Крупа гречневая, перловая, ячневая, хлопья овсяные «Геркулес», горох лущеный, картофель, морковь, капуста белокочанная, горошек зеленый, баклажаны, перец сладкий, тыква, щавель, айва, апельсины, лимоны, брусника
Умеренное	Хлеб ржаной из сеяной муки, пшено, лук зеленый, огурцы, свекла, томаты, редис, капуста цветная, дыня, абрикосы, груши, персики, яблоки, виноград, бананы, мандарины
Малое	Хлеб пшеничный из муки II сорта, рис, крупа пшеничная, кабачки, салат, арбуз, вишня, слива, черешня
Очень малое	Мука пшеничная I сорта, хлеб пшеничный из муки I и высшего сортов, крупа манная, макароны, печенье

носятся: мед, чернослив, свекла, морковь и ряд других сырых фруктов и овощей.

При метеоризме следует исключить бобовые, капусту и другие продукты, содержащие легкосбраживаемые углеводы, необходимо ограничить употребление пива, яблочного и виноградного соков, бананов, орехов, изюма. Метеоризму может также способствовать сорбитол, добавляемый в диетические продукты и лекарства, и фруктоза, которой богаты фрукты и ягоды.

В целом рацион должен быть полноценным, хотя рекомендуют 4–6-разовый прием пищи и ограничение количества пищи на ночь.

Нередко синдром раздраженного кишечника сочетается с непереносимостью лактозы (лактазной недостаточностью), необходимо ограничить прием молока и молочных продуктов.

При раздраженном кишечнике в сочетании с запорами в пищевой рацион пациента необходимо включить трудноперевариваемые пищевые волокна, улучшающие перистальтику кишечника, при синдроме раздраженного кишечника в сочетании с диареей целесообразно использование водорастворимой клетчатки и пектинов. Содержание пищевой клетчатки в продуктах питания приведено в таблице 17.5.

#### Рекомендуемые продукты и блюда

При запорах – источники пищевых волокон: ржаные и пшеничные отруби, корнеплоды (свекла, капуста, тыква, морковь, редька), грибы, водоросли (морская капуста), фрукты (яблоки, сливы), крупы (гречневая, овсяная).

#### Не рекомендуют

При раздраженном кишечнике с преобладанием диареи – мед, чернослив, свекла, морковь, сырые фрукты и овощи; при метеоризме – пиво, яблочный и виноградный соки, бананы, орехи, изюм.

### Питание при воспалительных заболеваниях кишечника

В условиях обострения воспалительных заболеваний кишечника, таких как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, диета должна предусматривать механическое, термическое и химическое щажение пищеварительного тракта. По способу воздействия на кишечник продукты делят на способствующие опорожнению и задерживающие опорожнение кишечника. Усилению бродильных процессов и вздутию кишечника способствует углеводное питание. В связи с тем что усвоение всех питательных веществ в основном происходит в тонком кишечнике, клинические симптомы болезни развивают-

ся достаточно быстро и зависят от локализации пораженных отделов кишечника.

Рекомендуют дробное питание не менее 5–6 раз в сутки с некоторым ограничением в рационе доли углеводов и жиров при одновременном увеличении доли белков, содержание которых увеличивают до 130–150 г/сут.

Рацион обогащают продуктами, содержащими кальций и калий. Кальций препятствует развитию остеопороза и оказывает общее противовоспалительное действие.

Потребление жиров и углеводов ограничивают до нижней границы физиологической нормы (70 и 250 г в сутки соответственно).

Количество потребляемой жидкости должно составлять 1,5–2 л, а количество поваренной соли – 6–8 г в сутки.

Иногда улучшению результатов лечения способствует полное исключение из рациона молока и молочных продуктов, а также грубой растительной клетчатки, особенно при наличии участков сужения тонкой и толстой кишки.

#### Рекомендуемые продукты и блюда

Супы на нежирном мясном бульоне, овощные отвары, различные блюда из нежирной говядины, телятины, в отварном виде, в виде котлет, фрикаделек, суфле; блюда из трески, судака, окуня, щуки, продукты, богатые кальцием (нежирные творог, сыры), компоты, кисели и соки, содержащие дубильные вещества (из черники, черемухи, граната, черной смородины, кизила и груши).

#### Не рекомендуют

Щи и борщи из капусты, молочные супы, окрошка, жирные сорта мяса, утка, гусь, копчености и соленья, колбасы, сосиски, консервы, жирные сорта рыбы, грубые сорта овощей, соленые и маринованные грибы, молочные продукты (сливки, сметана, мороженое, жирный творог), острые приправы (хрен, перец, горчица, лук, уксус, чеснок), алкогольные напитки, квас, газированная вода, сладости.

В зависимости от периода, тяжести и характера заболевания при лечении кишечника используют основной вариант стандартной диеты, вариант диеты с механическим и химическим щажением, вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковой).

#### Продукты, способствующие опорожнению кишечника

Продукты, богатые соединительной тканью, – кожа рыб и птицы; продукты, богатые растительной клетчаткой, – овощи, фрукты, ягоды, хлеб с отрубями и из муки низких сортов; продукты, содержащие большое количество органических кислот, – сыворотка, кефир,



простокваша, квас; жиры и продукты, содержащие жир в большом количестве, – растительные масла, молочные продукты, соки с большим содержанием пектиновых веществ.

### **Продукты, способствующие задержке опорожнения кишечника**

Чай, продукты, содержащие большое количество танина, слизистые супы, кисели, хлеб из муки высших сортов муки, горячие блюда и жидкости.

Соблюдение этих рекомендаций позволит достичь стойкой ремиссии при воспалительных заболеваниях кишечника. Медицинская сестра обязана информировать пациента и настроить его на длительную диету, строгое выполнение всех рекомендаций. Пациента следует обучить правилам соблюдения диетических рекомендаций, способам кулинарной обработки, навыкам по контролю заболевания.

### **Питание при хронических заболеваниях печени и желчевыводящих путей**

Подходы к питанию при заболеваниях печени и желчевыводящих путей сходны из-за их тесной анатомической и функциональной связи. Диетотерапия основана на принципах щажения и улучшения функций печени и желчевыводящей системы. Лечебное питание способствует стимуляции выделения желчи, препятствует возможной жировой инфильтрации печени, корректирует обменные нарушения. Диета должна быть достаточной по энергоценности, способствовать процессам регенерации и повышать дезинтоксикационные возможности печени.

Из рациона необходимо исключить продукты и блюда, способные сильно стимулировать желчеотделение, вещества, раздражающие печень (экстрактивные вещества, органические кислоты, продукты, богатые эфирными маслами, жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жиров, тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином и пуринами). Уменьшение количества жиров в диете способствует снижению дискомфорта в животе после еды у пациентов с хроническим холециститом и гепатитами. Однако важно помнить, что жиры являются важным вкусовым компонентом пищи, поэтому их ограничение не должно быть чрезмерным.

Диету обогащают овощами и фруктами, вследствие чего усиливается перистальтика кишечника и обеспечивается максимальное выведение холестерина с калом, хотя следует иметь в виду, что избыток моно- и дисахаридов способствует застою желчи. В рационе должна присутствовать клетчатка, стимулирующая желчеотделение и опорожнение кишечника. Пищевые волокна связывают желчные кислоты и увеличивают их секрецию с калом. Особо высокой связывающей способностью обладают фрукты (яблоки, груши), овощи (морковь, цветная капуста, пастернак, зеленый горошек, картофель), пшеничные отруби. Пищевые волокна этих продуктов предотвращают запоры. В печени в норме происходит активный обмен витаминов, который в значительной степени уменьшается при различных заболеваниях. Поэтому целесообразно создавать избыточный запас витаминов в организме, обогащая ими рацион, — ретинола, фитонина, аскорбиновой кислоты, рибофлавина, пиридоксина, цианкобаламина, что улучшает дезинтоксикационные возможности печени.

Увеличивают потребление калия, магния, фосфора, кальция. Блюда готовят на пару, отваривают или запекают. Эти принципы диетотерапии находят свое отражение в основном варианте стандартной диеты. Суточное со-

держание белков в рационе должно составлять 80-100 г, жиров – 70-80 г (при резко выраженном диспепсическом синдроме до 50 г), углеводов 350-450 г. Пищу употребляют в вареном виде. Режим питания дробный, 5-6 раз в день.

### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Белый и серый хлеб (вчерашний), печенье из несдобного теста.

Вегетарианские, овощные, молочные, крупяные и фруктовые супы, ненаваристые мясные и рыбные бульоны.

Вторые блюда из нежирных сортов мяса и рыбы (говядины, кролика, трески, судака, окуня, щуки), птицы (нежирная сваренная или приготовленная на пару кусочком или в виде кнелей, фрикаделек, рулета).

Отварные овощи (картофель, свекла, кабачки) и блюда из них.

Блюда из круп (лучше овсяной и гречневой).

Лапша, вермишель и макароны (для пациентов с нормальной массой тела).

Сладкие ягоды и фрукты, компоты из них, кисели, муссы, желе, сахар, мед, варенье, пастила.

### **Не рекомендуют**

Свежевыпеченный хлеб, сдобы, торты, пирожные с кремом, жареные пончики, пироги, беляши, чебуреки.

Супы, жареные овощи, наваристые мясные, рыбные, куриные и грибные супы, жирные сорта мяса (свинина, баранина) и птицы (гусь, утка).

Пряности; грибы, щавель, шпинат, лук, редис, редька, чеснок.

Белугу, семгу, осетрину, кету, другие виды соленой и копченой рыбы, икру.

Шоколад, мороженое, газированные напитки, пиво, соки с консервантами. Категорически запрещаются крепкие спиртные напитки, особенно если гепатит и цирроз имеют алкогольную этиологию.

В диету больных гепатитом и циррозом печени в зависимости от характера заболевания, особенностей течения процесса, наличия осложнений основного заболевания могут быть внесены коррективы в виде рекомендаций по применению на определенный период низкобелковой диеты.

**Низкобелковая диета** показана при острой и хронической энцефалопатии, развивающейся у больных с хроническими заболеваниями печени. Диету назначают на длительное время, если после проведенного лечения симптомы энцефалопатии сохраняются. При циррозе печени без признаков энцефалопатии диета не показана.

При острой печеночной энцефалопатии количество пищевых белков уменьшают до 20 г в сутки. После выздоровления количество белка увеличивают по 10 г через день. При возникновении рецидива энцефалопатии возвращаются к предыдущему уровню белка в пище. В острых случаях можно полностью исключить белки на срок от нескольких дней до нескольких недель.

При хронической энцефалопатии больным необходимо постоянно ограничивать потребление белка во избежание развития психических нарушений. У данной группы больных содержание белка в пище должно составлять 40-60 г в сутки. Растительные белки переносятся лучше, чем животные. Они дают менее выраженный аммионогенный эффект и содержат небольшое количество метионина и ароматических аминокислот. Кроме того, растительные белки оказывают более выраженное слабительное действие, так как при их приеме увеличивается поступление пищевых волокон, что ведет к усилению связывания и выведения азота. Прием растительной

пищи может быть затруднен из-за развития метеоризма и диареи.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Слизистые супы, картофель, кабачки, морковь, свекла, зелень, молоко (до 200 мл в день), масло, хлеб, фрукты, фруктовые соки, мед, варенье.

#### **Не рекомендуют**

Мясо, рыбу, сыр, горох, чечевицу, орехи, яйца.

### **Питание при воспалительных и функциональных заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей**

Возникновению заболеваний способствуют алиментарные погрешности, беременность, недостаточная физическая активность, что ведет к застою желчи и нарушению ее оттока. Питание направлено на стимуляцию желчеотделения, уменьшение воспалительных явлений в желчном пузыре и в желчных путях, предупреждение образования камней, нормализацию процессов репарации. Диетотерапия зависит от стадии болезни, сопутствующих заболеваний.

При обострении хронического холецистита диетотерапию начинают с варианта диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая диета). Исключают химические и механические раздражители желудка и желчевыводящих путей. Ограничивают поваренную соль до 5 г, так как она пролонгирует воспалительные процессы.

По мере улучшения состояния больного его переводят на основной вариант стандартной диеты. В диету следует включить творог, сыр, так как соли кальция способствуют сдвигу реакции желчи в щелочную сторону, тем самым препятствуя выпадению холестерина в осадок, что предупреждает камнеобразование.

Введение в рацион продуктов, богатых липотропными веществами, препятствует жировой инфильтрации печени. Жиры в рационе представлены почти наполовину растительными маслами, которые препятствуют застою желчи, способствуют желчеотделению и оказывают липотропный эффект. Употребление животных жиров, богатых холестерином и насыщенными жирными кислотами, ограничивают. Жареные блюда и продукты исключают, так как образующиеся при жарении акролеины усиливают боль, раздражают паренхиму печени. В рационе должно присутствовать достаточное количество овощей и фруктов. Овощные салаты с растительным маслом незаменимы при гипомоторной дискинезии, поскольку клетчатка стимулирует желчеотделение.

При избыточной массе тела необходимы творожные, фруктовые или овощные разгрузочные дни 1 раз в неделю. При наклонности к запорам можно употреблять продукты, обогащенные клетчаткой, трудноперевариваемыми волокнами, растительные масла, чернослив, кисломолочные продукты. Минеральные воды, например эссентуки-17, трускавецкая, стимулируют желчеотделение. Витамин А, находящийся в овощах и других продуктах, стимулирует процессы репарации и препятствует камнеобразованию.

Основа желчных камней, вызывающих желчнокаменную болезнь, — холестерин и его нарушенный обмен, поэтому диетотерапия направлена на борьбу с избыточной массой тела, гиперхолестеринемией. В диете желательно использовать продукты, препятствующие камнеобразованию. Рацион следует обогащать солями магния, которые способствуют выведению холестерина. Избыток холестерина выводят пищевые волокна. В пище должны присутствовать овощи и фрукты, отруби, пшеничная,

гречневая, пшенная крупы, молочные продукты, фруктовые соки и отвар шиповника. Снижению концентрации желчи способствует употребление достаточного количества жидкости (до 2 л в день). Щелочные минеральные воды (боржоми и др.), растительная пища ощелачивают желчь. Для комплексной терапии данной патологии используют основной вариант стандартной диеты.

Медицинская сестра должна проконтролировать выполнение рекомендаций врача по питанию пациентов с воспалительными и функциональными заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей в зависимости от стадии заболевания, наличия осложнений, индивидуальных особенностей организма пациента. Все разъяснения медицинской сестры должны быть понятны пациенту и направлены на предупреждение осложнений, улучшение обменных процессов в организме.

### **Питание при заболеваниях поджелудочной железы**

Поджелудочной железе принадлежит ведущая роль в процессах пищеварения и обмена веществ, так как в ней происходит выработка основных пищеварительных ферментов и гормонов, регулирующих обмен веществ. В разные периоды заболевания к лечебному питанию при хроническом панкреатите предъявляют особые требования: от полного исключения перорального приема пищи и воды в острый период рецидива до назначения адекватной функционально-морфологическому состоянию поджелудочной железы диеты в период восстановления.

Диетическое питание направлено на создание максимального щажения пораженного органа, его физиологического покоя, уменьшение секреции, коррекцию обменных нарушений. Диетотерапия приводит к уменьшению рефлекторной возбудимости желчного пузыря и способствует всем видам щажения (механическому, термическому, химическому) поджелудочной железы.

Рацион обогащают солями калия и кальция, которые способствуют десенсибилизации и уменьшают проницаемость сосудистых стенок. Количество соли в рационе ограничивают — это ведет к уменьшению образования соляной кислоты, уменьшает отек поджелудочной железы. Соли кальция оказывают противовоспалительное действие.

Увеличивают потребление витаминов А, С, В, которые стимулируют процессы заживления и повышают защитные силы организма.

Исключают все вещества, стимулирующие выделение пищеварительных соков (экстрактивные вещества, эфирные масла). Пищу готовят на пару или отваривают. Исключают все продукты, способные вызвать вздутие кишечника.

В период обострения применяют вариант диеты с механическим и химическим щажением, пищу готовят в протертом виде, по мере улучшения состояния больного переводят на непротертый вариант этой диеты, в состоянии ремиссии переходят на диету с повышенным количеством белка (высокобелковую диету), непротертый вариант. Белок стимулирует процессы репарации поджелудочной железы, предотвращает жировую инфильтрацию печени. Количество белков должна быть животного происхождения.

Количество жиров стоит равномерно распределять по приемам пищи. Предпочтение отдавать сливочному маслу и растительным маслам.

В отсутствие поносов можно использовать в пищу сырые овощи с мягкой клетчаткой, предварительно натерев их на терке.

В основе диеты – физиологическая или повышенная норма белка с резким ограничением жиров и исключением продуктов, богатых экстрактивными веществами, стимулирующими секрецию пищеварительных соков. Ограничивают потребление углеводов, особенно моно- и дисахаридов, а при развитии сахарного диабета углеводы исключают полностью. Суточное содержание белков в рационе может достигать 100-120 г, жиров 60-70 г (при выраженной стеаторее – 30-50 г вплоть до ее прекращения), углеводов – 250-300 г. Питание дробное, 5-6 раз в день, небольшими порциями. Пищу дают отварную, при необходимости протертую, в теплом виде.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Слизистые супы (из овощей и круп), мясо и рыба нежирных сортов (говядина, курица, кролик; треска, судак, сазан, щука), мясное и рыбное суфле.

Каши, пудинги, вермишель, лапша в отварном и запеченном виде.

Подсушенный хлеб или белые сухари, сливочное масло, некислый творог, компоты, кисели, лечебный творог, отвар шиповника.

По мере улучшения состояния добавляют белковый паровой омлет, картофельно-морковное пюре, овощи с мягкой клетчаткой (цветная капуста, кабачки), печеные яблоки без кожицы, паровые котлеты и кнели, сливочное масло добавляют только в блюда.

#### **Не рекомендуют**

Все стимуляторы секреторной активности желудочной и поджелудочной секреции: ржаной хлеб, кофе, бульоны, сырые овощи, соки, сдобу, газированные напитки, холодные блюда, продукты, богатые грубой растительной клетчаткой, маргарин, жирные сорта мяса (гусь, утка), колбасы, паштеты, жирные сорта рыбы (семга, палтус), цельное, парное, гущенное молоко, сливки, сметану, жирный творог, майонез, жирные приправы, пирожные, торты, блины, оладьи, сдобы, шоколад, орехи, супы на мясном, рыбном, грибном бульонах.

Медицинская сестра должна помочь составить рацион питания пациента, находящегося на лечении в дневном стационаре, долечивании на дому, дать разъяснения по диетическому питанию в зависимости от стадии заболевания, наличия осложнений, индивидуальных особенностей организма пациента.

### **Питание при заболеваниях почек и мочевыводящих путей**

Диетическое питание пациентов при заболеваниях почек и мочевыводящих путей способствует щажению почек, снижению артериального давления, устранению обменных нарушений, выведению из организма азотистых шлаков, недоокисленных продуктов обмена, усиливает результативность действия лекарственных препаратов с учетом наличия сопутствующих заболеваний.

Основные требования к диетическому рациону больных направлены на ограничение соли и воды, простых углеводов и белка, снижение калорийности рациона с учетом уровня энерготрат организма, исключение из рациона экстрактивных веществ и полное обеспечение потребности организма больного в витаминах и минеральных веществах. При определении тактики диетотерапии имеет значение клиническая форма заболевания и степень выраженности нарушения функций. При лечении заболеваний почек применяют: специальные разгрузочные рационы, вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковую диету), вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковую диету)

и основной вариант стандартной диеты. В лечебном питании особое внимание уделяют количеству белка, жидкости и соли в рационе.

#### **Питание при почечной недостаточности**

При данной патологии снижена фильтрационная способность почек, в результате чего в организме задерживаются азотистые шлаки, компенсаторно увеличено количество выделяемой мочи. С мочой теряется натрий, калий. Развивается ацидоз, олигоурия и увеличивается содержание остаточного азота в крови. Нарушение функций почек, связанных с уменьшением выведения азотистых шлаков и повышенным распадом белка, приводит к резкому увеличению содержания их в крови (состояние азотемии). Диетотерапия направлена на коррекцию обменных нарушений, щажение почек, уменьшение количества азотистых шлаков в крови.

Питание при почечной недостаточности направлено на максимальное щажение паренхимы почек, разгрузку белкового обмена, выведение азотистых шлаков, увеличение диуреза, коррекцию обменных нарушений, предупреждение распада тканевых белков. Это требует строгого ограничения белка в диетическом рационе. Количество белка в рационе уменьшают. Оно зависит от выраженности нарушения азотовыделительной функции почек (от 0,3 до 0,8 г/кг идеальной массы тела).

Блюда готовят без соли (это уменьшает отеки и способствует снижению артериального давления), жидкость ограничивают до 0,8 л. Энергоценность рациона, которая должна составлять 2120-2650 ккал, обеспечивают в основном за счет углеводов, в том числе легкоусваиваемых.

Из рациона исключают алкоголь, азотистые экстрактивные вещества и другие вещества, вызывающие раздражение паренхимы почек и печени.

Блюда готовят на пару или в отварном виде. Источниками белка в диете являются молочные продукты, растительные продукты, яйца. Жиры – сливочное и растительные масла, углеводы – сахар, мед, варенье, крупы.

В стадии полиурии количество жидкости возрастает. В рационе используют блюда из саго, безбелковые продукты. Рацион обогащают витаминами и минеральными веществами. Для лечения этой группы больных используют вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковую диету). При улучшении состояния больных количество белка увеличивают до 40 г, а затем до 60 г в сутки.

Следует использовать белки животного происхождения, так как продукты их метаболизма легче выводятся и способствуют ощелачиванию организма, что в условиях ацидоза очень важно. Блюда готовят без соли.

Для лечения используют вариант диеты с пониженным количеством белка и 1 раз в неделю проводят разгрузку (рисово-компотную, яблочную, арбузную). Разгрузочные диеты стимулируют выведение азотистых шлаков из организма. В диете используют специальные малобелковые продукты (саго, безбелковый хлеб, муссы, кремы, желе).

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб безбелковый, белый или отрубной (ахлоридный).

Супы с саго, овощами, вегетарианские без соли.

Нежирные сорта говядины, индейки, телятины, курица, кролик в вареном виде; нежирная рыба (судак, щука, навага, окунь, плотва) в вареном виде.

Картофель, морковь, свекла, цветная капуста, листья салата, отварные или в натуральном виде.

Омлет и другие блюда из яиц, не более 1 яйца в день. Цельное молоко, кефир (ограниченно), чай некрепкий, разведенные фруктовые соки, сырые овощные соки, отвар шиповника.

#### **Не рекомендуют**

Блюда и гарниры из круп, бобовых и макаронных изделий (исключают полностью или резко ограничивают). Вместо них блюда из саго и специальных макаронных изделий — на воде и молоке в виде каш, пудингов, запеканок, котлет, тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий).

### **Питание при нефротическом синдроме**

При развитии этого состояния у пациентов возникают выраженная протеинурия, отеки, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия и другие нарушения. Диетотерапия этого заболевания основана на рационе с повышенным количеством белка, желателно использовать белки высокой биологической ценности (мясо, рыба, творог, яичный белок).

В диете резко ограничивают использование поваренной соли (хлоридов натрия), жидкости, рацион обогащают липотропными веществами в виде метионина, фосфатидов, витаминами, минеральными веществами и микроэлементами.

В рацион обязательно должны присутствовать соли калия, который может выводиться из организма в результате приема диуретических препаратов. Калий опосредованно способствует выведению жидкости из организма и тем самым уменьшает отеки. Большое содержание калия – в овощах и фруктах.

Целевое назначение диеты: восполнение белка, снижение гипопроteinемии, гиперхолестеринемии, уменьшение отечного синдрома и протеинурии.

Ограничение соли до 2-3 г в сутки, жидкости до 800 мл, повышение содержания белка до 1,6 г/кг массы тела, преимущественно за счет яичного, молочного, рыбного, полное обеспечение минеральными веществами. Один раз в неделю необходимо проводить разгрузочные дни (яблочный, рисово-компотный, сахарный), которые стимулируют выведение азотистых шлаков и жидкости, улучшая состояние больных. Ограничение соли в рационе следует компенсировать применением лимонного сока, томата, зелени, лаврового листа, тмина, корицы. Продукты, богатые эфирными маслами (лук, укроп, чеснок, горчица), из рациона исключают из-за их раздражающего воздействия на почки.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб отрубной, пшеничный, белый, бессолевой.

Супы вегетарианские с крупами, овощами, без соли.

Нежирные сорта говядины, индейки, свинины, кролик в отварном виде или с последующим обжариванием, рыба нежирная.

Каши – манная, рисовая, пшеничная, гречневая, перловая, на воде, молоке.

Пудинги, зразы, котлеты; отварные, запеченные, протертые овощи – картофель, морковь, свекла, тыква, кабачки, цветная капуста, помидоры, листья салата, петрушки.

Нежирный творог, молоко, напитки в виде свежих соков, отвара шиповника, любые фрукты и овощи без ограничения, арбуз, дыня, тыква.

Сахар ограничен до 50 г, мед до 75 г.

#### **Не рекомендуют**

Алкоголь. Азотистые экстрактивные вещества. Какао, шоколад. Острые, соленые закуски, мясные, грибные, рыбные отвары, бараний, говяжий, свиной жир.

### **Питание при мочекаменной болезни**

Это состояние организма, при котором в мочевых путях формируются и выпадают в осадок конкременты различной химической природы, чему способствуют инфекции мочевых путей, застои мочи, сдвиг pH мочи. Кислотный сдвиг вызывает выпадение уратов, оксалатов, щелочной способствует образованию и выпадению фосфатов и карбонатов. Независимо от типа камней диетотерапия направлена на предупреждение образования песка и камней, улучшение мочеотделения.

В рационе ограничивают азотистые экстрактивные вещества, поваренную соль (до 6 г/сут), продукты, богатые эфирными маслами и щавелевой кислотой (щавель, шпинат, ревень), одновременно увеличивают количество витаминов, продуктов, богатых растительной клетчаткой.

Блюда готовят на пару, отваривают или запекают.

Необходимо употребление большого количества жидкости (1,5-2 л/сут), которая будет способствовать выведению конкрементов из организма.

Использование отвара шиповника, арбузов, минеральных вод усиливает мочегонный эффект.

В питании следует применять основной вариант стандартной диеты с дробным 4-6-разовым питанием.

#### **Рекомендуемые продукты и блюда**

Белый и черный хлеб, масло животное и растительное, молоко, творог, сметана, яйца, кислые молочные продукты, сыр.

Вегетарианские супы (из разрешенных овощей), молочные супы, отварные мясо, рыба, птица в ограниченном количестве (150 г через день).

Блюда из круп и теста, цветная капуста, белокочанная капуста, чечевица, горох, зеленый горошек, репа, спаржа, огурцы, яблоки, груши, абрикосы, персики, виноград, свежие соки, брусника, красная смородина, кислые яблоки.

#### **Не рекомендуют**

Продукты и блюда с избыточным содержанием щавелевой кислоты и ее солей – щавель, шпинат.

Свеклу, картофель, бобы, ревень, инжир, петрушку, сливу, землянику, крыжовник.

Чай, какао, кофе, шоколад.

### **Питание при сахарном диабете**

Диетотерапия – существенная часть комплексного лечения больных сахарным диабетом, проводится с учетом тяжести заболевания. Универсальной диеты для этой группы больных не существует. Питание направлено на коррекцию всех обменных нарушений, щажение инсулярного аппарата поджелудочной железы, повышение защитных сил организма, профилактику возможных осложнений заболевания. Для лечения заболевания можно использовать три варианта диеты.

Основной вариант стандартной диеты используют в тех случаях, когда у больного инсулиннезависимый сахарный диабет, нормальная масса тела, он не нуждается в инсулинотерапии или получает ее в небольшом количестве при легкой степени тяжести или латентной форме заболевания. Диета физиологически полноценная, но исключают рафинированные углеводы.

Вариант диеты с повышенным количеством белка назначают при диабете инсулинзависимом и инсулиннезависимом без сопутствующего ожирения и нарушений азотовыделительной функции, т. е. при сахарном диабете средней тяжести и тяжелом в условиях проведения инсулинотерапии и достаточном двигательном режиме.

Диета физиологически полноценная, но исключают рафинированные углеводы.

Вариант диеты с пониженной калорийностью назначают при инсулиннезависимом диабете с ожирением. Энергоценность рациона уменьшают за счет углеводов и жиров.

При использовании основного варианта стандартной диеты необходимо способствовать созданию условий для нормализации всех видов обмена, ограничивать экстрактивные вещества, обогащать рацион липотропными веществами и витаминами. Суточное количество белка 85-90 г (в том числе 40-45 г животного), жиров 70-80 г (в том числе 25-30 г растительных масел), углеводов 300-330 г с исключением рафинированных углеводов. Энергоценность рациона 2170-2400 ккал.

Энергоценность рациона зависит от массы тела, возраста, пола и характера труда. Употребление простых углеводов (мед, сахар, варенье) могут вызвать резкий подъем глюкозы крови после еды, что ухудшает состояние больных. Важно грамотно распределять углеводы равномерно в течение дня на все приемы пищи. Желательно, чтобы на завтрак приходилось 20 %, на обед – 30, полдник – 20, ужин – 20 и на ночь – 10 % суммарной энергоценности рациона. В случае если блюдам необходимо придать сладкий вкус, можно использовать заменители сахара: ксилит (15-20 г 1-2 раза в день); сорбитол (20-30 г в сутки). Ксилит и сорбитол имеют энергоценность 4 ккал на 1 г, оказывают антикетогенное, желчегонное и послабляющее действие. Сахарин в 450 раз слаще сахарозы, не имеет энергоценности и не участвует в обменных процессах, может накапливаться в почках, печени, селезенке, мочевом пузыре. Заболевания печени и почек выступают противопоказанием к назначению сахарина. Суточная доза сахарина 2,5 мг/кг массы тела. Аспартам (реализуется в аптеках под названием «Шугафри») рекомендуют к использованию при сахарном диабете, он в 200 раз слаще сахарозы, энергоемкость 1 г – 4 ккал, суточная доза 20-40 мг/кг массы тела.

Рацион больных сахарным диабетом в основном должен содержать сложные углеводы: хлеб, крупы, овощи, фрукты, ягоды. В продуктах растительного происхождения преобладают щелочные компоненты, что очень важно для борьбы с ацидозом. Разрешено употребление в пищу картофеля 200-300 г с точным учетом общего количества углеводов. Продукты по-разному воздействуют на уровень глюкозы в крови. Способность изменять количество глюкозы в крови характеризуется гликемическим индексом. Чем ниже гликемический индекс продукта, тем он полезнее больному сахарным диабетом. Полезные продукты: ржаной хлеб, макароны звездочки, зерновые злаки – ячмень, гречка, рис, ржаные зерна, пшеничные зерна, яблоки, апельсины, зеленый консервированный горошек, фасоль, чечевица, арахис, соевые бобы, молоко, йогурт, яблочный сок.

Содержание углеводов в суточном рационе больного должно быть постоянным. Для получения разнообразного меню используют таблицу взаимозаменяемости продуктов по углеводам. Существует понятие «хлебная единица» – количество продукта, которое содержит 12 г углеводов; в один прием больной не должен употреблять больше 6 ХЕ; 1 ХЕ требует 1,42-2 ЕД инсулина и способна повысить сахар в крови на 2,77 ммоль/л. Используя таблицы химического состава пищевых продуктов, можно подсчитать хлебные единицы для любого продукта.

В питании больных сахарным диабетом ведущую роль играют пищевые волокна, которые содержатся в оболоч-

ках растительных клеток. Пищевые волокна не перевариваются в организме, не всасываются в кишечнике и не выступают источником энергии. Пищевые волокна адсорбируют на себе токсические вещества, избыток холестерина, стимулируют перистальтику кишечника. В диете больных сахарным диабетом их должно быть 25-30 г. При наличии у больного сахарным диабетом сопутствующих заболеваний (панкреатита, энтероколита) из рациона исключают грубоволокнистые овощи (капусту, редис), заменяя их кабачками, патиссонами, тыквой, цветной капустой, у которых клетчатка более нежная и не вызывает механического раздражения органов желудочно-кишечного тракта. Овощи можно заменить крупой. Коэффициент пересчета овощей на крупу равен 5. Это означает, что 200 г овощей может заменить 40 г крупы.

Жиры в рационе способствуют щажению инсулярного аппарата, в тоже время они полностью не расщепляются, а в крови накапливаются недоокисленные продукты их обмена. Поэтому в основном варианте стандартной диеты и в диете с пониженной калорийностью их несколько ограничивают, особенно в случае жировой инфильтрации печени и кетоацидоза. С целью профилактики атеросклероза следует ограничивать продукты с высоким содержанием холестерина (яичный желток, субпродукты, тугоплавкие жиры). В питании в достаточном количестве должны присутствовать растительные масла, содержащие полиненасыщенные кислоты и фосфолипиды (оказывают липотропное действие и способствуют синтезу холина), а также продукты, богатые липотропными факторами (творог, рыба, мясо, гречневая и овсяная крупы), так как они предотвращают возможную жировую инфильтрацию печени.

Поскольку при сахарном диабете средней тяжести и тяжелых форм происходит усиленный распад белка и уменьшается его синтез, то количество белка в рационе у этих больных следует повышать до 110-120 г (вариант диеты с повышенным количеством белка). На белки животного происхождения приходится 45-50 г белка, так как они содержат достаточно широкий спектр незаменимых аминокислот.

В питании больных должно быть достаточное количество витаминов (ретинол, группы В, аскорбиновая кислота), микроэлементов, таких как цинк, марганец, медь, минеральных компонентов. Для профилактики обезвоживания организма количество жидкости не ограничивается и должно составлять 1,5 л в сутки. Содержание поваренной соли в рационе предусматривается не более 6 г в сутки из-за склонности больных сахарным диабетом к артериальной гипертензии, сердечно-сосудистым и почечным заболеваниям.

Дробное питание позволяет избежать больших одномоментных нагрузок на инсулярный аппарат поджелудочной железы. Основным вариантом стандартной диеты как самостоятельный метод лечения используется при латентном диабете, диабете легкой степени тяжести, а также при определении толерантности к углеводам у больных с впервые выявленным сахарным диабетом.

Борьба с ожирением – одна из основных задач больных, страдающих инсулиннезависимым типом сахарного диабета. Предусмотрен вариант диеты с пониженной калорийностью: белки 70-80 г; жиры 60-70 г (из них 25 г растительные); углеводы 130-150 г, с отсутствием в рационе простых углеводов. Энергоценность рациона 1340-1550 ккал. Пища готовится в отварном виде и на пару, без соли. Свободной жидкости до 1,5 литров. Питание дробное 5-6 раз в день.

## Характеристика продуктов по гликемическому индексу

Углеводы с высоким гликемическим индексом («плохие» углеводы)	Индекс	Углеводы с низким гликемическим индексом («хорошие» углеводы)	Индекс
Жареный картофель	95	Хлеб с отрубями	50
Белый хлеб	95	Необработанные зерна риса	50
Картофельное пюре	90	Горох	50
Мед	90	Необработанные злаковые без сахара	50
Морковь	85	Овсяные хлопья	40
Кукурузные хлопья	85	Гречневая каша	40
Сахар	15	Ржаной хлеб с отрубями	40
Шоколад	70	Свежий фруктовый сок без сахара	40
Вареный картофель	70	Макаронные изделия из муки грубого помола	40
Бисквиты	70	Красная фасоль	40
Кукуруза	70	Сухой горох	35
Белый рис	70	Хлеб с отрубями 100 % обмолоченный	35
Черный хлеб	65	Молочные продукты	35

Таблица 17.7

## Взаимозаменяемость пищевых продуктов по углеводам

Наименование продуктов	Количество продуктов, содержащих 1 ХЕ	
	Граммы	Меры
1	2	3
1. Хлебобулочные изделия		
Сухари черные, хлебные палочки	15	2 шт.
Хрустящие хлебцы	20	2 шт.
Хлеб пшеничный	20	1/2 куска
Хлеб ржаной	25	1/2 куска
Хлеб с отрубями	30	1/2 куска
2. Мучные и крупяные продукты		
Рис	15	2 ч. л.
Крахмал картофельный	15	2 ч. л.
Мука кукурузная	15	2 ч. л.
Мука пшеничная высший сорт	15	2 ст. л.
Макаронные изделия	15	1,5 ст. л.
Крупы манная, гречневая, овсяная, перловая, пшенная, ячневая, пшеничная	20	1 ст. л.
Мука соевая цельная	80	3 ст. л.
3. Фрукты и ягоды		
Сухофрукты	15	2 ст. л.
Бананы, яблоки	15	1/2 шт.
Чернослив, изюм, финики	20	1 ст. л.
Бананы без корки	60	1/2 шт.
Хурма	90	1 шт.
Ананас	105	1 кусок
Инжир	110	3 шт.
Гранаты	110	1 шт.
Вишня, черешня	115	3 шт.
Плоды шиповника	120	3/4 гр. ст.
Яблоки	120	1 шт.
Слива	125	4 шт.

1	2	3
Персики	125	1–2 шт.
Дыня без кожуры	130	1 кусок
Крыжовник	130	3/4 гр. ст.
Абрикосы	135	5 шт.
Арбуз без корки	135	1 кусок
Черника	150	1 гр. ст.
Брусника	150	1 гр. ст.
Апельсины без кожуры (мандарины)	150	1 шт. (2–3 шт.)
Белая смородина	150	1 ст. (250 г)
Груша	150	1 шт.
Черная и красная смородина	165	2/3 стакана
Грейпфрут без кожуры	185	1/2 шт.
Земляника, клубника	190	1 ст. (200 г)
Ежевика	275	1 ст.
Клюква	315	1 ст. (200 г)
Лимоны	400	4 шт.
Соки без сахара:		
виноградный	70	1/3 ст.
сливовый, красносмородиновый	80	1/3 ст.
вишневый	90	1/2 ст.
яблочный, грушевый, черносмородиновый, из крыжовника, из голубики	100	1/2 ст.
апельсиновый	100	1/2 ст.
ежевичный	120	1/2 ст.
мандариновый	130	1/2 ст.
грейпфрутовый	140	2/3 ст.
клубничный	160	3/4 ст.
малиновый	170	2/3 ст.
4. Овощи		
Картофель жареный	30	2 ст. л.
Кукуруза в зернах	70	4 ст. л.
Картофель отварной	75	1 шт.
Горошек зеленый	95	4 ст. л.
Лук репчатый	130	2 шт.
Морковь	165	2 шт.
Помидоры	315	3 шт.
Огурцы грунтовые	575	6 шт.
5. Молочные продукты		
Молоко сухое цельное	109	1,5 ст. л.
Молоко цельное	30	1 ст. (200 г)
Кефир	125	1 ст. (200 г)
Простокваша	255	1 ст. (200 г)

### Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб, преимущественно черный.

Супы на овощном отваре, на слабом мясном и рыбном бульоне 1-2 раза в неделю.

Мясные блюда – говядина, телятина, курица, индейка в отварном и заливном виде, нежирные сорта рыбы (судак, треска, щука, навага, сазан) в отварном виде.

Капуста белокочанная, цветная, салат, редис, огурцы, помидоры, кабачок, картофель, свекла, морковь не более 200 г в день, крупяные, бобовые, макаронные изделия и блюда в ограниченном виде.

Кислые и кисло-сладкие сорта фруктов и ягод (яблоко зеленые, лимоны, апельсины, клюква и др.) до 200 г

в день в сыром виде и на ксилите, сорбитоле в виде компотов.

Молоко, творог, сыры в ограниченном виде, неострые соусы, сливочное, растительное масло до 40 г в день.

Основные задачи медицинского персонала в работе с этой группой больных заключаются в том, чтобы научить пациента контролировать данное заболевание, повысить качество жизни, научить составлению рациона в домашних условиях, подбору продуктов питания по гликемическому индексу (табл. 17.6), по хлебным единицам и по таблице взаимозаменяемости продуктов питания (табл. 17.7). Как правило, такие занятия организуются и

проводятся в школах рационального питания для больных сахарным диабетом. Медицинская сестра должна информировать пациента о длительности применения диеты, необходимости диетотерапии для комплексного лечения основного заболевания, предупредить о возможных последствиях, возникающих при нарушении диеты.

### Питание при ожирении

Основной принцип диетотерапии при ожирении — резкое ограничение энергетической ценности рациона. Степень сокращения должна быть пропорциональна степени превышения массы тела. Количественный принцип — сопоставимое поступление энергии с питательными веществами и расходование энергии, что очень важно в комплексе лечения больных с избыточной массой тела и ожирением.

Диетотерапия — это основной метод лечения. Диета подбирается для конкретного пациента с учетом его индивидуальных антропометрических данных и особенностей организма, сопутствующих заболеваний. Принципы построения питания при ожирении следующие:

- назначение редуцированной, малокалорийной диеты (табл. 17.8);
- ограниченное введение углеводов в рацион, особенно быстрорастворимых и простых углеводов (сахара) — основного поставщика энергии и предшественника жиров;
- ограничение жиров животного происхождения за счет увеличенного введения растительных жиров (50 % от общего количества);
- создание чувства сытости путем введения в рацион растительной клетчатки, пищевых волокон;
- многократное питание (до 6 раз в сутки), устраняющее чувство голода, исключение продуктов, возбуждающих аппетит (острые закуски, пряности и др.);
- нормализация водно-солевого баланса, ограничение соли до 5 г в сутки в пище и жидкости до 1-1,5 л;
- использование в питании контрастных и разгрузочных рационов.

#### Оценка состояния питания

Перед тем, как рекомендовать диету, необходимо рассчитать идеальную массу тела, затем определить

физиологическую потребность в пищевых веществах и энергии.

**Масса тела** — один из самых важных показателей состояния питания. Как правило, массу тела человека сравнивают с рекомендуемой (идеальной) массой тела, которую можно рассчитать по формулам или номограммам. Идеальной массой (табл. 17.9) можно считать и ту массу, при которой пациент чувствовал себя комфортно в молодости. Идеальную рекомендуемую массу ( $MT_{ид}$ ) тела можно вычислить по формуле

$$MT_{ид} = (Рост, см - 100) \pm 10 \%$$

В зависимости от процента превышения фактической массы тела по сравнению с идеальной выделяют 4 степени ожирения:

- I — 10-29 %;
- II — 30-49 %;
- III — 50-99 %;
- IV — 100 % и более.

В последнее время вычисляют не только  $MT$ , но и более информативный показатель ИМТ — индекс массы тела (табл. 17.10, 17.11):

$$ИМТ = \frac{MT, кг}{(Рост, м)^2}$$

Уменьшение энергоёмкости рациона, степень редуцирования рациона колеблется от 30 до 50 % в зависимости от желания и возможности пациента. Лучше всего производить редуцию на 40 %, это позволяет пациентам легко переносить диету с пониженной энергоценностью в амбулаторных условиях, масса тела при этом снижается медленно. Наибольшее снижение массы тела происходит в первые две недели лечения за счет потери воды. Чем значительнее ожирение, тем больше следует урезать рацион.

Пищу готовят в отварном виде и на пару, без соли. Количество белков в диете — 1-2 г/кг идеальной массы тела, причем 60 % из них — животного происхождения. Повышенное количество белков необходимо для предотвращения эндогенного распада белков в условиях низкой энергоценности рациона, а также для поддержания активности ферментов. Белки вызывают чувство насыщения. Длительный их дефицит ведет к жировой инфильтрации печени.

Количество жиров в диете уменьшается за счет животных жиров. Резкое ограничение жиров в диете приводит к дефициту жирорастворимых витаминов. Растительные жиры активизируют процессы расщепления жиров.

Углеводы в рационе составляют примерно до 2 г/кг идеальной массы тела (150 г в сутки). Только 20-30 % энергоценности рациона покрывают углеводы (вместо 50-60 % в норме). Ниже 70 г в сутки снижать потребление углеводов не рекомендуют из-за возможности развития кетоацидоза. Прежде всего ограничиваются простые углеводы (моно- и дисахариды). Сложные углеводы в рационе должны быть представлены продуктами с низким гликемическим индексом (капустой, грибами, горохом, бобами, гречневой и овсяной крупой, помидорами, огурцами). Ограничивают: картофель, морковь, свеклу, манную и рисовую крупы.

Полезны овощи и фрукты, так как они богаты пищевыми волокнами, витаминами и микроэлементами. Чтобы избежать чувства голода, необходимо исключить из рациона продукты, стимулирующие аппетит: бульоны, пряности, острое, соленое, жареное, алкоголь.

Необходима медленная еда и тщательное пережевывание пищи, употребление объемной, но малокало-

Таблица 17.8

#### Суточный набор продуктов для больных с ожирением

Продукты	Варианты диет		
	1510 ккал	1380 ккал	1250 ккал
Молоко, кефир, мл	300	300	300
Творог нежирный, г	150	150	150
Сметана 20 %, г	20	—	—
Яйцо, шт.	1	1	—
Говядина или курица без кожи, г	200	200	200
Рыба нежирных сортов, г	100	100	100
Картофель, г	200	200	100
Овощи (капуста, огурцы, морковь, свекла и др.), г	500	500	500
Свежие фрукты и ягоды, г	300	300	300
Масло растительное, г	20	20	20
Хлеб черный, г	100	50	50



Таблица 17.9

**Идеальная масса тела, кг в зависимости от конституции**

Рост, см	Астеничный тип	Нормостеничный тип	Гиперстеничный тип
150	47,5	50,0	52,5
152	48,0	50,5	53,0
154	48,6	51,2	53,8
156	49,6	52,2	54,8
158	50,6	53,3	56,0
160	51,8	54,5	57,2
162	53,0	55,8	58,6
164	54,1	57,0	59,9
166	55,3	58,2	61,1
168	56,5	59,5	62,5
170	57,9	61,0	64,1
172	59,3	62,4	65,5
174	60,5	63,7	66,9
176	61,7	65,0	68,3
178	63,1	66,4	69,9
180	64,1	67,5	70,9
182	65,3	68,7	72,1
184	66,2	69,7	73,2
186	67,1	70,6	74,1
188	67,7	71,3	74,9
190	68,8	72,4	76,0
<i>Идеальная масса для мужчин старше 25 лет</i>			
150	52,8	55,6	58,4
152	53,6	56,4	59,2
154	54,3	57,2	60,1
156	55,2	58,1	61,0
158	56,2	59,2	62,2
160	57,4	60,4	63,4
162	58,5	61,6	64,7
164	59,6	62,7	65,8
166	60,8	64,0	67,1
168	62,2	65,5	68,8
170	63,6	67,0	70,4
172	65,2	68,6	72,0
174	66,5	70,0	73,5
176	67,9	71,5	75,1
178	69,3	73,0	76,7
180	70,8	74,5	78,2
182	72,2	76,0	79,9
184	73,9	77,8	81,7
186	75,1	79,1	83,1
188	76,3	80,3	84,3
190	77,5	81,7	85,9

Таблица 17.10

**Определение степени недостаточности питания на основе значения ИМТ**

Значение ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	Показатель питания
17-18,5	Легкая степень недостаточности питания
15-16,9	Средняя степень недостаточности питания
Менее 15	Тяжелая степень недостаточности питания

Таблица 17.11

**Классификация ожирения по ИМТ**

Показатель питания	Значение ИМТ, кг/м <sup>2</sup>
Нормальный	18,5-24,9
Избыточная масса тела I ст. (преожирение)	25,0-29,9
Избыточная масса тела II ст.	30,0-34,9
Избыточная масса тела III ст.	35,0-39,9
Избыточная масса тела IV ст.	> 40,0

рийной пищи. При запорах показаны пищевые волокна. Любые пищевые добавки играют вспомогательную роль в лечении ожирения, они эффективны на фоне диеты с пониженной энергоценностью.

При ожирении с успехом применяются специальные разгрузочные диеты.

**Рекомендуемые продукты и блюда**

Хлеб черный, отрубной.

Супы на овощном бульоне, 2-3 раза в неделю на слабом мясном и рыбном отварах, тощая говядина, 1-2 раза в неделю нежирная баранина, постная свинина, в отварном виде, нежирная птица, кролик, нежирные сорта рыбы (судак, треска, щука, навага, сазан).

Творог, молочные продукты, нежирные.

В отварном виде блюда из овощей – капуста белокочанная, цветная, салат, редис, огурцы, помидоры, кабачки в сыром, отварном, печеном виде.

В ограниченном количестве – крупы, бобовые, макаронные изделия.

Кислые и кисло-сладкие сорта фруктов, ягод (яблок, апельсинов, красной смородины, крыжовника, клюквы) в сыром виде и в компотах.

Неострые соусы, минеральная вода, фруктовые соки без добавления сахара.

**Не рекомендуют**

Продукты и блюда, содержащие сахар, – кондитерские изделия, шоколад, конфеты, сдобу, мороженое.

Острые, пряные, копченые и соленые закуски, перец, хрен, алкогольные напитки, субпродукты (мозги, печень, сердце).

Следует убедить пациента в том, что снижение массы тела, соблюдение диеты – это длительный процесс. Неправильно спланированная, недостаточно разъясненная или недостаточно понятая диета приводит к ее несоблюдению больным, и назначать подобную диету не стоит. Целесообразно лицам с избыточной массой тела и ожирением посещать школу рационального питания, где они получают прежде всего психологическую поддержку, научатся рассчитывать по антропометрическим данным идеальную массу тела, индекс массы тела, составлять диету, контролировать заболевания, ведя постоянно дневник питания.

Решение проблем массы тела занимает много сил, энергии и времени, а от медицинских работников требуются знания и умения. Эффективность терапии во многом зависит от мотивации пациентов в снижении массы тела. Больной с ожирением будет лечиться до тех пор, пока он худеет. Поэтому в случае лечения ожирения должен быть постоянный психологический контакт между пациентом и медицинским работником.

#### 4. Энтеральное питание

Любое питание, вводимое в ЖКТ, обозначается термином «энтеральное питание». Большинство пациентов удовлетворяют свои нутриционные потребности, принимая пищу перорально. Однако болезнь может препятствовать этому, и тогда следует рассматривать альтернативные стратегии. Цель этого подраздела – описание различных типов энтерального питания в контексте нутриционной поддержки.

Энтеральное питание способно обеспечивать всасывательную функцию слизистой оболочки тонкой кишки и участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции. Такие непитательные эффекты могут быть настолько же важны, как и трофическая функция энтерального питания.

По данным Института питания РАМН, научных исследований отечественных и зарубежных авторов, нарушения пищевого статуса (истощение, недоедание, белково-энергетическая недостаточность, признаки гиповитаминоза, изменения иммунного статуса) определяют у следующих групп лиц:

- с различными хроническими заболеваниями органов пищеварения;
- с сахарным диабетом
- с патологией почек и мочевыделительной системы;
- с туберкулезом;
- со злокачественными новообразованиями;
- перенесших различные операции на органах пищеварения;
- с неврологическими заболеваниями, в частности перенесших острые нарушения мозгового кровообращения;
- у лиц старческого возраста.

Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий при различных заболеваниях, отрицательно влияют на иммунные механизмы (следовательно, и на продолжительность жизни), вызывают метаболические расстройства, присоединение инфекционных осложнений. Не всегда рационально построенная диета может решить проблему адекватного питания и исправить найденные нарушения в пищевом статусе (речь идет о категории пациентов, которые по разным причинам не могут получить либо усвоить необходимые питательные вещества). Во всех случаях, когда пациент не может получать пищу естественным путем, она недостаточно усваивается или неадекватна потребностям организма в питательных веществах, возникает необходимость нутритивной поддержки организма. В зависимости от степени выраженности питательной недостаточности и состояния желудочно-кишечного тракта нутритивная поддержка может быть реализована путем использования пероральных питательных смесей или энтерального зондового питания.

**Показания для проведения нутритивной поддержки:**

- длительное отсутствие возможности естественного перорального питания;

- наличие анорексии, выраженной кахексии, слабости пациента;
- возросшие потребности пациента на фоне повышенного распада белка, вследствие проведенной объемной операции, онкологических заболеваний;
- нарушения сознания и глотания, невозможность приема пищи естественным путем;
- непроходимость пищевода и желудка для твердой пищи (опухоли, пестожеговые и рубцово-язвенные стенозы);
- длительный период после операций на органах пищеварения;
- онкологические заболевания.

Энтеральное зондовое питание предполагает введение питательных смесей специального состава через желудочные и кишечные зонды, через гастростому, наложенные хирургическим способом или с помощью чрескожной эндоскопической гастростомы. Если пациент с нормально функционирующим кишечником не способен или не желает принимать достаточно пищи, чтобы удовлетворить потребности своего организма, то можно рассмотреть различные способы энтерального питания. Питательные смеси должны вводиться в том участке желудочно-кишечного тракта, где возможно их всасывание. Иногда допустимо использование модифицированных смесей, например пептидной формулы, чтобы преодолеть ферментную недостаточность и таким образом избежать назначения парентерального питания. Несмотря на то, что энтеральное питание должно быть методом выбора нутриционной поддержки, могут встречаться и такие случаи, когда оно противопоказано:

- отсутствие функции кишечника вследствие кишечной недостаточности, тяжелого воспаления или в некоторых других случаях, например при послеоперационной атонии;
- полная кишечная непроходимость;
- невозможность получить доступ к кишечнику, например после сильных ожогов, при множественных травмах.

В сомнительных случаях может быть предпринята ограниченная по времени попытка энтерального кормления.

Назначение и выбор энтерального питания осуществляет врач, при этом медицинская сестра должна владеть основными приемами проведения энтерального питания и обучать больного и его родственников данной методике.

**Основные цели обучения:**

- хорошо разбираться в различных методиках проведения энтерального питания;
- понимать показания и противопоказания к назначению энтерального питания;
- определять преимущества энтерального зондового питания;
- выбирать подходящую питательную смесь для энтерального питания;
- выявлять ключевые особенности, связанные с методикой проведения энтерального зондового питания;
- выявлять осложнения, связанные с энтеральным питанием.

#### Методика проведения энтерального зондового питания

Доступ к кишечнику возможен в различных местах, поэтому выбор методики проведения питания будет за-

висеть от основной патологии, длительности зондового кормления и предпочтений пациента.

Энтеральное питание является более физиологичным, действенным и дешевым, чем парентеральное. Течение основного заболевания пациента и преимущества зондового питания будут влиять на способ доступа для обеспечения энтерального питания. Назоэнтеральные пути доступа применимы для относительно кратковременного питания (менее 4 нед). Пациентам, нуждающимся в длительном энтеральном питании, целесообразно проведение эзофаго-, гастро- и еюностомии.

#### **Показания**

Назогастральное, или назоэнтеральное, зондовое питание показано пациентам с неврологическими или физиологическими нарушениями, препятствующими удовлетворительному пероральному приему пищи, а также пациентам с патологией ротоглотки и пищевода. Такой способ доставки питания показан также пациентам с ожогами, желудочно-кишечными заболеваниями, синдромом короткой кишки и больным, которые прошли курс химиотерапии или лучевой терапии. Назоэнтеральное зондовое питание может быть также использовано во время полного парентерального питания как дополнение к комбинированному парентеральному и энтеральному питанию и к самостоятельному пероральному приему пищи.

#### **Противопоказания**

Назоэнтеральное зондовое питание противопоказано пациентам с тяжелой патологией желудочно-кишечного тракта. Когда после операции не удается опорожнить желудок надлежащим способом, то снизить риск тошноты, рвоты и острого расширения желудка можно с помощью введения питательной смеси непосредственно в тонкую кишку. Этот метод может требовать рентгенологического или эндоскопического контроля при введении зонда в тонкую кишку (назодуоденальное, назоюнальное кормление).

#### **Техника введения зондов**

Способы введения зондов для назогастрального, назодуоденального и назоюнального размещения одинаковы. Смазанный кончик проходит через наиболее доступную ноздрю внутрь носоглотки, проглатывается, если пациент способен глотать, и располагается в желудке. После этого пациент должен повернуться на правую сторону таким образом, чтобы перистальтическое движение желудка могло проталкивать утяжеленный конец зонда через привратник желудка внутрь двенадцатиперстной кишки. В последнее время более широко стало применяться размещение зонда с помощью эндоскопа или под контролем рентгеноскопии. Подача питательной смеси в постпилорический отдел желудка может предотвратить проблемы, связанные с рефлюксом нутриентов и аспирацией.

Если назоэнтеральный зонд вводится пациенту с нарушениями сознания или кашлевого рефлекса, очень важно проверять положение дистального конца. Поддувание воздуха в зонд может ввести в заблуждение, так как при аускультации в области желудка слышен звук, проходящий через зонд, который оказался внутри главного бронха. Наиболее простой показатель правильного размещения зонда в желудочно-кишечном тракте – аспирация желудочного или кишечного содержимого. Если же содержимое кишечника не может быть аспирировано через зонд, то для определения положения зонда перед началом подачи энтеральной смеси необходимо рентгенологическое подтверждение расположения его

конца. Так как зонды рентгенконтрастны, то обзорного снимка брюшной полости обычно бывает вполне достаточно. Если точное расположение зонда все же остается сомнительным, то необходимо ввести через него небольшое количество водорастворимого контрастного вещества.

Техника безопасности в отношении использования зонда для обеспечения назогастрального питания является главной проблемой. Наиболее часто возникает кожное раздражение от лейкопластыря. Гипоаллергенный лейкопластырь или специальный зажим надежны и эффективны при их правильном применении.

#### **Осложнения**

Есть данные о том, что частота осложнений от размещения назоэнтерального зонда варьирует от 0,3 до 15 %. Значительными факторами риска и осложнений являются:

- пожилой возраст;
- неврологические расстройства;
- анатомическая аномалия;
- кровотечение;
- установка зонда в просвете бронха;
- прободение желудочно-кишечного тракта.

#### **Доставка нутриентов**

Часто заболевание пациента определяет оптимальное место для размещения зонда и способы доставки. Конкретные рекомендации даны ниже. Преимуществами введения нутриентов в желудок являются облегченное размещение зонда в желудке, физиологическое сходство с нормальным питанием и выбор непрерывной или периодической доставки питательных веществ. Непрерывное введение часто предпочтительнее для госпитализированных пациентов, тогда как для находящихся дома больных по возможности применяют периодическое введение смеси. Тонкий кишечник плохо переносит периодическое введение, поэтому может оказаться необходимой непрерывная доставка нутриентов, приводящая к меньшим метаболическим отклонениям.

#### **Мониторинг**

Пациенты, получающие питание назоэнтеральным путем, нуждаются в таком же внимательном наблюдении, как и пациенты, которым назначено парентеральное питание. Лучше всего, если проведение нутриционной поддержки контролирует специальная бригада, чья работа регламентируется определенными протоколами. Во избежание осложнений необходимо особое внимание к водно-электролитному балансу и метаболическому статусу пациента.

#### **Способы доставки питания**

Питание может быть доставлено следующими способами:

- *болус* – отмеренное количество, медленно вводимое с помощью шприца (объемом более 50 мл) за определенный отрезок времени. Скорость введения не должна превышать 30 мл/мин. Обычно этот метод используется, если пациент спокоен или временно недоступен насос;
- *периодическое* – питание дается в течение 24-часового периода с интервалами для отдыха. Например, 3 ч кормления, затем 2 ч отдыха, 3 ч кормления, 2 ч отдыха и т. д.;
- *ночное* – питание дается в течение ночи, что позволяет быть более свободным днем. Это особенно целесообразно, если зондовое питание используется в дополнение к пероральному приему, но требуется помнить о необходимости вводить большие объемы жидкости;

- *непрерывное* – питательный раствор доставляется в течение 20 ч без перерыва. Использование насоса идеально, но если возможности ограничены, то применяют традиционный метод. Использование силы тяжести как движущей силы достаточно эффективно, хотя и менее надежно.

Успех энтерального зондового питания зависит от тесного сотрудничества медицинской сестры и пациентов. Основные принципы нутриционной терапии должны соблюдаться в процессе обеспечения режима питания, отвечающего индивидуальным потребностям каждого конкретного пациента.

#### Уход и повторное использование

Существует риск бактериального загрязнения, если с системами для питания обращаются без должного внимания. Следует обратить внимание на следующие моменты:

- соединений должно быть как можно меньше;
- оборудование должно использоваться только для одного пациента;
- системы должны меняться по крайней мере каждые 24 ч. В некоторых случаях, особенно если пациенту угрожает риск инфекции, они должны быть только одноразового использования;
- контейнеры должны использоваться только в течение 24 ч, после чего их следует простерилизовать перед повторным применением;
- питание должно быть приготовлено только на рекомендованный период;
- перед приготовлением питания и процедурой его введения следует тщательно мыть руки; зонды необходимо регулярно промывать.

#### Смеси для энтерального питания

Полимерные полноценные промышленные питательные смеси являются основными продуктами, повсеместно используемыми для энтерального питания как в стационарах, так и в домашних условиях. Они содержат:

- цельный белок в качестве источника азота;
- олигосахариды, мальтодекстрины или крахмал в качестве источника углеводов;
- растительные масла как источник жиров;
- минералы, витамины и микроэлементы.

Смеси для энтерального питания часто применяют при зондовом питании, доставляемом в желудок, поскольку хорошо переносятся и эффективны при введении с помощью тонкого зонда внутрь желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки.

Большинство из этих смесей имеют:

- энергетическую плотность 1 ккал/1 мл;
- концентрацию азота 5-7 г/л;

- соотношение небелковых калорий и азота от 150:1 до 200:1 ккал/г азота.

Некоторые смеси обогащены азотом (приблизительно 9 г/1000 мл); они могут улучшить азотистый баланс у пациентов с выраженными нарушениями питания. Другие составы имеют более высокое содержание калорий (1,5 ккал/1 мл); эти смеси показаны в тех случаях, когда нагрузка водой и натрием должна быть ограничена.

Больному с критическими состояниями необходимы дополнительные источники энергии, белка, витаминов, минералов, пищевых волокон — пребиотиков. Особенности современных дополнительных источников питательных веществ в энтеральных смесях являются:

- адаптированный состав (содержание белков, жиров, углеводов, витаминов и минералов, необходимых организму на фоне повышенных энергозатрат);
- сбалансированный состав (все ингредиенты (белки, жиры, углеводы, витамины, минералы) вводятся только в определенных соотношениях. Это обеспечивает их быстрое и полное усвоение организмом).

В качестве дополнительных источников энергии, витаминов и микроэлементов могут быть использованы несколько групп диет:

- сбалансированные адаптированные высокоэнергетические диеты (Нутрикомп Ликвид Энергия);
- сбалансированные адаптированные высокобелковые диеты (Нутрикомп Интенсив высокобелковый);
- сбалансированные адаптированные диеты, обогащенные пищевыми волокнами-пребиотиками (Нутрикомп Файбер);
- белковый и энергетический модули (Нутрикомп протеиновый и энергетический модули).

В настоящее время предпочтение отдается энтеральным смесям со следующими характеристиками:

- безлактозные;
- достаточная калорическая плотность не менее (1 ккал/1 мл);
- адаптированные (в 1,5 л смеси содержатся все витамины и микроэлементы в среднесуточной потребности);
- осмолярность не выше 340 мосм/л;
- низкая вязкость для капельного введения;
- ясно указано место производства смеси.

По осмолярности смеси подразделяют следующим образом:

- 1-й вариант – стандартное разведение (1 ккал/1 мл);
- 2-й вариант – обогащенный раствор (1,5 ккал/1 мл);
- 3-й вариант – гиперкалорическая смесь (2 ккал/1 мл).

#### Осложнения энтерального питания

Целью зондового кормления является компенсация некоторых нарушений функций пищеварительного тракта или попытка обойти их. Осложнения такой нутриционной поддержки происходят в основном в результате неадекватной компенсации дефицита питательных веществ или вследствие инвазивности методики, часто нарушающей физиологические защитные механизмы. Однако нередко ощутимые осложнения зондового питания в действительности вызваны не нутриционной поддержкой, а основной болезнью или ее лечением. В такой ситуации неправильное определение причины осложнения может лишь усложнить проблему.

Несмотря на то, что все осложнения можно подразделить на первичные со стороны ЖКТ, механические и метаболические, тем не менее, когда они возникают впервые, не ясно, какое это именно осложнение, поэтому необходимы дополнительные диагностические исследования.

Таблица 17.12

Источник нутриента и энергетическое содержание модульных компонентов

Нутриент	Источник	Энергетическая ценность, ккал/100 г
Белки	Кальциевый казеинат, низколактозный казеин, свободные аминокислоты	370–420
Жиры	Рыбий жир, соевое масло, эфиры жирных кислот с полиглицеролом МСТ	700–1000
Углеводы	Мальтодекстрин, гидролизованный кукурузный крахмал	380–390

Виды осложнений энтерального питания

Желудочно-кишечные (30-38 %)	Механические (2-10 %)	Метаболические и инфекционные
Спаستические боли в животе	Ринит, отит, паротит	Нарушения метаболизма кальция, магния, фосфора
Вздутие живота	Фарингит, эзофагит	
Тошнота и рвота	Легочная аспирация	Нарушение баланса жидкости
Эзофагиальный рефлюкс	Эрозия пищевода	Гиперосмолярные состояния
Диарея	Смещение зонда	Гипер- и гипогликемия
Нарушение всасывания	Закупорка зонда	Микробная контаминация
Гастродуоденальное кровотечение	Прободение	Колонизация и инвазия

Тщательное наблюдение медицинской сестрой и незамедлительная коррекция нежелательных изменений

состояния больного – это самые эффективные способы профилактики осложнений энтерального питания.

## Раздел XVIII. ФИТОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*В.М. Чернышев, Л.С. Шалыгина*

*Нет ничего более изобретательного, чем природа.*

*Марк Туллий Цицерон*

Актуальность использования лекарственных растений неизмеримо возросла в последние десятилетия. Это обусловлено тем, что и сегодня мы являемся свидетелями терапевтических неудач и ятрогенных осложнений. По данным ВОЗ, более 5 % госпитализированных составляют больные с лекарственными осложнениями. В тоже время в связи с постарением населения увеличивается число лиц с сочетанной патологией, требующей одновременного назначения ряда лекарственных средств, при этом фармакологический эффект может существенно изменяться при их совместном применении. При рациональном сочетании лекарственных растений терапевтические возможности расширяются. Не вызывает сомнений целесообразность использования лекарственных растений при первичной профилактике ряда заболеваний, поддерживающей постоянной или курсовой терапии при их вторичной профилактике.

Преимущество лекарственных растений – малая токсичность и возможность длительного применения без существенных побочных явлений. Широкие терапевтические возможности представляет использование овощей, ягод и фруктов. Их лечебное действие порой незаменимо.

Однако не следует противопоставлять препараты, созданные на основе химического синтеза, средства растительного происхождения: для медицинской практики одинаково важны как те, так и другие. Каждый лечебный препарат независимо от способа его получения занимает свое место в лечебном процессе – имеет свой характер фармакологического действия, специфику терапевтической эффективности, оптимальный диапазон показаний к применению. Например, антибиотики, гормональные препараты и психотропные средства незаменимы при интенсивной терапии, и, напротив, при функциональных расстройствах, легких формах патологии для проведения поддерживающей терапии следует отдать предпочтение лекарственным растениям.

Использование фитотерапии остается актуальным для практической медицины. Многие охотно лечатся травами, считая, что их применение совершенно безопасно, но это мнение не соответствует действительности, самостоятельность может нанести непоправимый вред здоровью. *Заниматься фитотерапией можно лишь по рекомендации и под контролем медицинского работника!*

В этом разделе обобщены литературные сведения по фармакологической активности лекарственных растений в зависимости от содержания в них биологически активных веществ, а также рекомендации по их применению в лечении часто встречающихся заболеваний. Приведенные рецепты взяты из опубликованных пособий и книг.

Лечебно-профилактические рекомендации по использованию лекарственных растений систематизированы по нозологическому принципу. В прикладном плане кратко освещено значение пищевых растений для профилактики и лечения ряда патологических состояний, а также для повышения терапевтической эффективности специфического лечения. В состав лечебных сборов включены растения, официально разрешенные к применению в медицинской практике.

### 1. Приготовление простых лекарственных препаратов

Из свежего, высушенного и измельченного сырья готовят галеновые препараты – настои, отвары, вытяжки (экстракты), настойки. Принято, что чайная ложка содержит 5 г сырья, десертная 10, столовая 15, столовая с верхом – 20 г, тонкий стакан – 200 г воды.

При приготовлении настоя горячим способом измельченное сырье помещают в эмалированную посуду и заливают кипятком, обычно в соотношении 1:10 (1 часть сырья на 10 частей воды), закрывают крышкой, помещают на водяную баню на 15-20 мин, охлаждают при комнатной температуре и процеживают. Очень удобно готовить

горячий настой в термосе. Как правило, для суточной дозы настоя 2 столовые ложки растительного сырья заливают 2 стаканами крутого кипятка вечером и оставляют на ночь. На следующий день выпивают по 1/2 или 2/3 стакана теплого настоя в 3 приема за 30 мин до еды.

При приготовлении настоя холодным способом сырье помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают остуженной кипяченой водой, настаивают от 4 до 12 ч, затем процеживают.

Отвары обычно готовят из корневищ, корней и коры. Измельченное сырье помещают в эмалированную кастрюлю, заливают холодной водой (в соотношении 1:10 для внутреннего и 1:5 для наружного применения), ставят на легкий огонь или водяную баню, кипятят 20-30 мин, затем процеживают. Сырье, содержащее дубильные вещества, следует процедить немедленно.

Экстракты получают выпариванием в закрытой посуде настоев или отваров (чаще всего до половины первоначального объема).

Настои, отвары и экстракты хранят в холодном месте. Срок годности экстракта несколько длиннее, чем настоя или отвара.

Настойки готовят на 40-70 %-м спирте. Измельченное сырье заливают из расчета 1:5, 1:10 и 1:20. Смесь плотно закрывают, выдерживают при комнатной температуре 7 сут, процеживают и выливают в темную бутылку. Принимают обычно по 10-30 капель.

Лекарственные сборы более эффективны, чем одиночные растения. При составлении сбора учитывают индивидуальные особенности больного и наличие сопутствующих заболеваний. Поэтому лекарственный сбор должен содержать и дополнительные ингредиенты. При составлении сбора необходимо, во-первых, знать показатели артериального давления и учитывать основную тенденцию его изменения. Например, при составлении сбора для больного холециститом с артериальной гипертензией в него включают не только желчегонные, но и растения с гипотензивным действием, иначе лечение может спровоцировать гипертонический криз и ухудшить общее состояние.

Во-вторых, следует учитывать состояние кишечной моторики больного, склонность к запорам либо поносам и включать в сбор сырье слабительного или вяжущего действия.

В-третьих, некоторые растения действуют на musculaturу матки и могут быть опасны для беременных. Растительные сборы и препараты не рекомендуются принимать и во время менструаций. Беременность служит относительным противопоказанием для фитотерапии.

Часть растительных препаратов может вызвать аллергическую реакцию организма. В этих случаях надо начать с микросбора (2-3 компонента) и через 5-7 дней добавлять в сбор по одному растению, чтобы выявить аллерген.

Во все растительные сборы рекомендуют добавлять витаминсодержащие растения, в первую очередь шиповник.

Растительные препараты обладают многосторонним действием на человеческий организм, что оправдывает применение одних и тех же трав для лечения разных заболеваний. Предусмотреть нежелательное побочное действие лекарственных растений может только врач после всестороннего обследования состояния организма больного.

## 2. Лекарственные растения в диетотерапии

Лечебное питание существенно дополняет медикаментозную терапию, а иногда является основным ле-

чебным фактором, особенно при болезнях, связанных с нарушением обмена веществ в организме и поражением желудочно-кишечного тракта.

Обильное питание продуктами животного происхождения привело к значительному повышению удельного веса заболеваний, обусловленных нарушением обмена веществ в организме. Так, ожирением, атеросклерозом и сахарным диабетом страдают не только люди пожилого возраста, но и молодые. Включение в рацион питания продуктов растительного происхождения может предупредить возникновение или облегчить течение этих болезней.

При сахарном диабете рациональное питание должно быть вариантом постоянного лечебного воздействия. Сахарный диабет – сложная и длительная болезнь, обусловленная недостаточностью гормона инсулина, вызывающей нарушения обмена веществ в организме, главным образом углеводного. Правильно подобранной диетой в сочетании при необходимости с введением инсулина и других медикаментов можно добиться исчезновения клинических симптомов болезни, общего хорошего самочувствия, нормальной трудоспособности.

В диетическом питании заметное место следует отвести сахароснижающим растениям, включив их в лечебно-пищевые смеси. Последние имеют значительные преимущества по сравнению с простыми лекарственными формами (настоями, отварами, настойками и т. д.). Приготовить лечебно-пищевые смеси можно из выращиваемых на приусадебных участках и повсеместно встречающихся дикорастущих растений.

**Бобы русские.** Содержат много белка, полноценного по набору аминокислот, небольшое количество углеводов, минеральные соли, витамины. Издавна используются в народной медицине в диетическом питании. Рекомендуют свежие, сочные, некрахмалистые бобы, когда створки стручков еще зеленые.

Сухие бобы идут на приготовление супов, пюре, оладий ит. д.

*Салат из бобов.* Бобы отваривают в воде, солят перед окончанием варки. Откидывают на дуршлаг и обдают холодной водой. В салат добавить 1-2 столовые ложки растительного масла, 2 растертых яичных желтка, лимонную кислоту, соль, перец, сахар (по вкусу).

**Горох посевной.** Отличается высоким содержанием углеводов, усваиваемым организмом без участия инсулина. Кроме того, некоторые исследователи указывают на большое содержание в нем растительного инсулина, что и определяет его сахароснижающее действие. Этим объясняется широкое использование гороха в диабетической кухне. Горошек консервируют, и в таком виде он хранится годами, не теряя питательной ценности, вкуса и свежести.

*Салат гороховый с яблоками.* Горох отваривают, смешивают с нарезанными яблоками и морковью, подают под майонезом.

Горох 80 г, морковь 40, яблоки 70, майонез 30 г, соль по вкусу.

*Салат из зеленого горошка и вареной моркови.* Вареную морковь нарезать мелкими кубиками, перемешать с зеленым консервированным горошком. Заправить чесноком и майонезом.

Горошек зеленый 80 г, морковь 70, майонез 20, чеснок 2 г.

*Салат из зеленого горошка и помидоров.* Помидоры нарезать кубиками, перемешать с горошком и майонезом. Украсить зеленью.

Помидоры 60 г, зеленый горошек 60, майонез 20, укроп 5 г.

*Салат из зеленого горошка с сыром.* Зеленый горошек вылущить из стручков, отварить в подсоленной воде и отцедить. Поджарить в 2 столовых ложках масла 1/4 стакана толченых сухарей и смешать с горошком. Положить массу на тарелку и сверху посыпать натертым сыром. Подавать к столу с кислым молоком.

Зеленый горошек 150 г, масло 15, сыр голландский 30 г, сухари 1/4 стакана.

*Горошек, запеченный с яйцами.* Зеленый консервированный горошек прогреть в собственном соку, сок слить, горошек переложить на сковороду, смазанную маслом, посолить, перемешать. Залить взбитыми яйцами и запечь в горячей духовке.

Горошек 150 г, яйцо 1 шт., масло 10 г, соль, перец по вкусу.

*Горох, тушеный с морковью.* Горох отваривают в соленой воде до разваривания. Морковь мелко нарезают либо натирают на терке, проваривают. Складывают в кастрюлю вместе морковь и горох, всыпают муку, кладут сливочное масло, нарезанный мелко укроп, немного сахара или ксилита, соль, заливают бульоном или водой и варят до готовности.

Горох 70 г, морковь 50, мука 5, масло 15 г, соль, укроп по вкусу.

**Гречиха посевная.** Гречневую крупу, благодаря содержанию в ней витаминов, минеральных солей, органических кислот и легкой усвояемости белков, рекомендуют как ценный диетический продукт при заболеваниях печени, почек и сахарном диабете. Наиболее полно она усваивается с молоком. В таком сочетании имеется около 100 различных полезных веществ, в том числе полный набор незаменимых аминокислот. По физиологическим нормам питания каждый человек должен употреблять в течение года 7-8 кг гречихи.

**Кабачки, патиссоны.** Из-за низкой калорийности, щелочной среды, создаваемой при их усвоении, богатого минерального состава и витаминной ценности, кабачки и патиссоны высоко ценятся в питании больных сахарным диабетом. Благодаря применению различных способов консервирования население Западной Сибири может быть обеспечено ими круглый год. Широко используются в кулинарии.

*Салат из кабачков и помидоров.* Кабачки и помидоры тонко нарезать, перемешать с мелко нашинкованными луком и зеленью укропа, посолить, заправить майонезом.

Кабачки 120 г, помидоры 50, майонез 30, лук репчатый 15, укроп 5 г, соль.

*Салат из кабачков и моркови с хреном.* Кабачки, морковь натереть на крупной терке и перемешать с хреном. Заправить сметаной, солью, ксилитом. Подавать с зеленью.

Кабачки 120 г, морковь 40, хрен 20, зелень 10, сметана 20 г, соль, ксилит.

*Кабачки по-русски.* Разрезать вдоль очищенные кабачки и удалить ложкой часть мякоти с семенами. «Лодочки» положить в кипяток на 10-15 мин. Мякоть из кабачков мелко изрубить, смешать с измельченными вареными грибами и зеленью петрушки. Поджарить на масле лук, смешать с фаршем и прожарить вместе. Заправить фарш солью и черным перцем по вкусу. Заполнить этим фаршем кабачки, уложить на противень или в большую кастрюлю, залить бульоном, чтобы он не доходил до фарша. Тушить, прибавляя по мере выкипания бульон, пока кабачки не протушатся до мягкости. Заправить тем

же бульоном, добавить в него сметану и яйца, посыпать зеленью петрушки.

Кабачки 150 г, масло растительное 20, грибы 30, сметана 30, лук репчатый 15 г, яйцо 1 шт., петрушка, перец, соль.

*Кабачки, запеченные в духовке.* Нарезать кружочками очищенные кабачки, посолить, обвалить в муке и поджарить. Затем выложить их на противень, залить сметанным соусом, посыпать тертым сыром и запечь в духовке.

Для приготовления соуса взять 10 г сливочного масла, 8 муки и 80 г сметаны. Кабачки 120 г, мука 25, масло 15 г, соль, ксилит по вкусу.

*Кабачковая икра.* Очищенные кабачки пропустить через мясорубку, сложить в глубокую сковороду, добавить растительное масло и тушить, пока не станут мягкими. Добавить провернутые через мясорубку помидоры и поджаренный репчатый лук и все вместе тушить минут 10. Соль, перец душистый, чеснок по вкусу.

Кабачки 150 г, помидоры 50, масло растительное 20, лук 50, чеснок 2 г, соль, перец.

*Кабачки фаршированные.* Очищенные кабачки нарезать кружками толщиной 5-6 см. Сердцевину удалить, но так, чтобы в каждом кружке осталось доньшко. Кабачки варить в подсоленной воде до полуготовности, вынуть на дуршлаг или сито, начинить фаршем.

Начинку приготовить по одному из приведенных ниже рецептов:

1. Протереть творог, заправить сырыми яйцами.

2. Нарезанную мелкими кубиками морковь смешать с отваренным рисом, измельченными крутыми яйцами, луком, поджаренным до готовности на масле. Соль и перец по вкусу.

Грибы отварить и поджарить с луком, смешать с измельченными крутыми яйцами, зеленью, луком.

Мясной фарш смешать с рисом, морковью, луком, мелко нарезанным болгарским перцем.

Начиненные кабачки протушить в духовке, полить сметанным соусом или бульоном. Перед подачей к столу можно добавить измельченный чеснок и зелень.

*Патиссоны жареные.* Патиссоны нарезать тонкими ломтиками, посолить, обвалить в муке и жарить. Затем подлить сметану и тушить до готовности.

Патиссоны 150 г, растительное масло 15, сметана 20 г, мука 1 чайная ложка, соль по вкусу.

*Икра из патиссонов.* Патиссоны, нарезанные ломтиками, пропустить через мясорубку, положить в глубокую сковороду и тушить до мягкости. Добавить мелко нарезанные помидоры, поджаренный лук, посолить и все вместе тушить до готовности (10-15 мин).

Патиссоны 150 г, растительное масло 25, помидоры 50, лук репчатый 30 г, соль по вкусу, чеснок, перец душистый.

**Капуста.** На садовых участках и огородах наиболее часто выращивают капусту белокочанную, краснокочанную и цветную. Благодаря содержанию значительного количества минеральных солей, органических кислот, ферментов, фитонцидов, небольшой величины азотистых соединений, капуста всех видов необходима в питании больных сахарным диабетом и с поражением почек.

По наличию аскорбиновой кислоты краснокочанная капуста в 2 раза превосходит белокочанную, а по содержанию каротина – в 4. Клетчатка краснокочанной капусты грубее, чем у других видов, поэтому при нарушениях функции органов пищеварения ее используют в небольшом количестве в салатах, гарнирах и маринованную.

Питательная ценность цветной капусты намного выше, чем белокочанной. Большую часть азотистых веществ в ней составляют легко усвояемые белки. Цветная капуста богата витаминами, минеральными солями, ферментами, способствующими регуляции уровня сахара и холестерина. Содержащиеся в капусте спирты маннит и инозит оказывают сахароснижающее и противосклеротическое действие.

Цветная капуста не рекомендуется больным подагрой, так как в ней содержится значительное количество пуриновых соединений.

Капусту всех видов используют в пищу в сыром, вареном, жареном и заквашенном виде, маринуют.

Перечень блюд из капусты весьма обширный. Остановимся на наиболее распространенных.

*Салат из белокочанной капусты.* Капусту нашинковать, добавить соль, перемешать, добавить натертую морковь, подавать с майонезом.

Капуста 120 г, морковь 10, майонез 15 г, соль.

*Салат из краснокочанной капусты.* Капусту нарезать тонкими полосками, опустить в кипящую воду на несколько минут, откинуть на дуршлаг и обдать холодной кипяченой водой. Перемешать остальные продукты и соединить с капустой. Подавать в охлажденном виде.

Капуста краснокочанная 200 г, хрен 10, сметана 20 г, ксилит, перец, соль по вкусу, лимонная долька.

*Салат из белокочанной капусты и свеклы.* Тонко нарезать капусту, посолить, отжать, смешать с нарезанной вареной свеклой. Добавить ксилит, разведенный в воде с лимонной кислотой или соком лимона, заправить растительным маслом.

Капуста 120 г, свекла 40, растительное масло 15 г, соль, ксилит, лимонная кислота по вкусу.

*Салат из краснокочанной капусты с яблоками.* Капусту нашинковать, залить небольшим количеством кипящей воды, посолить, добавить лимонную кислоту и нагревать, непрерывно помешивая. Когда капуста осядет, откинуть на дуршлаг и охладить. Очистить лук, мелко нарезать, яблоки натереть на крупной терке. Перемешать, заправить ксилитом, растительным маслом, посыпать зеленью.

Капуста 120 г, яблоки 40, лук 20, растительное масло 15 г, соль, ксилит, лимонная кислота по вкусу.

*Салат из цветной капусты.* Капусту сварить, разобрать на соцветия, полить растительным маслом. Добавить по вкусу соль, ксилит, перец, посыпать зеленью и мелко нарубленным яйцом.

Капуста 120 г, масло растительное 15, зелень 10, лук зеленый 5 г, яйцо 1/2 шт, ксилит, соль.

*Салат из цветной капусты и кабачков.* Капусту отварить, разобрать на соцветия. Кабачки очистить от кожицы, семян, нарезать кубиками и варить до готовности в подсоленной воде. Подсушить кабачки и перемешать с вареной капустой, посолить. Залить майонезом, смешать с ксилитом.

Капуста цветная 120 г, кабачки 80, масло растительное (или майонез) 15 г, ксилит, соль.

*Котлеты из белокочанной капусты.* Капусту мелко нарезать, положить в кастрюлю, добавить молоко, масло и тушить до полуготовности. Тонкой струей засыпать манную крупу, тщательно размешать, чтобы не образовались комочки, варить 10-15 мин. Добавить сырые яйца и сметану. Готовую массу немного охладить и разделить в виде котлет, обвалить сухарями и жарить на сковороде с жиром до образования поджаристой корочки с обеих сторон. Подавать котлеты со сметаной или молочным соусом.

Капуста 120 г, манная крупа 3, масло сливочное 10, сметана 20, сухари молотые 12 г, молоко 20 мл, яйцо 1/4 шт., соль по вкусу.

*Молочный капустный суп.* Свежую капусту мелко накрошить и варить до мягкости в небольшом количестве воды вместе с морковью и кореньями петрушки. Влить молоко, положить зелень укропа и петрушки, заправить поджаренной на масле мукой.

Капуста 120 г, морковь 15, петрушка 10, укроп 5 г, молоко 200 мл, соль, мука, масло по вкусу.

**Лук репчатый.** Учитывая благотворное влияние лука на процессы витаминного обмена, укрепление сосудистых стенок, уровень холестерина, деятельность органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы, использование лука в систематическом питании больных сахарным диабетом следует считать необходимым. Сахароснижающий эффект сока лука увеличивается при применении других сахароснижающих растений (салата из одуванчиков, подорожника, спорыша и др.) вместе с ним.

Приведем несколько рецептов блюд из лука репчатого в диетической кухне.

*Салат из репчатого лука.* Луковицу ошпарить кипятком, нарезать кольцами, уложить в салатницу, добавить мелко нарезанные укроп или петрушку, соль, растительное масло (по вкусу). Подать как составную часть многокомпонентного гарнира ко вторым блюдам.

Лук 50 г, укроп 15 (петрушка 25), масло растительное 7-10 г, соль.

*Салат из репчатого лука и яблок.* Луковицу ополоснуть водой и мелко нашинковать. Яблоки натереть на крупной терке. Смешать все в салатнице и полить сметаной.

Лук репчатый 50 г, яблоки 120, сметана 20 г.

*Салат из лука-батуна и моркови.* Листья лука-батуна мелко нарезать, перемешать с натертой свежей или вареной морковью. Добавить измельченное ядро грецкого ореха, перемешать с майонезом.

Лук 60 г, морковь 50, майонез 15 г, орех грецкий 1 шт.

*Салат из зеленого лука и одуванчиков.* Зеленые листья лука мелко нашинковать, перемешать в салатнице с мелко нарезанными листьями одуванчиков. Заправить растительным маслом, соль по вкусу.

Зеленый лук (листья) 50 г, листья одуванчика 10-50, растительное масло 10 г, соль.

*Салат из зеленого лука, одуванчиков и крапивы.* Мелко нарезать зеленый лук, листья одуванчиков и крапивы двудомной, посолить, сбрызнуть лимонной кислотой, сбобрить растительным маслом.

Лук 40 г, крапива 30, листья одуванчиков 50, растительное масло 12 г, лимонная кислота, соль.

*Салат из зеленого лука, крапивы и яблок.* Мелко нарезать листья зеленого лука, крапивы и натереть на терке яблоко. Смешать в салатнице, заправить сметаной.

Зеленый лук 50 г, листья крапивы 30, сметана 20 г, яблоко, соль по вкусу.

*Салат весенний с луком.* Мелко нарезать листья лука, первоцвета лекарственного, крапивы двудомной и одуванчика. Перемешать в салатнице, посолить по вкусу, полить растительным маслом, добавить мелко нарезанное яйцо, сваренное вкрутую.

Лук зеленый 40 г, листья первоцвета, крапивы, одуванчика по 10-15, растительное масло 12 г, яйцо вареное 1/2 шт.

**Морковь посевная.** В диетическом и лечебном питании больных сахарным диабетом морковь считается важным продуктом, так как содержит растительный инсулин,



способствует нормальному кроветворению, нормализует функции желудочно-кишечного тракта, укрепляет кровеносные сосуды и зрение. Однако, употребляя в пищу морковь, следует учитывать общее количество углеводов в лечебном меню и соответственно уменьшить количество хлеба или крупных блюд, чтобы не нарушить баланса углеводов, рекомендованного индивидуально. Морковь участвует в самых разнообразных блюдах.

*Салат из моркови и яблок.* Очищенные морковь и яблоки натереть на крупной терке, перемешать и заправить майонезом, солью, ксилитом. Украсить зеленью петрушки или сельдерея.

Морковь 80 г, яблоки 60, майонез 15, зелень петрушки 2 г, соль, ксилит.

*Морковно-овощной мясной салат.* Вареную морковь нарезать кубиками, смешать с зеленым горошком и маленькими кусочками лука, соленых огурцов, нежирного мяса. Соль по вкусу. Майонез и зелень добавить перед подачей на стол.

Морковь 80 г, лук репчатый 15, огурец 40, зеленый горошек 40, мясо 20, зелень 5, майонез 15 г, соль.

*Морковь с горошком под майонезом.* Морковь мелко нарезать, смешать с зеленым горошком и майонезом, добавить измельченный чеснок.

Морковь 80 г, горошек 30, чеснок 5, майонез 15 г.

*Салат из моркови, горошка и яблок.* Морковь натереть на крупной терке, смешать с зеленым консервированным горошком, нарезанными яблоками, сметаной и ксилитом.

Морковь 80 г, яблоки 40, горошек 30, сметана 30, ксилит 3-5 г.

*Запеканка из моркови и творога.* Очищенную морковь нарезать кубиками и потушить с небольшим количеством воды и сливочного масла, затем пропустить через мясорубку. Сварить густую манную кашу и соединить с морковью. Добавить творог, сырое яйцо, соль, ксилит и перемешать. Форму смазать сливочным маслом, посыпать сухарями, наполнить полученной массой, разровнять, посыпать сухарями, полить сливочным маслом и запечь в духовке. Готовую запеканку подавать со сметаной.

На 2 моркови по 100 г: 1 столовая ложка масла, 1/4 стакана манной крупы, 2 столовые ложки сметаны, 2 яйца, 1/2 стакана творога, 2 ложки молотых сухарей. Соль, ксилит — по вкусу.

*Морковь, тушенная с черносливом.* Очищенную морковь нарезать мелкими кубиками и тушить в молоке до полуготовности, добавив кусочек масла. Затем добавить замоченный чернослив, ксилит, тушить до готовности.

Морковь 100 г, чернослив 20, масло 5 г, молоко 20 мл, соль, ксилит.

**Овес посевной.** В научной медицине овес, учитывая его ценный многокомпонентный состав, рекомендуют для диетического питания больных с нарушенными функциями желудочно-кишечного тракта, при заболеваниях печени, ожирении, подагре и сахарном диабете. В народной медицине используют отвары из соломы как сахароснижающее средство.

В диетическом питании больные сахарным диабетом систематически используют овсяную крупу «Геркулес», овсяные хлопья, готовят кисели и настои из овса.

**Огурец посевной.** Питательная ценность огурцов невысока, тем не менее они являются ценным диетическим продуктом, так как содержат оригинальный состав микроэлементов: медь, марганец, кобальт, цинк, йод. Соли меди необходимы для нормального функционирования центральной нервной системы, хорошей регуляции дви-

гательной функции организма. Наличие в огурцах йода обеспечивает нормальную функцию щитовидной железы и противосклеротическое действие. Содержание солей цинка обеспечивает процессы выработки инсулина, необходимого для регуляции углеводного обмена. Соотношение солей макро- и микроэлементов обеспечивает щелочной уровень среды, поэтому огурцы оказывают ошелачивающее, легкое послабляющее и заметное мочегонное действие на организм человека. Огурцы – незаменимый продукт питания для больных сахарным диабетом.

Предлагаем способы использования огурцов в диабетической кухне.

*Салат из огурцов.* Огурцы нарезать тонкими ломтиками, положить в салатницу, посолить, заправить сметаной, посыпать зеленью и мелко посеченным круто сваренным яйцом.

Огурцы 120 г, сметана 20, зелень петрушки и укропа 5 г, яйцо 1 шт., соль.

*Салат из огурцов и болгарского перца.* Огурцы нарезать кубиками, перец болгарский посечь мелкой соломкой, смешать, заправить майонезом.

Огурцы 120 г, перец 40, майонез 15 г.

*Салат из огурцов и зеленого лука.* Огурцы очистить, нарезать кружочками, лук зеленый мелко нарезать, смешать, заправить сметаной или майонезом. Подавать к столу, посыпав укропом и петрушкой.

Огурцы 120 г, лук зеленый 30, сметана 20 (майонез 15), укроп и петрушка 15 г.

*Салат из огурцов, редиса и зелени.* Огурцы и редис нарезать кружочками, заправить сметаной, смешать с измельченным зеленым луком, укропом и петрушкой.

Огурцы 120 г, лук 30, петрушка и укроп 5, сметана 20 г, соль по вкусу или без соли.

*Салат из огурцов и помидоров.* Нарезать кружочками помидоры и огурцы, смешать, добавить мелко нарезанный зеленый лук. Заправить сметаной, соль по вкусу. Посыпать зеленью и украсить петрушкой.

Огурцы 120 г, помидоры 30, лук зеленый 20, сметана 20 г, соль.

*Фаршированные огурцы.* Средней величины огурцы разрезать пополам, удалить семена, образовавшуюся полость заполнить фаршем.

Фарш: зелень огурца, тертая морковь, лук зеленый, натертые помидоры, измельченные круто варенные яйца, майонез, соль по вкусу. К столу подавать под майонезом или сметаной, украшенные зеленью и кружочками из помидоров.

Огурцы 150 г, зелень лука 15, морковь 15, помидоры 30, майонез 20 (сметана 30), зелень петрушки 5 г, яйцо 1/2 шт., соль.

*Салат из огурцов с творогом.* Огурцы нарезать кружочками и посолить. Через несколько минут слить избыток сока и смешать огурцы с размятым творогом и сметаной. Добавить нарезанный кружочками лук, соль, щепотку перца перед подачей к столу.

Огурцы 120 г, сметана 20, творог 100, лук 20 г, перец душистый, соль.

**Пастернак.** Многостороннее действие пастернака способствует нормализации обмена веществ. Обладает легким сахароснижающим эффектом и оказывает укрепляющее действие на сосуды, что очень важно для больных сахарным диабетом.

В кулинарии применяют корни, листья и стебли. На вкус он несколько резковат, поэтому употребляют его в сочетании с другими овощами, в небольшом количестве и чаще для первых блюд.

*Салат из пастернака и яблок.* Корнеплоды и яблоки натереть на крупной терке, смешать, сбрызнуть лимонной кислотой, заправить майонезом, солью, посыпать мелко нарезанной зеленью укропа.

Пастернак 100 г, яблоки 100, майонез 15 г, укроп, соль.

*Пастернак с маслом и сухарями.* Пастернак нарезать кубиками, залить мясным бульоном или водой, посолить и варить до мягкости. Выложить на блюдо, посыпать сухарями и полить растопленным сливочным маслом.

Пастернак 100 г, масло 10, сухари 5 г, соль.

**Перец красный (сладкий).** В научной медицине сладкий перец используют как поливитаминное средство при угнетении кроветворения, гипотонии, гипо- и авитаминозах, отсутствии аппетита. При нарушении трофики ногтей, волос, деятельности слюнных и потовых желез рекомендуют сок зеленого перца. Смесью соков моркови и перца сладкого лечат гиперпигментные пятна. Смесь соков перца сладкого, моркови и шпината показана при кишечной колике.

Полезность перца сладкого определяется высоким содержанием витаминов. По количеству аскорбиновой кислоты некоторые его сорта превосходят черную смородину, причем этот витамин в перце хорошо сохраняется и при консервировании, поскольку в нем нет ферментов, разрушающих его. Сочетание в сладком перце аскорбиновой кислоты и рутина придает ему особое лечебное свойство, способствующее укреплению стенок сосудов. Это очень важно при сахарном диабете, когда разрушению подвергается капиллярная сеть. Суточную потребность в аскорбиновой кислоте и рутине можно удовлетворить, если съесть 40-50 г сладкого перца в день. Присутствие алкалоида капсаицина придает его плодам приятный и в тоже время слабоострый вкус.

Блюда из перца сладкого широко применяют в диетпитании.

*Салат из сладкого перца.* Перец испечь, посолить и оставить до охлаждения. Очистить от кожуры, обмакнуть в соус и выложить на блюдо.

Соус: растительное масло, соль, уксус или лимонная кислота, чеснок, вода.

Перец 120 г, растительное масло 15 г, соль, лимонная кислота (уксус), чеснок по вкусу.

*Салат из сладкого перца с помидорами.* Нарезать мелкими ломтиками перец и помидоры, посолить, перемешать, добавить мелко нарезанный репчатый лук, зелень, заправить растительным маслом или сметаной, посыпать зеленью.

Перец 80 г, помидоры 40, сметана 20 (растительное масло 15), зелень 5 г, соль по вкусу.

*Салат из перца, чеснока и орехов.* Перец испечь, очистить от кожицы. Растолочь чеснок с солью, орехами, перемешать, добавив сметану, смешанную с перцем черным или душистым, лимонной кислотой. Выложить перец на блюдо, полить смесью сметаны и орехов с приправами, посыпать зеленью.

Перец 120 г, сметана 20, орехи грецкие 15 г, лимонная кислота, соль, перец черный или душистый по вкусу.

*Сладкий перец, фаршированный овощами.* Отобрать мясистый свежий перец, очистить его от семян. Подготовить овощной фарш, начинить перчины, полить сметаной или растительным маслом, выдержать полчаса и подавать к столу.

Фарш: мелко нарезан лук, помидоры, огурцы, морковь, смешать, полить сметаной, заправить по вкусу солью, душистым перцем, лимонной кислотой или лимонным соком.

Перец 100 г, помидоры 50, огурцы 40, лук 20, морковь 20, сметана 30 г, соль, перец душистый, лимонная кислота по вкусу.

**Петрушка огородная.** Зелень петрушки и ее корень обладают небольшим сахароснижающим эффектом. Оказывает укрепляющее действие на сосуды, прежде всего на капилляры.

Приведем некоторые рецепты блюд из петрушки для больных сахарным диабетом.

*Салат из петрушки и яблок.* 100 г корня петрушки натереть на терке, перемешать с мелко нарезанными яблоками, заправить сметаной, добавить соль, ксилит, лимонный сок по вкусу.

Яблоки 60 г, сметана 20, ксилит 2 г, лимон 1/6 шт., соль.

*Салат из петрушки и моркови.* Корень петрушки и морковь натереть на крупной терке и перемешать со сметаной. Соль, ксилит, лимонный сок добавить по вкусу. Посыпать зеленью укропа.

Корень петрушки 100 г, морковь 100, сметана 20, ксилит 2, укроп 5 г, лимонный сок, соль.

*Салат из петрушки, моркови и зеленого горошка.* Корень петрушки натереть на терке, смешать с натертой морковью и зеленым горошком. Добавить майонез, лимонный сок. При подаче на стол посыпать зеленью.

Корень петрушки 100 г, морковь 100, горошек зеленый 30, майонез 15 г, долька лимона.

*Салат из петрушки, моркови и орехов.* Корень петрушки и морковь натереть на крупной терке, добавить мелко нарезанные ядрышки ореха грецкого и перемешать со сметаной. По вкусу добавить соль и лимонный сок.

Корень петрушки 80 г, морковь 80, сметана 20 г, орех грецкий 2 шт., долька лимона.

*Салат из петрушки, лука и грибов.* Измельчить зелень петрушки и зеленый лук, смешать с холодными жареными грибами.

Зелень петрушки 50 г, зеленый лук 50, грибы 50, растительное масло 15 г, соль.

*Салат из петрушки и одуванчиков.* Зелень петрушки мелко нарезать, смешать с мелко нарезанными листьями одуванчика, перемешать со сметаной и, посыпав укропом, подавать к столу.

Петрушка 50 г, листья одуванчика 60, сметана 20, укроп 5 г, соль.

*Салат из петрушки, цикория и зеленых огурцов.* Мелко нарезать зелень петрушки и листья молодого цикория, смешать с мелко нарезанными огурцами, добавить растительное масло, соль по вкусу и подавать к столу.

Петрушка 50 г, листья цикория 30, огурцы 50, сметана 20, растительное масло 10 г, соль.

**Помидор съедобный.** Диетические свойства помидоров признаны современной медициной благодаря большому содержанию микроэлементов, и поэтому их включают в диетическое питание при многих заболеваниях, в том числе и при сахарном диабете.

В диабетической кухне и детском питании преимущественно используют свежие и тушеные помидоры, а также томатный сок.

*Салат из помидоров и яблок.* Помидоры, яблоки и лук мелко нарезать, перемешать, добавить лимонный сок, сметану, соль, ксилит.

Помидоры 100 г, яблоки 40, лук 15, сметана 20 г, долька лимона, соль, ксилит по вкусу.

*Салат из помидоров с орехами.* Помидоры нарезать, лук мелко нарезать, посолить, поперчить, смешать с размельченными орехами и растительным маслом. Поста-

вить на холод на полчаса. Перед подачей к столу посыпать зеленью.

*Суп-юре томатно-перловый.* Отварить в кастрюле зрелые помидоры. Когда они станут мягкими, протереть через сито и добавить сливочное масло, воду, растертые корни петрушки, несколько горошин перца, отдельно отваренную крупу, сметану, посолить по вкусу, прокипятить все и подавать к столу.

Помидоры 100 г, масло 15, корень петрушки 10, морковь 20, лук репчатый 20, крупа перловая 30, сметана 20 г, вода 1/2 стакана.

*Суп из помидоров с чесноком.* Репчатый лук нарезать, слегка обжарить в масле. Добавить к нему нарезанные помидоры и тушить в закрытой посуде на слабом огне. Когда они станут мягкими, добавить немного пассированной моркови, петрушки, положить рис, залить бульоном или овощным отваром и варить, предварительно посолив и добавив по вкусу ксилит. Варить 35-40 мин, пока рис не сварится. Протереть через сито, положить в суп чеснок и еще раз прокипятить, непрерывно помешивая.

*Помидоры с чесночной подливой.* Крепкие помидоры нарезать кружочками. Сваренные вкрутую яйца нарезать также кружочками и положить на помидоры. Залить чесночной подливой и украсить луком и зеленью петрушки.

Подлива: истолочь в ступке чеснок с солью, добавить немного душистого перца, влить полстакана воды и несколько капель лимонного сока или несколько кристалликов лимонной кислоты.

Помидоры 120 г, чеснок 10, лук 10, зелень петрушки и укропа 5 г, яйцо 1 шт., лимонная кислота, соль, перец по вкусу.

*Витаминный напиток из помидоров и кефира.* Холодный кефир или простоквашу перемешать с мелко нарезанной зеленью петрушки и укропа, затем при быстром помешивании медленно влить томатный сок, добавить соль, ксилит. Подавать к столу в летнее время вместо первого блюда. Можно добавить мелко нарезанный чеснок.

Помидоры 60 г, кефир 250, укроп, петрушка 10 г, соль по вкусу.

**Редька, редис.** Использование редьки в систематическом питании больного сахарным диабетом позволяет активно и полноценно пополнять запасы организма минеральными солями и витаминами, очищающее действовать на слизистую полости рта, а также достигать небольшого сахароснижающего эффекта, благодаря высокому содержанию в растении инулина.

Сок редиса активизирует пищеварение, улучшает обмен веществ, что особенно показано при сахарном диабете с явлениями ожирения. Сок из листьев редиса и корнеплодов, смешанный с морковным, хорошо восстанавливает тонус слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, нормализует функцию толстого кишечника.

Любители-овощеводы постоянно выращивают редьку и редис на садовых участках, а последнюю растят на подоконниках в ящиках круглый год.

Широк и разнообразен ассортимент блюд из редьки и редиса, назовем некоторые из них.

*Редька с квасом.* Редьку измельчить на терке, посолить, а затем заправить растительным маслом. Перемешать, залить квасом и посыпать зеленым луком.

Редька 100 г, квас 150, хлеб ржаной 50, масло растительное 15, лук зеленый 10 г, соль.

*Салат из редьки, моркови и яблок.* На крупной терке натереть редьку, морковь и яблоки, смешать, полить сметаной, посыпать зеленью.

Редька 80 г, морковь 30, яблоки 50, сметана 20, зелень 5 г, соль по вкусу.

*Редька с капустой.* Нарезать мелкими кубиками редьку, добавить измельченную капусту и сухари, растительное масло, посолить. Подавать к столу, посыпав свежей зеленью.

Редька 50 г, капуста 50, растительное масло 15, сухари 15 г. Соль по вкусу.

*Салат из редьки с помидорами.* Редьку натирают на терке, отжимают, солят. Добавляют нарезанный лук, дольки помидоров, заливают сметаной и посыпают творогом.

Редька 120 г, помидоры 50, лук 20, творог 40, сметана 30 г, соль по вкусу.

*Редька с клюквенным соком.* Редьку (100 г) натереть, добавить 2 столовые ложки клюквенного сока, 15 г растительного масла, посолить по вкусу. Через полчаса – час подавать к столу.

*Салат летний «Ассорти».* Нарезать мелкими кружочками редис, помидоры, лук, огурцы, посолить, добавить сметану, смешать.

Редис 60 г, помидоры 50, огурец 50, лук 20, зелень 5, сметана 30 г. Соль по вкусу.

*Салат из редиса и огурцов.* Мелко нарезать редис, лук (тонкими полосками), огурцы (кубиками), посолить, добавить измельченное яйцо. Подавать на стол со сметаной.

Редис 80 г, огурцы 70, лук 30, сметана 30 г, яйцо 1/2 шт., соль по вкусу.

*Перец болгарский, фаршированный редисом и овощами.* Приготовить овощной фарш: мелко нарезать помидоры, огурцы, редис, лук, зелень, вареное яйцо, посолить, перемешать, полить растительным маслом. Нафаршировать перец, дать отстояться полчаса и подавать к столу в свежем виде.

Перец 70 г, редис 40, огурцы 40, помидоры 40, сметана 30 г, яйцо вареное 1/2 шт.

**Ревень.** В пищу используют только молодые черешки ревеня. В их составе преобладают яблочная и лимонная кислоты, а у постаревших черешков увеличивается количество щавелевой кислоты, поступление которой в организм человека в большом количестве нежелательно, особенно при сахарном диабете, когда нарушения минерального обмена по подагрическому типу или по типу мочекишечного диатеза довольно распространены. Больные диабетом могут готовить из ревеня джем, повидло, мармелад, варенье, цукаты, компоты, кисели, применяя вместо сахара ксилит. Используют ремень и для приготовления первых блюд – холодного свекольника, борща.

В последнее время из ревеня готовят диетические компоты, в том числе для больных сахарным диабетом (на ксилите).

*Ревень с рисом.* Стебли ревеня очистить от кожицы, мелко нарезать и отварить в воде с солью и ксилитом. Ревень откинуть на дуршлаг, протереть через сито, а отвар процедить. Опустить в отвар из ревеня перебранный и вымоченный в воде рис и сварить до готовности. За несколько минут до окончания варки добавить корицу. Готовый рис охладить, выложить на блюдо, а сверху поместить пюре из ревеня.

Ревень 120 г, рис 30, ксилит 15 г.

**Салат посевной.** Ценное диетическое растение, чрезвычайно полезное больным сахарным диабетом. Целебность салата объясняется его составом. Он содержит весь спектр витаминов, много минеральных солей. Благодаря удачному сочетанию солей калия и натрия, салат является ценным мочегонным средством. Свежий сок салата содержит много лимонной кислоты и лактуцин,

успокаивающе действующий на центральную нервную систему. Сочетание аскорбиновой кислоты с витамином Р в салате обеспечивает укрепление стенок мелких сосудов, поэтому использование салата в питании больных сахарным диабетом способствует нормализации состояния капилляров. Салат включает вещества, благоприятно действующие на жирилопидный обмен, в частности на уровень холестерина, что препятствует развитию атеросклероза, гипертонии, ожирения.

В питании салат используется в сыром виде, им обогащают вторые и первые блюда.

**Свекла красная.** Издавна свеклу применяли в диетическом питании из-за значительного содержания витаминов и минеральных солей и т. д. Она содержит вещества, способствующие укреплению сосудистой стенки капилляров, снижению кровяного давления, уменьшению холестерина в крови, улучшению жирового обмена и функции печени. Высокое содержание йода обеспечивает активизацию обменных процессов, особенно при нарушении обмена веществ и ожирении. Свекла обладает слабительным действием и широко применяется при запорах, которые часто бывают у больных сахарным диабетом.

Из свеклы готовят салаты, первые блюда, гарнирные приправы и др.

*Салат из свеклы.* Вареную свеклу очистить, нарезать соломкой, яблоки – кубиками, перемешать, заправить солью, лимонной кислотой, сметаной. Посыпать зеленью, украсить веточками петрушки.

Свекла 80 г, яблоки 60, сметана 30, укроп 5, петрушка 10 г, соль, лимонная кислота.

*Салат из свеклы и соленых огурцов.* Вареную свеклу натереть на крупной терке, перемешать с нарезанными мелкими кубиками солеными огурцами, заправить майонезом, посыпать чесноком и укропом. Соль по вкусу.

Свекла 80 г, огурцы соленые 40, укроп 5, чеснок 1-2, растительное масло (майонез) 15 г, соль.

*Салат из свеклы с редькой.* Натереть в равном количестве сырую свеклу и редьку на крупной терке, тщательно перемешать, посолить, заправить подсолнечным маслом и лимонной кислотой.

Свекла 80 г, редька 80, растительное масло 15, зелень 5 г, лимонная кислота, соль.

*Свекольная икра с яблоками.* Вареную свеклу натереть на мелкой терке, добавить тертое яблоко, зеленый лук. Заправить по вкусу растительным маслом, солью, лимонной кислотой, ксилитом. Украсить зеленью.

Свекла 80 г, яблоки 40, зелень 5, растительное масло 15 г, ксилит, лимонная кислота, соль.

*Салат из свекольной ботвы.* Нарезать мелко свекольную ботву, зеленый салат, немного укропа и петрушки, добавить подсолнечное масло и мелко посеченное круто варенное яйцо.

Свекольная ботва 100 г, зеленый салат 30, укроп 5, петрушка 5, растительное масло 15 г, яйцо 1/2 шт., соль.

*Перец болгарский, фаршированный свеклой.* Подготовить перчины для фарширования. Мелко натереть вареную свеклу, перемешать с огурцами (свежими или солеными), насеченными мелкими кусочками, посолить, полить сметаной или майонезом. Нафаршировать перец приготовленным фаршем, уложить на блюдо и полить майонезом или растительным маслом.

Перец 60 г, свекла 80, растительное масло (или майонез) 20, огурцы 30, сметана 40 г, соль.

*Свекольник холодный.* Свеклу нарезают кубиками или соломкой, листья насекают, заливают водой с лимонной

кислотой, тушат до полуготовности, добавляют нарезанные вареные яйца, тонко нашинкованный зеленый лук, доводят до готовности. Охлаждают. Добавляют квас, нарезанные огурцы, ксилит, соль, укроп.

Свекла 60 г, огурец 30, зеленый лук 15, укроп 3 г, ксилит, яйцо 1/2 шт., квас 100 мл, соль, лимонная кислота по вкусу.

*Ботвинья по-русски.* Молодые свекольные листья слегка отварить целыми, отжать, мелко нарубить и развести квасом. Добавить столовую ложку тертого хрена, мелко нарезанного лука, укропа, свежих или малосольных огурцов и печеной мелко нарезанной свеклы. Охлаждать. Подавать с отварной рыбой.

Корнеплоды свеклы 30 г, листья свеклы 40, огурец 10, хрен 10, лук зеленый 10, укроп 5, рыба отварная 60 г, квас 100 мл, соль.

**Сельдерей пахучий.** Содержит около 40 вкусовых и ароматических соединений, вызывающих аппетит и способствующих пищеварению. Снижает содержание сахара в крови, уменьшает жажду, обусловленную сахарным диабетом, благоприятно действует при заболеваниях почек, в том числе диабетического происхождения.

Широко используется в диетическом питании для приготовления самостоятельных блюд, а также в сочетании с мясными и овощными компонентами. Приведем несколько рецептов использования сельдерея в систематическом питании.

*Салат из сельдерея с яблоками.* Вареный сельдерей и яблоки мелко нарезать, смешать с майонезом. Соль, уксус, ксилит по вкусу.

Сельдерей 100 г, яблоки 50, майонез 20, зелень 5 г, уксус, соль, ксилит.

*Салат из сельдерея, моркови и яблок.* Корень сельдерея, морковь и очищенные от кожуры яблоки натереть на крупной терке, сбрызнуть лимонной кислотой или лимонным соком, заправить сметаной, солью, перемешать. Перед подачей на стол посыпать мелко нарезанной зеленью петрушки или укропа.

Корень сельдерея 100 г, морковь 50, яблоки 50, сметана 20, петрушка (укроп) 5 г, долька лимона, соль.

*Салат из картофеля, яблок и сельдерея.* Отваренные картофель и корень сельдерея нарезать. Яблоки натереть или мелко нарезать. Все продукты перемешать, заправить сметаной, добавить несколько капель лимонного сока. Перед подачей к столу посыпать зеленью укропа.

Корень сельдерея 100 г, картофель 60, яблоки 50, зелень укропа 5, сметана 30 г, долька лимона.

*Салат из сельдерея и грибов.* Отваренные сельдерей и картофель нарезать ломтиками, а отваренные грибы – соломкой. Все перемешать и заправить майонезом, солью, перцем. Подать, посыпав укропом и нарубленным яйцом, сваренным вкрутую.

Корень сельдерея 60 г, картофель 50, грибы 60, майонез 30 г, яйцо 1/2 шт., соль, перец.

**Тыква обыкновенная.** Регулирующее влияние тыквы на обменные процессы и систему пищеварения особенно ценят при лечении сахарного диабета. Тыква хорошо сохраняется, и ее можно использовать в течение всего года. Из нее готовят самые разнообразные блюда.

*Салат из тыквы.* Очищенную тыкву (без сердцевинки и кожуры), морковь, квашеное яблоко натереть на крупной терке, все смешать, посолить, заправить сметаной и подать к столу, посыпав укропной зеленью.

Тыква 100 г, морковь 50, яблоко 30, сметана 20, укроп 2 г, соль по вкусу.

*Салат из тыквы, яблок и орехов.* Очищенные тыкву и яблоки натереть на крупной терке, смешать с измельченными орехами, заправить соком смородины и лимона. Подавать к столу через 2 ч.

Тыква 100 г, яблоки 100, грецкие орехи 25, лимонный сок 7-10 г, сок красной смородины, ксилит по вкусу.

*Тыква печеная.* Очищенную тыкву нарезать на равные небольшие дольки, положить на эмалированный противень или сковороду, подлить несколько ложек воды, поставить в духовку и запечь. Подавать к столу, посыпав корицей и ксилитом.

Тыква 150 г, ксилит 7 г, корица.

*Тыквенная каша.* Очищенную тыкву нарезать мелкими кубиками, положить в горячее молоко и варить 10-15 мин, затем засыпать промытое пшено, соль, ксилит и, помешивая, варить до готовности. Для упревания кастрюлю поставить в духовку. Перед подачей к столу заправить сливочным маслом.

Тыква 125 г, пшено 15, масло сливочное 10 г, молоко 1/4 стакана, соль, ксилит по вкусу.

*Запеканка тыквенная с творогом.* Очищенную тыкву нарезать мелкими кубиками и на слабом огне обжарить в масле до готовности. В кипящее молоко засыпать манную крупу, перемешать и варить густую манную кашу. В тыкву добавить кашу, протертый творог, яйцо, соль, ксилит, тмин либо изюм. Массу хорошо перемешать, выложить на противень, смазанный сливочным маслом, разровнять, смазать яйцом и запечь в духовке. Подавая к столу, разрезать на куски и полить сметаной.

Тыква 120 г, творог 60, манная крупа 12, сливочное масло 6, сметана 20 г, молоко 30 мл, яйцо 1 шт., ксилит, соль.

*Блины с тыквой.* Горячую тушеную тыкву протереть через дуршлаг или решето. Долить теплого молока, положить дрожжи, разведенные в молоке, добавить муку. Поставить в теплое место, а когда тесто подойдет, добавить столовую ложку растопленного сливочного масла или маргарина, яйца, растертые с ксилитом, соль. Хорошо вымешать. После того как тесто поднялось еще раз, можно печь блины. Подавать со сметаной, селедкой, килькой.

Больному сахарным диабетом при употреблении блинов не следует в этот день есть мучные гарниры и хлеб.

*Тыква тушеная.* Тыкву очистить, нарезать небольшими кубиками, поместить в глубокую эмалированную сковороду, дно которой покрыто небольшим количеством воды. Слегка подсолить и накрыть крышкой, тушить до размягчения тыквы. Добавить сливочное масло, залить сливками или молоком. Перед подачей к столу добавить мелко нарезанные свежие яблоки или свежие ягоды, посыпать ксилитом по вкусу.

Тыква 120 г, яблоки 20, масло сливочное 10, молоко 60 г, ксилит, соль по вкусу.

**Укроп огородный.** Обладает противорвотным свойством и используется при нарастающей интоксикации у больных сахарным диабетом. Является неизменной приправой к первым и вторым блюдам. Его солят, маринуют, сушат.

*Таратор по-болгарски.* Зеленый свежий укроп нарезать, смешать с мелко нарезанными луком и огурцами, залить холодным кефиром и взбивать до вспенивания.

Укроп 15 г, лук зеленый 5, огурец 20, кефир 300, сметана 15 г, соль, перец по вкусу.

*Укропное пюре.* На терке натереть свежий огурец, смешать с мелко нарезанным укропом, заправить сметаной. Массой пюре намазать ломтики хлеба и подавать в виде бутербродов.

Укроп 50 г, огурец 50, сметана (или сливочное масло) 20 г.

**Фасоль обыкновенная.** В бобах фасоли много аргинина, который оказывает инсулиноподобное влияние на обмен веществ у больных сахарным диабетом. Отвар бобов фасоли – одно из сахароснижающих средств, проверенных и признанных научной медициной. Данные народной и научной медицины свидетельствуют об эффективном воздействии отвара бобов фасоли на течение сахарного диабета при легких и среднетяжелых формах заболевания. Еще более эффективно использование бобов фасоли в сочетании с листьями черники.

Из фасоли готовят салаты, супы, гарниры, пюре, котлеты, начинают пирожки фаршем из фасоли и т. д.

*Салат из стручковой фасоли.* Стручковую фасоль очищают от волокон, отваривают в воде, добавляют немного соли. Охлаждают, нарезают кусочками, посыпают солью, ксилитом, молотым красным перцем, добавляют яблоко и луковицу, лимонную кислоту, перемешивают и поливают растительным маслом.

Рекомендуется в качестве гарнира к мясу и птице.

Фасоль 120 г, яблоко 1 шт., лук 1 шт., ксилит, лимонная кислота, соль, перец по вкусу.

*Котлеты из фасоли.* 400 г фасоли отваривают и протирают в горячем виде через сито или пропускают через мясорубку. Протирают 2-3 клубня сваренного картофеля, смешивают, добавляют яйцо, соль, перец по вкусу, пассированный лук. Из полученной массы формируют котлеты, панируют сухарями и жарят. Едят с томатным соком или соусом.

*Пюре из фасоли с луком.* 2 стакана фасоли отваривают до готовности, процеживают, протирают через сито, добавляя немного отвара. 2 луковицы мелко нарезают, обжаривают в растительном масле и добавляют к протертой фасоли. Соль и перец по вкусу. Готовое блюдо украшают зеленью петрушки и укропа. Можно добавить 2-3 нарубленных крутых яйца.

*Фасоль с ветчиной.* 400 г фасоли намачивают и отваривают. Отвар сцеживают, а к мягкой фасоли добавляют 60 г мелко нарезанной и поджаренной ветчины, 2 истолченных зубка чеснока и подогревают.

*Фасоль с грибами.* 300 г фасоли намачивают и отваривают в воде, к которой прибавляют 2 стакана горячего молока. 250 г свежих грибов очищают, моют, нарезают лапшой и отваривают в небольшом количестве воды. Если берут сушеные грибы (50 г), их заливают предварительно водой на несколько часов. 1 луковицу мелко нарезают и обжаривают в масле. К части отвара из фасоли добавляют лук и грибы, смешивают со всей массой фасоли (без отвара), заправляют мукой и сметаной, добавляют по вкусу соль, перец и нагревают до кипения. На стол подают с отварным картофелем и овощным салатом.

**Хрен обыкновенный.** Отмечено сахароснижающее действие хрена. Сок его, разбавленный водой (1:1), используется для полоскания полости рта и горла при стоматитах, гингивитах, пародонтозе, а также при сахарном диабете.

Хрен готовят как приправу к мясным блюдам, закускам. Молодые листья добавляют в салаты.

*Приправа из хрена.* Корни хрена очистить, вымыть и натереть на терке или пропустить через мясорубку. На 1 кг добавить 4 г лимонной кислоты или уксуса, 800 г остуженной кипяченой воды, 80 г ксилита, 40 г соли. Все перемешать и разложить в небольшие баночки.

*Свекла с хреном.* Натереть на терке вареную свеклу, перемешать с приправой из хрена, полить сметаной или

растительным маслом. При подаче на стол посыпать зеленью.

Свекла 100 г, хрен 2 столовые ложки, сметана 30 (растительное масло 15), укроп или петрушка 5 г.

*Свекла с хреном и огурцами.* Натереть на мелкой терке вареную свеклу, добавить 2 столовые ложки приправы из хрена и 1–2 мелко нарезанных огурца (свежих или соленых, предварительно вымоченных в воде). Полить сметаной или растительным маслом. На стол подавать, посыпав зеленью.

Свекла 100 г, сметана 30, огурцы 40, укроп или петрушка 5 г, хрен 2 столовые ложки.

*Салат из хрена с яйцом и зеленью.* Мелко нарезать сваренные вкрутую яйца, смешать с приправой из хрена, добавить зелень (зеленый лук, петрушку, укроп), ксилит, заправить сметаной, посолить (по вкусу).

Хрен 50 г, зеленый лук, укроп, петрушка – по 10, сметана 30, яйцо 2 шт., ксилит, соль.

*Салат из хрена с морковью.* Морковь натереть на крупной терке, смешать с приправой из хрена, заправить ксилитом и солью по вкусу. При подаче на стол посыпать зеленью.

Морковь 100 г, хрен 20, зелень 15, ксилит 5 г, соль.

*Сельдерей с яблоками и хреном.* Натереть на крупной терке неочищенные яблоки и корень сельдерея в соотношении 3:1, положить в простоквашу, заправить солью и мелко натертым хреном.

Яблоки 120 г, корень сельдерея 30, хрен 30, простокваша 100 г, соль.

*Сельдь со свеклой и хреном.* Очищенные ломтики сельди выложить на блюдо, добавить гарнир из свеклы, натертой на терке и смешанной с тертым хреном. Подать под майонезом или с растительным маслом и зеленью.

*Яйца, фаршированные свеклой с хреном, под майонезом.* Яйца сварить вкрутую, выбрать из половинок желтки, растереть с вареной свеклой, смешанной с хреном. Зафаршировать яйца, подать под майонезом, посыпанные зеленью.

Свекла вареная 50 г, хрен 20, майонез 15 г, яйца вареные 2 шт.

*Голубцы со свеклой и хреном под сметаной.* Листья капусты, пропаренные в кипятке, начинить смесью свеклы и хрена, потушить в сметане, подавать посыпанные зеленью.

Капуста 60 г, свекла 60, хрен 20, сметана 30, укроп и петрушка по 5 г, соль по вкусу.

**Чеснок посевной.** Понижает уровень сахара в крови при одновременном усилении процесса образования гликогена в печени, в силу чего он может служить вспомогательным лекарственным средством при сахарном диабете. Чеснок активизирует сердечную деятельность, ускоряет выведение холестерина из организма, умеренно снижает кровяное давление. Применяют его при атеросклерозе и гипертонической болезни. Специфический запах чеснока является некоторым препятствием при использовании его в повседневном питании, однако он легко исчезает, если пожевать корень петрушки.

*Салат из моркови с чесноком.* Натирают на мелкой терке свежую морковь, перемешивают с мелко нарезанным чесноком, затем с майонезом.

Морковь 80 г, чеснок 3, майонез 10 г.

*Салат из свеклы с чесноком.* Вареную свеклу нарезают мелкими кубиками или натирают на терке, измельчают ядра орехов и мелко нарезают чеснок. Перемешивают все, поливают майонезом, добавляют соль, перец по вкусу.

Свекла 80 г, чеснок 3, майонез 10 г, грецкий орех 2 шт.

*Салат из помидоров с чесноком.* Нарезают свежие помидоры кружочками, добавляют мелко нарезанный чеснок, поливают сметаной. Соль, перец по вкусу.

*Салат весенний с чесноком.* Мелко нарезают листья одуванчика, крапивы и первоцвета, солят и перемешивают. Добавляют мелко нарезанный чеснок. Поливают растительным маслом или майонезом. Сверху посыпают нарезанным вкрутую сваренным яйцом.

Одуванчик 50 г, крапива 30, первоцвет 30, чеснок 3, майонез (растительное масло) 15 г, яйцо 1/4шт.

*Баклажанная икра с чесноком.* К баклажанной икре добавляют 2–3 мелко нарезанных зубка чеснока и все это перемешивают, посыпают свежей зеленью.

Икра баклажанная консервированная 100 г, чеснок 3, укроп 5 г.

**Шпинат.** Рекомендуется больным сахарным диабетом, но не на фоне нарушения солевого обмена по подагрическому типу. Шпинат богат фенольными соединениями, обладающими капилляроукрепляющим, противовоспалительным и противовоспалительным действием.

*Салат из шпината.* Вымытые и обсушенные листья нарезают, смешивают с зеленым нашинкованным луком, заправляют сметаной, укладывают в салатницу, украшают кружочками лука, помидоров, огурцов, мелко нарезанным вареным яйцом.

Шпинат 100 г, зеленый лук 10, огурец 10, помидор 10, сметана 20 г, яйцо 1/2 шт., соль по вкусу.

*Омлет со шпинатом.* В чугунную сковороду кладут масло, нагревают, выливают омлет и обжаривают с двух сторон до подрумянивания. На середину омлета кладут листья тушеного шпината, края загибают к центру и поливают маслом, затем прогревают в духовке. Листья шпината промывают, мелко нарезают и тушат в небольшом количестве подсоленной воды, перед готовностью добавляют измельченный лук, сливочное масло, соль.

Шпинат 100 г, лук репчатый 20, масло сливочное 10–15, молоко 20 г, яйцо 1 шт.

*Каша из шпината.* Муку пассируют на растительном масле. К ней добавляют очищенный, промытый и мелко нарезанный шпинат. Хорошо перемешивают, доводят до полуготовности. Добавляют воду, соль и кипятят еще 10–15 мин. Яйца взбивают вместе с простоквашей и добавляют к ним мелко нарезанную зелень петрушки. Смесь выливают в кашу, непрерывно ее помешивая, доводят до кипения и снимают с огня. Подают к столу горячей, посыпая натертой брынзой.

Шпинат 125 г, мука 10, масло растительное 20, простокваша 50, петрушка 7, брынза или сыр 5, вода 125 г, яйцо 1 шт., соль.

*Щи зеленые из шпината.* В мясной бульон кладут мелко нарезанные морковь, корень петрушки, лук, а также протертый через ситечко шпинат. Все варят еще 20 мин. За 5–10 мин до окончания варки в кастрюлю добавляют свежую зелень, соль по вкусу.

Мясной бульон 300 мл, шпинат 60 г, морковь 10, корень петрушки 10, лук 10, масло 5, укроп 5 г.

*Котлеты из шпината.* Шпинат крупно нарезают, пропускают в течение 7 мин. Затем отжимают, соединяют с тертым картофелем, добавляют панировочные сухари или муку, яйца, нашинкованный репчатый лук, зелень петрушки. Массу хорошо перемешивают, из нее формируют котлеты, панируют в сухарях или муке и обжаривают. Подают с соленьями, зеленым салатом или кислым молоком.

Шпинат 125 г, картофель 60, сухари панировочные 10, лук репчатый 7, петрушка 7, масло растительное 15 г, яйцо 1/2 шт.

**Ячмень обыкновенный.** Ячменный кофе с цикорием имеет лечебное влияние на больных сахарным диабетом и используется в лечебном диетическом питании. Из высушенных проросших зерен готовят экстракт ячменного солода и употребляют при сахарном диабете.

Среди дикорастущей флоры имеется немало растений, содержащих инсулин и инсулиноподобные вещества, т. е. обладающих сахароснижающим эффектом. Их применяют в виде соков, настоев, отваров, а также добавляют к блюдам из садовых растений.

Приведем некоторые примеры комбинирования культурных и дикорастущих растений.

**Березовый сок – поливитаминный напиток.** В нем много веществ, незаменимых в процессе обмена. Сахаристость низкая – 2-5 %. Из сахаров преобладает фруктоза, количество глюкозы незначительное, что позволяет употреблять его при сахарном диабете. Л. В. Николайчук и коллеги рекомендуют использовать березовый сок, купажированный сахароснижающими компонентами.

*Березовый сок, купажированный настойкой элеутерококка колючего.* К 1 л натурального березового сока добавить 12 мл аптечной настойки элеутерококка колючего, перемешать, закрыть плотной крышкой, хранить в холодильнике не более недели. Принимать по стакану 2 раза в день перед едой.

*Березовый сок, купажированный экстрактом золотого корня.* На 1 л натурального березового сока добавить 3 мл аптечного экстракта золотого корня, перемешать, закрыть плотной крышкой, хранить в холодильнике не более недели. Принимать по стакану 2 раза в день перед едой.

*Березовый сок, купажированный настоем листьев черники.* К натуральному березовому соку добавить настой листьев черники в соотношении 2:1, перемешать. Хранить в холодильнике закрытым не более 4 дней. Принимать по стакану 3 раза в день перед едой.

*Березовый сок, купажированный настоем листьев брусники.* К натуральному березовому соку добавить настой листьев брусники в соотношении 2:1, перемешать, плотно закрыть. Хранить в холодильнике 3-4 дня. Принимать по стакану 3 раза в день перед приемом пищи.

*Березовый сок, купажированный настоем листьев цикория.* К натуральному березовому соку добавить настой листьев цикория при соблюдении соотношения сока и настоя 2:1, перемешать, плотно закрыть крышкой и хранить в холодильнике 3-4 дня. Принимать по полстакана – стакану 2-3 раза в день перед приемом пищи.

*Березовый сок, купажированный отваром корней цикория.* К натуральному березовому соку добавить отвар корней цикория, при соблюдении соотношения 3:1, перемешать, плотно закрыть крышкой и хранить в холодильнике не более 3-4 сут. Принимать по полстакана – стакану 2-3 раза в день перед едой.

*Березовый сок, купажированный настоем ягод шиповника.* К натуральному соку березы добавить настой шиповника в соотношении сока и настоя 1:1, перемешать, закрыть крышкой, хранить в холодильнике 3-4 сут. Принимать по стакану 3 раза в день после еды в подогретом виде.

*Березовый сок, купажированный настоем крапивы двудомной.* К натуральному соку березы добавить настой крапивы двудомной, при соблюдении соотношения 2:1, перемешать, плотно закрыть крышкой. Хранить в холо-

дильнике не дольше 3-4 сут. Принимать по стакану 3 раза в день после еды.

*Березовый сок, купажированный отваром лопаток бобов фасоли.* К натуральному березовому соку добавить отвар лопаток бобов фасоли, при соблюдении соотношения 2:1, перемешать, хранить в холодильнике закрытым не более 3-4 сут. Принимать по стакану 3 раза в день перед едой.

*Березовый сок, купажированный отваром корня девясила высокого.* К натуральному соку березы добавить отвар корня девясила высокого в соотношении 3:1 или 4:1, перемешать, хранить закрытым в холодильнике не более 4 сут. Принимать по полстакана 3 раза в день перед едой.

**Сок зеленого перца.** Полезен при нарушении роста волос и ногтей, функций потовых и сальных желез. Принятый натощак в смеси с морковным соком действует как легкое слабительное. Такая смесь показана при нарушении пигментации кожи.

**Сок капусты.** Применяется при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирении, сахарном диабете, энтероколитах с преобладанием гнилостных процессов, пародонтозе. Есть указания, что сок капусты показан при лечении опухолей и запоров, кожных заболеваний на фоне сахарного диабета. Усиление газообразования можно ослабить добавлением морковного сока.

**Огуречный сок.** Полезен при нарушениях кровяного давления. Одно из лучших естественных мочегонных средств. В сочетании с морковным, шпинатным и салатным соками способствует росту волос, ногтей, показан при ревматизме.

**Сок подорожника.** Используется при сахарном диабете, сопровождающемся язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Свежие листья моют, перемалывают на мясорубке, добавляют равное количество кипяченой воды и отжимают. Пасту можно использовать как приправу или самостоятельное блюдо.

**Свекольный сок.** Показан при атеросклерозе, нарушениях обмена веществ, запорах. Смесь свекольного, морковного и огуречного соков эффективна при образовании камней в почках и желчных путях, геморрое.

**Томатный сок.** Показан в диетическом питании больных сахарным диабетом. Можно использовать сок промышленного приготовления. Свежеприготовленный сок богат солями железа, органическими кислотами, минеральными солями, имеет щелочную реакцию и благотворно влияет на обменные процессы. При подагре, желчно- и почечнокаменной болезни принимать с осторожностью, учитывая его способность увеличивать образование пуринов.

**Картофельный сок.** Полезен при поражениях слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и периферической нервной системы, зобе, нарушениях пигментации кожи. Для улучшения вкуса его смешивают с огуречным или морковным соком.

**Сок стручковой фасоли.** Содержит растительный инсулин, поэтому особенно полезен больным сахарным диабетом. Сок получают из зеленых или слегка пожелтевших стручков и принимают в смеси с морковным и капустным по 1 л ежедневно.

**Фруктово-ягодные квасы** (клюквенный, брусничный, яблочный, рябиновый, ежевичный, смородиновый, березовый и т. д.), приготовленные без добавления сахара, хорошо утоляют жажду, возникающую при некоторых заболеваниях. На 10 л кваса добавляют 300 г сухих фруктов или 100 г изюма.

### 3. Лекарственные сборы и отвары растений, применяемые при различных заболеваниях.

#### Общие правила

Назначать фитотерапию может только врач после всестороннего тщательного обследования больного и установления диагноза.

При лечении травмами нужно организовать нормальный режим труда и отдыха, заниматься физкультурой, не курить и не принимать алкогольных напитков.

Стул регулируют добавлением компонентов, обладающих закрепляющим или слабительным действием.

Во время обострения болезни принимают ударные (увеличенные) дозы лекарственных препаратов. Лечение препаратами растительного происхождения требует довольно длительного промежутка времени.

Отсутствие в сборе 1-2 компонентов лишь несколько снижает его терапевтический эффект.

#### 4. Заболевания органов дыхания

При лечении острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины, острого бронхита можно применять следующие сборы:

##### Сбор № 1

Корень алтея лекарственного	2 части (1 часть = 20 г)
Почки березы повислой (пушистой)	1 часть
Цветки бузины черной	1 часть
Корневище и корни девясила высокого	1 часть
Ягоды и листья малины обыкновенной	2 части
Трава зверобоя продырявленного	7 частей
Листья мяты перечной	2 части
Почки сосны обыкновенной	2 части
Трава шалфея обыкновенного	2 части

##### Сбор № 2

Плоды аниса обыкновенного	2 части
Корневище и корни девясила высокого	1 часть
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Трава крапивы двудомной	2 части
Цветки липы сердцевидной	3 части
Трава мать-и-мачехи	4 части
Цветки ромашки аптечной	2 части
Плоды фенхеля обыкновенного	2 части
Трава фиалки трехцветной	4 части
Трава череды трехраздельной	2 части

##### Сбор № 3

Корень аира	1 часть
Почки березы	2 части
Трава душицы обыкновенной	3 части
Корневище с корнями валерианы лекарственной	1 часть
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Листья калины обыкновенной	2 части
Семя льна посевного	2 части
Трава тысячелистника	2 части
Плоды укропа огородного	2 части

Настаивают сборы № 1-3 12 ч, выпивают в 3 приема. Ударные дозы (4-6 ложек сбора на 2 стакана кипятка) применяют 3-5 дней при ОРЗ, ангине и гриппе и 6-8 при бронхите, затем переходят к обычной дозе – 2-3 столовые ложки на 2 стакана кипятка (суточная доза) и про-

должают фитотерапию в течение 2-3 нед до полного выздоровления, используя один из сборов либо меняя их через 5-6 дней. В сборы можно включать растения седативного действия – валериану, пустырник, боярышник, сушеницу.

В народной медицине одновременно со сборами используют ингаляции, полоскания и ножные ванны с применением лекарственных трав. Для ингаляции берут листья эвкалипта, шалфея, травы чабреца, сосновые и березовые почки (отдельно или в смеси): 3 столовые ложки измельченного сырья заливают 2 стаканами горячей воды, кипятят в чайнике 3-4 мин, снимают его с огня, надевают на носик бумажную воронку и вдыхают горячий пар через нос и рот.

Для промывания полости носа и полоскания горла используют листья шалфея, цветки ромашки, череду, чабрец, аир, багульник, будру плюшевидную, зверобой, календулу, фиалку (любой из видов), хвощ (зимующий или полевой), эвкалипт: 4 столовые ложки измельченного сырья заливают 2 стаканами кипятка, кипятят несколько минут и применяют 3-4 раза в день.

Лук и чеснок натирают на мелкой терке и вдыхают пары в течение 10-15 мин 2 раза в день на протяжении 10-15 дней. Во время эпидемии гриппа с профилактической целью применяют настой чеснока: 2-3 истолченных зубчика заливают 2,5 ложками крутого кипятка, настаивают 2 ч и закапывают в нос по 2 капли в каждую ноздрю (взрослым и детям). Мелконарезанный чеснок в марлевом мешочке привязывают к детской кровати как профилактическое средство. Для предупреждения гриппа жуют корень аира болотного.

Сок редьки с медом (1:2) принимают по столовой ложке 3-4 раза в день в течение 3-5 дней как противовоспалительное, отхаркивающее и смягчительное средство.

Отвар ягод калины с медом (1:2, варят 5 мин) пьют при трахеите и бронхите (2 столовые ложки 4-5 раз в день) с теплой водой как противовоспалительное и смягчительное средство.

Настой шиповника (5-6 столовых ложек ягод на 2 стакана кипятка) показан при всех простудных заболеваниях.

В аптеках продаются готовые грудные и потогонные сборы и алтейный сироп.

#### 5. Заболевания печени, желчевыводящих путей и хронический панкреатит

##### Сбор № 1

Листья березы повислой (или пушистой)	3 части
Цветы бессмертника песчаного	5 частей
Цветки календулы лекарственной	2 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья подорожника большого	2 части
Цветки ромашки аптечной	2 части
Трава тысячелистника обыкновенного	3 части
Плоды шиповника коричневого (иглистоого)	4 части

2-3 столовые ложки измельченного сырья залить в термосе 2 стаканами крутого кипятка, оставить на 10 ч. Выпить в 3-4 приема за 30 мин до еды.

##### Сбор № 2

Цветки бессмертника песчаного	4 части
Трава душицы обыкновенной	4 части
Трава кипрея узколистного	3 части



Соцветия клевера красного	3 части
Листья мяты перечной	1 часть
Лепестки розы крымской	2 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Трава тимьяна ползучего (чабреца)	3 части
Листья шиповника коричного (иглистоого)	2 части

Принимать как сбор № 1.

#### Сбор № 3

Цветки бессмертника песчаного	6 частей
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Листья копытеня европейского	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	3 части
Трава пастушьей сумки	2 части
Листья почечного чая	4 части
Трава тысячелистника обыкновенного	3 части
Плоды шиповника коричного (иглистоого)	5 частей

Принимать как сбор № 1.

При остром гепатите показаны теплые клизмы с отваром цветков ромашки 2-3 раза в неделю. Длительность лечения в среднем 2-3 мес, зависит от тяжести заболевания.

При хроническом гепатите нужно чередовать сборы № 1 и 2, через каждые 2 мес делать перерыв на 10-14 дней. Лечение длительное. Показано применение горечей. В сбор входят кора ивы – 1/2 части, трава одуванчика лекарственного – 1 часть, трава тысячелистника обыкновенного – 1,5 части. Столовую ложку смеси заливают 1,5 стаканами кипятка и пьют по 1/2 стакана 2 раза в день за 15 мин до приема основного сбора. Принимают 2-3 нед через каждые 3 мес.

В народной медицине рекомендуют следующие сборы при желчнокаменной болезни и панкреатите:

#### Сбор № 4

Корни барбариса обыкновенного	3 части
Цветки бессмертника песчаного	7 частей
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Корни крапивы двудомной	5 частей
Кора крушины ольховидной	2 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	1 часть
Трава пастушьей сумки	2 части
Цветки пижмы обыкновенной	3 части
Корневище пырея ползучего	5 частей
Корни цикория обыкновенного	4 части
Листья черники обыкновенной	4 части

Принимать как сбор № 1.

#### Сбор № 5

Цветки бессмертника песчаного	5 частей
Корневище горца змеиного	2 части
Плоды жостера слабительного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	4 части
Листья земляники лесной	3 части
Рыльца кукурузы обыкновенной	4 части
Семя льна	4 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья одуванчика лекарственного	4 части
Трава спорыша (горца птичьего)	5 частей

Плоды фенхеля обыкновенного	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	2 части
Трава чистотела большого	3 части

Принимать как сбор № 1.

#### Сбор № 6

Трава бессмертника песчаного	3 части
Трава буквицы лекарственной	3 части
Цветки календулы лекарственной	3 части
Кора крушины ольховидной	3 части
Корневище лапчатки прямостоячей	2 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	4 части
Трава репешка обыкновенного	5 частей
Плоды укропа пахучего	2 части
Корни шиповника коричного	4 части

Принимать как сбор № 1.

Во время обострения рекомендованы ударные дозы: 5-6 столовых ложек сырья на 2 стакана кипятка – суточная доза. Лечение длительное – 2-3 года. Нужно чередовать сборы и делать перерывы через каждые 2 мес на 10-14 дней.

## 6. Заболевания почек и мочевого пузыря

#### Сбор № 1

Корни аира болотного	1 часть
Листья брусники	3 части
Кора дуба обыкновенного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Цветки календулы лекарственной	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья почечного чая	3 части
Трава спорыша (горца птичьего)	4 части
Трава тимьяна (чабреца)	2 части
Плоды шиповника коричного	2 части

2-3 столовые ложки смеси заваривают 2 стаканами кипятка, настаивают 6 ч, выпивают за 3 раза теплым за 30 мин до еды.

#### Сбор № 2

Кожура арбуза	3 части
Цветки бузины черной	2 части
Трава донника лекарственного	3 части
Трава душицы обыкновенной	4 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Цветки коровяка скипетровидного	2 части
Листья мать-и-мачехи	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пустырника	7 частей
Трава шалфея лекарственного	4 части
Плоды шиповника коричного	2 части

Принимать как сбор № 1.

#### Сбор № 3

Корни алтея лекарственного	2 части
Трава вероники лекарственной	5 частей
Трава донника лекарственного	3 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Листья крапивы двудомной	4 части

Листья мяты перечной	2 части
Трава пустырника пятилопастного	8 частей
Цветки ромашки аптечной	2 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Плоды шиповника коричного	3 части

Принимать как сбор № 1.

#### Сбор № 4

Листья березы повислой	4 части
Трава донника лекарственного	2 части
Листья земляники лесной	3 части
Трава лапчатки гусиной	3 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	1 часть
Трава пастушьей сумки	3 части
Корневище и корни солодки уральской	4 части
Трава фиалки трехцветной	2 части
Трава сушеницы болотной	6 частей
Трава яснотки белой	4 части

Принимать как сбор № 1.

При выраженной артериальной гипертензии в сборах увеличивают содержание пустырника и сушеницы болотной. Лечение длительное. Сборы чередуют, делая через каждые 2 мес небольшой перерыв. Побочных действий не отмечено. Результаты и длительность лечения зависят от тяжести заболевания.

### 7. Хронические пиелонефрит и цистит

#### Сбор № 5

Корни аира болотного	2 части
Цветки бузины черной	4 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Семя льна посевного	3 части
Трава Melissa лекарственной	2 части
Листья почечного чая	3 части
Трава спорыша (горца птичьего)	5 частей
Листья толокнянки обыкновенной	5 частей
Плоды фенхеля обыкновенного	2 части

Принимать как сбор № 1.

#### Сбор № 6

Корни алтея лекарственного	3 части
Цветки василька синего	4 части
Листья крапивы двудомной	5 частей
Семя льна посевного	2 части
Плоды можжевельника обыкновенного	3 части
Листья мяты перечной	1 часть
Цветки ромашки аптечной	4 части
Трава татарника разнолистного (бодяка)	4 части
Трава фиалки трехцветной	5 частей

#### Сбор № 7

Побеги багульника болотного	5 частей
Трава вероники лекарственной	5 частей
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Рыльца кукурузы обыкновенной	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	3 части
Почки сосны обыкновенной	3 части
Трава хвоща полевого	4 части

#### Сбор № 8

Почки березы повислой (пушистой)	2 части
Трава душицы обыкновенной	7 частей
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава петрушки огородной	5 частей
Корневища спаржи лекарственной	2 части
Трава спорыша (горца птичьего)	5 частей
Побеги туи западной	4 части
Листья эвкалипта шарикового	1 часть

Лечение длительное (1-1,5 года), до стойкого исчезновения клинических признаков болезни. С профилактической целью осенью и весной и при острых респираторных заболеваниях следует в течение 2 мес провести курс лечения.

При щелочной реакции мочи в течение 7-10 дней принимают настой толокнянки (2 столовые ложки травы на 2 стакана кипятка – суточная доза) или сбор из листьев толокнянки – 5 частей, почек березы – 3 части и травы хвоща полевого – 5 частей (3 столовые ложки смеси заливают в термосе 2 стаканами крутого кипятка и оставляют на 7-10 ч. Выпивают теплым, в 3 приема за 30 мин до еды. Принимают 7-14 дней).

При полипах мочевого пузыря и уретры в сборы добавляют траву чистотела либо в течение 1-2 мес пьют ежедневно настой, приготовленный из расчета: столовая ложка травы на 2 стакана кипятка. Полезны теплые сидячие ванны с настоем чистотела (2 столовые ложки травы на 1 л воды).

Для лечебных сидячих ванн при хроническом цистите используют сборы № 9-11. Продолжительность ванн – 10-15 мин, частота – 1-2 раза в день. Курс лечения – 8-12 дней.

#### Сбор № 9

Листья березы повислой	5 частей
Трава душицы обыкновенной	3 части
Листья смородины черной	5 частей
Трава фиалки трехцветной	2 части
Трава тимьяна (чабреца)	4 части
Листья эвкалипта шарикового	1 часть

Смесь (из расчета 3 столовые ложки на 1 л воды) залить горячей водой, довести до кипения, процедить, охладить до 39 °С.

#### Сбор № 10

Трава будры плющевидной	5 частей
Цветки календулы лекарственной	3 части
Трава горца птичьего (спорыша)	5 частей
Трава хвоща полевого	5 частей
Трава чистотела большого	2 части

Применять как сбор № 9.

#### Сбор № 11

Трава донника лекарственного	2 части
Цветки ромашки аптечной	5 частей
Трава сушеницы болотной	5 частей
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части
Трава шалфея лекарственного	5 частей

Применять как сбор № 9.

Лечебные сидячие ванны со сборами № 9-11 показаны и при приступах почечнокаменной болезни.

Облегчение при цистите приносят подушечки с распаренной травой (ромашкой, шалфеем, сушеницей, хвощом полевым), наложенные на надлобковую часть живота.

## 8. Почечнокаменная болезнь

### Сбор № 12

Корни аира болотного	2 части
Трава будры плющевидной	4 части
Листья земляники лесной	5 частей
Семя льна посевного	3 части
Листья мяты перечной	2 части
Плоды паслена черного	5 частей
Трава полыни обыкновенной	5 частей
Корневища ревеня алтайского	2 части
Корневища и корни солодки	4 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части

2-3 столовые дозы настаивают в термосе в 2 стаканах кипятка, выпивают в 3-4 приема в течение дня.

### Сбор № 13

Корни барбариса	2 части
Цветки василька синего	2 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Корни лопуха большого	4 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пастушьей сумки	2 части
Листья почечного чая	3 части
Трава руты душистой	2 части
Трава горца птичьего (спорыша)	4 части
Плоды укропа огородного	2 части
Листья черники обыкновенной	2 части

Принимать как сбор № 12.

### Сбор № 14

Листья брусники	4 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Рыльца кукурузы обыкновенной	4 части
Листья мяты перечной	3 части
Трава петрушки огородной	5 частей
Корневище пырея ползучего	5 частей
Листья черной смородины	3 части
Побеги туи западной	3 части
Трава хвоща полевого	4 части
Плоды шиповника коричневого (иглисто)	3 части

Применять как сбор № 12.

Сборы меняют через 1,5-2 мес. Через каждые 2 мес делают перерыв на 7-10 дней. После излечения целесообразно повторять курс (2 мес) весной и осенью и во время простудных заболеваний в профилактических целях.

Для отхождения камней иногда рекомендуют во время перерыва в приеме сбора пить настой травы спорыша в течение 5-7 дней (суточная доза 5-6 столовых ложек сырья на 4 стакана кипятка).

В народной медицине при лечении почечнокаменной болезни наряду со сборами применяют сок редьки в соотношении 1:2 (по столовой ложке 3 раза в день через 30 мин после еды на протяжении 3-4 нед). Курс можно повторить через несколько месяцев.

Для лечения ночного непроизвольного мочеиспускания (энуреза) рекомендуют перед сном пить чай из травы

зверобоя или настоей зверобоя, хвоща полевого, листьев брусники и черники, взятых в равных долях. Настой пьют в 2 приема – днем за 30 мин до еды и вечером перед сном на протяжении 2-4 мес.

## 9. Заболевания суставов

При ревматизме и ревматоидном артрите применяют сборы № 1-3.

### Сбор № 1

Корни аира болотного	1 часть
Плоды боярышника кроваво-красного	5 частей
Трава душицы обыкновенной	3 части
Трава зверобоя продырявленного	5 частей
Трава мелиссы лекарственной	2 части
Плоды паслена черного	3 части
Почки сосны обыкновенной	2 части
Трава фиалки трехцветной	4 части
Трава тимьяна (чабреца)	3 части
Листья эвкалипта шарикового	2 части

### Сбор № 2

Побеги багульника болотного	4 части
Корневище и корни девясила высокого	3 части
Трава донника лекарственного	3 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Трава ландыша майского	3 части
Семя льна посевного	2 части
Плоды можжевельника обыкновенного	2 части
Трава репешка обыкновенного	4 части
Трава тысячелистника обыкновенного	2 части
Трава хвоща полевого	2 части
Трава череды трехраздельной	5 частей

### Сбор № 3

Побеги багульника болотного	5 частей
Почки березы повислой	3 части
Корневище и корни девясила высокого	2 части
Трава донника лекарственного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Цветки липы сердцевидной	1 часть
Листья мяты перечной	1 часть
Цветки ромашки аптечной	3 части
Плоды укропа пахучего	1 часть
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части
Корни шавеля конского	2 части

Для суточной дозы 2-3 столовые ложки смеси заливают в термосе 2 стаканами кипятка и настаивают несколько часов. Пьют в 3 приема до еды на протяжении 6-8 мес до наступления стойкой ремиссии. Сборы чередуют, делая через каждые 2 мес перерывы на 7-10 дней. При обострениях в течение 3-5 нед применяют ударные дозы (5-6 столовых ложек смеси на 4 стакана кипятка).

При ревматоидных висцеритах целесообразно добавлять в сборы соответствующие компоненты или пользоваться сборами трав, применяемых при лечении заболеваний почек, печени, органов дыхания или сердечно-сосудистой системы.

Даже при стойкой ремиссии проведение повторных курсов фитотерапии обязательно в течение 1,5-2 мес – при острых респираторных заболеваниях, оперативных вмешательствах, любых интеркуррентных болезнях, а

также в осенне-весенний период в продолжение 4-5 лет от начала фитотерапии.

К метаболическим артритам относятся такие заболевания суставов, как подагрический артрит и хондрокальциноз.

При метаболических артритах рекомендуют применять сборы № 4-6.

#### Сбор № 4

Побеги багульника болотного	3 части
Листья брусники	4 части
Трава донника лекарственного	3 части
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Семя льна посевного	2 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава петрушки огородной	1 часть
Корневище пырея ползучего	3 части
Корневище и побеги спаржи лекарственной	2 части
Трава фиалки трехцветной	3 части
Трава череды трехраздельной	4 части

#### Сбор № 5

Корни барбариса обыкновенного	3 части
Цветки бузины черной	3 части
Трава зверобоя продырявленного	4 части
Семя льна посевного	2 части
Корни одуванчика лекарственного	3 части
Цветки пижмы обыкновенной	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части
Трава спорыша (горца птичьего)	4 части
Листья черники обыкновенной	2 части

#### Сбор № 6

Листья березы повислой (пушистой)	3 части
Корневище и корни девясила высокого	3 части
Корни лопуха большого	4 части
Плоды паслена черного	3 части
Листья почечного чая	2 части
Листья смородины черной	3 части
Плоды укропа пахучего	2 части
Корни цикория обыкновенного	4 части
Венчики цветков яснотки белой	2 части

Для суточной дозы 2-3 столовые ложки сборов настаивают в 2 стаканах кипятка, принимают не менее 2 лет с небольшими перерывами. Курс повторяют и в дальнейшем, если наступает обострение болезни.

Большим, особенно с избыточным весом, показаны разгрузочные дни в один и тот же день недели на протяжении многих лет. Накануне и в конце разгрузочного дня делают лечебные клизмы с настоем ромашки аптечной, вахты трехлистной или шалфея. В разгрузочный день пьют только воду – до 2 л. Первые результаты заметны через 2-3 мес: уменьшение болей в суставах и массы тела. В первый год применения разгрузочных дней масса тела уменьшается на 7-10 кг, во второй – на 5-7, в дальнейшем становится стабильной при улучшении общего состояния здоровья.

Разгрузочные дни показаны при избыточном весе больным атеросклерозом, гипертонией, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом, почечнокаменной болезнью, при сахарном диабете и гипертиреозе – только вредны.

В народной медицине для лечения суставов применяют в течение 10-15 дней 20-минутные припарки из травы донника, ромашки, бузины черной, хмеля обыкновенного.

Показаны лечебные ванны из смеси трав (из расчета 4 столовые ложки сбора на 1 л воды). Сбор доводят до кипения и процеживают. Температура ванны 38-40 °С, продолжительность 15-20 мин. Курс лечения – 10-15 ванн. Через несколько месяцев его повторяют.

Применяют следующие смеси для лечебных ванн:

#### Сбор № 1

Цветки бузины черной	3 части
Листья крапивы двудомной	2 части
Цветки пижмы обыкновенной	4 части
Листья смородины черной	3 части
Трава хвоща полевого	4 части
Трава череды трехраздельной	5 частей

#### Сбор № 2

Трава донника лекарственного	4 части
Корни лопуха большого	4 части
Корневище пырея ползучего	4 части
Почки сосны обыкновенной	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	5 частей
Листья эвкалипта	1 часть

#### Сбор № 3

Побеги багульника болотного	5 частей
Трава душицы обыкновенной	2 части
Побеги и плоды можжевельника обыкновенного	2 части
Трава фиалки трехцветной	3 части
Трава тимьяна (чабреца)	4 части

Пораженные суставы растирают спиртовыми настоями багульника болотного, донника лекарственного, корня лопуха большого, можжевельника обыкновенного, пырея ползучего, хмеля обыкновенного, тимьяна ползучего. Для приготовления настойки стеклянную банку объемом 1/2 л заполняют свежим измельченным сырьем, заливают спиртом, настаивают 7 дней в темном месте и процеживают.

Как болеутоляющее и противовоспалительное средство можно использовать мази из донника лекарственного, зверобоя продырявленного или хмеля обыкновенного: 2 столовые ложки свежесушенного и растертого в порошок цветков донника, соплодий хмеля или цветков зверобоя смешивают с 50 г вазелина и тщательно растирают. Хранят в темном месте. Для компрессов используют свеженатертую кашлицу из черной редьки.

В народной медицине пораженные суставы рекомендуют постоянно обертывать листьями лопуха, весной – листьями мать-и-мачехи, зимой – листьями капусты белокочанной. Регулярное применение обертываний значительно уменьшает болезненные явления.

## 10. Эндокринные заболевания

### Сахарный диабет

Фитотерапия при сахарном диабете проводится только под наблюдением эндокринолога и, как правило, лишь дополняет основное медикаментозное лечение. Рекомендуется применять следующие сборы:

#### Сбор № 1

Листья черники	1,25 части
----------------	------------

Листья крапивы двудомной	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 15 мин, через несколько минут процедить. Принимать по 2-3 столовые ложки 2-4 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 2*

Листья черники	1,25 части
Лопатки бобов фасоли	1,25 части
Трава крапивы двудомной	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять и процедить. Принимать по 1/2 стакана в день перед едой в течение месяца.

*Сбор № 3*

Листья черники	1,25 части
Трава спорыша (горца птичьего)	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Трава крапивы двудомной	1,25 части

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять и процедить. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 4*

Листья черники	1,25 части
Листья брусники	1,25 части
Трава зверобоя продырявленного	1,25 части
Трава спорыша (горца птичьего)	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 5*

Листья черники	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Трава зверобоя продырявленного	1,25 части
Трава хвоща полевого	1,25 части

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, процедить. Принимать по 1/3 стакана 2-3 раза в день перед едой на протяжении месяца. Если в предыдущий сбор входил зверобой – его следует исключить из смеси.

*Сбор № 6*

Листья черники	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Листья цикория обыкновенного	1,25 части
Трава крапивы двудомной	1,25 части
Листья брусники	1,25 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мину, настоять 15 мин, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3-4 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 7*

Листья брусники	1 часть
Листья одуванчика лекарственного	1 часть
Листья цикория обыкновенного	1 часть
Листья крапивы двудомной	1 часть
Трава хвоща полевого	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 5 мин, процедить, принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 8*

Листья первоцвета лекарственного	1,25 части
Листья одуванчика лекарственного	1,25 части
Листья крапивы двудомной	1,25 части
Листья яснотки белой	1,25 части

Десертную ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 9*

Цветки боярышника кроваво-красного	1,25 части
Листья черники	1,25 части
Листья толокнянки обыкновенной	1,25 части

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять 10 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день за 20 мин до еды при сахарном диабете, сочетающемся с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

*Сбор № 10*

Листья ежевики	1 часть
Листья черники	1 часть
Плоды шиповника	1 часть
Листья земляники лесной	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 11*

Листья ежевики	1 часть
Листья черники	1 часть
Листья смородины черной	1 часть
Листья толокнянки обыкновенной	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять 10 мин, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 12*

Листья земляники лесной	1,25 части
Трава зверобоя продырявленного	0,5 части
Листья цикория обыкновенного	1 часть
Листья толокнянки обыкновенной	1 часть

Столовую ложку смеси залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 4 мин, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

*Сбор № 13*

Корень девясила высокого	0,25 части
Корень цикория обыкновенного	0,25 части
Корень валерианы лекарственной	0,25 части

Десертную ложку измельченных корней залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день после еды.

*Сбор № 14*

Кукурузные рыльца	0,5 части
Цветки бессмертника песчаного	0,25 части
Листья черники	1,5 части
Плоды шиповника (измельченные)	0,5 части

Столовую ложку сбора залить 1,5 стаканами кипятка, кипятить 5 мин, настоять час, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день после еды.

#### Сбор № 15

Листья березы повислой (пушистой)	2 части
Плоды боярышника кроваво-красного	3 части
Трава вероники лекарственной	2 части
Трава золототысячника малого	5 частей
Корни лопуха большого	5 частей
Листья мяты перечной	2 части
Листья почечного чая	2 части
Трава пустырника пятилопастного	3 части
Корневище и корни солодки уральской	2 части
Корни цикория обыкновенного	4 части
Плоды шиповника коричневого	2 части

Для приготовления суточной дозы 2-3 столовые ложки сбора заливают в термосе 2 стаканами крутого кипятка и оставляют на 8-10 ч. Выпивают в 3 приема за 30 мин до еды теплым.

#### Сбор № 16

Плоды боярышника кроваво-красного	3 части
Листья крапивы двудомной	3 части
Семя льна посевного	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Трава пустырника пятилопастного	5 частей
Корневище и побеги спаржи лекарственной	4 части
Трава чабреца	4 части
Листья черники обыкновенной	7 частей
Плоды шиповника коричневого	3 части

Принимать как сбор № 15.

#### Сбор № 17

Листья брусники	4 части
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Рыльца кукурузы обыкновенной	4 части
Корни лопуха большого	5 частей
Листья мяты перечной	2 части
Листья ореха грецкого	3 части
Почки сирени обыкновенной	2 части
Трава сушеницы болотной	2 части
Листья черники обыкновенной	3 части
Корни шиповника коричневого	2 части

Принимать как сбор № 15.

#### Сбор № 18

Плоды боярышника кроваво-красного	2 части
Цветки бузины черной	2 части
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Слоевидные ламинарии сахаристой (морской капусты)	2 части
Листья мяты перечной	2 части
Листья подорожника большого	2 части
Листья смородины черной	2 части
Стручки фасоли обыкновенной	2 части
Листья черники обыкновенной	2 части

Принимать как сбор № 15.

#### Отвары растений, применяемые в диабетическом лечении:

20 г лопаток бобов фасоли залить стаканом кипятка, кипятить 20 мин, затем долить кипятка до 2 стака-

нов. Настоять 3-4 ч и процедить. Пить 3-4 раза в день по 1/3 стакана перед едой.

20 г листьев березы залить 1,5 стаканами воды, довести до кипения, кипятить 20 мин, добавить 0,2 г соды, настоять 6 ч. Процедить, выпить в 2 приема с интервалом в 4 ч.

10 г березовых почек залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в течение 20 мин, настоять 6 ч, процедить, пить по 1/3 стакана в день.

20 г плодов боярышника кроваво-красного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 15-20 мин, настоять 3 ч. Пить как чай.

15 г цветков боярышника кроваво-красного залить 2 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч. Пить по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

20 г листьев брусники залить 2,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять, добавить 1-2 чайные ложки меда, настоять 3-4 ч. Принимать по 1/3 стакана 2-3 раза в день.

30 г ягод брусники залить стаканом кипятка, прокипятить в течение 5 мин, настоять 1 ч. Принимать по 1/4 стакана 2-3 раза в день перед едой.

20 г листьев ежевики залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Пить по 1/2 стакана 2-3 раза в день перед едой.

20 г измельченных корней ежевики залить 2 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3 ч и процедить. Пить по 1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

30 г ягод ежевики залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5-7 мин, настоять 30 мин. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день после еды.

20 г цветков калины залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч и процедить. Пить перед едой как чай.

10 г коры калины залить стаканом кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 4 ч, процедить. Пить по столовой ложке 3 раза в день.

30 г ягод калины залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 1 ч, принимать по 1/3 стакана 2-3 раза в день после еды.

15 г ягод можжевельника обыкновенного залить стаканом кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день перед едой.

15 г плодов шиповника измельчить, залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Пить по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

20 г листьев шиповника залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 1 ч. Пить как чай 1-2 раза в день.

15 г плодов рябины обыкновенной измельчить, залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 4 ч, процедить, Принимать по 2 столовые ложки 3-4 раза в день.

20 г ягод черной смородины залить кипятком, прокипятить 10 мин, настоять 3 ч, процедить. Пить по 1/2 стакана 3 раза в день.

20 г листьев смородины черной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

30 г ягод смородины красной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день перед едой.

20 г ягод черники залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 3 мин, настоять 30 мин. Принимать по стакану 2-3 раза в день после еды.

15 г корня бадяжи залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день до еды.

15 г травы бессмертника песчаного залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, долить кипятком до 1,5 стакана, настоять 3 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3-4 раза в день после еды.

20 г травы спорыша (горца птичьего) залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 1-2 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 раза в день.

20 г измельченных корней девясила высокого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день.

20 г листьев земляники лесной залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

20 г плодов земляники лесной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5 мин, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

20 г измельченных листьев крапивы двудомной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 раза в день перед едой.

15 г измельченного корня лопуха большого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, охладить и процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 раза в день после еды.

20 г семян лопуха большого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять час, принимать по столовой ложке 3-4 раза в день после еды.

20 г листьев медунки мягчайшей залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 4 ч, пить по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

20 г листьев мяты перечной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять час, процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 раза в день за 30 мин до еды.

20 г листьев первоцвета весеннего залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1,5 стакана 3 раза в день перед едой.

15 г измельченных листьев подорожника большого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день перед едой.

10 г семян подорожника большого растолочь, залить 1,25 стакана кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 раза в день.

20 г измельченного корня ревеня залить 2 стаканами кипятка, прокипятить 30 мин, настоять 4 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3-4 дня. Для слабительного эффекта выпивают по стакану отвара 1-2 раза в день.

15 г плодов тмина обыкновенного залить 1 1/4 стаканами кипятка, прокипятить 5-10 мин, настоять 2-3 ч. Принимать по столовой ложке 3 раза в день.

30 г зерен овса залить 1,5 стаканами кипятка, настоять 4 ч, прокипятить 20 мин, настоять еще 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

20 г стеблей овса залить 1 1/4 стакана кипятка, прокипятить 30 мин, долить до 1,5 стакана, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

10 г листьев толокнянки обыкновенной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 3 мин, настоять 3-4 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

20 г тысячелистника обыкновенного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по столовой ложке 3 раза в день.

30 г травы хвоща полевого залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 2-3 столовые ложки 3-4 раза в день перед едой.

20 г корня цикория обыкновенного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3-4 ч, процедить. Принимать по 2 столовые ложки 3 раза в день перед едой.

20 г листьев яснотки белой залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч. Принимать по стакану 3 раза в день перед едой.

15 г измельченного корня одуванчика лекарственного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 20 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день перед едой.

25 г листьев одуванчика лекарственного залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 3 ч, процедить. Принимать по 3 столовые ложки 3-4 раза в день перед едой.

20 г листьев голубики залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

30 г плодов голубики залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять час, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день перед едой.

20 г травы душицы обыкновенной залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 5 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/4 стакана 3 раза в день после еды.

30 г ягоды клюквы залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить в закрытой посуде 5 мин, настоять 30 мин. Принимать по 1/2 стакана 3-4 раза в день после еды.

20 г травы пастушьей сумки залить стаканом кипятка, прокипятить 5 мин, настоять и процедить. Принимать по 2-3 столовые ложки 3 раза в день после еды.

30 г гречневой крупы сечки залить 1,5 стаканами холодной воды, настоять 3 ч, прокипятить на водяной бане 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой.

30 г кукурузных рылец залить 1,5 стаканами кипятка, прокипятить 10 мин, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

### Диффузный токсический зоб

Фитотерапия при диффузном токсическом зобе проводится дополнительно к основному медикаментозному лечению. Можно использовать следующие растительные сборы.

#### Сбор № 1

Плоды боярышника кроваво-красного	3 части
Трава донника лекарственного	2 части
Трава зверобоя продырявленного	3 части
Цветки календулы лекарственной	2 части
Слоевнице ламинарии сахаристой	4 части
Трава Melissa лекарственной	3 части
Цветки пижмы обыкновенной	2 части
Трава пустырника пятилопастного	4 части
Трава руты пахучей	3 части
Побеги туи западной	2 части
Соплодия хмеля обыкновенного	3 части

Трава шалфея лекарственного	4 части
Плоды шиповника коричного	3 части

Вечером 2-3 столовые ложки сбора нужно высыпать в термос и залить 2 стаканами крутого кипятка. На следующий день выпить в 3 приема в теплом виде за 30 мин до еды.

#### *Сбор № 2*

Трава будры плющевидной	2 части
Трава дурнишника колючего	5 частей
Слоевидице ламинарии сахаристой	5 частей
Трава ландыша майского	2 части
Листья мяты перечной	1 часть
Трава полыни обыкновенной	2 части
Плоды рябины черноплодной	2 части
Трава сушеницы болотной	3 части
Трава тысячелистника обыкновенного	1 часть
Трава тимьяна ползучего	2 части
Плоды шиповника коричного	2 части

Принимать как сбор № 1.

#### *Сбор № 3*

Плоды боярышника кроваво-красного	2 части
Корневище и корни валерианы лекарственной	1 часть
Трава дурнишника колючего	6 частей
Трава душицы обыкновенной	2 части
Слоевидице ламинарии сахаристой	3 части
Трава Melissa лекарственной	2 части
Трава омелы белой	2 части

Трава пустырника пятилопастного	4 части
Корневище и побеги спаржи лекарственной	2 части
Плоды укропа пахучего	1 часть
Трава чистотела большого	2 части
Плоды шиповника коричного	2 части

Принимать как сбор № 1.

#### *Сбор № 4*

Корневище с корнями девясила высокого	1 часть
Трава донника лекарственного	3 части
Трава дурнишника колючего	5 частей
Трава зверобоя продырявленного	2 части
Листья земляники лесной	2 части
Слоевидице ламинарии сахаристой	3 части
Трава ландыша майского	2 части
Цветки липы сердцевидной	1 часть
Листья мяты перечной	1 часть
Листья подорожника большого	2 части
Цветки ромашки аптечной	2 части
Трава сушеницы болотной	3 части
Трава фиалки трехцветной	1 часть
Плоды шиповника коричного	2 части

Принимать как сбор № 1.

Сборы чередуют и принимают в течение 1,5-2 лет, а иногда и более длительное время. У больных, склонных к поносам, в настои следует включать еще и растения, обладающие вяжущим действием – кровохлебку, плоды ольхи, кору дуба и т. п.

## **Раздел XIX. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

*М.Л. Фомичева*

*Вооружить человека знаниями – еще полдела.*

*Главное – научить его пользоваться ими.*

*Л. Карельская*

В современных условиях здоровье общества во многом определяется его санитарно-эпидемиологическим благополучием, реальным обеспечением прав граждан на безопасную среду обитания и профилактику заболеваний. Здоровье населения – необходимое условие сохранения трудового потенциала страны и один из важных аспектов национальной безопасности.

Все большее значение для Российского здравоохранения приобретает совершенствование медицинской профилактики и формирование здорового образа жизни, как одного из наиболее динамично развивающегося направления в медицине. О приоритете профилактики в сфере охраны здоровья заявлено в Федеральном законе Российской Федерации от 12 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Нарастающая глобальная эпидемия неинфекционных заболеваний, которые являются лидирующей причиной смертности и инвалидности населения, подчеркивает обоснованность и необходимость организации активной продуманной борьбы с неинфекционными заболе-

ваниями на национальном, региональном и глобальном уровнях. В Российской Федерации выработан особый межсекторальный подход к формированию единой профилактической среды в обществе, который включает участие не только министерства здравоохранения РФ, но и всех других министерств и ведомств.

Ведущую роль в развитии неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смертности населения в России, играют так называемые «поведенческие факторы». Со злоупотреблением алкоголем связано около 12 % всех смертей, с курением – 17 %, с нерациональным и избыточным питанием – около 25 %. Данные факты обосновали начало реализации национальных профилактических стратегий: антиалкогольной, по борьбе с табакокурением, антinarкотической. Для формирования единой профилактической среды необходимо не только создавать условия для ведения здорового образа жизни, но и мотивировать население к тому, чтобы каждый чувствовал ответственность за свое здоровье.

Таким образом, наряду с государственными структурами к созданию единого профилактического простран-



ства должно быть привлечено все гражданское общество, неправительственные организации, представители бизнеса, семьи, как первичной ячейки общества.

Одной из важных задач возлагаемых на отделения (кабинеты) медицинской профилактики является санитарно-гигиеническое просвещение населения, обучение основам формирования здорового образа жизни, контролю основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, отношения к своему здоровью как к собственному ресурсу и капиталу (приложение 10-16).

## **1. Организация работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики медицинского учреждения**

Отделения (кабинеты) медицинской профилактики – это структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Они создаются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.09.2003г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ» (Приложение 10) и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приложение 11).

На отделения и кабинеты медицинской профилактики возложены функции организации, координации и оценки эффективности деятельности медицинской организации по оказанию профилактических услуг населению. Нормативными документами определено, что в этих подразделениях осуществляется выявление и коррекция поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний, гигиеническое обучение медицинских работников, информационное обеспечение специалистов и населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья, проведение медико-социальных опросов, а также ведение учетной и отчетной документации.

Приказом МЗ и СР РФ № 543н на отделения и кабинеты медицинской профилактики в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению возлагаются дополнительные функции: участие в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах. В связи с этим, для указанных подразделений рекомендуется увеличить штатное расписание и выделить дополнительные помещения для проведения необходимых мероприятий и диагностических исследований непосредственно в подразделении: анамнестический кабинет, кабинеты функциональных (инструментальных) исследований, пропаганды здорового образа жизни, централизованного учета ежегодной диспансеризации, медицинской помощи при отказе от курения (Приложение 11).

Штатные должности врачей и средних медицинских работников прочих медицинских организаций рассчитываются в соответствии со штатными нормативами Приказа Минздрава РФ от 23.04.97. № И/61-119 «О временной форме статистической отчетности» (Приложение 3). В учреждении выделяется помещение под отделение или кабинет медицинской профилактики. Материально-техническое оснащение кабинета проводится в соответствии с таблицей оснащения по Приказу Министерства здравоохранения РФ от 23.09.2003г. №455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ».

Медицинский персонал отделений (кабинетов) медицинской профилактики должен пройти курс специальной

подготовки или тематическое усовершенствование по разделу «гигиеническое воспитание» и иметь соответствующий сертификат.

На медицинских работников отделений (кабинетов) медицинской профилактики составляются должностные инструкции в соответствии с функциями подразделения и видами медицинских профилактических услуг. В отделении (кабинете) медицинской профилактики могут оказываться все виды медицинских профилактических услуг.

В зависимости от функций подразделения и видов медицинских профилактических услуг, формируется номенклатура дел отделения (кабинета) медицинской профилактики в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.80 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». В кабинете необходимо иметь нормативную документацию, регламентирующую деятельность подразделения, в том числе приказы главного врача (о создании отделения (кабинета) медицинской профилактики, о создании лекторской группы в учреждении и др.). Учетно-отчетная документация ведется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 23.09.2003 г. №455 и других нормативных документов, регламентирующих деятельность по имеющимся видам медицинских профилактических услуг. Кроме этого, в кабинете должен быть фонд методической литературы (библиотечный фонд, подписные издания, тематические методические папки, альбомы и т.д.), фонд аудио- и видеоматериалов.

## **2. Планирование деятельности медицинской организации по гигиеническому обучению и воспитанию населения**

Планирование работы медицинской организации по гигиеническому обучению и воспитанию населения является одной из основных функций специалиста отделения (кабинета) медицинской профилактики.

Планирование работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения предусматривает следующие этапы:

- Изучение основных показателей здоровья населения, прикрепленного к учреждению;
- Определение основной цели работы;
- Формулировка конкретных задач;
- Определение времени, необходимого на выполнение отдельных задач;
- Определение очередности мероприятий;
- Учет проводимых мероприятий;
- Контроль исполнения мероприятий;
- Оценка результатов.

Нами предложена форма плана работы медицинской организации по гигиеническому обучению и воспитанию и формированию здорового образа жизни населения, содержащая все необходимые разделы деятельности учреждения.

Анализ показателей состояния здоровья населения, планирование деятельности медицинской организации, в том числе отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также контроль исполнения и оценка результатов работы медицинской организации осуществляется под руководством заместителя главного врача по лечебной работе. В план работы учреждения по гигиеническому обучению и воспитанию населения включается профилактическая работа всех специалистов учреждения: беседы, лекции, семинары, «школы здоровья» массовые оздоровительные мероприятия, методическая работа

по подготовке информационных материалов и т.д. При формировании плана определяются конкретные исполнители мероприятий и сроки исполнения. В помощь специалистам при планировании работы рекомендуем использовать календарь Всемирных дней здоровья, сезонные проблемы (профилактика ОРВИ, обморожений – в зимнее время, обострение хронических заболеваний – в весенне-осенний период, острые кишечные инфекции, отравления грибами – летом и т.д.)

Для правильного планирования деятельности медицинских работники должны учитывать состояние грамотности населения, экономическое положение, основные местные традиции и привычки, существующие службы здравоохранения.

Более эффективными мероприятия по гигиеническому обучению и воспитанию становятся с привлечением населения к активному участию в оздоровительных мероприятиях (праздники здоровья, школы, горячие линии и т.д.). Наряду с мероприятиями, запланированными в медицинской организации можно планировать совместные мероприятия с общественными организациями, учреждениями образования, культуры, спорта и др.

### 3. Основные понятия:

#### **медицинская профилактика, санитарное просвещение, медицинские профилактические услуги, гигиена, экология**

Сохранение и укрепление здоровья, а также профилактика заболеваний – это сфера деятельности не только сектора здравоохранения, но и политики, законодательства, производства, охраны окружающей среды. В широком аспекте профилактика – это социально-профилактическое направление охраны и укрепления здоровья, включает санитарно-гигиенические, противоэпидемические, общественные и индивидуальные меры, формирование здорового образа жизни, охрану и воспроизводство здоровья здоровых (Лисицын Ю.П., 2002).

Комплекс профилактических мер, реализуемых через систему здравоохранения, классифицируется как медицинская профилактика.

**Медицинская профилактика** (медицинская профилактическая деятельность) – вид деятельности медицинской организации, направленный на: повышение информированности пациентов и населения по проблемам охраны здоровья и профилактики заболеваний (санитарное просвещение) и оказание медицинских профилактических услуг.

**Санитарное просвещение** – пропаганда медицинских и гигиенических знаний путем организации и проведения массовых мероприятий: семинаров и лекций, изготовления аудиовизуальной продукции, издание или публикации, выступления в СМИ, проведения декадников и т.д., с целью сохранения и укрепления здоровья, предупреждение заболеваний и их осложнений.

**Медицинская профилактическая услуга** – мероприятие или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и направленные на профилактику заболеваний, их своевременную диагностику и оздоровление.

*Виды медицинских профилактических услуг:*

- профилактическое консультирование (гигиеническое обучение и воспитание) отдельных индивидуумов (класс XXI, Z70-Z76, МКБ-10);
- профилактическое консультирование (гигиеническое обучение и воспитание) групповое (класс XXI, Z70-Z76, МКБ-10);

- профилактические медицинские осмотры с целью выявления ранних форм заболеваний и факторов риска и проведение оздоровительных мероприятий (класс XXI, Z00-Z13, МКБ-10);

- иммунизация (вакцинопрофилактика) (класс XXI, Z20-Z29, МКБ-10);

- диспансеризация;

- профилактические оздоровительные услуги (лечебная физкультура, физиотерапевтические медицинские услуги, массаж и др.)

В зависимости от объекта приложения профилактических мер говорят о первичной профилактике, когда меры направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения у здоровых пациентов, и о вторичной профилактике в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего у пациента заболевания или повреждения.

**Первичная профилактика** – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

*Первичная профилактика включает следующие мероприятия:*

- Принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и др.), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;

- Формирование здорового образа жизни;

- Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.;

- Выявление при профилактических медицинских осмотрах вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению или снижению.

- Проведение иммунопрофилактики различных групп населения;

- Оздоровление лиц и континентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Наиболее демонстративным примером первичной профилактики являются санитарно-гигиенические и эпидемиологические мероприятия, иммунизация. Первостепенное значение для первичной профилактики приобретает концепция образа жизни, которая определяет пути предупреждения, прежде всего, НИЗ (сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, психосоматических и других заболеваний), генез которых во многом связан с курением, злоупотреблением алкоголем, гиподинамией, нерациональным питанием, психосоциальными стрессами.

**Вторичная профилактика** – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

*Вторичная профилактика включает в себя:*

- Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

- Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;

- Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения;

- Проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;

- Проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например, производство лечебного питания и т.д.).

Медицинская профилактика по отношению к населению определяется как:

- *Индивидуальная* – профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами;

- *Групповая* – профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы, группы высокого риска);

- *Популяционная* (массовая) – профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом.

В отделениях (кабинетах) медицинской профилактики гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляется преимущественно на индивидуальном и групповом уровне. На популяционном уровне работают Центры медицинской профилактики, Центры гигиены и эпидемиологии и др. медицинские организации.

В просветительной деятельности медицинские работники, кроме специальных, используют знания по гигиене, санитарии, экологии.

Деятельностью, направленной на оздоровление внешней среды, условий жизни занимается гигиена.

**Гигиена** – наука о здоровье, целью которой является предупреждение заболеваний путем разработки норм и мероприятий по устранению или уменьшению влияния отрицательно действующих факторов окружающей среды, а также оздоровление условий труда, жизни и укрепление здоровья населения. Объектом внимания гигиены является здоровый человек.

Гигиену следует отличать от санитарии, осуществляющей на практике научные достижения гигиены.

**Экология** – биологическая наука, изучающая взаимоотношения организмов между собой и с окружающей средой.

Окружающая человека среда это: атмосферный воздух, питьевая вода, жилье и общественные помещения, почва, продукты питания, климат.

Уже на ранних этапах становления человеческого общества были обнаружены связи между условиями, в

которых живут люди, и особенностями их здоровья. Более 2 тыс. лет назад Гиппократ описал влияние климата, воды, рельефа и времен года на здоровье жителей различных местностей. В нашей стране вклад в развитие экологии человека внесли такие ученые как В.И. Вернадский, И.И. Мечников, А.А. Остроумов. Но как специальная наука экология выделена только в 1972 году. В последние десятилетия этот термин приобрел особую популярность. Экология как наука развивается особенно бурно, поскольку антропогенные (связанные с деятельностью человека) изменения окружающей среды приобрели такие размеры, что человек прямо или косвенно сам становится их жертвой.

*Варианты воздействия загрязнителей окружающей среды:*

- Раздражающее (на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, кожу, конъюнктиву глаз);

- Токсическое (на печень, легкие, почки, сердце);

- Аллергенное (на кожу, верхние дыхательные пути, конъюнктиву; вплоть до отека Квинке и анафилактического шока);

- Иммунодепрессивное;

- Тератогенное (в стадии внутриутробного развития, приводящее к врожденным дефектам и порокам);

- Эмбриотоксическое (токсическое воздействие на плод, вызывающее его гибель либо болезни новорожденных);

- Мутагенное (мутации в соматических клетках приводят к преждевременному старению, хроническим болезням, раку; мутации в половых клетках – к бесплодию, наследственным болезням, врожденным порокам у детей, раку у детей до 14 лет);

- Канцерогенное (как вариант мутагенного).

## 4. Гигиеническое обучение и воспитание населения

### 4.1. Определение, задачи, медицинский, социальный и экономический эффекты

Гигиеническое обучение и воспитание населения является обязательным разделом работы медицинской организации и каждого медицинского работника и направлено на повышение санитарной культуры населения, профилактику заболеваний, распространение знаний о здоровом образе жизни.

*Гигиеническое обучение и воспитание* – это система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни, как отдельных людей, так и общества в целом (Оганов Р.Г., Вялков А.И., 2000).

Гигиеническое обучение и воспитание населения в отличие от санитарного просвещения имеет свои особенности, главная из которых – активный характер проводимых мероприятий. Основным методом воздействия на пациента в данном случае является профилактическое консультирование индивидуальное или групповое. Для овладения техникой профилактического консультирования необходима специальная подготовка медицинских работников.

В Концепции сохранения и укрепления здоровья населения методами и средствами гигиенического обучения и воспитания, 1997 г. сформулированы основные задачи:

- снижение распространенности курения и употребления табака;
- улучшение качества питания;
- увеличение физической активности;
- смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов и повышение качества жизни;
- соблюдение населением мер личной и общественной профилактики;
- снижение потребления алкоголя;
- профилактика употребления наркотиков и наркотических средств;
- улучшение качества окружающей среды и минимизация повреждающего действия антропогенных факторов.

Перечисленные задачи актуальны и сегодня, что подтверждается принятием Концепций, Постановлений, Приказов на законодательном уровне, приведенных в приложении 4 к настоящим методическим рекомендациям.

Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Мировой опыт свидетельствует, что эффективность этой профилактической деятельности среди населения исключительно высока. Гигиеническое обучение и воспитание населения оказывается достаточно мощным инструментом формирования здоровья, что хорошо видно на примере ряда зарубежных стран.

В развивающихся странах первоочередные меры гигиенического обучения и воспитания населения направлены на профилактику инфекционных болезней и борьбу с детской смертностью. Так, в странах Юго-Восточной Азии, Латинской Америки, Африканского региона активно внедряются в практику медико-социальные программы: по питанию детей, иммунопрофилактике, по вопросам семьи и здоровья женщин репродуктивного возраста, профилактике туберкулеза, по борьбе с курением и употреблением табака, образовательные программы для акушеров и другие.

В странах с высоким уровнем социального развития проводится профилактика сердечно-сосудистых и дегенеративных заболеваний, злокачественных новообразований, профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Выполнение задач гигиенического обучения и воспитания по вопросам укрепления здоровья населения, естественно, не может дать сиюминутных результатов. Однако, как показывает опыт целого ряда высокоразвитых стран и результаты научных исследований, проведенных в РФ, решение этих задач способно привести в течение 5-10 лет к снижению распространенности артериальной гипертонии и табакокурения на 20 % и, как следствие, к уменьшению заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15 %, что равносильно сохранению жизни ежегодно примерно 25 тыс. человек трудоспособного возраста.

Улучшение структуры питания населения и повышение качества пищевых продуктов наряду с повышением на 25-30 % числа систематически занимающихся физкультурой и получающих адекватные физические нагрузки обеспечит снижение распространенности избыточной массы тела на 25-30 %, уменьшение заболеваемости и смертности от основных НИЗ на 10 % и 5 %, соответственно.

Снижение потребления алкоголя и профилактика употребления наркотиков позволят снизить заболеваемость

алкоголизмом на 15 % и потери от временной нетрудоспособности и инвалидности по заболеваниям общемедицинского профиля, связанными со злоупотреблением алкоголем, на 5 %, а также заболеваемость соматическими болезнями, обусловленными токсическими эффектами алкоголя и наркотических веществ на 25 %, уменьшение травматизма на 10-15 %.

Снижение загрязнения окружающей среды до нормативных требований позволит достичь снижения общей заболеваемости на 10-15 % и смертности на 5 %.

Экономический анализ результатов крупных профилактических программ, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом, показывает высокую эффективность гигиенического обучения и воспитания. Так, реализация медико-социальных программ укрепления здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученной выгоды как 1:7, то есть каждый вложенный рубль экономит обществу 7 рублей, которые необходимо было бы потратить на устранение последствий, вызванных курением, употреблением алкоголя и наркотиков, нерациональным питанием, неправильным сексуальным поведением и т.д.

При осуществлении в школах хорошо спланированных долгосрочных мероприятий по формированию ЗОЖ, которые направлены на предотвращение курения, профилактику нежелательной беременности, инфекций передаваемых половым путем (ИППП) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа), соотношение стоимости затрат и полученной выгоды составляет 1:14. Такой же показатель эффективности может быть получен при успешной реализации программ вакцинопрофилактики (например, против кори, эпидемического паротита, краснухи, дифтерии), в которых просветительский и образовательный компонент часто являются решающими.

## 4.2. Принципы организации гигиенического обучения и воспитания

Принципами организации гигиенического обучения и воспитания в соответствии с «Концепцией сохранения и укрепления здоровья населения РФ методами и средствами гигиенического обучения и воспитания от 30.07.1997 г.» являются:

- государственный характер;
- плановость;
- массовость;
- участие всех медицинских работников;
- участие других организаций и населения;
- наличие специальных органов и учреждений гигиенического обучения и воспитания;
- общедоступность и целенаправленность;
- научность;
- дифференцированность;
- оптимистичность.

Организация и финансирование здравоохранения является одной из важных функций любого государства. Одним из основных прав каждого гражданина является право на охрану здоровья и медицинскую помощь, закрепленную законодательно в Конституции РФ, в основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан», законе от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ряде других руководящих документов.

В «Концепции сохранения и укрепления здоровья населения РФ методами и средствами гигиенического обучения и воспитания от 30.07.1997 г.» определены основ-

ные принципы решения задач гигиенического обучения и воспитания населения:

Развитие внутрисекторального сотрудничества (между учреждениями здравоохранения, центрами медицинской профилактики, Управлениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в субъектах Российской Федерации, участковой или семейной службой медицинской организации и др.);

Развитие межсекторального сотрудничества (между органами и учреждениями образования, социальной поддержки населения, культуры и спорта, управления внутренних дел, предприятиями, общественными объединениями, средствами массовой информации (СМИ) и др.).

Профилактика социально обусловленных заболеваний, НИЗ, профилактика болезней стиля поведения и формирование у населения здорового образа жизни – мероприятия, выходящие за рамки системы здравоохранения и вовлекающие в решение этих задач специалистов различного профиля, общественные объединения, средства массовой информации и население. Поэтому построение партнерства (внутрисекторального, межсекторального) – это один из ключевых моментов, обеспечивающих успех гигиенического обучения и воспитания. Один из главных принципов партнерства – это привлечение участников на всех стадиях процесса: при планировании, организации и реализации, оценке ее эффективности. Создание партнерства обеспечивает не только идейное объединение партнеров, но и вложение в общую работу своего опыта, времени, объединение их материальных ресурсов, которые могут быть направлены на профилактику.

На современном этапе Министерством здравоохранения РФ ставится задача перед регионами о создании единой профилактической среды на уровне субъекта РФ. Формирование единой межсекторальной профилактической среды как способа преодоления эпидемии неинфекционных заболеваний должно складываться из нескольких звеньев:

- обеспечение безопасной и комфортной физической и социальной среды обитания человека, создание условий для ведения здорового образа жизни;
- информирование и мотивирование населения (с учетом возраста, пола, образования) к сохранению здоровья и долголетию, формированию ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких;
- формирование системы управления здоровьем: своевременное выявление факторов риска (диспансеризация и профилактические медицинские осмотры), индивидуализированная коррекция факторов риска.

Ключевым партнером всех мероприятий по укреплению здоровья и профилактике является население, чье вовлечение и просвещенность в вопросах здоровья определяют успех или неудачу любой программы. Население должно участвовать в мероприятиях, направленных на улучшение их здоровья. Это могут быть различного рода лекции, беседы, вечера вопросов и ответов, анкетирование и социологические опросы. Средства массовой информации (СМИ) являются одним из основных путей образования населения по вопросам здоровья.

Гигиеническое обучение и воспитание населения осуществляется медицинскими работниками отделений (кабинетов) медицинской профилактики ЛПУ, специалистами ЛПУ (медицинскими работниками участковой службы, врачами-специалистами, психологами, врачами детских дошкольных и школьных учреждений и др.). Тематика материалов по гигиеническому обучению и вос-

питанию определяется в соответствии с задачами, стоящими перед медицинской организацией. В медицинских организациях осуществляются различные формы работы с населением, внедряются научно-обоснованные новые технологии, профилактические и оздоровительные программы.

Для более эффективного информирования населения гигиеническое обучение и воспитание осуществляется в различных целевых группах (дети, подростки, учащаяся молодежь, работающие, пенсионеры, и т.д.). Формирование целевых групп целесообразно, т.к. при этом используются аналогичные формы и методы профилактических воздействий: например, профильные школы для больных сахарным диабетом, артериальной гипертонией и др. Информация излагается с учетом возраста, уровня образования, наличия определенных факторов риска. При работе с населением на всех уровнях информация излагается доступно для широких слоев населения, без использования сложных медицинских терминов, носит позитивный характер.

### **4.3. Здоровый образ жизни: определение, составляющие, мотивации к формированию**

На современном этапе в основу гигиенического обучения и воспитания населения РФ положена концепция формирования здорового образа жизни, которая реализуется посредством разнообразных форм и методов профилактических воздействий, а также различных медико-социальных программ.

Учитывая, что здоровье человека более чем на 50 % определяется образом жизни, формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект.

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни.

Образ жизни человека включает три категории: уровень жизни, качество жизни и стиль жизни.

*Уровень жизни* – количественная сторона условий жизни, размер и структура материальных и духовных потребностей населения, фонды потребления, доходы населения, обеспеченность жильем, медицинской помощью, уровень образования, продолжительность рабочего и свободного времени и др. Уровень жизни – это в первую очередь экономическая категория, представляющая степень удовлетворения материальных, духовных и культурных ценностей.

*Качество жизни* – категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации.

*Стиль жизни* – особенности поведения конкретного человека или группы людей. Стиль жизни – это признак индивидуальности, самостоятельности, способность построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной и интересной жизни.

Первые две категории носят общественный характер. Поэтому понятно, что здоровье человека будет в первую очередь зависеть от стиля жизни, который носит персонализированный характер и определяется историче-

скими, национальными традициями (менталитет) и личными склонностями. Поведение человека направлено на удовлетворение потребностей. При более или менее одинаковом уровне потребностей, характерном для данного общества, каждая личность характеризуется своим, индивидуальным способом их удовлетворения, поэтому поведение людей разное и зависит в первую очередь от воспитания.

#### **Для чего нужен здоровый образ жизни?**

- Для выполнения всех бытовых и общественных функций в оптимальном режиме для человека.
- Для сохранения и укрепления здоровья.
- Для воплощения социальных, психологических и физических возможностей, раскрытия потенциала личности.
- Для продления рода и достижения активного долголетия.

**По современным представлениям в понятие «здоровый образ жизни» входят следующие составляющие:**

- Рациональная организация трудовой (учебной) деятельности.
- Правильный режим труда и отдыха.
- Рациональная организация свободного времени.
- Оптимальный двигательный режим.
- Рациональное питание.
- Соблюдение правил личной гигиены, закаливание.
- Соблюдение норм и правил психогигиены.
- Сексуальная культура, рациональное планирование семьи.
- Профилактика аутоагрессии.
- Контроль за своим здоровьем.

Большое значение в основе формирования здорового образа жизни занимают личностно-мотивационные качества данного человека, его жизненные ориентиры. Никакие пожелания, приказы, наказания, не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения.

Таким образом, *здоровый образ жизни* – это способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на выполнение человеком его социально-биологических функций.

Для сохранения и восстановления утраченного здоровья человек должен прилагать усилия, для которых нужен мотив, а совокупность мотивов составляет мотивацию (мотивация – это побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направленность этой активности).

Какие же **мотивации лежат в основе формирования стиля здоровой жизни?**

**Самосохранение.** Если человек знает, что какое-то действие угрожает жизни, он это действие не совершает. Например, человек, который хочет жить, никогда не пойдет по железнодорожному пути, навстречу мчащемуся поезду. Если человек выяснил, что на яичный белок у него развивается аллергическая реакция, он не будет есть яйца. Мотивация: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».

**Подчинение этнокультурным требованиям.** Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, выраба-

тывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Например, жители Крайнего Севера едят сырую замороженную рыбу, так как она обеспечивает наиболее полноценное сбалансированное питание. Другой пример: ребенка с детства обучают гигиеническим навыкам, что продиктовано гигиеническими, этическими и эстетическими требованиями. Мотивация: «Я подчиняюсь этнокультурным требованиям потому, что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других».

**Получение удовольствия от самосовершенствования.** Мотивация: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство». Например, водные процедуры за счет изменения кровообращения вызывают приятные ощущения.

**Возможность для самосовершенствования.** Мотивация: «Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы».

**Способность к маневрам.** Мотивация: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в обществе и свое местонахождение». Здоровый человек может менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую.

**Сексуальная реализация.** Мотивация: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии».

**Достижение максимально возможной комфортности.** Мотивация: «Я здоров, меня не беспокоит физическое и психологическое неудобство».

Академик Н.М. Амосов определил: «Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные». Процесс изменения поведения и формирования мотивации стал предметом исследования психологов во всем мире. Разными авторами в последние годы предложены структуры изменения поведения, с которыми можно познакомиться в специальных изданиях.

Таким образом, здоровый образ жизни должен целенаправленно и постоянно формироваться в течение жизни человека, а не зависеть от обстоятельств и жизненных ситуаций. В этом случае он будет являться рычагом первичной профилактики, укрепления и формирования здоровья, будет совершенствовать резервные возможности организма, обеспечивать успешное выполнение социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций.

#### **4.4. Методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения и формирования здорового образа жизни**

Используемые медицинскими работниками методы и средства должны соответствовать основным принципам гигиенического обучения и воспитания и быть обучающими, наглядными, актуальными, доступными, оптимистичными и нести воспитательную функцию.

Классификация методов и средств представлена в таблице 19.1.

**Лекция** является массовым средством гигиенического обучения и воспитания, характеризуется наибольшей емкостью переработанной лектором информации. За небольшой период времени лектор должен изложить новый, большой материал. Обычно для чтения лекций предполагается большая аудитория.

**Беседа** предполагает активное участие слушателей. Задача ведущего беседу заключается в том, чтобы сделать ее интересной путем наводящих вопросов, вовлекать слушателей в общий разговор.

Классификация методов и средств гигиенического обучения и воспитания

№	Методы	Средства
1.	Устный	Лекция, беседа, совет, дискуссия, информационное выступление по радио, вечер вопросов и ответов и др.
2.	Печатный	Памятка, листовка, статья в газете, доска вопросов и ответов, лозунг, книга, брошюра, стенная санитарная печать и др.
3.	Наглядный	Плакаты, слайды, натуральные объекты, муляжи, фотографии, альбомы, рисунки и др.
4.	Смешанный	Телевидение, кинофильмы, выставки (стационарные и передвижные), уголки здоровья, курсы-вые занятия, театрализованные постановки, телекоммуникационное обучение

Таблица 19.2

Ситуации для выбора средств гигиенического обучения и воспитания

№	Признак ситуации	Градации признака
1.	Количественный состав аудитории	Группы более 20 человек Группы менее 20 человек Индивидуум
2.	Степень экстремальности ситуации	Экстремальная (эпидемическая обстановка) Не экстремальная
3.	Степень однородности состава группы	Однородная (по возрасту, полу, заболеваниям, профессии) группа Неоднородная группа
4.	Уровень готовности лиц выполнять гигиенические правила	Желание познать (есть, нет) Знание (есть, нет) Умение выполнять (есть, нет) Убеждение – способность правильно действовать в условиях конкретной ситуации (есть, нет)

**Вечер вопросов и ответов** требует предварительной подготовки и хорошей организованности. Население заранее оповещается о проведении такого вечера, заранее собираются вопросы от населения.

**Доска вопросов и ответов** – форма заочных консультаций.

**Памятка** дается пациенту с целью напомнить ему советы врача. Она рассчитана на конкретного человека, например памятка больному, страдающему сахарным диабетом, памятка по контрацепции и др.

**Стенная санитарная печать** – стенная газета санитарно-просветительной тематики, которая должна быть актуальна, наглядна, и содержать конкретную информацию.

**Плакаты** – массовое средство санитарного просвещения, над которым работают ученые, художники, педагоги и др.

Наряду с традиционными формами и методами работы, применяются современные формы: школы-семинары, образовательные программы, уроки здоровья, конференции, телефоны доверия, горячие телефоны, тренинги, школы здоровья («артериальной гипертонии», «сахарного диабета», «астма-школы», «закаливания», «менопаузы», «грудного вскармливания» и др.). В медицинских организациях могут проводиться социологические исследования, внедряться профилактические и оздоровительные программы.

Содержание и тематика материалов по гигиеническому обучению и воспитанию населения определяются в соответствии с задачами и потребностями контингента, обслуживаемого медицинской организацией. Для участковых медицинских работников это могут быть: правила ухода за тяжелобольным в домашних условиях, профилактические мероприятия в очаге инфекционного заболевания, просветительная работа о необходимости профи-

лактических медицинских осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактики и др. Для медицинских работников-волонтеров и кабинетов медицинской профилактики – это проведение различных акций или декад в медицинской организации. Например, декада к дню пожилого человека, включающая комплекс мероприятий: профилактические осмотры, лекции, демонстрации видеоматериалов и др. Для медицинских работников специализированных служб – это работа с пациентами в рамках профильных школ, задача информационных материалов по вопросам профилактики различных заболеваний.

Для выбора средств гигиенического обучения и воспитания необходимо оценить ситуацию (табл. 19.2). Каждая ситуация характеризуется с позиции 4-х признаков.

Выбор методов и средств гигиенического обучения и воспитания зависит от типа ситуации (табл. 19.3).

Например, первый тип ситуации может быть в предэпидемический период гриппа, в это время проводится плановая профилактическая работа, вакцинация, проводятся обучающие семинары с медицинскими работниками и образовательная работа с населением.

Второй тип ситуации возникает, например, в эпидемический период гриппа. В данной ситуации не проводится массовых мероприятий, а информирование населения организуется с помощью СМИ или памяток и листовок.

При неоднородной группе лучше использовать такие средства, с помощью которых можно заинтересовать максимальное число участников мероприятия. Например, во время дискуссии задать некоторым участникам вопросы, чтобы привлечь их внимание.

В однородной группе используются смешанные методы, объединенные одной темой, или печатные информационные материалы, рассчитанные на определенную целевую группу.

Типы ситуаций для выбора средств гигиенического обучения и воспитания

Тип ситуации	Сочетание признаков	Рекомендуемые средства гигиенического обучения и воспитания
1.	Численность группы более 20 человек и неэкстремальность ситуации	Лекция, школы здоровья, кинофильм, телевидение
2.	Численность группы более 20 человек и экстремальность ситуации	Краткое информационное выступление по радио, лекция по радио, по телевидению, листовка
3.	Группа неоднородна	Беседа, дискуссия, вечер вопросов и ответов, брошюра
4.	Группа однородна	Курсовое обучение, семинарское занятие, групповой профилактический прием, памятка, видеофильм
5.	Индивидуум	Индивидуальная беседа, брошюра, памятка, непосредственное обучение

В зависимости от цели формируется структура группового занятия. Если целью занятия является предоставление новой информации, целесообразно 40 % рабочего времени посвятить информационному блоку (лекция, беседа, ответы на вопросы, наглядные материалы, дискуссия и т.д.), 55 % рабочего времени посвятить закреплению новой информации (игры и упражнения, викторины, ответы на вопросы, анкеты, практические задания и т.д.), 5 % рабочего времени распределить на знакомство и завершение работы. Если целью занятия является закрепление знаний, умений и навыков участников, основное время необходимо посвятить созданию условий для лучшего усвоения знаний. Если целью является формирование практических навыков, основная часть занятия должна быть посвящена обучению практическим навыкам, играм, упражнениям, направленным на приобретение навыков принятия решения, поиска выхода из рискованной ситуации, навыков отказа в ситуациях, опасных для здоровья.

При пятом типе ситуации необходимо выявить уровень готовности (четвертый признак) и соответственно этому использовать средства обучения. Например, если есть знание, но отсутствует умение, необходимо обучить практическим приемам.

При выборе методов и средств гигиенического обучения и воспитания необходимо помнить, что степень усвоения материала различна при разных формах работы.

Лекция (5 % усвоения материала). Лекция является быстрым способом подачи необходимой информации, но если лекция длинна и не предполагает активного участия аудитории, она неэффективна. Эта форма работы ставит обучаемых в положение пассивных слушателей, поэтому лучше всего лекционные блоки чередовать с игровыми, дискуссионными и т.д.

Чтение (10 % усвоенного материала). Индивидуальное или коллективное чтение – необходимый метод обучения, но, как и лекция, он не позволяет глубоко усвоить информацию. Является эффективным лишь в сочетании с другими способами обучения. Этот метод можно использовать в качестве домашнего задания.

Аудиовизуальные средства (20 % усвоенного материала). Демонстрация слайдов, фильмов и видеофильмов делает процесс подачи информации более интересным, красочным. Очень эффективно в сочетании с другими способами обучения. Эффективность будет более высокой, если использовать аудиовизуальные средства не только документального, но и публицистического, художественного характера. Ведущему необходимо комментировать материал в процессе показа, поясняя проблемные моменты, либо после просмотра проводить разбор (дать возможность участникам задать вопросы и отве-

тить на них), при необходимости можно прерывать просмотр с целью комментариев и обсуждения.

Наглядные пособия (30 % усвоенного материала). В процессе получения информации человек отдает предпочтение определенным органам чувств, одни усваивают материал, воспринимаемый с помощью зрения, другие – при помощи осязания или слуха. Используя наглядные пособия, можно помочь участникам с различными типами восприятия. Достаточно эффективно использование участниками собственных рисунков на доске или ватмане.

Обсуждение в группах (50 % усвоенного материала). Это устный обмен мнениями между участниками занятия. Обсуждение углубляет понимание материала и предоставляет участникам возможность практического использования полученных знаний. Самые распространенные формы групповой работы – дискуссия и «мозговой штурм». Во время дискуссии иногда, особенно при обсуждении спорных вопросов, стороны не достигают единения, но при этом формируются ценностные установки, запоминаются новые факты, которые впоследствии могут оказать влияние на поведение участников. Как бы ни проходила дискуссия, удается найти общие позиции и выработать совместные решения. «Мозговой штурм» предполагает участие каждого члена группы в решении общей проблемы. Задав вопрос, ведущий записывает все поступающие варианты ответов. После этого поступившие предложения группируются по смысловому содержанию. Затем происходит оценка и анализ выдвинутых идей и предложений.

Обучение практикой действия (70 % усвоенного материала). Участникам предлагается представить себя в той или иной роли при решении жизненных ситуаций. Темы для деловых игр могут быть различными, но не следует копировать жизненные ситуации, имевшие место в реальной жизни участников. В деловой игре участники играют роль какого-нибудь персонажа, а не свою собственную, что меньше смущает людей, когда нужно выражать свои чувства, эмоции, высказываться по тем или иным вопросам. Играя чью-то роль, участник может больше узнать о своих желаниях, стремлениях, привычках, стиле поведения, увидеть ситуацию глазами другого человека.

Выступление в роли обучающего (90 % усвоенного материала). Тот, кто знакомит с информацией других, сам усваивает 90 % преподаваемого материала. Эта форма работы наиболее эффективна в подростковой среде и используется при подготовке волонтеров.

Методический материал (лекции, беседы и др.) в медицинской организации должен быть апробирован и рекомендован к использованию редакционным советом (лекторской группой), который создается приказом главного врача. В приложении<sup>7</sup> даны примерные нормативы



времени на отдельные виды работ по гигиеническому воспитанию населения.

#### 4.5. Формирование здоровья различных групп населения

Как нами было отмечено выше, большое значение в формировании здорового образа жизни занимают личностно-мотивационные качества человека. Случаи, когда все семь мотиваций являются для человека одинаково значимыми, встречаются крайне редко. В течение жизни человек проходит через разные мотивации. В детстве – этнокультурные требования и получение удовольствия, в подростковом возрасте – возможность самосовершенствования и способность к маневрам.

Для молодых людей иногда теряет значение первая мотивация: самосохранение. Здоровье и сила иногда лишают необходимой осторожности, снижают чувство ответственности за свой организм. Молодым людям в возрасте 18-25 лет кажется, что ресурс их здоровья неограничен. К сожалению, это ошибочное мнение. Молодой возраст от 12 до 30 лет называют самым аутоагрессивным периодом. Именно в этом возрасте совершаются опасные для здоровья и жизни аутоагрессивные действия: курение, пьянство, эксперименты с наркотиками, случайные половые контакты, ведущие к незапланированной беременности, нежелательному отцовству, венерическим заболеваниям, СПИДу. На этот возраст приходится пренебрежение к элементарным правилам гигиены питания, сна, труда и отдыха, гигиены одежды. В то же время молодежь наиболее восприимчива к обучению. Именно воспитывая у молодежи навыки сохранения и укрепления здоровья, можно сформировать стереотип здорового образа жизни.

Для проведения гигиенического обучения и воспитания, пропаганды здорового образа жизни целесообразно формировать группы:

- по возрастному составу (дети в детском саду, школьники и учащиеся, студенты и т.д.);
- социальному статусу (работающие, пенсионеры);
- профессиональному признаку (работники промышленных предприятий, декретированные группы населения, работники служб безопасности и др.);
- по наличию заболеваний (артериальная гипертония, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.).

Формирование групп необходимо, т.к. в каждом возрастном периоде организм решает свои специфические проблемы, обусловленные особенностями адаптации к условиям жизни; в профессиональной группе имеются профессиональные идентичные вредности и особенности гигиены труда; пациенты с аналогичным заболеванием имеют общую этиологию, клинику, вероятность развития осложнений. Для каждой группы необходим комплекс профилактических мероприятий, включающий идентичную диету, исключение факторов риска, вредных производственных факторов, единые принципы диспансеризации.

При работе с детьми необходимо учитывать особенности возраста: для детей дошкольного возраста следует использовать игры, сказки, красочные картинки для привития гигиенических навыков; в работе со школьниками можно использовать их знания по гигиене, природоведению, биологии, анатомии, привлекать к работе педагогов.

Работа с женщинами, беременными, матерями направлена на разъяснение гигиены половой жизни, подготовку к материнству, обучению контрацепции (например,

«Школа грудного вскармливания», «Школа планирования семьи» и др.).

Работа с контингентом промышленных предприятий направлена на ознакомление их с вопросами гигиены труда (борьба с шумом, сварочными аэрозолями, пылью и др.) личной гигиены (профилактика болезней кожи) и использование средств общей и индивидуальной защиты.

В сельской местности работа направлена на ознакомление населения с правилами работы с химическими удобрениями, ядохимикатами, разъяснение значения своевременной вакцинации против столбняка, важность дезинфекции и т.д.

Работа с больными также требует определенных правил: необходимо учитывать особенности психики больного, повышенный интерес к своему заболеванию. В данном случае медицинские работники должны использовать гигиеническое обучение и воспитание как средство психопрофилактики и психотерапии, нужно успокоить больного, убедить в необходимости совместными усилиями преодолеть недуг, а при невозможности этого, научить больного, при наличии у него хронического заболевания, жить, сохраняя высокое качество жизни («Школа для больных артериальной гипертонией», «Школа для больных сахарным диабетом», «Астма-школа» и др.).

Таким образом, в целевых группах населения применяются идентичные методы и средства работы и решаются единые задачи гигиенического обучения и воспитания. Работа с целевыми группами осуществляется медицинскими работниками специализированных служб, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, участковой службы.

Важная роль в гигиеническом обучении и воспитании отводится медицинским работникам участковой службы. Знание условий и образа жизни пациентов и их семей позволяет непосредственно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием.

Профилактика заболеваний в семье в последние годы приобретает особую актуальность в связи с развитием системы общей врачебной практики. Место специалиста общей практики в системе здравоохранения уникально – он непосредственно общается с больным и его семьей, берет на себя ответственность за здоровье наблюдаемых, обеспечивает лечение и профилактику, привлекая для этого самые современные достижения медицинской науки, координирует усилия всех служб здравоохранения. Для лечения и укрепления здоровья человека ему недостаточно только медицинских навыков, требуется знание психологии, умение разбираться в социальных проблемах.

Общая практика обеспечивает комплексный и индивидуальный подход к больному. Медицинский работник хорошо знает больного и его семью, условия его работы и отдыха, посещает больных на дому. Эти посещения кроме решения чисто медицинских задач, позволяют понять, в каких условиях больной живет, каковы его взаимоотношения с другими членами семьи, они укрепляют взаимопонимание медицинского персонала и семьи. Семьи не всегда воспринимают медицинского работника как советчика, не понимают, что могут обратиться к нему с вопросами не только медицинского характера. В таких случаях медицинский работник должен сам проявить инициативу, особенно уместно это во время консультации пары, собирающейся вступить в брак, при беременности, при наблюдении подростков.

По данным Джона Мерта профессора кафедры общей практики Монэшского университета, редактора журнала

**Минимально необходимый перечень методов  
для определения суммарного риска**

Факторы риска	Методы скрининг-диагностики
АГ (ЧСС)	Измерение АД (трехкратное)
ГХС	Экспресс определение холестерина в капле крови или лабораторное определение
Курение	Опрос: стаж, регулярность, интенсивность, По показаниям – определение типа курительного поведения (тест Хорна, приложение 8) и степени никотиновой зависимости (тест Фагенстрема, приложение 9)
Пол, возраст, образование	
Индивидуальный суммарный риск	Таблицы SCORE или национальные таблицы

Таблица 19.5

**Категории 10-летнего суммарного риска (СР) смерти от ССО**

Категория очень высокого риска	В т.ч. больные с несколькими ФР, СР>10 %
Категория высокого риска	В т.ч. лица без ИБС и ее эквивалентов, но с несколькими ФР, СР=5-9 %
Категория умеренного риска	лица без ССЗ, с несколькими ФР, СР=1-4 % лица без ССЗ, с отягощенным анамнезом (<55 мужчины, <65 женщины)
Категория низкого риска	лица без ССЗ, с одним ФР, СР<1 %

Таблица 19.6

**Целевые уровни факторов риска**

Модифицируемые факторы риска	Целевые уровни
АД, АД при СД	< 140/90 мм рт.ст. < 130/85 мм рт.ст.
Окружность талии, мужчины	<102 см
Окружность талии, женщины	<88 см
Общий холестерин	< 5 ммоль/л
ХС ЛПНП	< 3 ммоль/л
ТГ	< 1,7 ммоль/л
ХС ЛПВП	>1 ммоль/л
Сахар крови натощак	< 6,1 ммоль/л
Через 2 часа после 75 г глюкозы	< 7,8 ммоль/л

ла «AustralianJournalofFamilyMedicine», гигиеническое обучение и воспитание, осуществляемое специалистами общей практики, преследует цели:

Воздействие на факторы риска: уменьшение распространенности курения, алкоголизма, наркомании, неправильного питания, малоподвижного образа жизни, артериальной гипертонии, гиперлипотеидемии, беспорядочной половой жизни, уменьшение воздействия профессиональных вредностей и неблагоприятных факторов окружающей среды.

Воздействие на основные причины заболеваемости и смертности: профилактика ИБС и инсультов, злокачественных новообразований (особенно рака легкого, молочной железы, шейки матки и кожи), травм и интоксикаций, инфекций, заболеваний опорно-двигательного аппарата, сахарного диабета, болезней зубов, бронхиальной астмы, психических нарушений, инвалидности.

Консультации по вопросам здорового образа жизни.

Перечень вопросов, как видите, достаточно широк. Поэтому для гигиенического обучения специалисту общей практики необходимы современные знания основ организации гигиенического обучения и воспитания; знания по гигиене, экологии, санитарии, психологии, психогигиене и психотерапии, основ физической культуры и спорта, основам здорового питания, проблем формирования различного рода зависимостей и др. Кроме этого, необходимо использование различных форм и методов.

#### 4.6. Профилактическое консультирование

На современном этапе основные принципы профилактики неинфекционных заболеваний сформулированы в Концепции факторов риска (ФР).

**Профилактическое консультирование** – выявление и измерение факторов риска заболеваний, выработка рекомендаций по снижению индивидуального суммарного риска развития заболеваний или осложнений путем влияния на факторы риска, с целью формирования гигиенической активности, мотивации на регулярное, устойчивое повторение конкретных действий по изменению стиля жизни.

**ФР** – особенности организма, внешние воздействия и/или их взаимодействия, приводящие к увеличению возможности возникновения заболевания, его прогрессированию и неблагоприятного исхода.

**Модифицируемые ФР** – поведенческие и социальные, биологические, окружающая среда (факторы, на которые мы можем повлиять и изменить их).

**Немодифицируемые ФР** – возраст, пол и генетические особенности (факторы, которые невозможно изменить).

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в ряде стран показали, что даже незначительный популяционный сдвиг влево распределения АД, холестерина плазмы крови или потребления алкоголя дает огромные преимущества в оценках вероятности умереть от ИБС или инсульта (Rose G., 1985. Sick Individuals and Sick Populations)

По данным научных исследований в РФ (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2007) вклад АГ, ГХС и курения в преждевременную смертность населения России от всех причин составляет 75 %. Вместе с тем, умеренное (на 10 %) снижение распространенности АГ и ГХС в течение длительного времени способствует снижению преждевременной смерти от ССЗ на 45 %.

Для определения суммарного риска смерти от сердечнососудистого заболевания существует минимально не-

обходимый перечень методов для определения суммарного риска (табл. 19.4).

Затем, используя рискметр Score, (Приложение 10) медицинский работник определяет категорию 10-летнего суммарного риска смерти от сердечнососудистого забо-

левания (табл. 19.5) для пациента и назначает ему профилактические мероприятия (Приложение 11).

Итогом эффективного профилактического консультирования должно стать выполнение пациентом профилактических мероприятий, достижение целевых уровней факторов риска (табл. 19.6) и поддержание их на достигнутом уровне.

Профилактическое консультирование может быть индивидуальным и групповым. Например, прием диетолога с целью коррекции нарушения углеводного и липидного обмена, нормализации массы тела. Или проведение школы для группы пациентов с перечисленными проблемами. Прием специалиста (или школа) по отказу от курения. Прием специалиста по повышению физической активности или групповые занятия ЛФК, фитнесом, индивидуальная ходьба, или массовые физкультурно-оздоровительные мероприятия. Прием психолога по вопросам отказа от курения, злоупотребления алкоголем, психологической коррекции высокого уровня стресса, тревожности, пограничных депрессивных расстройств или групповые тренинги повышения стрессоустойчивости, отказа от курения и др. мероприятия.

### Заключение

Таким образом, работа сотрудников медицинской организации осуществляется с учетом целей и задач ги-

гиенического обучения и воспитания населения, в соответствии с нормативными документами, регламентирующими деятельность учреждений по медицинской профилактике. В течение года проводится учет по данному разделу работы (согласно прилагаемых документов), в регламентированные сроки (в конце первого полугодия и года) составляются отчеты о деятельности по гигиеническому обучению и воспитанию населения в соответствии с утвержденными формами.

Для эффективной работы по разделу гигиенического обучения и воспитания населения медицинским работникам необходимо выделять время на самостоятельную подготовку: на изучение специальной литературы (медицинской, педагогической, психологической) для получения медицинских знаний о заболеваниях, приобретения необходимых навыков практической работы с населением, освоение информации, консультации со специалистами и др.

Представленный методический материал является обобщением ряда первичных документов, докладов, разработок, справок и рекомендаций. В предлагаемых методических рекомендациях мы постарались изложить основы организации работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения и часть специальной информации, которая может понадобиться в практической работе сотрудникам медицинского учреждения любого типа.

## Раздел XX. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

*Труд доктора самый производительный труд, – предохраняя от болезни или восстанавливая здоровье, доктор приобретает обществу все те силы, которые погибли бы без его забот.*

*В.Г. Чернышевский*

### 1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

*Л.А. Шпагина, Л.А. Паначева*

Сохранение и укрепление здоровья трудящихся – одна из важнейших функций государства, составляющих основу государственной социальной политики, основными задачами которой являются: совершенствование профилактической направленности, лечебно-диагностического процесса и реабилитации, правового и организационно-управленческого аспекта, информационного обеспечения и подготовки кадров, а также научно-методического обеспечения всех структур, участвующих в охране здоровья работающего населения. Важнейшей задачей государства является диспансеризация (Д) различных контингентов населения.

Диспансеризация – метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, включающий комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий. Основной целью ее является формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности, смертности, укрепление активного творческого долголетия и, как следствие, – улучшение качества жизни пациентов – добавила

Диспансеризация в качестве составной части входит в широкую систему мероприятий по профилактике за-

болеваний, осуществляемых государством, включающих улучшение условий труда, быта и отдыха, обеспечение рационального сбалансированного питания, борьбу с гиподинамией, курением, употреблением алкоголя, т.е. на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ).

#### Задачи диспансеризации:

- ежегодный медицинский осмотр взрослого населения декретированных возрастов с проведением установленного объема врачебных осмотров, лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;
- выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний в ранних стадиях;
- индивидуальную оценку состояния здоровья;
- проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий, а также динамического наблюдения за состоянием здоровья населения;
- мобилизацию кадровых и материальных ресурсов здравоохранения, их рациональное использование;

– дальнейшее расширение и углубление научных исследований, внедрение автоматизации и создание системы управления Д;

– усиление работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения и повышение уровня пропаганды ЗОЖ.

В целях более организованного проведения Д в поликлиниках созданы отделения медицинской профилактики в состав которых входят кабинеты – анамнестический, функциональных исследований, смотровой женский, пропаганды ЗОЖ и централизованного учета Д. Отделение медицинской профилактики осуществляет: учет граждан, прошедших Д; ведение реестров счетов для оплаты расходов по проведению дополнительной Д граждан; представление отчета в МЗСО по форме № 12-Д-1 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан». Источниками финансирования программы Д являются средства городского бюджета и средства обязательного медицинского страхования.

### **Предварительные и периодические медицинские осмотры работающего населения**

Важное значение в системе профилактики и реабилитации работающего населения, подвергающегося воздействию вредных и опасных профессионально-производственных факторов, имеют медицинские осмотры.

В 2011 г. внедрен Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (ПМО, обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

В постановляющей части Приказа представлены:

– Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), Приложение 1;

– Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), Приложение 2;

– Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (Приложение 3).

С учетом комплекса новых идентифицированных вредных производственных факторов перечень вредных и (или) опасных веществ и производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и ПМО (обследования) расширен и включает:

– химические факторы («А», «К», «Р», «Ф»)

– биологические факторы («А», «К», «Р»)

– физические факторы и факторы трудового процесса.

Всего 174 пункта, в действующем приказе 148 пунктов.

Вещества, отмеченные в перечне знаком «А», являются аллергенами, знаком «К» – канцерогенами, знаком «Ф» – обладают фиброгенным эффектом и знаком «Р» – опасны для репродуктивного здоровья человека.

При проведении предварительных и ПМО лиц, контактирующих с веществами, отмеченных знаками «А», «К», «Р», к обязательному объему обследования дополнительно привлекаются необходимые для проведения осмотра врачи-специалисты, осуществляются дополнительные лабораторные и функциональные исследования и учитываются дополнительные медицинские противопоказания, указанные для соответствующего класса веществ (п. 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3).

В перечне вредных факторов перечислены факторы, которые по уровню своего воздействия отнесены к вредным и (или) опасным классам, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

При проведении предварительных и ПМО всем обследуемым в обязательном порядке проводятся:

1. Клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ).

2. Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка).

3. Электрокардиография.

4. Цифровая флюорография или рентгенография в 2-х проекциях (прямая и правая боковая) легких; в условиях центра профпатологии или медицинского учреждения, имеющего право на проведение экспертизы профпригодности и связи заболевания с профессией в соответствии с действующим законодательством, проводится рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях (прямая и правая боковая).

5. Биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина.

6. Все женщины осматриваются акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследований не реже 1 раза в год.

7. Женщины в возрасте старше 40 лет проходят 1 раз в 2 года маммографию или УЗИ молочных желез.

Участие в предварительных и ПМО врачей-специалистов, лабораторные и функциональные исследования, помеченные «звездочкой» (\*), осуществляются по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных и ПМО, и обязательны при проведении предварительных и ПМО работников в условиях специализированной медицинской организации, имеющей право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией в соответствии с действующим законодательством.

Участие врача-терапевта, врача-психиатра и врача-нарколога при прохождении предварительных и ПМО является обязательным для всех категорий обследуемых.

Дополнительные медицинские противопоказания являются дополнением к общим медицинским противопоказаниям.

Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и ПМО (обследования) работников (Приложение 2) расширен с учетом комплекса новых видов работ (включены декретированные группы и работы по управлению наземными транспортными средствами с учетом подкатегорий, соответствующих международным водительским удостоверениям – новый Законопроект).

Организация медицинских осмотров осуществляется в соответствии с правилами их проведения (ст. 213 Трудового Кодекса РФ). Предварительные и ПМО проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право на проведение пред-

варительных и ПМО, а также на экспертизу профессиональной пригодности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами (далее – медицинские организации). Например, на основе договора гражданско-правового характера, заключенного работодателем с медицинской организацией. Медицинские организации, а также центры профпатологии, имеющие право на проведение ПМО, на проведение экспертизы профпригодности, при проведении ПМО могут привлекать медицинские организации, которые имеют право на проведение предварительных и ПМО и право на проведение экспертизы профпригодности.

Для проведения предварительного или ПМО медицинской организацией (приказом, распоряжением руководителя) формируется постоянно действующая врачебная комиссия, председателем которой является врач-профпатолог, а членами комиссии – специалисты, имеющие действующий сертификат по специальности «профпатология». Обязанности по организации проведения предварительных и ПМО работников возлагаются на работодателя (ст. 212 Трудового Кодекса РФ). Ответственность за качество проведения предварительных и ПМО работников возлагается на медицинскую организацию.

Цель обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования) – определение соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе, а также с целью раннего выявления и профилактики заболеваний.

#### **Цели обязательного ПМО (обследования):**

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, своевременное выявление общих и профессиональных заболеваний, формирование групп риска по развитию профессиональных заболеваний
- выявление заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы в условиях воздействия вредных и опасных факторов производственной среды
- своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий
- своевременное выявление и предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний
- предупреждение несчастных случаев на производстве.

#### **Порядок проведения предварительных медицинских осмотров**

Документы, предъявляемые работником при прохождении предварительного осмотра:

- направление
- паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность
- паспорт здоровья работника (при наличии)
- решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных законодательством РФ).

Документы, оформляемые на работника в медицинской организации при прохождении предварительного осмотра:

- Медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04, Приказ МЗ и СР РФ № 255 от 2004 г), в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты осмотра, заключение по ре-

зультатам осмотра. Медицинская карта хранится в медицинской организации в установленном порядке;

- Паспорт здоровья работника (в случае, если он ранее не оформлялся) – присваивается номер и указывается дата его заполнения; на каждого работника заполняется один паспорт здоровья. В паспорт здоровья заносятся заключения врачей-специалистов, результаты осмотра, заключение по результатам осмотра;

- В период прохождения осмотра паспорт хранится в медицинской организации, по его окончании выдается на руки работнику.

- В случае утери работником паспорта здоровья по заявлению работника ему выдается дубликат.

По окончании прохождения работником предварительного медицинского осмотра медицинской организацией оформляется Заключение по результатам осмотра (результат медицинского осмотра: медицинские противопоказания выявлены, не выявлены). Заключение подписывается председателем медицинской комиссии с указанием фамилии, инициалов и заверяется печатью медицинской организации, проводившей осмотр. Заключение составляется в двух экземплярах, один из которых после завершения осмотра выдается лицу, поступающему на работу, на руки, второй – приобщается к медицинской карте амбулаторного больного.

Частота проведения ПМО определяется типами вредных и (или) опасных производственных факторов, воздействующих на работника, или видами выполняемых работ. Периодические медицинские осмотры проводятся не реже, чем в сроки, указанные в Перечне вредных и (или) опасных производственных факторов и Перечне работ (Приложение 1, 2). Работники в возрасте до 21 года проходят ПМО ежегодно. Внеочередные медицинские осмотры (обследования) проводятся на основании медицинских рекомендаций, указанных медицинской организацией в Заключительном акте.

На основании результатов ПМО в установленном порядке (Приказ МЗ и СР РФ от 04.02.2010 № 55н (ред. от 03.03.2011) «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан») определяется принадлежность работника к одной из диспансерных групп с последующим оформлением в Медицинской карте и паспорте здоровья рекомендаций по профилактике заболеваний, в том числе, и профессиональных заболеваний, и при наличии медицинских показаний – по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации.

Сведения из медицинской карты, содержащие результаты осмотров врачей-специалистов, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований вносятся в паспорт здоровья.

Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

По итогам проведения ПМО медицинская организация не позднее чем через 30 дней после завершения ПМО обобщает результаты проведенных периодических осмотров работников и совместно с территориальными органами Роспотребнадзора и представителями работодателя составляет заключительный акт.

Заключительный акт утверждается председателем врачебной комиссии и заверяется печатью медицинской организации

Заключительный акт составляется в 4-х экземплярах, которые направляются медицинской организацией: ра-

ботодателю, в центр профпатологии субъекта РФ, в Территориальный центр Роспотребнадзора. Один экземпляр заключительного акта хранится в медицинской организации, проводившей ПМО, в течение 50 лет.

В случаях затруднения определения профессиональной пригодности работника в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности медицинская организация направляет работника в Центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности (лицензию). В случае подозрения о наличии у работника профессионального заболевания при проведении ПМО медицинская организация выдает работнику направление в центр профпатологии, а также оформляет и направляет в установленном порядке (Постановление Правительства РФ № 967 от 2000 г.) извещение об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в территориальный орган Роспотребнадзора.

### **Категории лиц, нуждающихся в ПМО в центрах профпатологии**

- участники аварийных ситуаций или инцидентов;
- занятые на работах с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами с разовым или многократным превышением предельно-допустимых концентраций (ПДК) или предельно-допустимого уровня (ПДУ) по действующему фактору;
- с острыми и хроническими профессиональными заболеваниями в начальных и выраженных формах не реже 1 раза в год;
- имеющие (имевшие) заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания;
- со стойкими последствиями несчастных случаев на производстве;
- другие работники по решению врачебной комиссии медицинской организации.

### **Нормативно-правовые акты, регламентирующие проведение медицинских осмотров работающих граждан**

- Конституция РФ.
- Трудовой кодекс РФ (ст. 212, 213, коллективный договор).
- Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)» № 83 от 16.08.2004 г.
- Дополнение Приказа МЗ СР РФ №338 от 16.05.2005 г. «О внесении изменений в приложение № 2 к Приказу № 83...».
- Методические рекомендации Минздрава и Минтранспорта России «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения (организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств)» (2002 г).
- Приказ МЗ РФ «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в Российской Федерации» №176 (2001 г).
- Постановление Министерства труда и социального развития РФ №56 «Об утверждении Временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на

производстве и профзаболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания» (2001 г).

– Распоряжение МЗ РФ «Об утверждении Методики лицензирования экспертизы профпригодности и экспертизы связи заболевания с профессией» № 2000/262 от 29 декабря 2000 г. (2001 г).

– Федеральный закон ФЗ-125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (1998 г).

– Постановления Правительства РФ «О порядке и условиях финансирования предупредительных мер по сокращению производственного и профзаболеваний работников» (2001-2010 гг.).

– Приказ Минздравсоцразвития №352 от 19.05.2005 г. «О предоставлении путевок на санаторно-курортное лечение лицам, пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

– Методические Указания МЗ РФ и ФСС РФ 2001/127 «Обеспечение дополнительным питанием пострадавших от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний» (2001 г).

### **Дополнительная диспансеризация работающего населения**

Одним из важных мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» является дополнительная диспансеризация (ДД) граждан в возрасте 35-55 лет, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, научно-исследовательских учреждениях и дополнительные ПМО работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами в угольной промышленности, машиностроении и металлообработке, металлургии, транспорте и связи, проводимая с 2006 года.

Цель национального проекта в здравоохранении – укрепление состояния здоровья населения за счет обеспечения доступной качественной медицинской помощи населению России при эффективном использовании ресурсов здравоохранения, современных организационных и медицинских технологий. Одной из основных задач проекта является совершенствование профилактического направления в здравоохранении, к которому относятся и Д работающего населения.

Дополнительная диспансеризация направлена на раннее выявление и эффективное лечение социально-значимых заболеваний, в том числе, сахарного диабета, туберкулеза, онкологических, сердечно-сосудистых и заболеваний опорно-двигательного аппарата, являющихся основной причиной смертности и инвалидности трудоспособного населения Российской Федерации (РФ).

Дополнительная диспансеризация работающих граждан предусматривает осмотр работающего населения терапевтом, эндокринологом, офтальмологом, неврологом, хирургом, урологом (для мужчин) и гинекологом (для женщин).

Также проводятся лабораторные и функциональные исследования: клинический анализ крови и мочи, исследование в сыворотке крови уровня общего белка, сахара, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, креатинина, мочевой кислоты, билирубина, амилазы, специфических онкомаркеров СА – 125 (женщинам

после 45 лет) и PSI (мужчинам старше 45 лет), электрокардиография, флюорография (1 раз в год), маммография (для женщин в возрасте 40-55 лет – 1 раз в 2 года), цитологическое исследование мазка из цервикального канала, УЗИ по показаниям.

Проведение ДД граждан представляет возможность медицинского обследования для определения состояния здоровья дополнительно к медицинской помощи, получаемой по программе обязательного медицинского страхования (ОМС).

**Основная цель ДД:** снижение уровня смертности и показателя выхода на инвалидность, сохранение здоровья работающего населения, а также раннее выявление и эффективное лечение сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, туберкулеза, сахарного диабета и болезней опорно-двигательного аппарата, являющихся основной причиной смертности и инвалидизации трудоспособного населения.

Диспансеризация населения проводится по двум направлениям – ДД работающих граждан и углубленные (дополнительные) осмотры работающих граждан с вредными производственными факторами.

#### **Задачи ДД:**

1. Раннее выявление и профилактика заболеваний, в том числе, социально значимых: системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, гипертонической болезни), сахарного диабета, костно-мышечной системы, онкологических и органов дыхания (в том числе, туберкулеза легких);

2. Составление индивидуальной программы реабилитации и профилактика заболеваний;

3. Повышение мотивации у населения к ЗОЖ.

Проведение ДД граждан в возрасте 35-55 лет, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, в научно-исследовательских учреждениях и дополнительные ПМО работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, сделают возможным:

– предупреждение и раннее выявление различных заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистой системы;

– планирование и проведение комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня заболеваемости неинфекционными болезнями на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья населения и факторами среды обитания;

– снижение уровня смертности лиц трудоспособного возраста;

– увеличение периода активной трудовой деятельности;

– внедрение в практическое здравоохранение новых профилактических технологий;

– практическую реализацию создания единого Федерального регистра работающего населения;

– формирование условий для реализации Федеральных целевых программ по предупреждению заболеваний социального характера, развитию системы мер по снижению рисков для здоровья населения.

#### **Задачи по ДД работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами:**

– Определить совместно с руководителями предприятий численность работающих, занятых на работах

с вредными и (или) опасными производственными факторами;

– Заключить договор медицинского учреждения с региональным отделением Фонда социального страхования;

– Организовать взаимодействие с работодателями и принять меры по активному направлению на дополнительные медицинские осмотры;

– Организовать проведение, учет и отчетность дополнительных медицинских осмотров;

– Представлять ежемесячно в региональные отделения Фонда счет на оплату проведенных медицинских осмотров и реестр, содержащий сведения о результатах дополнительных медицинских осмотров;

– Представлять ежемесячно в Министерство здравоохранения и социального развития сведения в региональный сегмент Федерального регистра врачей-профпатологов.

#### **Задачи по ДД работников бюджетной сферы:**

– Совместно с руководителями учреждений определить численность и списочный состав работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях;

– Заключить договор медицинского учреждения с территориальным фондом ОМС (ФОМС);

– Открыть отдельный счет учреждения здравоохранения для перечисления средств;

– Вести реестры счетов на оплату проведенной ДД работающих граждан;

– Вести учет работающих граждан, прошедших ДД;

– Вести отдельный учет средств, израсходованных на проведение ДД работающих граждан, и представлять отчетность;

– Представлять в территориальный ФОМС счет на возмещение суммы за проведенную ДД и реестр счетов на оплату проведения ДД работающих граждан ежемесячно, до 10 числа следующего за отчетным месяцем на бумажном носителе и в электронном виде;

– Представлять в территориальный ФОМС отчет об использовании средств на проведение ДД работающих граждан учреждением здравоохранения;

– Представлять в территориальный ФОМС отраслевую отчетную форму № 1-НП «Сведения о реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» в части реализации и итоги ДД граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях.

Сводная информация о гражданах, прошедших дополнительные медицинские осмотры поступает в Фонд социального страхования РФ.

По итогам ДД и дополнительных медицинских осмотров формируются группы здоровья:

*I группа* – практически здоровые граждане, не нуждающиеся в лечении и диспансерном наблюдении; с которыми проводится профилактическая беседа и даются рекомендации по ЗОЖ по вопросам здорового питания, физической активности, поддержания оптимальной массы тела, вреда курения;

*II группа* – граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий, осуществляемых в поликлиниках по месту жительства (индивидуальная программа профилактических мероприятий);

*III группа* – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или наличии уже имеющегося, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях (ОРВИ, грипп и другие острые заболевания, после лечения которых, наступает выздоровление);

*IV группа* – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях заболеваний, выявленных во время ДД, которые направляются на плановую госпитализацию;

*V группа* – граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологической медицинской помощи (выполняемой с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, высококвалифицированными медицинскими кадрами: операции на открытом сердце, трансплантация сердца, печени, почек, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лечение наследственных и системных заболеваний, лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии, хирургические вмешательства высокой степени сложности).

Результаты ДД вносятся в учетную форму № 131/у-ДД – «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина», которая является основой для дальнейшего медицинского наблюдения.

При наличии медицинских показаний пациенты III-IV групп здоровья включаются в «Лист ожидания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи», после получения которой им также назначается индивидуальная программа реабилитации. Все вышеуказанные мероприятия способствуют возвращению к активной трудовой деятельности работающих граждан III-V групп здоровья.

На основании сведений о результатах прохождения ДД врач – терапевт участковый (врач общей практики) осуществляет динамическое наблюдение за состоянием здоровья гражданина, определяет необходимый объем дообследования, направляет на дальнейшее (амбулаторное, стационарное и восстановительное) лечение и осуществляет за ним диспансерное наблюдение по хроническому заболеванию.

В дальнейшем для I и II групп здоровья проводятся профилактические мероприятия, а пациенты III-V групп направляются в специализированные учреждения здравоохранения и после обследования подлежат диспансерному наблюдению по программе больных с хроническим заболеванием, включающей индивидуальную программу реабилитации. При наличии медицинских показаний пациенты III-IV групп здоровья включаются в «Лист ожидания высокотехнологичной медицинской помощи», после получения, которой им также назначается индивидуальная программа реабилитации.

Результатами проведения ДД граждан должны быть снижение прямых экономических затрат на лечение и реабилитацию больных; уменьшение непрямых расходов, связанных с длительной нетрудоспособностью и социальной помощью; повышение мотивации у населения к ЗОЖ.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 31.12.2005 № 867 «Об обеспечении в 2006 г. диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений для организации первичной медико-санитарной помощи» необходимы:

– аппарат стационарный для ультразвукового исследования с 3 датчиками: конвексным, линейным и кардиологическим (в том числе, для доплеровского исследования);

– аппарат переносной для ультразвукового исследования с 3 датчиками: конвексным, линейным и кардиологическим;

– аппарат ЭКГ 3-6 канальный;

– комплект лабораторного оборудования (гематологический анализатор, гемоглобинометр, анализатор мочи, биохимический анализатор, анализатор глюкозы, экспресс-анализатор глюкозы, иммуноферментный анализатор);

– рентгенографический аппарат на 2 рабочих места;

– флюорографический аппарат стационарный;

– флюорографический аппарат передвижной (для противотуберкулезных диспансеров);

– маммограф;

– кольпоскоп;

– гистероскоп;

– эзофагогастродуоденоскоп и

– колоноскоп.

Важное значение имеет оценка эффективности Д, которая должна осуществляться как в отношении каждого пациента на основе изучения динамики его состояния, результатов исследований, сведений о частоте обострений, наличии случаев утраты трудоспособности и других, так и в отношении диспансерных контингентов в целом, прежде всего, с учетом изменения группы диспансерного наблюдения, а также по показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидизации и смертности.

#### **Задачи, стоящие перед муниципальным образованием по ДД работающих граждан и оказание им первичной медико-санитарной помощи**

– Определить совместно с руководителями организаций численность и списочный состав работников, подлежащих Д;

– Заключить договор медицинского учреждения с территориальным ФОМС и Региональным отделением ФСС;

– Осуществлять отдельный учет работающих граждан, прошедших ДД, и работающих граждан, получивших первичную медико-санитарную помощь, и ежемесячно представлять для проведения медико-экономической экспертизы в территориальный ФОМС счета по оплате проведенной ими ДД и реестр этих счетов;

– Вести в медицинских учреждениях отдельный учет полученных средств и представлять отчетность об их использовании.

#### **Задачи, стоящие перед муниципальным образованием по дополнительной медицинской помощи неработающим пенсионерам**

– Вести отдельный учет полученных средств и представлять отчетность об их использовании медицинскими учреждениями;

– Представлять ежемесячно в территориальный ФОМС отчет об использовании средств на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы ОМС;

– Представлять в территориальный ФОМС отраслевую отчетную форму № 1-НП «Сведения о реализации



приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» (ЛПУ) в части «Дополнительная оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы ОМС».

### **Задачи, стоящие перед муниципальным образованием по программам ДД и дополнительных медицинских осмотров**

– Составить перечень учреждений бюджетной сферы и других организаций (предприятий), расположенных на территории муниципальных образований;

– Совместно с руководителями организаций определить численность населения, подлежащего ДД и дополнительным медицинским осмотрам;

– Произвести анализ и привести в соответствие кадровые и материально-технические ресурсы медицинских учреждений для обеспечения ДД.

Согласно Постановлениям Правительства РФ от 31.12.2005 г. № 868 и № 876 при проведении ДД учреждения здравоохранения должны иметь лицензию на медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям: «хирургия», «офтальмология», «эндокринология», «неврология», «урология», «акушерство и гинекология», «терапия», «рентгенология», «клиническая лабораторная диагностика».

Средства, полученные учреждениями здравоохранения на проведение ДД работающих граждан, направляются ими на оплату труда медицинских работников, участвующих в проведении ДД (за исключением работников первичного звена), и на приобретение расходных материалов, необходимых для проведения ДД. Ежемесячные перечисления средств идут на оплату ДД (в размере, определяемом исходя из численности работающих граждан, в отношении которых проведена ДД, с учетом норматива затрат) и на оплату произведенных затрат по оказанию первичной медико-санитарной помощи (в размере 25 % суммы счетов по оплате первичной медико-санитарной помощи).

Отчет об использовании средств на оплату ДД работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи, полученных от региональных отделений ФСС РФ составляется медицинской организацией и представляется в территориальный ФОМС и Региональное отделение ФСС РФ.

### **Показатели эффективности ДД**

– процент охвата ДД населения;

– отсутствие впервые выявленных (через 6 месяцев после завершения ДД) заболеваний на поздних стадиях, в том числе, онкологических, туберкулеза, тяжелых форм сахарного диабета, инсульта, инфаркта и прочих заболеваний, ведущих к стойкой утрате трудоспособности.

После определения группы состояния здоровья гражданина, прошедшего ДД, каждый законченный случай ДД включается учреждением здравоохранения в реестр счетов, который в соответствии с установленным Федеральным ФОМС порядком и сроками направляется в территориальный ФОМС для оплаты расходов по проведению ДД.

### **Документы, регламентирующие проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан**

– Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина (форма № 131/у-ДД-10), приложение 1;

– отчетные формы (№ 12-Д-1-10 (приложение 2); № 12-Д-2-10 (приложение 3));

– Паспорт здоровья (форма № 025/у-ПЗ), приложение 4;

– счета на оплату;

– реестры счетов на оплату проведенной ДД работающих граждан;

– отчет учреждения здравоохранения об использовании средств на проведение ДД работающих граждан (приложение 3 к приказу ФОМС от 14.03.2008 № 57, а также периодические дополнительные аналитические таблицы для различных проверяющих органов).

Контроль за организацией проведения ДД осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ее территориальными управлениями.

В настоящее время решается задача перехода к всеобщей Д населения.

### **Диспансеризация рабочих высокого профессионального риска**

Основной задачей программы улучшения условий и охраны труда на период 2010-2015 гг. является переход от реагирования на страховые случаи «postfactum» к управлению рисками повреждения здоровья работников. Эта цель может быть достигнута созданием всеобъемлющей, сквозной системы управления профессиональными рисками (ПР), которая должна стать основой управления системой сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, охватывая все рабочие места вне зависимости от формы собственности предприятия.

Целью государственной политики в области охраны труда является защита здоровья работника и обеспечение охраны труда путем внедрения системы управления ПР на каждом рабочем месте и вовлечения в управление этими рисками государства, работодателей и работников.

Целевые показатели государственной политики:

– сокращение числа работников, пострадавших или погибших в результате несчастных случаев на производстве;

– снижение удельного веса работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам;

– сокращение доли промышленных предприятий с неудовлетворительными условиями труда.

Система оценки и управления ПР включает:

– Формирование законодательной базы в сфере оценки и управления ПР в РФ;

– Разработку методологии оценки и управления ПР;

– Модернизацию системы социального страхования и переход к системе страхования ПР в зависимости от реальных условий труда работников;

– Создание единого информационного пространства в сфере оценки, управления и страхования ПР;

– Техническое оснащение и повышение компетенции органов контроля и надзора в сфере оценки и управления ПР;

– Формирование института профессиональных аудиторов в области оценки ПР.

Профессиональный риск работника – это возможность повреждения здоровья различной степени тяжести при выполнении им трудовой функции. Уровень ПР определяется компетентностью работника (и/или работодателя), условиями труда и мерами по снижению цены риска при данных условиях труда.

Профессиональный риск может быть *высоким* (есть возможность смертельного исхода, получения тяжелого или среднего повреждения здоровья); *существенным* (есть возможность получения легкого повреждения здоровья) и *низким* (есть возможность получения кратковременного расстройства здоровья, не причиняющего вреда организму).

Профессиональный риск – это количественная оценка риска, основанная на комбинации априорной и апостериорной оценок, применяемая при определении индивидуального ПР работника и интегрального уровня ПР в организации.

Профессиональный риск включает:

- интегральную оценку условий труда, основанную на учете результатов гигиенической оценки производственных факторов на рабочем месте, риске травмирования и оценки защищенности работника средствами индивидуальной защиты;
- показатель состояния здоровья работника (по результатам медицинского осмотра (обследования));
- показатель трудового стажа;
- показатель возраста работника;
- показатели случаев травматизма и профессиональных заболеваний на рабочем месте.

Система оценки ПР по документам Минздрава и Минтруда России включает аттестацию рабочих мест по условиям труда по гигиеническим критериям Руководства Р 2.2.755-99 (предварительная оценка ПР), а также окончательную оценку ПР по новому Руководству 3 2.2.1766-03 [6].

В соответствии с этими документами выделены категории ПР: 1А (доказанный ПР), 1Б (предполагаемый ПР) и 2 (подозреваемый ПР).

На основании отнесения организации к определенному виду экономической деятельности ей присваивают класс ПР и соответствующий ему страховой отраслевой коэффициент. В системе обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (№ 183-ФЗ) можно ввести категорию 3 (условный ПР) и соответствующий ему страховой отраслевой коэффициент ПР.

Категорирование ПР проводят предварительно по классам условий труда по результатам аттестации рабочих мест и окончательно по показателям здоровья работников. Показателями ПР могут служить критерии безвредных условий труда (сохранение жизни, здоровья, функциональных способностей организма, предстоящей продолжительности жизни и здоровья будущих поколений).

Аттестация рабочих мест и оценка ПР представлены на рисунке 20.1.

Методология управления ПР нашла свое отражение в утвержденном Главным государственным санитарным врачом России 24 июня 2003 г. Р 2.2.1766-03 «Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки», а также «Прогнозирование воздействия вредных факторов условий труда и оценка профессионального риска для здоровья работников» (2010 г.), «Методология выявления и профилактика заболеваний, связанных с условиями труда» (2010 г.); разработанные сотрудниками ГУ НИИ медицины труда РАМН.

Организация работы по профилактике профессиональных заболеваний и профессиональной реабилитации работников осуществляется на основе трехступенчатой системы социальной защиты и медицинской помощи работникам производств при наличии опасных и (или) вредных производственных факторов для здоровья работающих.

*Первая ступень* связана с определением уровня ПР, обусловленного влиянием условий труда на рабочих местах па состоянии здоровья занятых на них работников.

*Вторая ступень* – оказание специализированной медицинской помощи, включая углубленную раннюю диагностику по медицинским показаниям, выявленным на основании ПМО работников групп повышенного ПР.

*Третья ступень* предусматривает установление компенсационных выплат или предоставления иных социальных льгот пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве или профессионального заболевания.

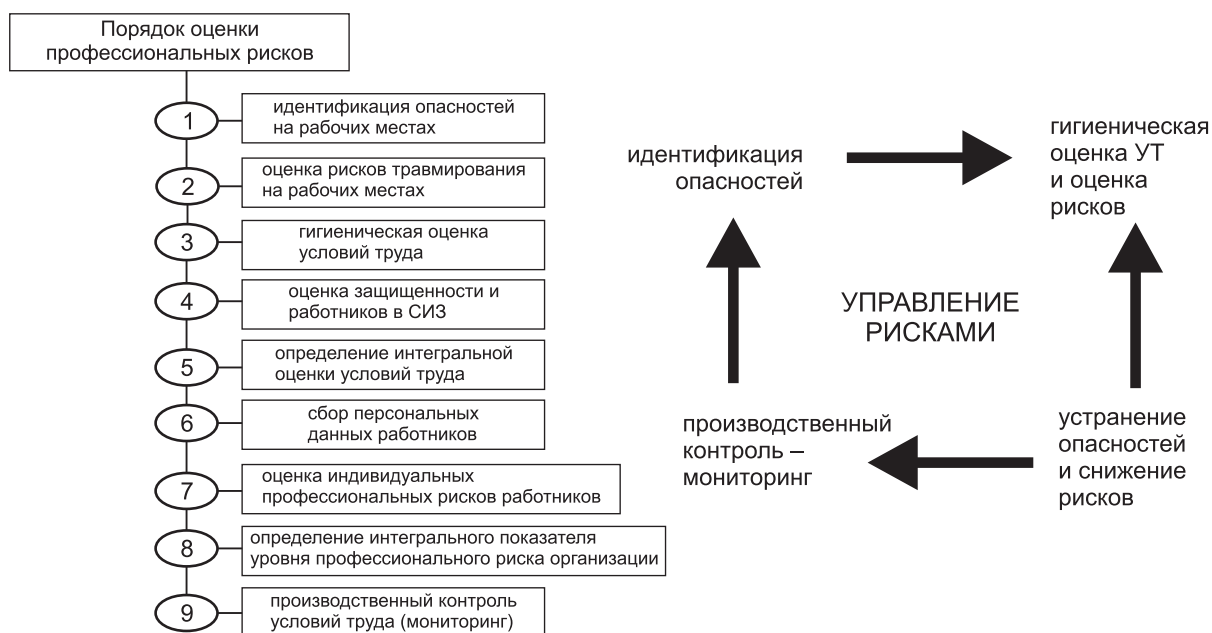


Рис. 20.1. Аттестация рабочих мест и оценка ПР представлены.

**Работники, подлежащие диспансерному наблюдению врачом-профпатологом:**

Работники предприятий горнодобывающей, металлургической промышленности, строительных материалов и др.

Лица, работающие в условиях воздействия локальной вибрации

Лица, работающие в условиях воздействия общей вибрации

Лица, работающие в условиях воздействия производственного шума

Лица, работающие в условиях воздействия токсикохимических факторов

Лица, работающие в условиях фармакологических производств

Лица, работающие в условиях воздействия охлаждающего микроклимата

Лица, работающие в условиях воздействия нагревающего микроклимата

Лица, работающие в условиях воздействия тяжелого (мышечного) труда

Лица, работающие в условиях многофакторного физического воздействия.

Согласно Приказа № 302н от 12 апреля 2011 г. Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» целью предварительных и периодических осмотров врачей-специалистов является:

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников,
- своевременное выявление заболеваний,
- начальных форм профессиональных заболеваний,
- ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных – факторов на состояние здоровья работников,
- формирование групп риска по развитию профессиональных заболеваний.

**Воздействие вредных факторов рабочей среды на здоровье человека**

*Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия.* Причиной развития профессиональных заболеваний органов дыхания (пневмокониозов и пылевого бронхита) является длительное воздействие пыли, содержащей высокие концентрации диоксида кремния (силикоз), угольной (антракоз) и угольно-породной пыли (антракосиликоз). Основными показателями, характеризующими поступление пылевых частиц в организм и их задержку в дыхательной системе, являются концентрация пыли во вдыхаемом воздухе, время ее воздействия, размеры частиц, их плотность и растворимость, а также состояние респираторного тракта и индивидуальная чувствительность организма. Следствием накопления пыли в легких является развитие пневмокониоза – прогрессирующего процесса формирования фиброза с комплексом воспалительных и компенсаторно-приспособительных реакций в бронхах и легочной ткани, в результате чего формируется дыхательная, а позднее – легочно-сердечная недо-

**Классы условий труда с учетом пылевых нагрузок при работе с асбестосодержащими пылями и вероятность профзаболеваний (Л.Т. Еловская, 1991)**

Нозология и степень выраженности заболевания	Класс условий труда и вероятность заболеваний (%)			
	Допустимый – безопасные пределы экспозиции (2)	Вредный (3.1-3.2)	Вредный (3.3-3.4)	Опасный (4)
Асбестоз	<1	1-4	1-8	-
Подозрение на асбестоз	1-6	12-15	18-28	-
Профессиональный бронхит	<3	2-9	4-9	-

статочность. Аэрозольные частицы диаметром 10 мкм и более оседают в основном в бронхах здорового человека и являются одной из основных причин развития профессионального пылевого бронхита. При интермиттирующем действии и пиковых концентрациях, превышающих средние в 5 и более раз, скорость выведения пыли из легких уменьшается, что приводит к более выраженному фиброгенному действию. Кроме того, воздействие на организм работающих высоких концентраций пыли приводит к развитию профессионально обусловленных хронических неспецифических заболеваний легких и верхних дыхательных путей.

*Вибрация локальная.* Источники локальной вибрации – ручные машины, органы ручного управления, обрабатываемые детали, при работе с которыми возникают вибрации, передающиеся на руки (рубильные, клепальные, отбойные молотки, перфораторы, горные сверла, шлифовальные машины, дрели, гайковерты, бензопилы и др.). Наиболее виброопасными являются профессии обрубщика, наждачника, заточника, шлифовальщика, вальщика леса.

По СН 2.2.4/2.1.8.566-96 «Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий» вибрации классифицируются по способу передачи человеку-оператору (локальные и общие), по направлению действия (оси X, Y, Z), по временной характеристике (постоянные и непостоянные, в т.ч. импульсные) и по спектру (низко-, средне- и высокочастотные).

*Факторы, определяющие вредное действие локальной вибрации:* частотный спектр и общая длительность ее действия за смену, наличие перерывов; физическая нагрузка (вес, приходящийся на руки в процессе работ, усилия нажатия и обхвата рукояток). Локальная вибрация передается оператору в процессе силового взаимодействия с машиной; сопутствующими факторами, усугубляющими воздействие ЛВ являются охлаждение, смачивание рук, шум и др.

Показателями вибрационной нагрузки на оператора являются виброускорение (виброскорость) и время действия вибрации, определяющие ее дозу и частотный спектр. Корректированный (по частоте) уровень используют для характеристики ручных машин по степени виброопасности. Эквивалентный (по энергии) корректированный уровень используют для оценки нагрузки на

человека-оператора за смену. Спектр вибрации используют для прогнозирования характера нарушений состояния здоровья и выбора мер профилактики вибрационной болезни (ВБ). Гигиеническую оценку вибрации проводят по СН 2.2.4/2.1.8.566-96 с учетом критериев Руководства Р 2.2.2006-05. При превышении нормы обязательны режимы труда, требования к которым приведены в ГОСТ 12.1.012-90 и СанПиН 2.2.2.540-96; при превышении нормы более 12 дБ (в 4 раза) проводить работы запрещается (табл. 20.2).

Ориентировочная оценка виброопасности с учетом комплекса неблагоприятных факторов представлена в таблице 20.3. При сумме баллов до 5, 5-10 и более 10 степень виброопасности работы для данного оператора оценивают как невысокую, высокую и очень высокую соответственно.

Вероятность развития ВБ в зависимости от уровня вибрации представлена в таблице 20.4.

Наиболее виброопасные профессии – обрубщики, наждачники, вальщики леса, заточники, шлифовщики, при которых длительность латентного периода развития ВБ составляет 8-12 лет. Общей характеристикой условий труда этих групп является очень высокий (экстремальный) уровень вибрации (124 дБ и более), высокочастотный спектр (125-250 Гц и выше), значительная физическая тяжесть, обусловленная весом инструментов, а также работа в условиях охлаждающего микроклимата. Более поздние сроки развития ВБ у формовщиков при значительных условиях вибрации обусловлены низкочастотным спектром вибрации. Меры профилактики ВБ от ЛВ и сопутствующих факторов представлены в таблице 20.5.

Таблица 20.2

**Допустимое суммарное время воздействия вибрации за смену**

Класс условий труда по Р 2.2.2006-05	Превышение ПДУ		Допустимое суммарное время воздействия за смену, мин.
	дБ	Раз	
2	0	1	480
3.1	3	1,4	240
3.2	6	2	120
3.3	9	2,8	60
3.4	12	4	30
4	>12	>4	Проводить работы или применять машины, генерирующие такую вибрацию, запрещается

Таблица 20.3

**Ориентировочная оценка виброопасности работ**

Неблагоприятный фактор	Баллы		
	0	1	2
Шум, дБ(А)	До 80	80-100	>100
Физическая тяжесть труда: – категория – масса ручной машины, кг – работа в вынужденной позе за смену, %	3.1-3.2 до 6 до 25	3.3 6-10 25-50	3.4 >10 >50
Микроклимат	Работа в помещении при температурах не ниже 10 °С	Работа на открытом воздухе	
		в условиях умеренного холода (от 10 до 0 °С)	в условиях сильного холода (отрицательные температуры)
Смачивание рук	Отсутствие	Эпизодическое	Систематическое
Курение, количество сигарет в день	До 10	10-20	>20

Таблица 20.4

**Вероятность развития ВБ в зависимости от уровня вибрации**

Класс условий труда по Р 2.2.2006-05	Синдром «белых пальцев» по стандарту ИСО 5349.2		ВБ 1 степени		ВБ 1-П степени	
	10 лет	20 лет	10 лет	20 лет	10 лет	20 лет
	Вероятность ВБ, %					
2	10	35	<10	<10	1	2,5
3.1	18	>50	<10	12	1,5	4
3.2	35	>50	<10	19	1,8	5
3.3	>50	>50	14	28	2,5	6
3.4	>50	>50	24	38	3,2	9
4	>50	>50	32	>50	4	12

Основные меры профилактики ВБ от ЛВ и сопутствующих факторов

Факторы	Способы ограничения	Мероприятия
Вибрация	Конструктивные и технологические меры борьбы в источнике	– амортизаторы, прокладки, – облицовки рукояток и др. мест контакта с руками оператора упруговязкими материалами
	Уменьшение по пути распространения	– средства виброизоляции, вибропоглощения, коврики и т.п., – средства индивидуальной защиты от вибрации (рукавицы, перчатки, наколенники и т.п.)
	Организационные меры	– Рациональные режимы труда и отдыха
	Медико-профилактические меры	– тепловые процедуры, – витаминпрофилактика
Физическая нагрузка	Организация труда и рабочего места для обеспечения рациональной позы, снижения статических и динамических усилий	– чередование производственных операций, – устройство верстаков, подставок под обрабатываемые детали, – подвешивание ручных машин, применение поддержек, манипуляторов, балансиров, – своевременная заточка и правка режущего инструмента
Охлаждающий микроклимат	Предупреждение общего и местного охлаждения, смачивания рук	– обогрев (общий и локальный) в отапливаемых помещениях (Т <sub>о</sub> 22-24 °С), – теплозащитная одежда, в т.ч. рукавицы или перчатки, – горячее питание
Шум	Ограничение шума на рабочем месте	– звукопоглощающие облицовки стен и потолков, выгородки, экраны, звукоизолированные боксы, – индивидуальные противошумы

Таблица 20.6

Профилактические мероприятия в зависимости от спектра вибрации и показателей микроклимата

Характер микроклимата на рабочем месте	Спектр вибрации X		
	Низкочастотный (8-16 Гц)	Среднечастотный (32-63 Гц)	Высокочастотный (125 Гц и выше)
Нормативные условия	Тепловые процедуры не рекомендуются	Тепловые процедуры не рекомендуются	Тепловые гидропроцедуры
Общее и местное охлаждение	Воздушный обогрев	Воздушный обогрев	Тепловые гидропроцедуры
Общее и местное охлаждение, смачивание рук	Воздушный обогрев	Воздушный обогрев с микро-массажем	Воздушный обогрев с микро-массажем

*Вибрация общая* передается через опорные поверхности на тело сидящего или стоящего человека. Общая вибрация передается на рабочие места транспортно-технологических машин и стационарного оборудования. ВБ от воздействия общей вибрации составляет около 15 % от всей вибрационной патологии.

Классификация общей вибрации и предельно-допустимый уровень

По СН 2.2.4/2.1.8.566-96 «Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий» общую вибрацию подразделяют на категории:

*1 категория* – транспортная, воздействующая на человека на рабочих местах самоходных и прицепных машин. Транспортных средств при движении по местности, агрофону и дорогам (в т.ч. при их строительстве);

*2 категория* – транспортно-технологическая, воздействующая на человека на рабочих местах машин, перемещающихся по специально подготовленным поверхностям производственных помещений, промысловых площадок, горных выработок;

*3 категория* – технологическая, воздействующая на человека на рабочих местах стационарных машин или передающаяся на рабочие места, не имеющие источников вибрации. Типы технологической вибрации:

За – на постоянных рабочих местах производственных помещений предприятий;

Зб – на рабочих местах на складах, в столовых, бытовых, дежурных и других производственных помещений, где нет машин, генерирующих вибрацию;

Зв – на рабочих местах в помещениях заводоуправления, конструкторских бюро, лабораторий, учебных пунктов, вычислительных центров, здравпунктов, конторских помещений, рабочих комнат и других помещений для работников умственного труда.

Биомеханические и психофизиологические эффекты общей вибрации

Низкочастотный характер общей вибрации обуславливает хорошее распространение ее по телу и вовлечение в колебания головы, что вызывает стимуляцию вестибулярного аппарата. При вертикальной общей вибрации на частотах 0-2 Гц в положении сидя тело человека колеблется как единое целое. На частотах 2-4 Гц происходит усиление колебаний головы и плеча относительно таза в 1,2-1,8 раза, на частоте 30 Гц головы относительно – до 3,5 раз. На частотах 4-8 Гц у рабочих наблюдается затруднение дыхания, 5-7 Гц – боли в грудной клетке, 3-10 Гц – боли в области живота, 8-12 Гц – боли в спине, 13-20 Гц – нарушения речи и головные боли, 10-18 Гц – позывы к мочеиспусканию и дефекации.

**Шум.** Специфическим эффектом неблагоприятного действия профессиональных экспозиций интенсивного шума являются потери слуха, диагностируемые как не-

## Вероятность развития профессиональной потери слуха (%)

Возраст, лет	Стаж работы, лет											
	10			20			30			40		
	Степени снижения слуха*											
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
LA <sub>экв</sub> = 90 дБ(А)												
30	12	0	0									
40	22	0	0	25	0	0						
50	33	0	0	35	3	0	37	3	0			
60	44	6	0	46	9	0	48	10	0			
LA <sub>экв</sub> = 100 дБ(А)												
30	39	17	0									
40	47	25	5	62	32	6						
50	50	28	7	62	36	15	68	41	20			
60	60	37	19	71	44	25	76	48	30	82	53	33

\* По ГОСТ 12.4.062-78 и МР № 10-11/46 (1988) выделяют три степени тугоухости: I степень: 11-20 дБ, II степень: 21-30 дБ, III степень: 31 дБ и более.

Таблица 20.8

## Степени потери слуха по ГОСТ 12.4.062-78

Степени потери слуха	Величины потери слуха, дБ	
	На речевых частотах (среднее арифметическое значение на частотах 500, 1000 и 2000 Гц)	На частоте 4000 Гц
Признаки воздействия шума на орган слуха	Менее 10 (500 Гц-5 дБ, 1000 Гц- 10 дБ, 2000 Гц-10 дБ)	Менее 40
I степень (легкое снижение слуха)	10-20	60±20
II степень (умеренное снижение слуха)	21-30 (международный критерий – 25 дБ)	65±20
III степень (значительное снижение слуха)	31 и более	70±20

врит слухового нерва. Предельно-допустимы уровень (ПДУ) шума по СН 2.2.4/2.1.8-562-96 составляет 80 дБ (А) и совпадает с нижней величиной экспозиции, требующей принятия мер по директиве Евросоюза 2003/10/ЕС. Вероятность развития профессиональной потери слуха представлена в таблице 20.7.

*Оценка потери слуха.* По ГОСТ 12.4.062-78 оценку результатов аудиометрического исследования проводят по среднему арифметическому значению потери слуха на речевых частотах 500, 1000 и 2000 Гц (оценка социального слуха), определяемому для каждого уха отдельно. Потерю слуха оценивают для хуже слышащего уха (табл. 20.8). Степень потери слуха устанавливают по величине его потери на речевых частотах с учетом потери слуха на частоте 4000 Гц как признака профессионального воздействия шума.

По инструкции Международной организации труда средства индивидуальной защиты органа слуха при длительном использовании (максимум 8 часов в смену в течение 45 лет) сопряжены с риском нарушения мозгового кровообращения.

*Работа в условиях воздействия токсико-химических факторов* (продукты химической промышленности, различные растворители, лаки, краски, инсектофунгициды, переработки нефти, каменного угля, газо- и электросварка, взрывные работы и т.п.). Основные пути по-

ступления в организм промышленных ядов – органы дыхания и кожа, значительно реже – желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Через органы дыхания проникают в основном токсичные вещества, находящиеся в газо- и парообразном состоянии, а также в виде аэрозоля и пыли. Диффундируя через слизистую оболочку дыхательных путей и стенки легочных альвеол, они попадают непосредственно в кровь, минуя печень. Этим объясняется более медленная нейтрализация многих токсичных веществ. Токсичные вещества, хорошо растворяющиеся в жирах и липоидах, легко проникают в организм через неповрежденную кожу. К таким веществам относятся органические растворители, эфиры, amino- и нитросоединения ароматического ряда, тетраэтилсвинец, хлор- и фосфорорганические инсектофунгициды и др. Через кожные покровы могут поступать токсичные вещества, находящиеся в жидком, газообразном состоянии и в виде пыли.

В условиях производства возможность проникновения токсичных веществ через ЖКТ ограничена (в основном при аварийных ситуациях, заглаживании распыленных в воздухе токсичных аэрозолей, при засасывании ртом ядовитых растворов в пипетки и шланги). Из ЖКТ через воротную вену токсичные вещества попадают в печень и нейтрализуются в ней. Поступившие в организм токсичные вещества некоторое время могут в неизменном

Таблица 20.9

**Классификация вредных веществ  
по степени воздействия на организм**

Классы опасности	ПДК вредных веществ, м <sup>3</sup>
1 – чрезвычайно опасные	Менее 0,1
2 – высокоопасные	0,1 – 1,0
3 – умеренно опасные	1,0 – 10,0
4 – малоопасные	более 10,0

виде циркулировать в крови. В дальнейшем многие из них подвергаются частичному или полному обезвреживанию в результате окисления, восстановления, гидролитического расщепления, дезаминирования, ацетилирования, метилирования, соединения с другими веществами. Обезвреживание токсичных веществ происходит в основном в печени. Некоторые токсичные вещества (ртуть, свинец, марганец, мышьяк, фосфор, фтор и др.) депонируются в организме, при этом их концентрация в крови и токсическое действие значительно уменьшаются.

Токсичные вещества могут выделяться из организма в неизменном и измененном виде через легкие, ЖКТ, почки, кожу, слюнные и молочные железы. Через легкие с выдыхаемым воздухом в неизменном виде выделяются легко испаряющиеся углеводороды, спирты, эфиры, хлор, оксид углерода и др. Труднорастворимые и нерастворимые яды, попавшие в ЖКТ (при заглатывании и из крови через стенку толстой кишки), удаляются с калом. Многие яды и продукты их превращений выводятся с мочой. Через слюнные железы в основном выделяются тяжелые металлы (ртуть, свинец). Яды, растворимые в жирах, и некоторые металлы выводятся через кожные покровы. Характер действия токсичных веществ на организм человека зависит от многих причин – химической структуры, физических свойств, концентрации, продолжительности контакта и путей поступления (табл. 20.9).

Имеют значение также пол, возраст и индивидуальная чувствительность к яду.

*Микроклимат охлаждающий* – сочетание условий, включающих температуру воздуха, ограждений, скорость ветра и влажность, при воздействии которых наблюдается превышение уровня теплопотерь человека в окружающую среду над уровнем метаболизма, что приводит к образованию общего и/или локального дефицита тепла тела человека. Причинами могут быть охлаждение организма (табл. 20.10) в целом или его частей (лица, органов дыхания, стоп, кистей).

*Микроклимат нагревающий* – сочетание параметров микроклимата, при воздействии которых наблюдается изменение теплообмена человека с окружающей средой, проявляющееся в накоплении тепла в организме (табл. 20.11) и/или в увеличении доли потерь тепла испарением влаги (более 30 %).

*Работы в условиях многофакторного физического воздействия (локальные, региональные и общие мышечные нагрузки)* – длительное и интенсивное воздействие факторов, обуславливающих тяжесть трудового процесса. Тяжелый (мышечный) труд включает физическую динамическую нагрузку, массу поднимаемого и перемещаемого груза вручную, стереотипные рабочие движения, статическую нагрузку, рабочую позу, наклоны корпуса, перемещение в пространстве. Приводят к развитию профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (табл. 20.12).

Трудовой кодекс Российской Федерации;

Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;

Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Таблица 20.10

**Характеристика степени охлаждения при пониженной температуре в рабочей зоне и его клинические проявления**

Класс условий труда	Характеристика функционального состояния и состояния здоровья					
	Снижение работоспособности (%)			Рекомендуемая продолжительность пребывания на холоде, час.	Некоторые клинические проявления	
	Общей физической	Мануальной			При остром воздействии (баллы)	При хроническом воздействии
		Кистью	Пальцами			
1-2	До 3	До 6	До 10	8	<34	-
3.1-3.2	До 6,4	До 10	До 18	4	34-47	-
3.3-3.4	До 12,8	До 15	До 27	2	47-57	Облитерирующий эндартериит, вегетативно-сенсорная полиневропатия, нейроциркуляторная дистония и др. Сокращение срока развития ВБ (на 4-5 лет) при сочетанном воздействии холода и локальной вибрации. Профессиональные нейроваскулиты
4	>12,8	>15	>27	<1	>57	

## Допустимая продолжительность термической нагрузки за рабочую смену в зависимости от класса условий труда

Класс условий труда	Допустимая продолжительность пребывания на рабочем месте, час.
2	8
3.1	7
3.2	5
3.3	3
3.4	1
4	>1

Таблица 20.12

## Вероятность развития производственной патологии в зависимости от тяжести трудового процесса (%)

Характер мышечных нагрузок	Тяжесть трудового процесса (по Р 2.2.2006-05)				
	1 класс, оптимальный (легкая физическая нагрузка)	2 класс, допустимый (средняя физическая нагрузка)	3 класс, вредный (тяжелый труд)		
			3.1	3.2	3.3
Локальные	0-2,0	2,1-13,0	13,1-20,0	20,1-28,0	более 28,0
Региональные и общие	0-6,0	6,1-17,0	17,1-28,0	28,1-37,0	более 37,0

Положение о системе управления профессиональными рисками в РФ;

Порядок создания и ведения реестров данных о состоянии условий труда, производственного травматизма на рабочих местах, и данных о показателях уровней профессионального риска в организации;

Стандарт по оценке профессиональных рисков;

Руководство по управлению профессиональными рисками;

Концепция оценки профессионального риска причинения вреда жизни и здоровью работника с учетом индивидуально накопленной дозы воздействия опасных и вредных производственных факторов.

## 2. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН

*И.М. Поздняков*

*Женская консультация* (ЖК) является подразделением поликлиники, МСЧ или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь населению.

Основными задачами женской консультации являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний;
- оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;
- внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с основными задачами женская консультация должна осуществлять:

- организацию и проведение санитарно-профилактической работы среди женщин;
- профилактические осмотры женского населения;
- проведение работы по контрацепции для предупреждения не планируемой беременности;
- обеспечение *преимущества* в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и родильным

домом, детской консультацией, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация «Семья и брак», консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

*Важной задачей врача женской консультации является взятие на учет беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным, включенным в группу риска.*

Деятельность консультации строится по *участковому принципу*. Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 6000 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. На каждом из них до 25 % женщин находятся в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их рабочее время. Один день в неделю выделен врачу для оказания помощи и профилактических осмотров работниц прикрепленных промышленных предприятий, территориально расположенных на участке врача или для специализированного приема.

**Структура женской консультации:** регистратура, кабинеты врачей акушеров-гинекологов для приема беременных, родильниц, гинекологических больных, манипуляционная комната, физиотерапевтический кабинет, где проводятся лечебные процедуры, кабинеты терапевта, стоматолога, венеролога и юриста для консультаций по социально-правовым вопросам. Организованы кабинеты специализированного приема для женщин, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, для кон-



сультаций по вопросам контрацепции, патологии пременопаузального, климактерического и постменопаузального периодов, лаборатория, кабинет УЗД.

*Регистратура* женской консультации обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону.

Врач участка, кроме приема в женской консультации оказывает помощь на дому беременным, родильницам, гинекологическим больным, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в женскую консультацию. Если врач находит нужным, он активно посещает больную или беременную на дому без вызова (*патронаж*).

*Санитарно-просветительную работу* проводят врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения.

*Правовую защиту* женщин осуществляют юристы женской консультации, которые вместе с врачами выявляют женщин, нуждающихся в правовой защите, читают лекции, проводят беседы по основам российского законодательства о браке и семье, льготам трудового законодательства для женщин.

Одной из главных задач женской консультации является выявление предраковых заболеваний, профилактики онкологических заболеваний. Существуют три вида профилактических осмотров: *комплексные, целевые, индивидуальные*. Профилактические осмотры женского населения проводят с 20-летнего возраста, два раза в год с обязательным цитологическим и кольпоскопическим обследованиями.

**Наблюдение беременных.** Главная задача женской консультации – *диспансеризация беременных*. Срок взятия на учет – до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют «*Индивидуальную карту беременной и родильницы*» (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой «Оценка пренатальных факторов риска в баллах» (приказ № 430).

**Гинекологическая помощь.** Выявляют гинекологические заболевания при посещении женщинами женской консультации, на профилактических осмотрах в женской консультации или предприятиях, смотровых кабинетах поликлиник. На каждую женщину, впервые обратившуюся в женскую консультацию, заводят «*Медицинскую карту амбулаторного больного*» (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации, заполняют «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (форма 030у).

**Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам на промышленных предприятиях.** Врачи акушеры-гинекологи женской консультации проводят на предприятиях, прикрепленных к консультации, комплекс лечебно-профилактической работы. Для проведения этой работы врачу отводят один день в неделю. В настоящее время в женской консультации выделяют акушера-гинеколога для работы с предприятиями из расчета один врач на 2000–2500 женщин.

На предприятии акушер-гинеколог проводит:

- профилактические осмотры женщин;
- углубленный анализ гинекологической заболеваемости;

- исходов беременности и родов;
- ведет прием гинекологических больных; контролирует работу комнаты личной гигиены;
- изучает условия труда женщин на предприятии;
- участвует в работе по улучшению условий труда работниц.

**Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности.** *Выездная женская консультация* является регулярно действующим филиалом женской консультации центральной районной больницы (ЦРБ) и создана для оказания врачебной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.

На сельском *фельдшерско-акушерском пункте* (ФАП) доврачебной помощи работа акушерки направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности, проведения санитарно-просветительной работы. Периодическое врачебное обследование женщин на ФАП осуществляют врачи женской консультации районной больницы (РБ) или центральной районной больницы (ЦРБ), а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, терапевта, стоматолога и лаборанта. Главная задача выездной женской консультации – диспансерное наблюдение беременных и оказание помощи больным с гинекологическими заболеваниями.

**Анализ деятельности женской консультации.** Анализ работы проводят по следующим разделам деятельности женской консультации: общие данные по консультации, анализ профилактической деятельности, акушерская деятельность. Анализ акушерской деятельности включает: отчет о медицинской помощи беременным и родильницам (вкладыш № 3): раннее (до 12 недель) взятие на диспансерное наблюдение беременных, осмотр беременных терапевтом, осложнения беременности (поздние гестозы, заболевания, не зависящие от беременности), сведения о новорожденных (родились живыми, мертвыми, доношенными, недоношенными, умершие), перинатальная смертность, смертность беременных, рожениц и родильниц (материнская смертность).

### **Наблюдение беременных, принципы диспансеризации беременных**

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

**Ранний охват беременных врачебным наблюдением.** Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещении ими врача 7–12 раз уровень перинатальной смертности в 2–2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5–6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель. Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением – основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

**Взятие на учет.** При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления

**Своевременное (в течение 12-14 дней) обследования.** Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также выработывают план ведения беременности.

**Дородовый и послеродовой патронаж.** *Дородовый патронаж* осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.). *Послеродовой патронаж.* В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации – врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

**Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов.** При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.

**Наблюдение беременных** должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо провести патронаж и добиться регулярно посещения консультации.

**Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100 % беременных.** Занятия в «Школе матерей».

**100 % охват мужей беременных женщин занятиями в «Школе отцов».**

**Аntenатальная профилактика рахита** (витамины, ультрафиолетовое облучение).

**Профилактика гнойно-септических осложнений,** включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

**Обследование беременных.** При взятии на учет врач обследует беременную и записывает результаты в индивидуальную карту беременной.

Паспортные данные:

Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.

Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая – до 18 лет, пожилая первородящая – 26-30 лет, старая первородящая – свыше 30 лет.

Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).

Профессия.

При наличии *профессиональной вредности* с целью исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины. Если по месту работы имеется медсанчасть, сведения о беременных передают цеховым врачам – терапевту и гинекологу – с рекомендациями женской консультации, а из медсанчасти запрашивают выписку из амбулаторной карты женщины. В дальнейшем женщину наблюдает врач женской консультации, но

врачи медсанчасти обеспечивают антенатальную охрану плода (гигиенические мероприятия, ультрафиолетовое облучение, лечебная гимнастика до 30 недель беременности). Несмотря на то, что многие предприятия имеют медсанчасть, более целесообразно наблюдать беременных по месту жительства. Это обеспечивает более качественное и квалифицированное наблюдение и уменьшает число осложнений во время беременности и родов.

При первом обращении беременной в консультации на нее заводят *«Индивидуальную карту беременной и родильницы»*, куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

**Анамнез.** Анамнез помогает врачу выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

*Семейный анамнез* дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно о краснухе, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливаниях крови, аллергических реакциях и др.

*Акушерско-гинекологический анамнез* должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

*Объективное обследование* проводят врач-акушер, терапевт, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости – эндокринолог, уролог.

При выявлении у беременной экстрагенитальной патологии терапевт должен решить вопрос о возможности вынашивания беременности и, в случае необходимости, произвести дополнительные исследования или направить беременную в стационар.

Стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию полости рта. Акушер-гинеколог контролирует, как выполняются рекомендации специалистов при каждом посещении консультации беременной. При наличии высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов. В случае показаний проводят медико-генетическое консультирование. Повторные осмотры терапевтом – в сроки 30 и 37-38 недель беременности, а стоматологом – в 24 и 33-34 недели.

**Лабораторные исследования.** При взятии беременной на учет проводят общий анализ крови, определяют реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови, общий анализ мочи, анализ выделений из влагалища на микрофлору, кала – на яйца гельминтов.

При наличии в анамнезе мертворождений, невынашивания следует определить содержание гемолитинов в крови беременной, установить группу крови и резус-принадлежность крови мужа, особенно, при определении резус-отрицательного типа крови у беременной или группы крови 0(I). Кроме того, нужно произвести реакцию связывания комплемента с токсоплазменным антигеном (мы считаем, что от внутрикожной пробы следует отказаться, так как она не является неспецифичной).

В дальнейшем лабораторные исследования проводят в следующие сроки:

- *общий анализ крови* – 1 раз в месяц, а с 30 недель беременности – 1 раз в 2 недели;
- *анализ мочи* в первой половине беременности – ежемесячно, а затем – 1 раз в 2 недели;
- *уровень сахара в крови* – в 36-37 недель;
- *коагулограмма* – в 36-37 недель; *RW и ВИЧ* – в 30 недель и перед родами;
- *бактериологическое* (желательно) и *бактериоскопическое* (обязательно) исследования выделений из влагалища – в 36-37 недель;
- *ЭКГ* – в 36-37 недель.

**Объективное исследование.** В течение беременности следует измерять рост и массу тела женщины. Определение *антропометрических показателей* является необходимым условием для диагностики ожирения, контроля увеличения массы тела беременной. Очевидно, что чем раньше женщина посетит консультацию, тем более достоверные данные получит врач.

При установлении повышенного артериального давления в ранние сроки беременности необходимо обследование для исключения или подтверждения гипертонической болезни. В поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и позднего гестоза усложнена. Обязательно следует установить величины артериального давления до беременности, так как повышение его до 125/80 мм рт.ст. у женщин с гипотонией может быть симптомом, характерным для нефропатии.

**Осмотр** беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы, определение видимых отеков, состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез.

**Наружное и внутреннее акушерское исследование** включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота.

При первом *влагалищном исследовании*, которое производят два врача, помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состоянии тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его положении к плоскости входа емкость таза уменьшается.

**Пальпация** живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13-15 недель), можно определить тонус матки, величину плода, количество

околоплодных вод, подлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, – членорасположение плода, положение его, позицию и вид. Пальпацию проводят, используя 4 классических акушерских приема (по Леопольду).

**Аускультацию** тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности. Следует указать, что даже четкое определение ритмичных шумов до 19-20 недель беременности не свидетельствует о наличии сердечных тонов, поэтому фиксировать в карте наблюдения сердцебиения плода до указанного срока нецелесообразно. Сердцебиение плода определяется акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а также с помощью аппаратов УЗИ и доплерометрии.

**Определение срока беременности, родов, дородового и послеродового отпуска.** Определение срока беременности и предполагаемой даты родов является чрезвычайно важным фактором, обеспечивающим своевременность диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от принадлежности женщин к определенным группам риска.

В соответствии с законодательством работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 140 (70 календарных дней до родов и 70 – после родов) дней. В случае осложненных родов – 86, а при рождении 2 детей и более – 110 календарных дней после родов.

Задача женской консультации – проявить максимальную объективность при определении срока дородового и выдаче послеродового отпусков. Первый осмотр женщины в консультации должны проводить два врача для более квалифицированного заключения о сроке беременности. Если женщина согласна с установленным сроком, следует зарегистрировать это в карте наблюдения беременной. При возникновении разногласий необходимо немедленно определить срок беременности, используя все имеющиеся методы.

**УЗИ во время беременности** производят в динамике. Первое – в сроке до 12 недель – для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе – в сроке 18-24 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье – в сроке 32-34 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).

**Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам.** В комплексе физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам входит гигиеническая гимнастика, которой рекомендуется заниматься ежедневно или через день с ранних сроков беременности под руководством инструктора лечебной физкультуры либо специально обученной медицинской сестры. Беременных после первичного обследования акушер-гинеколога и терапевт направляют в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются из 8-10 человек с учетом сроков беременности. Занятия проводят в утренние, а для работающих беременных дополнительно в вечерние часы. Физические упражнения делят на 3 комплекса соответственно срокам: до 16 недель, от 17 до 32 недель и от 33 до 40 недель. Каждый комплекс упражнений предусматривает обучение определенным навыкам, необходимым для адаптации организма к соответствующему периоду беременности. Занятия гимнастикой целесообразно завершать ультрафиолетовым облучением, особенно в

осенне-зимний сезон. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений, после чего она продолжает гимнастику дома под контролем инструктора каждые 10-12 дней.

Больные беременные женщины выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.

При подготовке к родам беременных не только знакомят с процессом родов, но и обучают упражнениям по *аутотренингу* и точечному *самомассажу* как факторам, развивающим и укрепляющим волевые способности человека к самовнушению. Методика организации и проведения занятий по психофизической подготовке беременных к родам представлена в методических рекомендациях МЗ СССР «Физическая и психическая подготовка беременных к родам» (1990, приложение № 2). Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в «Школах материнства», организуемых в женских консультациях с использованием демонстративных материалов, наглядных пособий, технических средств и предметов ухода за ребенком. К посещению «Школы материнства» следует привлекать всех женщин с ранних сроков беременности. Беременным следует разъяснять важность посещения этих занятий. В консультации должна быть яркая информация о программе и времени проведения занятий. Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в «Школе материнства» являются акушерки и медицинские сестры по уходу за ребенком.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15-20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких. Заведующая консультацией организует занятия, учитывая особенности местных условий, осуществляет контроль над работой «Школы материнства» и связь с территориальным центром здоровья для получения методической помощи и печатных материалов.

Учебный план «Школы материнства» предусматривает 3 занятия акушера-гинеколога, 2 педиатра и 1 юриста при его наличии. Учебный план и программа акушера-гинеколога в «Школе материнства» представлены в приложении. В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки беременной при сроке беременности 30 недель «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы».

**Рациональное питание беременных.** Правильно организованное рациональное питание является одним из основных условий благоприятного течения беременности и родов, развития плода и новорожденного.

**Питание в первой половине беременности** почти не отличается от рациона здорового человека. Общая энергетическая ценность пищи должна колебаться в зависимости от роста, массы и характера трудовой деятельности беременной. В первой половине беременности увеличение массы не должно превышать 2 кг, а при дефиците массы – 3-4 кг. При ожирении беременная до 20 недель должна сохранить прежнюю массу или же похудеть на 4-6 кг (при ожирении II-III степени). Энергетическая цен-

ность диеты для беременных до 16 недель, страдающих ожирением, не должна превышать 5024 кДж в сутки, а после 16 недель – 6113 кДж. Однако следует помнить, что полная женщина может похудеть за неделю не более чем на 1 кг, ибо чрезмерная потеря массы отрицательно скажется на состоянии ее здоровья.

**Во второй половине беременности** из рациона исключают мясные навары, острые и жареные блюда, пряности, шоколад, пирожные, торты, уменьшают количество поваренной соли. После 20 недель беременности женщине ежедневно следует потреблять 120 г мяса и 100 г рыбы в отварном виде. При необходимости мясо можно заменить сосисками или сардельками. Все виды продуктов нужно вносить в меню в определенной дозе. Прежде считалось, что молочные продукты, фрукты и ягоды можно есть без ограничений. Однако излишек в рационе фруктов, особенно сладких, неминуемо приводит к развитию крупного плода в связи с большим количеством фруктового сахара, который быстро накапливается в организме. В сбалансированный рацион беременной должно обязательно входить подсолнечное масло (25-30 г), содержащее незаменимые ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и арахидоновую). Рекомендуются ежедневно съедать до 500 г овощей. Они малокалорийны, обеспечивают нормальную работу кишечника, содержат достаточное количество витаминов и минеральных солей.

Самым доступным методом контроля режима питания является регулярное взвешивание беременной. В оптимальных случаях во время беременности масса женщины увеличивается на 8-10 кг (на 2 кг в течение первой половины и на 6-8 кг – во время второй, следовательно, на 350-400 г в неделю). Эти нормативы не являются эталоном для всех. Иногда рожают крупных детей и при увеличении массы в течение беременности до 8 кг. Но, как правило, это бывает, когда женщина излишне прибавляет в массу.

Рекомендуют такие примерные нормы увеличения массы во время беременности с учетом конституции женщины: при первой беременности для женщин с астеническим телосложением – 10-14 кг, с нормальным – 8-10 кг, при склонности к полноте – 2-6 кг; при второй беременности – соответственно 8-10, 6-8 и 0-5 кг (в зависимости от степени ожирения).

Для эффективного контроля необходимо точно знать массу женщины до беременности или в ее ранние сроки (до 12 недель). Если у беременной масса соответствует росту, нет жалоб на повышенный аппетит, и она не рожала в прошлом детей с большой массой, ограничения в пище следует начинать после 20 недель беременности. При усиленном аппетите, чрезмерном увеличении массы, наличии в прошлом родов крупным плодом или родов, которые сопровождались осложнениями при массе ребенка 3700-3800 г, при ожирении, сужении таза нужно пересмотреть меню уже с 12-13 недель беременности и, прежде всего, ограничить углеводы и жиры.

**Выделение и диспансеризация беременных в группах повышенного риска.** Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Беременные, состоящие на учете в женской консультации, могут быть отнесены к следующим группам риска:

- с перинатальной патологией со стороны плода;
- с акушерской патологией;
- с экстрагенитальной патологией.

В 32 и 38 недель беременности проводят *балльный скрининг*, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные исследований свидетельствуют о росте группы беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70 %) к концу беременности. После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам обл-, горздравотделов для профилактического лечения в определенные акушерские стационары. Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатывать совместно с заведующим акушерским отделением.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, – последняя, но очень важная задача женской консультации. Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска, врач женской консультации может считать свою функцию выполненной.

**Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии.** Установлено, что 2/3 всех случаев перинатальной смертности встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 1/3 общего числа беременных. На основе данных литературы, собственного клинического опыта, а также многоплановой разработки историй родов при изучении перинатальной смертности О.Г. Фролова и Е.Н. Николаева (1979) определили отдельные факторы риска. К ним отнесены только те факторы, которые приводили к более высокому уровню перинатальной смертности по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных. Все факторы риска авторы делят на две большие группы: пренатальные (А) и интранатальные (В). *Пренатальные факторы* в свою очередь подразделяют на 5 подгрупп:

1. Социально-биологические;
  2. Акушерско-гинекологического анамнеза;
  3. Экстрагенитальной патологии;
  4. Осложнений настоящей беременности;
  5. Оценки состояния внутриутробного плода.
- Общее число пренатальных факторов составило 52.

*Интранатальные факторы* также были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:

1. Матери;
2. Плаценты и пуповины;
3. Плода.

Эта группа объединяет 20 факторов. Таким образом, всего было выделено 72 фактора риска.

Для количественной оценки факторов применена балльная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов. Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, авторы выделяют следующие степени риска: высокую – 10 баллов и выше; среднюю – 5-9 баллов; низкую – до 4 баллов. Самая частая ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач

не суммирует показатели, кажущиеся ему несущественными, считая, что незачем увеличивать группу риска.

Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности. В настоящее время имеется много возможностей для определения состояния плода (определение эстриола, плацентарного лактогена в крови, амниоцентез с исследованием околоплодных вод, ФКГ и ЭКГ плода и т.д.).

**ПРОГРАММА санитарно-просветительных занятий с беременными акушера-гинеколога в «Школе материнства»**

#### **Занятие 1.**

##### *Жизнь до рождения*

Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.

Женские и мужские половые клетки.

Зарождение новой жизни.

Факторы риска беременности.

Медицинское наблюдение за развитием беременности.

#### **Занятие 2.**

##### *Гигиенические правила в период беременности*

Изменение стиля жизни.

Питание – как важный фактор для правильного развития беременности.

Личная гигиена.

Гигиеническая гимнастика

Психо-эмоциональная эволюция женщины во время беременности.

#### **Занятие 3.**

##### *Подготовка к «родам без страх»*

Календарные сроки наступления родов.

Предвестники родов.

Подготовка к поступлению в родильный дом.

Периоды родов и их продолжительность.

Управление родами.

Рождение ребенка и первые часы после родов.

Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.

Информация о помощи юриста по защите прав материнства.

### **Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями на амбулаторном этапе**

Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует со специалистом по социальной работе в части осуществления мероприятий

по предупреждению аборт, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку.

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза (приложение 17).

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы состояния здоровья:

I группа – практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II группа – женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

III группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V группа – женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невываивание, бесплодие).

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом-

акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по патологии молочной железы.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

При наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля.

**Порядок оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями.** Оказание медицинской помощи девочкам (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (приложение 18).

Первичная медико-санитарная помощь девочкам включает:

а) профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов;

б) раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания;

в) персонифицированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики абортов и выбора контрацепции;

г) санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории медицинской организации, и направленное на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в медицинских организациях: в детской поликлинике, женской консультации, Центре охраны репродуктивного здоровья подростков, Центре охраны здоровья семьи и репродукции, Центре охраны материнства и детства, перинатальном центре, в поликлиническом отделении медико-санитарной части, городской больницы, клиники, входящей в состав образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление меди-

цинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и (или) «педиатрии».

Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов и санаторно-курортное лечение.

Первичная медико-санитарная помощь девочкам в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а в случае отсутствия указанного врача-специалиста – любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами, врачами-педиатрами, врачами-специалистами или другими медицинскими работниками в составе выездных бригад.

Врачи-акушеры-гинекологи, оказывающие медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение на цикле тематического усовершенствования по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей не реже 1 раза в 5 лет.

Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога или другого медицинского работника при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров девочек в возрасте 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.

В остальные возрастные периоды осмотр девочки проводится врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта и осуществляется направление девочки к врачу-акушеру-гинекологу.

При проведении профилактических медицинских осмотров девочек декретированных возрастов после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития по Таннеру, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития. При профилактическом осмотре девочки в возрасте до 15 лет разрешается присутствие ее законного представителя.

По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы состояния здоровья:

I группа – практически здоровые девочки; девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы.

II группа – девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев); с функциональными кистами яичников; с доброкачественными болезнями молочных желез; с травмой и с острым воспалением вну-

тренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания.

III группа – девочки с расстройствами менструаций в течение более 12 месяцев; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков; с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов без нарушения оттока менструальной крови; с хроническими, в том числе рецидивирующими, болезнями наружных и внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания, а также при их сочетании с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации.

IV группа – девочки с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови; с расстройствами менструаций и с хроническими болезнями наружных и внутренних половых органов в активной стадии, стадии нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии; с возможными осложнениями основного заболевания; с ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания; с сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией с неполной компенсацией соответствующих функций.

V группа – девочки-инвалиды с сопутствующими нарушениями полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

Девочки из I и II группы состояния здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом-акушером-гинекологом или другим медицинским работником.

Девочкам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;

3 диспансерная группа – девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии.

Медицинские вмешательства проводятся после получения информированного добровольного согласия девочек в возрасте 15 лет и старше, а в случае обследования и лечения детей, не достигших указанного возраста, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать информированное добровольное согласие, – при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

При наличии беременности любого срока у девочки в возрасте до 17 лет включительно наблюдение ее осуществляется врачом-акушером-гинекологом медицинской организации.

При отсутствии врача-акушера-гинеколога девочки с беременностью любого срока наблюдаются врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом, врачом-педиатром, фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта в соответствии с разделами I-VI настоящего Порядка.

Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями,

требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и (или) «детской хирургии», «хирургии», имеющих стационар круглосуточного пребывания с отделением анестезиологии-реаниматологии, врачами акушерами-гинекологами, врачами детскими хирургами, врачами-хирургами. При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у девочек рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами рекомендуется согласовывать с врачом-акушером-гинекологом.

Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет девочек с гинекологической патологией в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, имеющей гинекологические койки для детей и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и «педиатрии».

При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

### **Правила организации деятельности врача акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями**

1. Настоящие Правила регулируют порядок организации деятельности врача-акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам в возрасте до 17 лет включительно, с гинекологическими заболеваниями (далее – врач-гинеколог детского и подросткового возраста).

2. На должность врача-гинеколога детского и подросткового возраста назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н, по специальности «акушерство и гинекология» и прошедший тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения,

утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

3. Врач-гинеколог детского и подросткового возраста:

- принимает участие совместно с врачом-педиатром и врачом-терапевтом подростковым в организации и выполнении профилактических осмотров с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез у девочек;

- оказывает консультативную, диагностическую и лечебную помощь девочкам, впервые обратившимся за помощью самостоятельно или направленным другими врачами;

- обеспечивает диспансерное наблюдение и проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий у гинекологических больных в возрасте до 17 лет включительно;

- устанавливает медицинские показания и своевременно направляет впервые обратившихся девочек с гинекологическими заболеваниями для консультации и обследования у врачей других специальностей, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также для долечивания (реабилитации) в медицинские санаторно-курортные организации;

- взаимодействует с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации в целях обеспечения доступности, преемственности и качества оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями;

- внедряет в практику современные медицинские диагностические и лечебные технологии, средства профилактики и реабилитации девочек с гинекологическими заболеваниями;

- обеспечивает консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции;

- проводит индивидуальное или совместное санитарно-гигиеническое воспитание и образование девочек, их родителей или законных представителей и учителей на территории медицинской организации по вопросам общей и интимной гигиены, анатомии и физиологии половых органов, профилактики аборт и заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, профилактики онкологических заболеваний, в том числе вакцинации против вируса папилломы человека;

- содействует обеспечению правовой помощи девочкам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и с гинекологическими заболеваниями;

- проводит экспертизу гинекологической заболеваемости детей и подростков, показателей качества медицинской помощи;

- выполняет санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, руководствуясь санитарными нормами и правилами;

- ведет учетную и отчетную документацию, представляет отчеты о деятельности в установленном порядке, осуществляет сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

4. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу – акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет включительно являются следующие жалобы и состояния:



- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации, папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;
- выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;
- кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;
- травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;
- патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;
- боли в животе в любом возрасте;
- изменение формы и величины живота в любом возрасте;
- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;
- ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;
- перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);
- отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;
- указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;
- наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;
- нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;

- аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь, и узловые образования молочных желез в пубертатном периоде;
- отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 лет включительно) более чем на 10 %;
- повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;
- задержка физического развития в любом возрасте;
- низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания;
- высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового созревания;
- состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;
- 3, 4 и 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети инвалиды и дети с ограниченными возможностями в любом возрасте;
- реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);
- указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;
- начало сексуальных отношений;
- необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;
- необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С.
- необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

### 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Л.Л. Позднякова*

Под **реабилитацией инфекционного больного** понимается комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на более быстрое восстановление здоровья и нарушенной болезнью работоспособности.

Реабилитация направлена, прежде всего, на поддержание жизнедеятельности организма и приспособление его к условиям после болезни, а затем – к труду и обществу. В итоге медицинской реабилитации человек, перенесший инфекционное заболевание, должен полностью восстановить как здоровье, так и работоспособность.

Основными **этапами медицинской реабилитации инфекционных больных** являются:

1. Инфекционные стационары.
2. Консультативно-диагностический центр инфекционного стационара.
3. Поликлиника по месту жительства – кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ).

Первый этап – острый период болезни; второй этап – период выздоровления (после выписки); третий этап – в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ), где решаются в основном вопросы медико-социальной экспертизы, связанные с трудоустройством.

В КИЗе осуществляется также диспансерное (активное динамическое) наблюдение за выздоравливающими после инфекционных болезней в соответствии с приказами и руководящими документами Минздрава (приказ МЗ СССР № 408 от 12.07.1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране», Приказ МЗ РФ № 350 от 20.11.02 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ»). Большинство переболевших инфекционными заболеваниями берутся на учет в кабинете инфекционных заболеваний (КИЗ), где их наблюдает врач-инфекционист. При отсутствии КИЗ диспансерное наблюдение осуществляет врач-терапевт участковый или врач-педиатр.

Наблюдение проводится после перенесения больными следующих инфекций: сальмонеллез, острые кишечные инфекции, брюшной тиф, паратифы, холера, вирусные гепатиты, малярия, клещевой боррелиоз, бруцеллез, клещевой энцефалит, геморрагические лихорадки, лептоспироз, псевдотуберкулез, дифтерия, орнитоз и др. (приложение 19).

Реабилитация начинается часто еще во время пребывания инфекционного больного в стационаре. Продолже-

ние реабилитации, как правило, происходит дома после выписки из стационара, когда человек еще не работает, имея на руках «больничный лист» (листок нетрудоспособности). Сроки реабилитации и временной нетрудоспособности зависят от того, какое заболевание перенес больной (вирусный гепатит, менингококковую инфекцию, дизентерию, ОРЗ и другие). Сроки диспансеризации и объем обследования регламентируются действующими приказами и санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами (СанПиНами).

Среди лечебно-восстановительных мероприятий необходимо выделить следующие: режим, питание, лечебная физкультура, физиотерапия, проведение бесед с переболевшими, фармакологические средства.

**Режим** является основным для осуществления лечебно-восстановительных мероприятий.

**Тренировка основных систем организма** должна привести к реализации основной цели – возвращение к труду. С помощью режима создаются условия для лечения и отдыха.

**Диета** назначается с учетом тяжести и клинических проявлений инфекционного заболевания, учитывается преимущественное поражение органов: печень (вирусные гепатиты), почки (геморрагическая лихорадка, лептоспироз) и т.п. Конкретно диета рекомендуется врачом перед выпиской из стационара. Всем больным назначаются поливитамины в дозе, в 2-3 раза превышающей суточную потребность.

**Лечебная физкультура** способствует быстрейшему восстановлению физической работоспособности переболевшего. Простейшим объективным показателем соответствующей физической нагрузки является восстановление частоты сердечных сокращений (пульс) через 3-5 минуты после физической нагрузки.

**Физиотерапия** проводится по назначению врача по показаниям: массаж, УВЧ, соллюкс, диатермия и др.

Целесообразно проведение бесед с выздоравливающими: о вреде алкоголя после перенесенного вирусного гепатита, о необходимости избегать переохлаждения после перенесенной рожы и т.п. Такие воспитательные беседы (напоминания) на медицинские темы могут проводиться и дома родственниками больного.

**Фармакологическая терапия** препаратами, которые способствуют восстановлению функций и работоспособности переболевшим инфекционными заболеваниями, существует и назначается врачом перед выпиской больных из стационара.

Завершается реабилитация тогда, когда достигнуто восстановление адаптированности, закончился процесс реадаптации. Однако в тот момент, когда реабилитация завершается, лечение всегда уже закончено. Причем после окончания лечения реабилитация осуществляется одновременно с диспансерными мероприятиями. По мере восстановления здоровья и трудоспособности роль реабилитационного компонента становится все меньше, и, наконец, при полном выздоровлении и восстановлении трудоспособности реабилитация может считаться законченной. Переболевший подлежит только диспансерному наблюдению.

### **Диспансерное наблюдение за переболевшими кишечными инфекциями**

Порядок и сроки диспансерного наблюдения регламентируются санитарно-эпидемиологическими правилами: СП 3.1.1.1117-02 «Профилактика острых кишечных инфекций», СП 3.1.7.2836-11 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам

СП 3.1.7.2616-10 «Профилактика сальмонеллеза», СП 3.1.1.2137-06 «Профилактика брюшного тифа и паратифов», СП 3.1.7. 2613-10 «Профилактика бруцеллеза».

Наблюдению подлежат лица, имеющие непосредственное отношение к производству, хранению, транспортировке и реализации продуктов питания и приравненные к ним, переболевшие дизентерией с установленным видом возбудителя и бактерионосители. Из остальных групп населения наблюдением охватываются только больные хронической формой кишечной инфекции и лица с длительно неустойчивым стулом, являющиеся работниками пищевых предприятий и приравняемые к ним.

### **Принципы организации диспансерного наблюдения за инвазированными гельминтами кишечными протозоозами**

Порядок и сроки диспансерного наблюдения регламентируются приказами и методическими указаниями: приказ МЗ РФ № 654 от 13.12.1989 г. «О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний», методические указания МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями», МУ 3.2.2601-10 «Профилактика описторхоза», МУ 3.2.1882-04 «Профилактика лямблиоза». КИЗ организует работу по выявлению гельминтозов среди населения, осуществляет учет и контроль за лечебно-профилактической работой по выявлению и оздоровлению инвазированных, диспансерному наблюдению за ними.

Исследования на гельминтозы и кишечные протозоозы проводятся в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений.

На работников, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, возлагается контроль за организацией работы по обследованию населения на гельминтозы и кишечные протозоозы; качества лечебно-профилактической работы; обследование населения на гельминтозы и кишечные протозоозы в очагах по эпидемиологическим показаниям; методическое руководство; исследование объектов внешней среды (почва, вода, продукты, смывы и т. д.) с целью установления путей заражения и гигиенического мониторинга.

### **Принципы организации диспансерного наблюдения за перенесшими вирусные гепатиты А, В, С и др.**

Порядок и сроки диспансерного наблюдения регламентируются Приказом МЗ СССР №408 от 12.07.89 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».

СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А», СП 3.1.1.2341-08 – «Профилактика вирусного гепатита В», МУ 3.1.2837-11 «Эпидемиологический надзор и профилактика вирусного гепатита А».

Диспансерное наблюдение за пациентами, переболевшими острым гепатитом А, В, С и др., хроническим гепатитом С, В и др. и «носителями» anti-HCV и HBsAg осуществляется врачами-инфекционистами в диспансерных (консультативных) кабинетах городских (областных) инфекционных больниц и КИЗах амбулаторно-поликлинических организаций по месту жительства (месту пребывания) пациента.

Диспансерному наблюдению подлежат лица:

- переболевшие острой формой ВГА, ВГВ, ВГС;
- с хронической формой ВГС, ВГВ (ХГС, ХГВ);
- «носители» вируса гепатита С (анти-HCV). При этом термин «носительства» вируса гепатита С следует

воспринимать как статистический до момента расшифровки диагноза (чаще ХГС).

Диспансерное наблюдение за переболевшими ОГС, ОГВ проводится через 3, 6, 9, 12 месяцев после завершения курса лечения с целью контроля периода реконвалесценции, своевременного выявления пациентов с хроническим течением заболевания, подбора тактики проведения этиотропной терапии.

*В зависимости от клинического течения инфекционного процесса различают четыре группы диспансерного наблюдения пациентов с ХГС (в том числе с вариантами микст-гепатитов В, D, С).*

*Первая группа* включает лиц, у которых заболевание протекает без признаков биохимической и (или) морфологической активности. Диспансерное наблюдение пациентов данной группы проводится не реже 1 раза в год.

*Вторая группа* включает лиц, у которых заболевание протекает с признаками биохимической и (или) морфологической активности патологического процесса, фиброзом паренхимы печени. Диспансерное наблюдение пациентов данной группы проводится не реже 1 раза в квартал;

*Третья группа* включает лиц, которым проводится противовирусная (этиотропная) терапия.

С учетом переносимости противовирусных препаратов программа диспансерного наблюдения включает:

– медицинский осмотр – не реже 1 раза в месяц;

Решение об отмене противовирусной терапии, изменение схемы, как правило, принимаются в первые 3 месяца лечения.

После окончания курса противовирусной терапии и стабильной ремиссии патологического процесса диспансерное наблюдение продолжается сроком на 3 года с периодичностью наблюдения:

– в первый год – 1 раз в квартал;

– второй и третий – 2 раза в год.

Через 3 года диспансерного наблюдения пациент, перенесший ХГС, ХГВ, снимается с диспансерного наблюдения при:

– отсутствии жалоб;

– удовлетворительных результатах медицинского осмотра;

– нормализации размеров печени;

– стабильно нормальных показателей биохимических проб;

– двух отрицательных результатов ПЦР крови на РНК ВГС или ДНК HBV.

Кратность и объем лабораторных исследований могут быть расширены по медицинским показаниям.

При отсутствии положительной динамики пациент переводится в четвертую группу диспансерного наблюдения.

*Четвертая группа* диспансерного наблюдения включает лиц с вирусным циррозом печени с установлением класса цирроза по Чайлд-Пью, MELD. Периодичность диспансерного наблюдения таких пациентов определяется врачом – инфекционистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, в зависимости от клинического течения заболевания и степени цирроза печени.

Пациенты четвертой группы с диспансерного наблюдения не снимаются.

Категории граждан, подлежащих обязательному обследованию анти-HCV и HBsAg регламентируются п. 6.4. СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».

Завершается реабилитация тогда, когда достигнуто восстановление адаптированности, закончился процесс реадaptации. Однако в тот момент, когда реабилитация завершается, лечение всегда уже закончено. Причем после окончания лечения реабилитация осуществляется одновременно с диспансерными мероприятиями. По мере восстановления здоровья и трудоспособности роль реабилитационного компонента становится все меньше, и, наконец, при полном выздоровлении и восстановлении трудоспособности реабилитация может считаться законченной. Переболевший подлежит только диспансерному наблюдению, согласно схеме наблюдения.

#### 4. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*В.А. Краснов, Т.И. Петренко*

Диспансеризация туберкулёза – это система диагностических, лечебно-оздоровительных, профилактических и организационных мероприятий, направленных на стабилизацию, а затем и усиление темпов снижения заболеваемости, распространённости туберкулёза и смертности от него до низкого уровня. Конечная её цель – перевод туберкулёза в разряд нераспространённых заболеваний (ниже 40 на 100 тыс. чел.), когда болезнь перестаёт быть проблемой общественного здравоохранения.

Итак, диспансерный метод имеет 3 главных направления: а) организацию выявления больных туберкулёзом; б) их наблюдение и лечение (оздоровление); в) осуществление мер профилактики.

Диспансерный метод предполагает активность в реализации всех 3-х главных направлений. Например, противотуберкулёзный диспансер (ПТД) не ограничивается выявлением туберкулёза в порядке явки больных на приём к участковым фтизиатрам (пассивная работа), а организует его выявление в больницах и поликлиниках,

а также – при проведении профилактических осмотров (туберкулинодиагностика у детей, флюорография у подростков и взрослых). То же касается наблюдения и лечения выявленных больных, осуществления профилактической работы. Поскольку всё указанное требует участия других ведомств и служб, диспансер, как штаб диспансеризации, совместно с ними составляет комплексный план противотуберкулёзных мероприятий на будущий год, утверждаемый соответствующим органом власти.

**Организация выявления больных туберкулёзом.** В идеале цель организации выявления больных туберкулёзом – взятие на учёт всех людей, заболевших им в текущем году. Речь идёт о тех, у кого в отчётном году он диагностирован впервые в жизни. Но такая цель на практике остаётся недостижимой, т.к. некоторая часть больных не попадает по разным причинам к врачам. Чаще всего это лица с бессимптомным (инапперцептным) течением туберкулёза, либо невнимательно относящиеся к своему здоровью, избегающие посещать поликлиники. У не-

которых больных туберкулёз маскируется симптомами других заболеваний, принимается за респираторные инфекции, грипп, своевременно не распознаётся по вине врача. Особенно затруднена диагностика туберкулёза у людей пожилого и старого возраста, имеющих сразу несколько сопутствующих заболеваний.

Организация выявления туберкулёза – одно из важных направлений диспансеризации. Она позволяет осуществлять своевременную диагностику туберкулёза у взрослых людей и раннее его распознавание у детей и подростков.

Принципиально ранняя диагностика туберкулёза – это его обнаружение в период появления первых симптомов интоксикации, появляющихся вскоре после первичного заражения микобактериями, т.е. фактически установление долокальной формы – ранней туберкулёзной интоксикации.

Выявление последней в массовом порядке стало возможным при ежегодной туберкулинодиагностике у детей и подростков, обнаружении среди них лиц с выражён туберкулиновой пробы и обследовании их у фтизиопедиатра на предмет установления симптомов ранней туберкулёзной интоксикации. К сожалению, сам факт констатации произошедшего инфицирования используется фтизиатрами лишь для диагностики раннего туберкулёза у детей и подростков. Крайне редко решается при этом вторая задача – поиск и выявление источника инфицирования – бактериовыделителя. Он, как правило, при подобной пассивности врача не выявляется.

У взрослых туберкулёз диагностируется либо своевременно (при отсутствии микобактерий), либо несвоевременно, когда обнаруживают уже заразную его форму. Среди несвоевременно выявленных выделяют больных с далеко зашедшим туберкулёзом – с фиброзно-кавернозным или диссеминированным в фазе распада. Иначе эти формы называют «запущенным» туберкулёзом.

Интереснее, на наш взгляд, традиция отечественных фтизиатров выделять несвоевременно диагностированный туберкулёз – бактериовыделителей. В их общее число входят не только лица, у которых микобактерии находят при исследовании мокроты по Цилю-Нельсену, но и те, у кого палочки Коха обнаружены другими методами, включая культуральный. В России в 2011 г. бактериовыделители среди всех впервые выявленных больных туберкулёзом органов дыхания составили 41,9 % (30,6 на 100 тыс населения). Остальные 58,1 % больных туберкулёзом органов дыхания впервые зарегистрированы своевременно.

Выявление туберкулёза может быть активным и пассивным. Последнее происходит при обращении к врачу (или фельдшеру) лиц, явившихся за медицинской помощью по поводу заболевания на фельдшерско-акушерский пункт, в поликлинику, здравпункт, больницу. Все эти учреждения участвуют в оказании первичной медицинской помощи населению. Основным звеном в выявлении таким путём больных туберкулёзом органов дыхания становится участковый терапевт. В выявлении внелёгочного туберкулёза участвуют другие специалисты.

В противотуберкулёзных диспансерах с хорошо поставленным выявлением туберкулёза его диагностика в амбулаторно-поликлинической сети отнюдь не брошена на самотёк, а чётко организована. Это в значительной мере связано с участковым принципом организации медицинского обеспечения населения закреплённой территории.

Участок фтизиатра охватывает примерно 30 тысяч жителей, т.е. на нём располагается до 15 и более терапев-

тических участков поликлиник, поэтому именно фтизиатр становится организатором выявления туберкулёза на приёмах у своих помощников – участковых терапевтов. Он обучает их по специальным программам приёмам диагностики туберкулёза, симптомам заболевания, особенностям современного течения болезни, обращая внимание на обязательный клинический минимум исследований. К последнему относятся жалобы, указания на контакт с бактериовыделителем, результаты аускультации и перкуссии (отклонения), клинический анализ крови и мочи, два анализа мокроты на микобактерии туберкулёза методом простой бактериоскопии, проба Манту, флюорограмма или рентгенограмма органов грудной клетки. Терапевт выставляет предположительный диагноз, направляет больного в диспансер с заполненным направлением (стандартный бланк). Каждый месяц участковый фтизиатр должен подводить итоги, сопоставляя совпадение или несовпадение предварительного и заключительного диагнозов. В дальнейшем при посещении поликлиники врач разъясняет участковым терапевтам недостатки в каждом конкретном случае в ходе обследования и ошибки при постановке диагноза.

Коллективному разбору обязательно подвергаются истории болезни людей, погибших от туберкулёза, не будучи известными диспансерам, и лиц с поздней диагностикой туберкулёза. Это обсуждение требует правильно взятой установки на уважение личности врача, допустившего ошибки, внимательного товарищеского разъяснения, как нужно было поступить в том или ином конкретном случае. Учёба на разборе ошибок – наилучшая форма обучения участковых терапевтов навыкам диагностики туберкулёза.

Подлинная революция в организации выявления лёгочного туберкулёза, как и раннего обнаружения рака лёгкого, наступила с внедрением в широкую практику флюорографического метода. Сама идея производства уменьшенных снимков со светящегося рентгеновского экрана (флюорос – светящийся, графео – пишу) появилась ещё в 20-е годы XX века. Но реализована она была в середине 30-х годов, когда в 1936 г. бразильский учёный Мануэль де Абре запатентовал изобретение первого флюорографа. В 1938 г. в двух немецких журналах появилось его сообщение о проведённом в Уругвае обследовании на туберкулёз около 30 тысяч жителей страны. Он позволял машинным способом за короткое время обследовать большие массы людей, отбирая среди них 1-4 % лиц с изменениями на флюорограмме (рентгеноположительных), которые потом направлялись на дообследование.

В нашей стране быстрое внедрение современной флюорографической техники происходило с выходом в свет Постановления Совета Министров СССР и ВЦСПС № 972 от 1 сентября 1960 г., особенно в 70-80-х годах, когда ежегодно 70-75 % взрослого населения страны стало охватываться этим методом для выявления туберкулёза, рака лёгкого и др. заболеваний органов грудной клетки. Всё это позволило и в городах, и в сельской местности не только существенно повысить осведомлённость врачей о больных туберкулёзом, но фактически решить проблему своевременного выявления туберкулёза. В структуре заболеваний лёгочным туберкулёзом фиброзно-кавернозная форма стала встречаться не более чем в 0,5 % случаев (Россия, республики Прибалтики, Армения, Белоруссия), преобладающими были инфильтративная и очаговая – более 80 %. Это создавало предпосылки для излечения всё большего числа больных туберкулёзом, для снижения показателя смертности.

Эпидемиологическая обстановка особенно улучшилась в России в 1980-1989 гг., когда он стал терять черты распространённого заболевания не только в городах, но и на селе. Этому во многом способствовала глобальность применения флюорографии, улучшение организации выявления туберкулёза.

Выявление внелёгочного туберкулёза, во многом зависит от чёткого взаимодействия специалистов диспансера с хирургами, гинекологами, дерматологами, нефрологами, урологами, окулистами, невропатологами больницы и поликлиники.

Важным методом выявления туберкулеза является ежегодно проводимая туберкулинодиагностика, недостатком ее у детей и подростков является сужение её возможностей лишь для выявления выража туберкулиновых проб и лиц с гиперергическими реакциями.

Существует ещё разработанный и апробированный И.Г. Урсовым и учениками в 1969 г. в Ордынском районе Новосибирской области простой метод выявления больных туберкулёзом на селе с предварительным отбором лиц, подозрительных на туберкулёз, при подворных обходах фельдшером ФАП и их дообследовании у фтизиатра. В обязанности фельдшера входит обход жителей своего участка 2 раза в год с целью выявления инфекционных больных, в том числе и лиц, подозрительных в отношении заболевания туберкулёзом. Для этого была разработана простая анкета с перечислением вопросов, которые нужно было задать каждому обследуемому. В число вопросов включалось наличие контакта с больным туберкулёзом, перечислялись жалобы: слабость, недомогание, плохой аппетит, повышение температуры, похудание, кашель (сухой, с мокротой), одышка, а также объективные данные, увеличение лимфатических узлов, наличие свищей, тугоподвижности суставов, атрофии мышц, изменение перкуссионных и аускультативных данных. Лица с выявленными признаками заболевания направлялись для дообследования к фтизиатру.

Всего было выявлено 1,5 тыс. человек с признаками, похожими на симптомы туберкулёза. Т.е. у фтизиатра на приёмах ежедневно было дополнительно от 3 до 7 человек.

Вслед за подворными обходами было проведено контрольное флюорографическое обследование. Оказалось, что все больные с симптомами заболевания обнаружены обоими методами. Флюорография позволила дополнительно установить бессимптомный туберкулёз у 7 человек. Но подворные обходы дали возможность диагностировать внелёгочный туберкулёз у 25 больных, что, естественно, нельзя было сделать при флюорографии.

Ещё одна особенность: занимаясь подворными обходами, фельдшеры ФАПов быстро становятся знатоками приёмов выявления туберкулёза. При обращении к ним населения за медицинской помощью они безошибочно устанавливают лиц с симптомами, похожими на признаки туберкулёза, даже не пользуясь анкетами, и направляют их к фтизиатру. То есть квалифицированные средние медицинские работники становятся надёжными помощниками фтизиатра в деле выявления туберкулёза среди жителей села.

До начала экспедиционной работы Новосибирского НИИ туберкулёза по организации подворных обходов Ордынский район считался благополучным по туберкулёзу. В 1968 году зарегистрированная заболеваемость в нём составила 25 на 100 тыс. жителей – самый низкий показатель в Новосибирской области. После завершения дообследования отобранных на обходах 1,5 тыс. человек

показатель заболеваемости туберкулёзом вырос почти в 3 раза. При этом к 60 бактериовыделителям, состоявшим на учёте, добавилось ещё 60 человек.

Районные фтизиатры могут существенно улучшить организацию выявления больных туберкулёзом на селе, используя предлагаемую простую методику предварительных подворных обходов фельдшеров ФАПов. Для этого не нужно капитальных затрат – необходима организаторская работа со средними медработниками, их квалифицированный инструктаж, план и график обходов, чёткая постановка дообследования, чтобы до минимума сократить время посещения фтизиатра, предупредить образование очередей на приёме.

**Профилактика туберкулёза.** Это – важнейший раздел диспансеризации. По затратам он относительно недорогой, а по эффективности может быть отнесён к наиболее результативным способам прямого воздействия на снижение заболеваемости и реального улучшения эпидемической ситуации.

Профилактика схематически может рассматриваться как общая, социальная, санитарная, клиническая, конкретная по устранению тех или иных отрицательных факторов, влияющих на здоровье, индивидуальная, групповая, глобальная. Но всё же такое деление является условным, оно зависит от задач, которые ставит перед собой специалист, и от содержания намечаемой профилактической работы. В отношении туберкулёза «точки приложения» методов профилактики должны охватывать всех трёх «участников» инфекционного процесса: человека – возбудителя – окружающую среду. Туберкулёз – классическая социальная болезнь, напрямую зависящая от неблагоприятных условий существования и труда людей. Поэтому без широких мероприятий государства по достижению всеми слоями общества материального благополучия и гигиенических условий труда и быта нельзя рассчитывать на реальные успехи в борьбе с ним. Как социальная болезнь, туберкулёз – широко распространённая беда, поэтому и методы профилактики её должны, по возможности, быть широко распространёнными.

В результате профилактики туберкулёза реализуются достижения фтизиатрической науки и эпидемиологии в борьбе с этим большим социальным злом. Но помимо общих мероприятий государственного масштаба, необходимых для успешного влияния на постоянное укрепление здоровья населения, улучшение его питания, условий труда и отдыха, материально-бытового положения, повышения культуры, образования, медицинского и социального обеспечения, профилактика туберкулёза требует и специальных медицинских действий. Они охватывают широкий круг вопросов, начиная от организации своевременного выявления больных, карантинных мер для бактериовыделителей и полноценного лечения, в первую очередь тех, которые могут стать источниками массового распространения возбудителя туберкулёза, и кончая наиболее эффективными мероприятиями предупредительного характера, в частности, иммунизацией БЦЖ, систематической дезинфекцией в очагах и серьёзной просветительской деятельностью.

В практике медицинских учреждений, целенаправленно занимающихся предупреждением туберкулёза – диспансеров, тубкабинетов, туботделений ЦРБ – санитарная профилактика является краеугольным камнем активного воздействия на эпидемиологическую обстановку, поскольку, грамотно организованная и проведённая, она предотвращает распространение возбудителя. Население при этом обучается правилам личной гигиены, а также

создаётся достаточная иммунная прослойка среди тех возрастных и социальных групп, которые подвержены наибольшему риску заболевания туберкулёзом.

Иммунизацию БЦЖ проводят врачи родильных домов и отделений больниц, педиатры, школьные и подростковые врачи, другие врачи, прошедшие для этих целей специальную подготовку.

В распространении гигиенических знаний о предупреждении заражения микобактериями должны участвовать не только фтизиатры и фтизиопедиатры, но и врачи других специальностей, особенно гигиенисты, эпидемиологи, инфекционисты, детские и подростковые врачи. Речь идёт о глубокой перестройке всей системы гигиенического воспитания, начиная с младенческих лет, включении в школьные программы специальных занятий по гигиене и санитарии, целью которых нужно поставить привитие гигиенических навыков поведения на основе разумного и бережного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих людей, возможно, даже исповедовать культ здорового образа жизни, как идею общегуманных ценностей. Именно на этом пути появляются предпосылки к исправлению в отдалённом будущем крайне бедственного положения с санитарной культурой в нашем обществе.

Санитарная профилактика туберкулёза охватывает три важных раздела: санационные мероприятия фтизиатра в очаге туберкулёзной инфекции, иммунизацию БЦЖ и санитарное просвещение населения.

**Профилактика туберкулёза в очаге туберкулёзной инфекции.** Согласно приказу № 109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации» диагноз туберкулеза устанавливается только врачом-фтизиатром и при обнаружении его впервые должно быть заполнено извещение на выявленного больного (учетная форма N 089/у-00), которое в трехдневный срок направляется в территориальный орган госсанэпиднадзора. Дубликат извещения высылается в противотуберкулёзное учреждение (кабинет, диспансер) по месту жительства больного. На больных, у которых установлено выделение микобактерии туберкулеза (МБТ) (не только на больных с впервые диагностированным туберкулезом, сопровождающимся выделением МБТ, но и при выявлении МБТ у больных, не выделявших их ранее, а также в случае смерти от туберкулеза больных, не состоявших при жизни на учете противотуберкулёзного диспансера) кроме ф. 089/у-00 составляется «Экстренное извещение» (ф. 058/у), которое в течение 24 часов пересылается в Роспотребнадзор и противотуберкулёзное учреждение по месту прописки, фактического проживания и работы больного.

Роспотребнадзор, как и диспансерные учреждения, ведут учёт заразных больных, помогают фтизиатрам в организации и проведении противоэпидемических мероприятий в очаге, контролируют своевременность, качество и полноту проведения в очагах всего комплекса противоэпидемических мероприятий, в том числе участвуют в планировании и контроле за проведением обязательных обследований на туберкулёз предусмотренных законодательством групп населения. Кроме того, велика их роль в осуществлении прививок БЦЖ.

Функции диспансера в очаге туберкулёзной инфекции ответственны и многообразны:

- эпидемиологическое обследование очага, оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска, разработка плана мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

- госпитализация и лечение больного;
- изоляция больного в пределах очага (если он не госпитализирован), изоляция детей;
- заказ и организация заключительной дезинфекции, организация текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;
- первичное обследование контактных лиц;
- наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, проб Манту, бактериологического обследования, общих клинических анализов);
- проведение профилактического лечения;
- обучение больных и контактных лиц принципам здорового образа жизни и гигиеническим навыкам;
- определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;
- заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых в нем мероприятий.

Как принято в практике, очагом туберкулёзной инфекции называется жилище бактериовыделителя. Никакое другое расширительное понятие, например, жилище лица с активным туберкулёзом при наличии в нём детей – дошкольников, не допускается.

Целью противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза является предупреждение новых случаев инфицирования МБТ и заболеваний в окружении больного. Важным является также привитие больному навыков, снижающих его опасность как источника инфекции для окружающих не только в очаге по месту жительства, но и за его пределами.

В работе в очаге туберкулеза можно выделить 3 периода:

Первичное обследование и проведение первичных мероприятий.

Динамическое наблюдение за очагом.

Подготовка к снятию с учета и исключение его из числа очагов туберкулеза.

При первом посещении очага обязательно присутствие участковой медсестры диспансера и эпидемиолога, которые заполняют документы: карту медицинской сестры тубдиспансера (тубкабинета) и карту эпидемиологического обследования и наблюдения за туберкулёзным очагом по единой форме для ПТД и органах санэпиднадзора. Такое совместное посещение очага позволяет детально его обследовать и конкретизировать план оздоровительных мероприятий, согласованный на месте.

В карте медицинской сестры противотуберкулёзного диспансера на титульной части записываются паспортные данные бактериовыделителя и всех лиц, проживающих с ним с указанием степени родства. По мере посещения ими диспансера и обследования здесь же делается отметка о состоянии здоровья. В дальнейшем они наблюдаются как контактные.:

На развороте карты записываются данные о гигиеническом состоянии жилища, даётся его санитарная характеристика. Это позволяет выявить скученность, отсутствие отдельной комнаты для бактериовыделителя, наличие детей и подростков, беременных женщин, а также сырость, затемнённость, отсутствие центрального отопления, коммунальных удобств и т.д.

Особую тревогу должно вызвать проживание в очаге лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями. Выясняется также имущественное положение членов семьи, место их работы, должность и характер их труда. Это необходимо для улучшения жи-

листных условий, оказания мер социальной помощи, рационального трудоустройства, первоочередного предоставления мест в дошкольных учреждениях и т.д. Во время первичного обследования очага туберкулёзной инфекции медицинские работники сразу же дают рекомендации о мерах, позволяющих предотвратить заражение микобактериями окружающих: выделение отдельной постели и комнаты для бактериовыделителя, соблюдение гигиенических правил при кашле, правильное уничтожение мокроты, пользование индивидуальной плевательницей и её дезинфекция.

Нужно тут же определить набор посуды, которой будет пользоваться больной, предусмотрев, чтобы она заметно отличалась от остальной, а также место её хранения и кипячения после еды. Следует побеспокоиться об отдельном полотенце и зубной щётке, объяснить, как правильно собирать и хранить грязное бельё бактериовыделителя, правила его стирки, следить за чистотой жилища, производить влажную уборку помещений. Дезинфекцию плевательниц, посуды, предметов личной гигиены недопустимо поручать детям! Желательно, чтобы комната больного была тёплой и светлой, хорошо проветривалась, не загромождена мебелью и коврами, на которых накапливается пыль с содержащимися в ней микобактериями. Кровать больного нужно поставить вблизи окна, где много света и свежего воздуха. Недопустимо, чтобы супруги, один из которых бактериовыделитель, спали в одной постели, т.к. во время сна больной не контролирует своё поведение, кашель.

Фтизиатр должен также ознакомиться с питанием больного, его разнообразием, витаминизированием пищи, сбалансированностью по белку, периодичностью и дать советы по исправлению недостатков. При этом необходимо соблюдать такт, учитывать материальные возможности семьи.

По ходу обследования составляется план оздоровления очага. Конкретные мероприятия, которые намечаются для исполнения, фиксируются в отдельных строках плана. Их может быть несколько, но три из них обязательны для каждого плана: 1) неотложная госпитализация бактериовыделителя; 2) проведение заключительной дезинфекции; 3) привлечение для обследования в диспансере всех контактных лиц.

К моменту первого посещения очага больной может быть госпитализирован. Заключительная дезинфекция осуществляется по заявке ПТД (кабинета) в его жилище не позднее суток после госпитализации бактериовыделителя, его длительного отъезда или смерти. Она включает обработку матраца, подушек, одеяла и верхней одежды больного в пароформалиновой камере. Договоренность о времени ее проведения и беседа о содержании дезинфекционных мероприятий реализуется фтизиатром в процессе обследования очага до госпитализации больного. В обязанности медсестры диспансера входит помощь семье по сбору вещей с тем, чтобы не испортить их при температурно-химической обработке. Это позволит избежать конфликта, который может возникнуть при порче вещей.

Необходимо разъяснить цели заключительной дезинфекции, методику её выполнения. Врач намечает сроки явки в диспансер контактных лиц, подчёркивает необходимость обязательного обследования, даже если кто-то недавно уже прошёл флюорографию. В течение первого года наблюдения эти лица должны обследоваться в диспансере ежеквартально, затем 1 раз в полугодие. Регулировать частоту посещения должен врач в зависимости от степени эпидопасности очага, соблюдения или несо-

блюдения бактериовыделителем и контактирующими с ним лицами правил гигиены и санитарии. Если риск заболевания в очаге сохраняется, контактные лица должны обследоваться часто, чтобы вовремя выявить начало болезни.

План оздоровления очага ставит задачи налаживания в нём гигиенического режима и текущей дезинфекции. Последняя организуется участковой медицинской сестрой тубдиспансера. Она обучает взрослых членов семьи способам приготовления и хранения дезрастворов, а также термической обработки (кипячение, глажение горячим утюгом) посуды, плевательниц, белья и верхней одежды.

Меры социальной помощи семье, предусмотренные законодательством (переселение бактериовыделителей из общежитий и коммунальных квартир, использование права на дополнительную жилую площадь, первоочередное направление детей из очага тубинфекции в санаторные детские учреждения, вопросы трудоустройства и др.) должны включаться в соответствующий раздел комплексного плана для утверждения муниципальным органом исполнительной власти.

При налаживании текущей дезинфекции обращают внимание на следующие мероприятия:

- тщательное осуществление сбора и обработки (обеззараживания) мокроты и др. выделений больного, предметов ухода за ним, индивидуальных плевательниц, посуды, белья, носовых платков, постельных принадлежностей;
- выполнение чёткого режима уборки и проветривания помещений;
- борьбу с мухами, тараканами;
- кипячение остатков пищи.

Содержание в чистоте помещений и строгое соблюдение правил личной гигиены даже без проведения дополнительной химиотерапии, позволяет защитить контактирующих с больным детей, подростков и взрослых от массивного и частого инфицирования микобактериями, способного подавить естественную резистентность организма и иммунитет. Особое значение в очагах туберкулёзной инфекции имеет своевременная иммунизация БЦЖ туберкулинотрицательных детей.

**Вакцинация БЦЖ.** Вакцинация и ревакцинация БЦЖ неинфицированных микобактериями детей является важнейшей составляющей частью санитарной профилактики туберкулёза. Их значение трудно переоценить, ибо применение палочки БЦЖ для иммунизации неинфицированного организма позволяет создать механизм защиты от последующего внедрения возбудителя туберкулёза, а по мере затухания приобретённого таким путём иммунитета – стимулировать его повторными прививками.

Установлено, что вакцина БЦЖ вызывает в организме доброкачественные, весьма ограниченные специфические изменения, которые рассасываются, оставляя после себя рубчик на месте введения.

Авирулентный штамм БЦЖ не вызывает образования в центре гранулёмы зоны некроза, почему вокруг неё при дальнейшей трансформации не образуется фиброзная капсула. Т.е. организм не предохраняет путем инкапсулирования палочки БЦЖ от последующей элиминации, как это имеет место при заражении вирулентными микобактериями. В последнем случае «надёжность» отграничения микобактерий дополняется, как известно, ещё и кальцинацией фиброзной капсулы. Вот почему с образованием поствакцинного иммунитета палочки БЦЖ остаются доступными иммунокомпетентным клеткам и по-

сле захвата макрофагами уничтожаются. Уже через 100-200 дней их в организме нет, что создаёт ряд проблем.

Устранение «индуктора» иммунитета не позволяет постоянно восстанавливать весь пул сенсibilизированных иммунокомпетентных клеток, в том числе лимфоцитов – помощников, продолжительность жизни которых составляет 100-200 дней, и макрофагов, живущих около 1,5 лет. С их отмиранием иммунитет ослабевает и прекращается примерно через 2,5-3 года после иммунизации. При отсутствии экзогенных реинфекций привитых лиц микобактериями заухание чувствительности к туберкулину наступает ещё раньше – через 200-400 дней от момента иммунизации.

**Химиопрофилактика.** При рекомендации химиопрофилактики врач всегда должен помнить о том, что она имеет весьма ограниченные показания и применяется вынужденно, когда другие меры не могут предупредить возникновения заболевания. Речь может идти об уже инфицированных лицах, находящихся в контакте с неаккуратными бактериовыделителями, особенно, если у них – гиперергическая реакция на туберкулин и (или) уже есть симптомы интоксикации без определяемых современными методами лёгочных и внелёгочных проявлений туберкулёза.

Химиопрофилактике следует подвергать контактных лиц, когда у них установлен вираж туберкулиновых проб, либо при очередном тестировании появится усиление чувствительности к туберкулину. Во всех этих случаях перечисленная симптоматика связана с вероятным реинфицированием микобактериями, возникновением или реактивацией воспалительного фокуса, скорее всего в одном из глубоких лимфатических узлов, в каком-либо органе, что не всегда доступно диагностике и может лишь предполагаться с той или иной степенью вероятности. Появление симптомов ранней туберкулёзной интоксикации подтверждает догадку и необходимость проведения полноценного курса химиотерапии двумя туберкулостатиками не менее 6 месяцев.

Иногда при обнаружении гиперергических реакций на 2 ТЕ ППД-Л у людей, у которых источник предполагаемого неоднократного инфицирования не установлен, необходимо провести им превентивное лечение туберкулостатиками, чтобы подавить микобактериальную популяцию в скрытом туберкулёзном фокусе и добиться его заживления. Пожилым людям с симптомами туберкулёзной интоксикации (похудание, слабость, потеря аппетита, тахикардия) полезно поставить градуированную пробу Карпиловского-Гринчара. Появление через 24-48 часов папулы диаметром 5 мм и более сразу на 1 и 5 % разведение туберкулина свидетельствует о гиперергии и подтверждает предположение о свежем туберкулёзном процессе, возникшем после недавнего инфицирования. Этим пожилым людям следует тщательно обследовать и попытаться выявить источник заражения. Они нуждаются в полноценной химиотерапии, которую лучше всего начинать сразу в интермиттирующем режиме – 2 раза в неделю.

Таким образом, химиопрофилактика туберкулёза должна быть резко ограничена и осуществляться по строгим показаниям. Её следует рассматривать как составную часть клинической профилактики инвалидизирующих форм туберкулёза у лиц с недавно произошедшим инфицированием микобактериями, т.е. с целью предупреждения развития у них открытого и бациллярного процесса при явлениях ранней туберкулёзной интоксикации. Лишь в исключительных случаях общения с крайне не-

дисциплинированными бактериовыделителями, если нет возможности разорвать этот контакт другим способом кроме принудительной изоляции больного, допустимо на короткое время назначить 2 химиопрепарата здоровым лицам интермиттирующим методом в полной суточной дозе. Если бактериовыделитель отказывается от госпитализации, детей и подростков следует устроить в школы-интернаты, местные школы, санаторные учреждения с круглосуточным пребыванием.

**Санитарно-просветительная работа.** Санитарно-просветительная работа в её истинном значении является неперенным атрибутом санитарной профилактики туберкулёза. Исторический опыт показывает, что в странах с высоким уровнем общей культуры и образованности населения опережающими темпами идёт снижение заболеваемости и улучшение эпидемиологии туберкулёза, как и других инфекционных заболеваний. Примером может быть Дания, Швеция, где на протяжении многих-многих десятилетий и веков культивируется нетерпимость к неаккуратности, грязи, пыли. Исключительная чистота жилищ, улиц, общественных мест пользования почитается как заслуживающая всяческого уважения хозяйки дома, владельца предприятия или учреждения, считается первой обязанностью муниципалитета или мэра города.

Можно сослаться и на японский опыт, где при сравнительно невысоких потребностях основной части населения в послевоенное время достигнуто экономическое процветание страны, существенно улучшилось здоровье людей, круто снизилось число инфекционных заболеваний, в том числе туберкулёза. Первостепенную роль здесь сыграли глобальные мероприятия по систематическому совершенствованию образования, начиная с самых ранних лет. Как и в дореволюционной России профессия учителя здесь является в преобладающем большинстве мужской, авторитет её в школе и обществе – исключительно высокий. В Японии процветает культ учителя, им может быть лучший из лучших профессионалов, ставший наставником детей по призванию. Нужно также учесть положительное влияние синтоизма, веками воспитывающего в японцах чувство прекрасного, изящного, понимания красоты, стремление к исключительной чистоте тела, помыслов, жилища, совершенству окружающего мира. Получение широкого разностороннего образования, а затем и трудовой квалификации при воспитании с детских лет величайшего терпения и трудолюбия стали основой для экономического и социального развития страны, которая во всём мире рассматривается как экономическое чудо.

Воспитание с детских лет норм гигиенического поведения и навыков позволяет при сравнительно небольших усилиях в информировании о специфике профилактических противотуберкулёзных мероприятий достичь нужных результатов. Об этом свидетельствует опыт многих стран с развитой культурой.

Отечественной общественной медицине уделяли внимание лучшие её представители. Они распространяли знания о профилактике инфекционных заболеваний и туберкулёза среди населения. Яновский Ф.Г., Захарьин Г.А., Алексин А.Н., Семашко Н.А., Соловьёв З.П., Лапин К.В. в дореволюционное время при становлении отечественного диспансера приложили много усилий для организации планомерного санитарного просвещения народов нашей страны в борьбе с туберкулёзом, придавая ему всеобъемлющий характер. Эти традиции поддержали последующие поколения фтизиатров России, используя издание научно-популярной литературы, помещение ста-



тей и заметок в местной печати, организацию популярных лекций, проведение уроков о туберкулёзе в школах, выпуск листовок и брошюр, распространение плакатов на улицах, в общественных местах и магазинах. В.В. Маяковский писал:

«Поэт вылизывал чахоткины плевки  
Шершавым языком плаката...»

Проводились индивидуальные беседы с больными, их групповое обучение правилам гигиенического поведения. В меньшей степени в настоящее время удаётся привлечь для санитарного просвещения кино, театр и телевидение, где, к сожалению, эта работа почти полностью затихла и не имеет должного систематического характера. Врачи-фтизиатры ограничивают просветительскую работу стенами диспансера и тубучреждений и индивидуальными беседами в семьях больных туберкулёзом. Бездействуют центры медицинской профилактики.

О серьёзной недооценке санитарного просвещения даже в тубучреждениях говорят её результаты: в большинстве стационаров и санаториях больные перестали пользоваться карманными плеватальницами. В аптеках теперь не увидишь эти элементарные в обиходе бактериовыделителей санитарно-гигиенические предметы.

Пассивное отношение населения к прохождению флюорографических обследований, к туберкулинодиагностике, прививкам БЦЖ можно объяснить неэффективными или недостаточными разъяснительными методами, т.е. теми же дефектами санпросветработы. Более того, часть людей вообще считают флюорографию вредной и уклоняются от неё. Ранее приходилось сталкиваться с подобными отказами членов некоторых религиозных сект. Теперь же чаще всего бытуют ложные рассуждения о том, что попытки заставить пройти профилактический осмотр или привить ребёнка БЦЖ – это покушение на свободу личности. Между тем, запущенный туберкулёз и рак лёгкого, своевременно не обнаруженный из-за отказа пройти флюорографию, – ещё большая кабала для человека.

Что касается «вреда» лучевого воздействия на организм при флюорографии, то это выдуманная проблема. Современные флюорографические аппараты имеют надёжную систему защиты, автоматику для подбора экспозиции. Вошедшая в нашу практику цифровая флюорография в значительной мере лишена недостатков пленочной. Лучевая нагрузка на пациента уменьшилась более чем в 40 раз, изображение органов появляется немедленно на экране компьютера и может быть обработано с использованием компьютерных технологий (увеличение размеров подозрительного участка, изменение контрастности, измерение размеров тени и др.). Изображение хранится на цифровых носителях сколь угодно долго, его можно передать на расстояние по телекоммуникационным каналам связи или зафиксировать на бумаге с помощью принтера. Существуют программы, позволяющие определить динамические изменения, используя снимок, сделанный ранее на цифровом флюорографе и сохранённый в виртуальном архиве. Качество изображения на экране компьютера характеризуется высоким разрешением. Это позволяет не только полностью заменить рентгенограмму на пленке, но и дает возможность выявлять патологию, плохо визуализируемую при обычных режимах рентгенографии органов грудной клетки. Снимок грудной клетки проводится в доли секунды, мгновенно, вредного влияния такая микроручевая нагрузка на организм не оказывает. А вот люди, уклонившиеся от регулярных обследований, могут из-за своей медицинской неграмот-

ности серьёзно пострадать. Сошлёмся на такой пример: в России охват флюорографией взрослых людей в последние годы сократился примерно на 25-30 % (в разных административных территориях по-разному). Если до 1991 года в стране по поводу рака лёгкого ежегодно оперировали до 11 тыс. человек, – это своевременно выявленные случаи, – то теперь менее 7 тыс. человек. Иными словами, у 4 тыс. больных теперь дополнительно обнаруживаются неоперабельные случаи этой грозной болезни. То же касается и туберкулёза: из-за поздней диагностики значительная часть больных выявляется теперь с далеко зашедшими формами болезни, их излечение становится всё более проблематичным.

Освещение вопросов, связанных с туберкулёзом и общегигиеническими установками, должно привести к обучению самым необходимым навыкам. Такие действия, как обязательное мытьё рук после их загрязнения и каждый раз после посещения туалета, прикрывание рта тыльной стороной левой руки при кашле и чихании, обязательное мытьё проточной водой овощей и фруктов, ягод перед употреблением в пищу, пользование отдельным полотенцем, посудой, постелью, только собственным носовым платком и другие элементарные гигиенические правила следует настойчиво прививать и детям, и взрослым, показывая, разъясняя и убеждая, доводя их выполнение до автоматизма.

В нашей стране для широкого развёртывания пропаганды и обучения гигиеническим навыкам, внедрения идеи здорового образа жизни, есть все возможности в связи с наличием разветвлённой сети дошкольных учреждений, где следует использовать чётко продуманную систему гигиенического воспитания, многие атрибуты которой позволяют обеспечить индивидуальную профилактику инфекционных заболеваний и туберкулёза. Что касается последнего, то было бы полезным вспомнить о системе дошкольного воспитания, разработанной А.А. Киселёв ещё в 20-х годах XX столетия, и попытаться возродить её, адаптировав к новым условиям.

Пропаганда идей санитарной профилактики имеет разные точки приложения: больные туберкулёзом и всё население. Для них врач ставит разные задачи: для больных важны конкретные мероприятия, имеющие конечной целью выработку гигиенических навыков и системы поведения, препятствующие распространению заразного начала, а для неинфицированных – меры предосторожности. Для решения этих запланированных задач в наибольшей степени подходит организация в стационарах, куда поступают впервые выявленные больные с открытыми формами туберкулёза, постоянно действующих школ с собственной программой обучения правилам гигиены, навыкам и способам текущей дезинфекции. Обучение не должно быть формальным, скучным по форме и содержанию, пассивным. Чтобы добиться нужных результатов, важно не только дать теоретические знания, но и привлечь самих больных к процессу активного познания важных для них вопросов. При этом необходимо помнить, что общеобразовательный уровень больных туберкулёзом на два-три порядка ниже, чем у населения в целом.

В санитарно-гигиеническом воспитании важен пример соблюдения чистоты, аккуратности и выполнения правил личной гигиены самими врачами и персоналом больниц, диспансеров, санаториев и других противотуберкулёзных учреждений. Там, где санитарный режим, текущая дезинфекция и чистота являются объектом особого внимания и заботы медицинских работников,

пациенты это сразу воспринимают, как пример для подражания. На такой основе можно создавать школу гигиенического образования. Важно также подбирать врачей и средних медицинских работников, которым доверяется обучать больных основам гигиены, зная их способности и желание качественно, с душой выполнять просветительские функции исключительно на добровольной основе.

Им надо рекомендовать показ рисунков, таблиц, диаграмм, разъясняющих излагаемый материал, других наглядных пособий, а также приёмов личной гигиены, способов приготовления дезинфекционных растворов, методов обеззараживания. В данном случае проведение практических занятий во много раз эффективнее для закрепления знаний, чем простой рассказ и теоретизирование. Чтобы больной запомнил, что туберкулёз – заразное заболевание и вызывается палочкой Коха, её следует показать под микроскопом в окрашенном мазке. Это произведёт на него неизгладимое впечатление, т.к. и сам микроскоп, и необычную микроскопическую картину – ярко красные тонкие палочки на фоне голубой окраски элементов мокроты – он явно увидит впервые, надолго запомнив изображение возбудителя туберкулёза в фиксированном препарате. Лучше один раз увидеть, чем много раз услышать, – такое правило должно быть положено в основу обучения больных методам предупреждения рассеивания микобактерий.

При санитарно-просветительской работе среди населения ставятся совершенно иные задачи. Они касаются организации своевременного (флюорография) и раннего (туберкулинодиагностика) выявления туберкулёза, знакомства с наиболее характерными его признаками, разъяснения необходимости обращения к врачу при появлении недомогания, а также прохождения профилактических обследований. Но при этом санитарное просвещение не должно быть запугивающим, чтобы не вызвать фтизиофобию. Значение чёткой и методически правильно поставленной санитарно-просветительной работы в борьбе с туберкулёзом особенно возрастает в настоящее время, когда ноосфера (сознание людей) засорена и подавлена избыточно негативной информацией, дискредитирующей научные положения, учёных, практиков здравоохранения, профессионалов – фтизиатров, эпидемиологов.

**Лечение больных туберкулёзом.** Лечение больных в зависимости от характера, тяжести туберкулезного процесса, их бытового устройства может обеспечиваться в амбулаторных условиях или в стационаре (в стационаре противотуберкулезного диспансера, в туберкулезных больницах).

В сельской местности лечение туберкулезных больных может организовываться и обеспечиваться районными и межрайонными противотуберкулезными диспансерами. При значительном удалении диспансера это лечение может проводиться сельским участковым врачом или фельдшером сельского участка. В таких случаях районный фтизиатр обязан обеспечить консультацию больных туберкулезом, контроль за выполнением на сельском участке необходимых профилактических и лечебных мероприятий, квалифицированное заключение о трудоспо-

собности больных, о переводе их в другие группы диспансерного наблюдения в зависимости от течения туберкулезного процесса. Районный фтизиатр также должен уделять особое внимание повышению уровня подготовки врачей и фельдшеров сельских участков по профилактике, диагностике и лечению больных туберкулезом.

Для организации лечения больных деструктивным туберкулёзом лёгких требуется обязательное выполнение 4-х условий:

1. Больные с впервые диагностированным открытым туберкулёзом лёгких, особенно с далеко зашедшими формами, должны быть минимум на 4 месяца госпитализированы для создания им гигиено-диетического режима с целью преодоления иммунодефицита и компенсации белково-витаминной недостаточности. Это условие следует соблюдать неукоснительно в случаях, когда иммунодефицит связан с белково-витаминным голоданием, например, при заболевании туберкулёзом в тюрьмах.

2. Требуется коренное усиление этиотропной терапии, отказ от бактериостатической методики лечения, замена её бактерицидными методами.

3. Главная задача, обеспечивающая успех лечения, – быстрое сокращение микобактериальной популяции в организме больного, что достигается спадением и заживлением полостей распада под влиянием лечебного обратимого коллапса лёгкого. Речь идёт о наложении по показаниям краткосрочного искусственного пневмоторакса. В условиях внутривенной бактерицидной химиотерапии его продолжительность может не превышать 3 месяцев. Искусственный пневмоторакс может использоваться как отсроченный для ускорения заживления уменьшающихся полостей распада. При двусторонних процессах показано применение пневмоперитонеума. В последние годы доказана высокая эффективность методики клапанной бронхоблокации, не только у впервые выявленных больных, но и у ранее неэффективно леченных.

4. У больных фиброзно-кавернозным туберкулёзом, туберкулёмой в фазе распада, казеозной пневмонией излечение без применения хирургических методов, как правило, невозможно. Бактерицидная внутривенная химиотерапия позволяет у них провести хирургическое лечение рано: при первых двух формах – через 2-3 месяца её применения, при казеозной пневмонии – через 6-9 месяцев, когда она перейдёт в стационарный фиброзно-кавернозный процесс.

При хирургическом лечении современных, далеко зашедших процессов нельзя ограничиваться только резекционными пособиями – это резко ограничивает возможности фтизиохирургии. В Новосибирском НИИ туберкулёза разработана и в течение многих десятилетий успешно применяется система хирургического лечения далеко зашедших форм туберкулёза лёгких. Больному индивидуально подбираются те или иные оперативные пособия – резекционные и коллапсохирургические. Применение остеопластической торакопластики из миниинвазивного доступа, дополненной клапанной бронхоблокацией, позволяет не только повысить эффективность хирургического лечения, но и значительно расширить показания к нему у больных с отягощенным, распространенным туберкулезом легких.

## 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПОЛУЧИВШИМИ ВЫСОКО ТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ПОЗВОНОЧНИКА, ГОЛОВНОГО МОЗГА

*О.В. Шелякина*

**Реабилитация пациента с патологией опорно-двигательного аппарата – это комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на уменьшение болевого синдрома, улучшение функциональной активности, улучшение качества жизни пациентов.** Оптимальным, при проведении восстановительного лечения, является полное восстановление утраченной функции опорно-двигательного аппарата. Однако, это не всегда возможно, и в этом случае, восстановительное лечение направлено на развитие компенсаторных функций, улучшение нейропластических процессов.

Основными этапами медицинской реабилитации являются:

1. Травматолого-ортопедические, нейрохирургические стационары.
2. Травматолого-ортопедический, нейрохирургический консультативно-диагностический центры (в НИИТО)
3. Поликлиника по месту жительства (травматолого-ортопед, нейрохирург, невролог, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры)

Первый этап – ранний послеоперационный период; второй этап – ранний восстановительный период (после выписки); третий этап – поздний восстановительный период.

**Наблюдение проводится при следующих патологиях:** дегенеративные заболевания крупных суставов, состояние после эндопротезирования (коленный, тазобедренный, локтевой, плечевой), состояния после артроскопических операций на суставах конечностей, деформации позвоночника (сколиоз, посттравматические, на фоне болезни Бехтерева), дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, осложненные и неосложненные переломы позвоночника, опухоли головного и спинного мозга.

Реабилитация начинается во время пребывания пациента в стационаре, в первые сутки после оперативного лечения. Продолжение лечебно-реабилитационных мероприятий, как правило, происходит дома после выписки из стационара, на основании рекомендаций, полученных при выписки, в зависимости от нозологии. Сроки реабилитации и диспансеризации зависят от нозологии (приложение 20).

Среди лечебно-восстановительных мероприятий необходимо выделить следующие: травматолого-ортопедический режим, лечебная физкультура, аппаратная и ручная кинезиотерапия, физиотерапия, медикаментозная терапия.

Травматолого-ортопедический режим является основным для осуществления лечебно-восстановительных мероприятий. Режим включает в себя:

*Общебытовые рекомендации* – организовать жизненное пространство с целью снижения вероятности травмы или рецидива заболевания;

*Лечебно-оздоровительные рекомендации* – ограничение физических нагрузок; использование наружных средств опоры (костыли, трость, ходунки) используемые по показаниям; ношение ортопедических изделий для наружной (корсеты, ортезы, повязки) по показаниям;

Лечебная физкультура и прикладная кинезиотерапия является основным видом воздействия для пациен-

тов травматолого-ортопедического профиля т.к. у данной группы пациентов снижена физическая активность. Правильно подобранные упражнения и регулярность их применения является залогом быстрого восстановления функции и как следствие повышение качества жизни пациентов. Оказывается общее воздействие на организм в целом, что способствует улучшению состояния мышечно-связочного аппарата, системы кровообращения, восстановлению нарушенной функции суставов, активизации пациента, восстановлению физической работоспособности, формированию оптимального двигательного стереотипа. При ограничении движений в суставах применяется ручная или аппаратная разработка, которую проводит опытный инструктор или массажист имеющий соответствующую специализацию. В амбулаторных условиях с пациентов работает врач, методист, инструктор ЛФК.

Массаж используется на разных этапах реабилитационного процесса. Назначает с целью улучшения кровообращения, лимфообращения в мышцах, суставах, в связочном аппарате и окружающих их тканях. Массаж повышает эластичность и сократимость мышц, возбудимость и проводимость нервно-мышечного аппарата. В зависимости от показаний используется локальный, сегментарный или общий массаж. У длительно лежащего пациента необходимо перед назначением массажа провести УЗИ нижних конечностей и сдать биохимический анализ на гомеостаз с целью исключения наличия тромба.

Физиотерапия (чаще симптоматическая) проводится по назначению *врача* по показаниям. Исключением является многоканальная электростимуляция, используемая для формирования мышечного корсета

Медикаментозная терапия по показаниям.

Отдельной группой требующей постоянного диспансерного наблюдения являются пациенты с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы с наличием выраженного неврологического дефицита. Эти пациенты нуждаются в непрерывном реабилитационном процессе, который осуществляется в специализированных реабилитационных центрах и продолжается в домашних условиях под диспансерным наблюдением у специалистов отделения восстановительного лечения (врач ЛФК) территориальных амбулаторных учреждениях.

Для таких пациентов выделяют четыре этапа реабилитации основных функций опоры и передвижения. Длительность этапа у каждого пациента индивидуальна. На первом этапе главной задачей является поддержание равновесия в положении сидя без опоры. Этот этап начинается в стационаре и заканчивается дома. Основная задача второго этапа заключается в восстановлении функций поддержания равновесия в положении стоя (с помощью внешних средств опоры), а так же постепенной адаптации к возрастающим физическим нагрузкам, освоение методики замыкания коленного сустава, уменьшение спастичности, дальнейшее укрепление мышц живота, спины и нижних конечностей. Контроль осуществляется врачом лечебной физкультуры или специалистом реабилитационного центра. Передвижение в крепежных аппаратах с различными видами опор является задачей третьего этапа (подбор ортезов, ортопедической обуви,

корсетов). Задачей четвертого этапа является восстановление функции ходьбы.

Активная реабилитация считается законченной, когда достигнуто максимальное восстановление функций

опорно-двигательного аппарата, пациент адаптирован к новым патоморфологическим условиям, после оперативной коррекции. Диспансеризация осуществляется параллельно с реабилитационными мероприятиями.

## 6. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

*А.И. Зинина*

Оказание психиатрической помощи в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Согласно ст. 26 Закона выделяют следующие виды амбулаторной психиатрической помощи: консультативно-лечебную помощь и диспансерное наблюдение. Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. Консультативно-лечебную помощь получают, чаще всего, пациенты с непсихотическим уровнем расстройств, при котором сохраняется критическое отношение к окружающему, в том числе, к болезни. Консультативная помощь не подразумевает «учет» больного в психоневрологическом диспансере, но осуществляется строгий статистический учет всех обратившихся. Лица, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, не имеют каких-либо ограничений, либо профессиональные и медико-социальные ограничения являются минимальными и вопрос о них решается строго индивидуально. Подразумевается решение вопроса «выполнении отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности» (Постановление Совета Министров Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. № 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»). В отношении консультативного контингента, чаще всего, этот вопрос решается положительно, и эти лица могут получить права на вождение автомобилем, лицензию на оружие, работать на опасных работах, в медицине и пр. Консультативная помощь оказывается по общности, при наличии каких-либо жалоб, в соответствии с принципом добровольности. Время очередного визита к врачу определяется самим пациентом. Согласно ст. 27 Закона диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Динамическое диспансерное наблюдение устанавливается, чаще всего, за больными с психотическим уровнем расстройств, при которых отсутствует критическое отношение к болезни. Поэтому оно может осуществляться независимо от согласия пациента или его законного представителя. Решение вопроса обязательного динамического диспансерного наблюдения за больным и его прекращение принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения. Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской

документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона (ст. 27 Закон). Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде (ст. 27 Закон). При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвёртой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров (ст. 27 Закон). При динамическом наблюдении участковый врач-психиатр назначает срок очередного осмотра больного. Если пациент не является на очередной прием, врач обязан выяснить причины неявки и принять меры к его осмотру. Участковый психиатр, распределяет всех больных своего участка на 5-7 групп динамического наблюдения в зависимости от психического состояния и метода выбранного лечения. В зависимости от группы динамического наблюдения интервал осмотра больного колеблется от раза в неделю до раза в год. Динамика диспансерного наблюдения заключается в переходе из одной группы в другую в зависимости от психического состояния пациента. Больные, находящиеся на диспансерном наблюдении, обычно признаются непригодными к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суде. Порядок осуществления диспансеризации психически больных определяется методическими рекомендациями, утверждёнными начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Минздрава СССР В.И. Каниным 17 июня 1988 г. № 10-1П ПС-88-9/О «Система динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных» (далее по тексту «Методические рекомендации»). Согласно методическим рекомендациям основной целью динамического диспансерного учёта психически больных и наблюдения за их состоянием является достижение максимальных положительных результатов в деле восстановления их здоровья и социально – трудовой адаптации. Система динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных в современных условиях должна строиться на основе следующих принципов: динамическому диспансерному учёту и наблюдению подлежат только те

больные, которые нуждаются в долгосрочной или периодической активной терапии и проведении мероприятий по социально-трудовой реабилитации; группы динамического диспансерного наблюдения должны формироваться на основе не только оценки клинического состояния, но и определения потребности в соответствующих терапевтических и реабилитационных мероприятиях; система должна предусматривать возможность оперативного перевода учтенных больных из одной группы динамического диспансерного наблюдения в другую, а также своевременного перевода их на консультативное наблюдение и снятия с диспансерного учета (Методические рекомендации).

#### **Порядок динамического диспансерного учёта и наблюдения.**

При выявлении лица, страдающего психическим расстройством, нуждающегося, по заключению освидетельствовавших его врачей-психиатров, в динамическом диспансерном учете и наблюдении, решение об этом принимается врачебной комиссией психоневрологического диспансера (диспансерного отделения), а в сельских районах и малых городах – врачебной комиссией, с включением в ее состав врача-психиатра, лечебно-профилактического учреждения, в структуру которого входит психиатрический кабинет (ЦРБ, ЦГБ). Решение ВК с соответствующим обоснованием записывается в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/У) и подписывается всеми членами комиссии. При возникновении сомнений и неоднозначности решения врачебной комиссии пациент остается в консультативной группе. На каждого больного при постановке на динамическое диспансерное наблюдение заполняется и ведется в установленном порядке учетная форма № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» (Приказ Минздрава РФ от 31.12.2002 № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»). Больные, находящиеся под динамическим диспансерным наблюдением, должны осматриваться лично врачом-психиатром не менее одного раза в течение календарного года. Частота осмотра больного устанавливается врачом-психиатром в каждом случае индивидуально, исходя из принципа обеспечения достаточного контроля за состоянием больного, проводимым лечением и социально-реабилитационными мероприятиями. Исключение составляют больные с социально-опасными тенденциями, которые должны осматриваться не реже одного раза в месяц (Методические рекомендации).

Для пациентов, находящихся в психоневрологических интернатах органов социального обеспечения предусмотрен следующий порядок диспансерного динамического учёта: врач-участковый психиатр, на участке которого расположен интернат, должен вести формы № 030-1/у-02 на всех больных, находящихся в нем, и один раз в год, перед составлением статистического отчета, производить их сверку с данными интерната (эту работу может проводить участковая медицинская сестра). То есть эти пациенты подлежат статистическому учету как состоящие под диспансерным наблюдением, но медицинская помощь оказывается им врачами психоневрологических интернатов.

На пациентов, находящихся на лечении в стационаре более года, в т. ч. на принудительном лечении, должны быть получены сведения от врача стационара и внесены в медицинскую карту амбулаторного больного (ф. 025/У).

Решение о прекращении динамического диспансерного наблюдения принимает ВК, в связи с выздоровлением, стойким улучшением, убытием в другую местность

(перемена места жительства, призыв в армию, лишение свободы и т. л.) на срок более года, или смертью больного. Решение ВК с кратким обоснованием записывается в медицинскую карту амбулаторного больного и подписывается всеми членами комиссии, одновременно эта информация вносится в учетную форму № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью». Медицинские карты амбулаторного больного (ф. 025/У) больных, снятых с диспансерного учета передаются в архив. Больные, снятые с диспансерного учета в связи со стойким улучшением, переводятся в консультативную группу. Если в течение года такой больной не обратится за консультативно-лечебной помощью – его медицинская карта амбулаторного больного также передается в архив. Исключение составляют снятые с диспансерного учета в связи со стойким улучшением лица призывного возраста, которые должны состоять в консультативной группе до минования призывного возраста (Методические рекомендации).

Все пациенты, подлежащие динамическому диспансерному наблюдению делятся на группы, в зависимости от актуальных проблем, требующих решения в настоящее время. При выделении групп динамического диспансерного наблюдения используется уровневый подход к оценке глубины и выраженности психопатологической симптоматики, определяющей клиническую картину и характер социальной дезадаптации больных на разных этапах течения болезни (Методические рекомендации).

#### **Принципы группировки больных.**

**Первую группу** составляют больные с частыми и выраженными обострениями симптоматики, которые обычно сопровождаются госпитализациями. Именно частота последних – от одного до 4-5 раз и более в году – является четким и объективным признаком, определяющим принадлежность больного к данной группе наблюдения. Эта группа больных занимает как бы промежуточное положение между стационарным и амбулаторным контингентом. Учитывая частоту госпитализаций, наиболее глубокий уровень психических расстройств и социальной дезадаптации, эту группу можно охарактеризовать как стационарных больных в амбулаторных условиях.

Ко **второй группе** наблюдений относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях. Для этой группы имеются довольно четкие критерии: сюда относят больных с не резко выраженным рецидивом или усилением симптоматики, а также с неустойчивым состоянием. Иными словами, это больные, нуждающиеся, прежде всего, в назначении или изменении, усилении амбулаторной терапии, а также значительной частоте наблюдения.

В **третью группу** включаются больные со стабилизированными состояниями – в том числе с терапевтически и спонтанными ремиссиями. При определении задач врача различие между второй и третьей группами динамического наблюдения лежит, прежде всего, в плоскости дифференциации амбулаторной купирующей и профилактической терапии.

Указанные три группы в их последовательности отражают динамику состояний (независимо от нозологической принадлежности болезни) – от более острых, тяжелых и частых рецидивов к менее острым амбулаторного уровня обострениям, или декомпенсациям и далее – к стабилизированным в условиях различных видов поддерживающей, противорецидивной, профилактической терапии состояниям.

**Четвертую группу** составляют больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации. Мероприятия по социально-трудовой реабилитации имеют особое значение и должны сопровождать весь процесс ведения больных в амбулаторных условиях. В то же время проведение каждого этапа реабилитации требует применения специфических средств и методов разработки последовательных программ. Обеспечение последовательности и этапности этой работы может быть осуществлено при объединении усилий в этом направлении в рамках специально выделенной группы динамического диспансерного наблюдения.

**Пятая группа** – контрольного наблюдения, в которую включаются больные в состоянии ремиссии или компенсации психопатологических проявлений с хорошей социально-трудовой адаптацией. Эта группа формируется на принципе учета особенностей динамики состояния в процессе диспансерного наблюдения. Большинство больных этой группы при стабильном статусе снимаются с диспансерного динамического наблюдения в связи с выздоровлением или переводятся на консультативную группу в связи со стойким улучшением состояния (Методические рекомендации).

Больные с социально-опасными тенденциями в отдельную группу динамического диспансерного наблюдения не выделяются, и в зависимости от динамики состояния и нуждаемости в тех или иных видах медико-социальной помощи распределяются по вышеуказанным пяти группам. Эти больные выделяются в особую категорию по интенсивности и особенностям наблюдения за ними, что требует их специального учета.

#### **Характеристика групп динамического диспансерного наблюдения**

1. Группа больных с частыми госпитализациями (с кратностью одной и более в год). В группу отбираются больные, которые за последние 2 года стационарировались два и более раза. Основной задачей решаемой в этой группе является сокращение стационарирований и уменьшению регоспитализаций в целом. Частота госпитализаций является основным показателем, определяющим другие характеристики группы (социальная декомпенсация, в частности, инвалидизация и пр.). При большом проценте числа инвалидов среди этих больных, у большинства из них инвалидизация наступает не вследствие выраженных изменений личности, а в результате частых обострений и, как следствие – частых госпитализаций. Возможными путями к сокращению частоты госпитализаций являются: повышенное внимание к этой категории больных; увеличение кратности наблюдения; применение психотропных препаратов эффективных в отношении имеющихся у них нарушений в адекватных дозировках и достаточной кратностью приёмов. Важной задачей в работе является формирование у пациентов приверженности к терапии. Для успешного решения этой задачи необходима систематическая работа не только с пациентами, но и с родственниками. Эта группа пациентов очень трудоёмка и требует широкого использования бригадных форм работы особенно на уровне первичного звена. В состав полипрофессиональной бригады должны входить социальные работники, осуществляющие меры по социально-трудовой реабилитации пациентов. Успех работы полипрофессиональной бригады зависит от успешного решения совместных задач по рациональному сочетанию лечебных и социо-реабилитационных мероприятий. Очень важными в работе с этой группой пациентов являются соблюдение принципов преимствен-

ности в работе между стационаром и диспансером и этапность в оказании психиатрической помощи. Если больной, входящий в данную группу динамического диспансерного наблюдения в течение года не стационарировался, он из этой группы исключается. Пополнение группы осуществляется за счет выписанных из стационара больных, у которых последняя госпитализация оказалась второй (третьей и т. д.) за последние 2 года.

2. Группа амбулаторного купирования обострений и декомпенсаций. Речь идет о группе больных, нуждающихся в интенсивном амбулаторном лечении и частом наблюдении. Сюда относятся больные с обострениями амбулаторного уровня, с неустойчивым состоянием, а также больные на этапе становления ремиссии после выписки из стационара. В эту группу включаются все больные, нуждающиеся в наблюдении врача каждые 3-5-7 дней в связи с необходимостью подбора терапии повышения дозировок препаратов, выдачи листовременной нетрудоспособности и т. д. После того, как амбулаторное обострение подвергается обратному развитию, и ремиссия вновь стабилизируется, больной может быть исключен из данной группы. Таким образом, это наиболее динамичная группа наблюдения. Качество лечения этой группы больных определяется достаточной вариабельностью и адекватностью амбулаторной терапии психическому состоянию больного. В настоящее время речь идет о значительной частоте проявлений психозов в виде неразвернутых и относительно нерезко выраженных психопатологических состояний. Подобными состояниями определяется значительная часть обострений, приступов и фаз при эндогенных и других психозах. Указанные состояния не сопровождаются таким характером социальной дезадаптации, которая требует госпитализации, а терапия далеко не всегда должна включать методы, применяемые только в стационаре (Методические рекомендации). Купирование обострений в амбулаторных условиях имеет несомненные преимущества перед лечением в стационаре: пациент находится в привычной домашней обстановке, сохраняя социальную адаптацию. На всём протяжении лечебного процесса широко применяются социо-реабилитационные мероприятия, что определяет эффективность диспансерного наблюдения в этой группе пациентов и способствует предупреждению госпитализаций.

3. Группа профилактического лечения. Пациентам этой группы проводится профилактическое (поддерживающее, противорецидивное) лечение, они нуждаются в обеспечении длительного непрерывного приёма лекарств, что является условием стабилизации их состояния. Речь идёт о довольно значительной части учтённого контингента больных, состояние которых определяется как терапевтическая ремиссия. За исключением случаев, когда поддерживающая терапия отменяется обоснованно, по показаниям, прекращение лечения чревато возникновением обострений. Выделение пациентов в эту группу связано с решением основной задачи по обеспечению длительного регулярного приёма лекарств для осуществления противорецидивной и профилактической терапии (Методические рекомендации). При работе с этой группой пациентов широко используются все формы социально-реабилитационной работы.

4. Группа больных, нуждающихся в неотложных социально-реабилитационных мероприятиях. В этой группе должны быть учтены больные на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации для перевода со второй на третью группу инвалидности

и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально-трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем и пр. Если амбулаторная фармакотерапия обычно подробно отражается в медицинской карте амбулаторного больного, то этого нельзя сказать о мерах по его социально-трудовому восстановлению, социальному и бытовому устройству, даже когда эти меры осуществляются в достаточном объеме. Вместе с тем, одновременно с включением больного в данную группу динамического наблюдения, врачом в медицинской карте амбулаторного больного должна быть сформулирована задача предстоящего этапа социально-трудовой реабилитации, а в дальнейшем должны делаться записи о мероприятиях по ее осуществлению и об их результатах. Если намечается перевод больного со II на III группу инвалидности, он остается в данной группе наблюдения до тех пор, пока после снижения группы будет трудоустроен и это трудоустройство окажется достаточно прочным (Методические рекомендации). Среди специалистов полипрофессиональной бригады при работе с этой группой пациентов основной акцент делается на блок социальной работы, работу социального работника.

5. Группа больных, нуждающихся в эпизодическом или контрольном наблюдении. Сюда относятся больные, которым по психическому состоянию не требуется частой и систематической врачебной помощи. Обычно они нуждаются в эпизодических назначениях, врачебном совете или помощи социального характера. Речь идет о больных с непсихотическими психическими расстройствами, стабильными и длительными ремиссиями после перенесенных психозов при хорошем уровне социальной компенсации, которые в связи с выраженностью перенесенных в прошлом расстройств или недостаточной социальной адаптацией не могут быть на данном этапе переданы на консультативное наблюдение и пр. Значительная часть этих больных нуждается лишь в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации. Эта группа больных должна ежегодно пересматриваться с целью определения пациентов, подлежащих переводу в консультативную группу, снятию с диспансерного учета в связи с выздоровлением, улучшением состояния и стойкой социальной адаптацией. Снятие с диспансерного учета является заключительным актом социальной реабилитации и является одной из важных задач врача при работе с этой группой пациентов (Методические рекомендации).

#### **Наблюдение за больными с социально опасными тенденциями.**

Организация динамического диспансерного наблюдения за категорией больных с социально опасными тенденциями имеет свои особенности, в первую очередь – в связи со специфичностью задач по профилактике общественно опасных действий и способов ее реализации. Контрольные карты диспансерного наблюдения (ф. 030-1/У) социально опасных больных, наряду с маркировкой группы динамического наблюдения, к которой они относятся, маркируются дополнительно. Кроме того, рекомендуется все медицинские документы социально опасных больных (медицинские карты амбулаторного и стационарного больного, выписки из истории болезни, направления на госпитализацию и т. п.) маркировать специальным образом. Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжёлыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно-опасным действиям, а также

лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях, психиатрических кабинетах). Решение о включении больного в группу активного диспансерного наблюдения принимается комиссией врачей-психиатров и оформляется записью в медицинской карте амбулаторного больного. При этом в Карте обратившегося за психиатрической помощью указывается обозначение группы – АДН (активного диспансерного наблюдения) или АПНЛ (амбулаторного принудительного наблюдения и лечения) с указанием даты начала наблюдения. Интенсивность наблюдения в группе АДН составляет не менее 1 раза в месяц. Направлению на врачебную комиссию подлежат следующие больные: 1) совершившие в прошлом общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным кодексом и признанные в связи с этим невменяемыми с применением к ним мер медицинского характера; 2) ранее, до установления у них психического заболевания, отбывавшие наказание за совершение преступления; 3) в структуру психического заболевания которых входят симптомы, обуславливающие потенциальную общественную опасность (императивные галлюцинации, некоторые формы бреда и др.). Перечисленные признаки не означают однозначно, что данный больной подлежит обязательной постановке на специальный учет, их наличие является лишь поводом для обязательного представления на указанную комиссию, которая принимает персональное решение по каждой кандидатуре. Опыт показывает, что отбор больных, обладающих таким легко формализуемым признаком, как совершившие в прошлом преступления или общественно опасные деяния, затруднений не представляет. Наибольшие трудности возникают, когда врач на основании особенностей клинко-социального статуса сам должен сделать вывод о потенциальной общественной опасности больного. Из клинко-психопатологических факторов на повышенную общественную опасность указывают: 1) содержание бреда (идеи ревности, воздействия и др.); 2) направленность бреда на конкретных лиц, группы лиц, или определенные учреждения и организации; 3) постоянная или возникающая при обострениях значительная аффективная напряженность; 4) депрессивные состояния с выраженными идеями самообвинения (опасность «расширенного самоубийства»); 5) затяжные гипоманиакальные синдромы с авантюристическими наклонностями; 6) психопатоподобные расстройства с расторможенностью влечений, дефицитом высших эмоций, повышенной поведенческой активностью. К социально-психиатрическим факторам общественной опасности следует отнести: 1) жилищно-бытовую неустроенность, особенно отсутствие определенного места жительства; 2) незанятость общественно полезным трудом, отсутствие группы инвалидности при снижении или утрате трудоспособности; 3) отсутствие собственной семьи и близких, проявляющих заботу о больном; 4) наличие асоциального окружения; 5) злоупотребление алкоголем или употребление наркотиков. С целью своевременного выявления тенденций к совершению опасных действий и их предотвращения, к наблюдению за такими больными предъявляются особые требования: они должны обследоваться работниками диспансера не реже одного раза в месяц, их списки передаются в полицию и пополняются по мере приема на специальный учет новых больных, к работе с этим контингентом привлекаются сотрудники полиции, обмен информацией с которыми осуществляется посто-

янно. Наряду с этими общими для всех пациентов такого рода требованиями следует применять специфические дифференцированные меры в соответствии с их клинико-социальными особенностями. Исходя из этих особенностей, указанный контингент целесообразно подразделять на 3 подгруппы, при разделении которых, можно использовать, наряду с другими признаками, число правонарушений, совершенных больным в течение жизни (Методические рекомендации).

К **первой** подгруппе относятся больные с высокой криминогенной активностью (совершившие более 3-х правонарушений). Эта подгруппа включает больных с резидуальными психопатоподобными расстройствами, рудиментарными бредовыми и галлюцинаторными проявлениями, страдающих сопутствующим алкоголизмом с преимущественно реально бытовыми мотивами общественно опасных действий, поддерживающих активные контакты с криминальной средой. Для этих больных должен быть предусмотрен усиленный контроль со стороны работников психоневрологического диспансера и полиции, а также обеспечены активные меры по медицинской помощи (Методические рекомендации).

Во **вторую** подгруппу входят больные со средней степенью криминогенной активности (совершившие 2-3 правонарушения), среди которых основную массу составляют больные, совершившие повторные деликты в состоянии обострения психопатологической симптоматики, в том числе и психопатоподобной, злоупотребляющих алкоголем, с умеренно выраженными нарушениями адаптации, с криминальным анамнезом в прошлом. Эти больные нуждаются в поддерживающей (профилактической, противорецидивной) психофармакологической терапии, своевременном стационарировании в случае обострения, социальной помощи. Наблюдение со стороны органов правопорядка осуществляется, как правило, по рекомендации врача-психиатра (Методические рекомендации).

**Третью** подгруппу составляют больные с низкой криминогенной активностью (1-2 правонарушения). Как правило, это больные, совершившие общественно опасные деяния по психопатологическим мотивам в состоянии обострения, без преморбидных асоциальных установок и контактов с криминогенной средой, без алкоголизации, социально адаптированные. Они в наблюдении полиции, как правило, не нуждаются; получают при необходимости поддерживающую терапию и социальную помощь (Методические рекомендации).

В отношении больных, совершающих общественно опасные действия под влиянием продуктивной психотической симптоматики, основное внимание должно быть направлено на поддержание ремиссии, своевременное обнаружение обострения, оперативное принятие адекватных мер по купированию психотического состояния или неотложной госпитализации. Для надлежащего выполнения этих требований необходима компетенция психиатра, они в полном объеме могут быть выполнены сотрудниками диспансера. Вмешательство полиции при этом может оказаться нежелательным, поскольку такие больные нередко расценивают его как посягательство на свою свободу, что может нарушить сложившийся контакт с медицинским персоналом и способствовать усилению бредовых переживаний. Только в случае необходимости неотложной госпитализации помощь полиции может потребоваться для установления места нахождения больного и содействия в его стационарировании.

В отношении больных без продуктивной психотической симптоматики основное внимание должно быть

направлено на контроль за образом их жизни, своевременное обнаружение рецидивов асоциального поведения, уклонение от общественно полезного труда, возобновление контактов с криминальными элементами, употребления алкоголя или наркотиков. Возможности и квалификация работников диспансера нередко оказываются недостаточными для осуществления этих функций. Напротив, для сотрудников полиции такая деятельность является обычной, они имеют для этого необходимые полномочия и навыки. Поскольку больные с негативной личностью расстройствами хотя бы частично осознают предосудительность своего поведения, вмешательство полиции воспринимается как предостерегающий момент и может иметь определенное сдерживающее влияние. В силу этого, привлечение полиции для постоянного наблюдения за этими пациентами, которое должно осуществляться под руководством и по рекомендации психиатра, является необходимым.

В работе с больными, представляющими общественную опасность, большое значение имеет преемственность между всеми звеньями психиатрической помощи. Для ее обеспечения при передаче пациента из одного учреждения в другое, в частности, из диспансера в стационар и обратно, необходимо в концентрированной форме передавать информацию о характере его общественной опасности. Для этого целесообразно использовать так называемую формулу общественной опасности, включающую в себя следующие сведения: форма течения заболевания; ведущий синдром; психопатологические механизмы, характер и кратность совершившихся в прошлом ООД; факторы, способствующие и препятствующие их совершению; рекомендуемые мероприятия по их предотвращению. Включение указанных сведений в медицинские документы, сопровождающие больного (выписка из истории болезни, направление в психиатрическую больницу), способствует преемственности, непрерывности и планомерности профилактических мероприятий, проводимых разными звеньями психиатрической службы.

Профилактическая деятельность диспансера в отношении больных, представляющих общественную опасность, не должна ограничиваться лишь контролирующими и ограничительными мероприятиями, большое профилактическое значение может иметь также работа по оказанию социально-реабилитационной помощи. Социально-трудовая и бытовая неустойчивость, как обусловленная снижением адаптационных возможностей пациентов, так и объективно действующими неблагоприятными факторами, нередко приводит к общественно опасным действиям.

Статистические исследования показывают, что при прочих равных условиях именно больные, дезадаптированные в различных социальных сферах, наиболее часто совершают повторные ООД. Поэтому разрешение стоящих перед ними социальных проблем является одним из действенных средств, снижающих общественную опасность. Диспансер располагает значительными возможностями в плане содействия адекватному трудоустройству больного или его своевременному переводу на инвалидность, разрешения вопросов предоставления или обмена жилья в соответствии со льготами, предусмотренными законодательством, прописки к родственникам или в общежитие при психиатрическом учреждении, защиты его имущественных интересов. В целях улучшения качества, доступности и эффективности медицинской помощи пациентам со склонностью к совершению общественно опасных действий в структуре психоневрологических



диспансеров (диспансерных отделений) открываются кабинеты АДН и АПНЛ. Специалисты этих кабинетов осуществляют динамический учёт и весь спектр работы с данной группой психически больных. Работа строится на принципах взаимодействия с правоохранительными органами, социальными службами, судами, другими лечебно-профилактическими учреждениями и др. с целью осуществления преемственности и взаимодополняемости в работе. Взаимодействие учреждений здравоохранения с правоохранительными органами с целью предупреждения общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами регламентировано Приказом Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами». Данный приказ утверждает Инструкцию об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами. Согласно Инструкции при госпитализации лиц с психическими расстройствами в психиатрический стационар, переводе из одного стационара в другой или передаче под диспансерное наблюдение ПНД направляющее учреждение в обязательном порядке извещает принимающее учреждение о склонности этих лиц к общественно опасным действиям, либо нахождении на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра. В дополнение к сведениям, включаемым в медицинскую документацию, сообщаются также следующие данные о больном: ведущий синдром; тип течения заболевания; психопатологический механизм, характер и кратность общественно опасных деяний; личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению; проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность; рекомендуемые меры по предотвращению общественно опасных деяний (Инструкция). В соответствии с Инструкцией психоневрологический диспансер обязан: направлять в орган внутренних дел по месту жительства лиц с психическими расстройствами, состоящих на активном диспансерном наблюдении и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра следующую письменную информацию: ежегодно, до 20 января, список лиц, находящихся на активном диспансерном наблюдении и на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра; сведения об изменении места жительства лицом с психическим расстройством, находящимся на активном диспансерном наблюдении, или амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, а также при длительном отсутствии его по месту регистрации; данные о лицах, вновь включенных в список активного диспансерного наблюдения, принятых на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра и снятых с него, – немедленно по принятии соответствующих решений (Инструкция). Также, в обязанности психоневрологического диспансера входит: получив информацию органа внутренних дел о совершении лицом, страдающим психическим расстройством, действий, содержащих признаки уголовно наказуемого деяния, административного правонарушения либо о проявлении у него особенностей поведения, свидетельствующих о реальной возможности совершения общественно опасных действий, а также, информацию о лицах, поведение которых объективно свидетельствует о возможности наличия у него психического расстройства

и, совершения по этой причине, общественно опасных действий, незамедлительное обеспечение их освидетельствования (в необходимых случаях с выездом в подразделение органа внутренних дел, которым задержано указанное лицо) и решение вопроса о целесообразности немедленной госпитализации.

Невзирая на организационные различия при проведении диспансеризации для различных групп пациентов, общим компонентом является проведение широкого спектра социально-реабилитационных мероприятий с целью восстановления успешного социального функционирования и улучшения качества жизни пациентов всех групп.

**Реабилитация психически больных.** Нарушение социального функционирования определяет специфичность методов и задач реабилитации, направленных на ресоциализацию психически больных. Благодаря успехам психофармакотерапии и гуманизации медицины созданы предпосылки для проведения мероприятий, нацеленных на возвращение многих психически больных к более активной социальной жизни. Отказ от чрезмерных мер изоляции и стеснения психически больных способствует осуществлению различных форм социальной активации, профессионального и коммуникативного тренинга, расширению и углублению индивидуальной и групповой психотерапии. Концепция реабилитации психически больных основана на комплексном подходе, при котором больной человек рассматривается как сложная система, имеющая разные уровни функционирования, высшим из которых является социальный, а остальные входят в него в качестве необходимой основы. Процесс реабилитации представляет собой сложную биопсихосоциальную систему, в которой ресоциализация выступает в качестве системообразующего фактора. Выделяют четыре принципа реабилитации. Первый – принцип партнерства, т. е. привлечение больного к активному сотрудничеству с персоналом в процессе реабилитации. Второй – принцип разносторонности усилий, т. е. направленность их на разные сферы функционирования (психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга). Третий – принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия. Четвертый – принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, подчеркивающий необходимость соблюдения определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного комплекса, постепенность роста нагрузок. Целостный процесс реабилитации включает три этапа, каждый из которых имеет свои конкретные задачи и характерные пропорции применяемых воздействий и соответственно осуществляется в различных звеньях и на различных этапах оказания *психиатрической помощи*. Целью первого этапа – восстановительной терапии – является предотвращение дефекта и восстановление нарушенных функций. На этом этапе проводится активное лечение и применяются больничные формы психокоррекционной и психотерапевтической работы (осуществляется в стационарах или полустационарах). В задачу второго этапа – реадaptации – входит приспособление больных к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях. Особое значение приобретают трудовая терапия, профессиональное обучение или переобучение больных. На третьем этапе осуществляется восстановление индивидуального и общественного статуса больного. Эту работу проводят персонал диспансера, клубы больных, общественные организации.

### **Ежегодная диспансеризация всего населения.**

Согласно Приложению № 14 «Инструкция о порядке учёта ежегодной диспансеризации всего населения» к Приказу Министерства здравоохранения СССР от 30 мая 1986 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» (с изм., внесенными Приказом Минздрава СССР от 14.12.1990 № 487): ежегодная диспансеризация всего населения включает в себя:

– ежегодные врачебные осмотры, проведение лабораторно-инструментальных и других исследований установленного перечня и объема;

– периодические медицинские осмотры определенных групп населения, подлежащих осмотрам с установленной периодичностью в соответствии с указаниями приказов Минздрава СССР № 1000 от 23.09.81 г., № 700 от 19.06.84 г. и др., а также методических рекомендаций по осмотру других декретированных контингентов работающих\* и групп населения.

Порядок проведения медицинских осмотров регламентирует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка

проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований), работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Согласно приложению 1, приложению 2 Приказа участие врача-терапевта, врача-психиатра и врача-нарколога при прохождении предварительных и периодических осмотров является обязательным для всех категорий обследуемых. Согласно приложению 3 Приказа в перечень медицинских противопоказаний к допуску к работам включаются:

– заболевания центральной нервной системы различной этиологии с двигательными и чувствительными нарушениями выраженной степени, расстройствами координации и статики, когнитивными и мнестико-интеллектуальными нарушениями;

– нарколепсия и катаплексия;

– заболевания, сопровождающиеся расстройствами сознания: эпилепсия и эпилептические синдромы различной этиологии, синкопальные синдромы различной этиологии и др.;

– психические заболевания с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному динамическому наблюдению в психоневрологических диспансерах\*\*;

## **7. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Л. И. Антрейкина, Я. В. Шамсутдинов*

Объемы и распространенность алкоголизации и наркотизации, тяжесть и масштабы последствий и осложнений делают наркологическую ситуацию существенной угрозой общественному здоровью и национальной безопасности России.

Современная наркологическая ситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного оборота и немедицинского потребления высококонцентрированных наркотиков, таких как героин, кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда, лекарственных препаратов, обладающих психотропным воздействием, а также их влиянием на распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, что представляет серьезную угрозу безопасности государства, экономике страны и здоровью ее населения.

Ключевым фактором негативного развития наркологической ситуации в Российской Федерации является масштабное производство опиатов на территории Афганистана и их последующий транснациональный трафик на территорию России.

К началу 1990-х годов потребление (учтенной) алкогольной продукции на душу населения составило 5,4 литра абсолютного алкоголя (безводного спирта) в год, а к 2008 году оно возросло до 10 литров, то есть в 1,8 раза. Однако с учетом не разрешенных к потреблению спиртосодержащей продукции и крепких спиртных напитков домашней выработки фактическое потребление алкогольной продукции на душу населения в настоящее время составляет около 18 литров в год.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, превышение допустимого уровня потре-

бления алкогольной продукции (из расчета 8 литров абсолютного алкоголя (безводного спирта) в год на душу населения) является крайне опасным для здоровья нации и потребление сверх данного предела каждого литра отнимает 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин. Согласно мировой статистике потребление алкогольной продукции является причиной смерти почти 2 миллионов человек и возникновения 4 процентов болезней во всем мире ежегодно.

В настоящее время в Российской Федерации от случайного отравления алкогольной продукцией умирает более 23 тысяч человек, а от болезней, связанных со злоупотреблением алкогольной продукцией, – более 75 тысяч человек в год.

В России с 1992 года в связи со злоупотреблением алкогольной продукцией происходят снижение продолжительности жизни и рост преждевременной смерти, которые являются существенными факторами ухудшения демографической ситуации в стране.

Почему люди употребляют алкоголь и наркотики? Прежде всего, употребление любых психоактивных веществ (ПАВ), к которым относятся алкоголь, наркотики и ненаркотические вещества, формирующие зависимость, вызывают изменение состояния сознания человека. Такая потребность изменять свое состояние у человека проявляется в любом возрасте, даже в младенческом. Например, малышу нравится, когда отец подбрасывает

\* Предварительные перед поступлением на работу профилактические осмотры, проводимые с целью установления отсутствия противопоказаний к работе в данной профессии, в число периодических осмотров не включаются.

\*\* В случаях выраженных форм расстройств настроения, невротических, связанных со стрессом, соматоформных, поведенческих расстройств и расстройств личности вопрос о профессиональной пригодности к соответствующим работам решается индивидуально комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания, с участием врача-профпатолога.

его вверх, детям постарше нравится кататься на качелях и каруселях, «американских горках» (когда «захватывает дух», кружится голова), многим взрослым нравятся экстремальные занятия, такие как горнолыжные спуски, прыжки с парашютом, сплавы и т.д.

Свойства алкоголя, наркотиков и других ПАВ изменять психическое состояние известны давно, ещё в древнейшие времена они использовались людьми для изменения своего психического состояния. Одним из основных факторов употребления человеком психоактивных веществ является желание периодически изменять свое психическое состояние, переживать изменения личности.

Потребность в изменении состояния сознания является естественной и целесообразной. В процессе развития человечества состояние радостного, приподнятого настроения возникало от всей обстановки праздника с его обрядовостью и глубоким символическим смыслом. Использование же психотропного эффекта алкоголя или наркотиков играло лишь вспомогательную роль, усиливая состояние восторга, удовлетворенности и счастья.

Постепенно психологический смысл опьянения сводился к состоянию эйфории, являющейся всего лишь результатом фармакологического действия алкоголя и наркотиков на психику человека.

Употребление алкоголя и наркотиков приводит к развитию психической и физической зависимости от них, которая в свою очередь ведет к деградации, а то и полному распаду личности, росту заболеваемости и смертности от хронического отравления организма.

Наряду с наркоманией существует токсикомания. Термин «токсикомания» состоит из греческих слов *Toxikon* (яд) и *mania* и означает пристрастие к ядовитым веществам. Отличие наркомании от токсикомании чисто терминологическое, и при изменении юридического статуса вещества, вызывающего токсикоманию (то есть при признании его наркотиком), люди, его употребляющие, будут считаться наркоманами.

В реальной жизни алкоголизм и наркомания могут быть тесно связаны между собой. Конечно, для потребителей ПАВ привлекательнее наркотическая эйфория, но при невозможности добыть наркотик они вынуждены употреблять алкоголь или токсические вещества.

Данные наших наблюдений показали, что практически все подростки, ставшие наркоманами, в свое время злоупотребляли алкоголем. Более того, обычно они начинают с употребления различных психотропных средств, как бы совершая поиск «своего» наркотика.

Таким образом, алкоголизм, наркомания и токсикомания являются по сути лишь разновидностями одного явления – психической и физической зависимости от химического вещества. Обыденные представления о том, что пьянство лучше, чем наркотики, являются заблуждением. В строго научном смысле употребление крепкого кофе, чая (тем более «чифира»), курение табака тоже своего рода «слабые» наркомании. Конечно, внешняя картина поведения и субъективное состояние человека после приема того или иного вещества различны, но суть их одна – изменение психического состояния.

Всемирная организация здравоохранения определяет алкоголизм как одну из форм наркоманической зависимости и предлагает использовать термин «зависимость» как в отношении алкоголя, так и в отношении других фармакологических средств.

Медицинская помощь больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и лицам, употребляющим психоактивные вещества с вредными для здоровья последстви-

ями, оказывается в специализированных медицинских организациях наркологического профиля: диспансерах, больницах, наркологических кабинетах.

Оказание наркологической помощи в Российской Федерации регулируется Федеральным законом от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», так как наркология, как отрасль медицины, занимающаяся проблемами психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, исторически является частью психиатрии.

Однако в порядке оказания наркологической помощи, диспансерном наблюдении и реабилитации наркологических больных есть особенности, отраженные в нормативных правовых документах.

Диспансеризация наркологических больных осуществляется в соответствии с приказом Минздрава СССР от 12.09.1988 года № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» в части не противоречащей действующему законодательству. Приказом утверждена инструкция о порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания (решением Верховного суда от 19 ноября 2012 г. № АКПИ12 инструкция признана не противоречащей действующему законодательству), согласно которой за время диспансерного учета больные должны получить квалифицированную медицинскую помощь, обеспечивающую состояние длительной ремиссии. В случае выполнения больным всех назначений лечащего врача, соблюдение сроков явок в наркологические учреждения (подразделения) и наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной ремиссии, устанавливаются следующие сроки диспансерного учета:

- а) больных хроническим алкоголизмом – 3 года;
- б) больных наркоманиями и токсикоманиями – 5 лет.

За лицами, замеченными в немедицинском употреблении психоактивных веществ, а также с установленными вредными последствиями вследствие их употребления устанавливается профилактическое наблюдение. Целью профилактического наблюдения является предупреждение развития у лиц группы риска хронического алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

За время профилактического наблюдения лица группы риска получают необходимую медицинскую помощь, способствующую прекращению пьянства и употребления наркотических и других одурманивающих средств.

Срок профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств – 1 год.

В процессе диспансерного учета наркологические больные могут получать лечение, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. При этом сроки лечения устанавливаются лечащим врачом каждый раз индивидуально.

Лица группы риска в процессе профилактического наблюдения медицинскую помощь получают преимущественно в амбулаторных условиях.

Снятие с диспансерного учета производится по следующим причинам:

- стойкая ремиссия (выздоровление);

– изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологическим учреждением (подразделением) территории, в том числе в связи с передачей под диспансерное наблюдение в другое наркологическое учреждение (подразделение);

– осуждение с лишением свободы на срок свыше 1 года;

– отсутствие сведений в течение длительного времени;

– в связи со смертью.

Снятие с учета в связи со стойкой ремиссией (по выздоровлению) производится на основании заключения комиссии медицинской организации, в которой наблюдался больной. В остальных случаях заключение о снятии с учета составляется лечащим врачом больного на основании официальных сообщений соответствующих органов или учреждений, при этом заключение о снятии подписывается руководителем лечебно-профилактического учреждения, в котором наблюдался больной.

В отдельных случаях, когда наркологическое учреждение не может в течение длительного времени обеспечить осмотр больного, несмотря на все принимаемые меры, при отсутствии объективных сведений о его месте нахождения – данный больной снимается с диспансерного учета. Решения о снятии с учета в этих случаях также выносятся на ВК медицинской организации, где наблюдался больной.

Прекращение профилактического наблюдения осуществляется в аналогичном порядке, но вместо длительной ремиссии у лиц группы риска основанием для прекращения данного наблюдения является длительное (в течение года) воздержание от пьянства, прекращение употребления в немедицинских целях наркотических и других одурманивающих средств.

Лечением наркологических больных имеют право заниматься только государственные медицинские организации, имеющие лицензию на соответствующий вид деятельности.

Содержательную часть диспансерного наблюдения, а именно то, что должно быть основой профессиональной деятельности медицинских организаций наркологического профиля, осуществляющих лечение, реабилитацию и диспансеризацию наркологических больных в утвержденные приказом № 704 сроки, являются следующие нормативно-правовые документы:

– приказ Минздрава РФ от 28 апреля 1998 г. № 140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных»,

– приказы Минздрава России об утверждении стандартов оказания амбулаторной наркологической помощи: от 04.09.2012 года №№ 124н-135н, утверждающие стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи при различных заболеваниях, вызванных употреблением психоактивных веществ.

– приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 апреля 2010 г. № 225ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации».

Важную роль в оказании комплексной наркологической помощи больному играют реабилитационные мероприятия. При этом реабилитация в наркологии имеет несколько иную направленность по сравнению с реабилитацией соматических больных или больных с инвалидностью. У больного наркоманией или алкоголизмом нет явных физических дефектов, и функциональных нарушений организма, суть и смысл реабилитации при химиче-

ской зависимости – помочь пациенту принять жизнь без привычного эйфоризирующего средства, или другими словами помощь в проведении «работы горя», сходной с той, что возникает у человека при утрате близких людей. Реабилитация при алкоголизме и наркомании – способ облегчить обучения пациентов вечное расставаниеобразу жизни без с алкоголя и наркотиками.

Протокол ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» (Z 50.3) утвержден приказом Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. № 500. В этом объемном документе (115 страниц) приводится подробный разбор особенностей течения, клиники, характеристик, целей и задач для каждого этапа реабилитационного процесса.

Для медицинских работников первичного звена особенно важно научиться видеть и распознавать внешние признаки, свидетельствующие о возможном немедицинском употреблении психоактивных веществ.

Лица, страдающих героиновой наркоманией. Клинические признаки героиновой наркомании существенным образом не отличаются от признаков наркоманий, обусловленных потреблением других представителей опиоидной группы. Учитывая изложенное, в основу выявления опиоидных наркоманов положено выявление лиц, допускающих систематическое потребление героина.

Известно, что для развития психической зависимости от героина, то есть до развития I стадии заболевания достаточно 2-3 инъекций вещества. Для присоединения физической зависимости, то есть абстинентного синдрома, достаточно 1-2 недель систематического потребления того или иного деривата опия.

Больной героиновой наркоманией может находиться в момент освидетельствования в состоянии наркотического одурманивания, «на излете» одурманивания (фаза перехода в абстиненцию), в фазе разгара абстиненции и в периоде вне наркотического экстаза. Различия в перечисленные периоды наиболее отчетливы при исследовании психического состояния (то есть при обследовании у врача-психиатра, психиатра-нарколога, психоневролога). Так, в состоянии одурманивания больной может быть умеренно эйфоричен, благодушен, находится в состоянии «блаженной истомы». Характерны несколько замедленные, «великодушные» движения. Обследуемый всем доволен, наличие каких-либо жалоб нехарактерно. При выраженном одурманивании сознание больного может куда-то «уплывать» на время, пациент выглядит «зачарованным». Характерна «блаженная» улыбка, состояние полного физического и психического комфорта. Возможны отдельные обманы восприятия и даже истинное помрачение сознания по типу онейроидного (онирического), что впрочем наблюдается в экспертных случаях достаточно редко. Зрачки синэргично сужены, реакция на свет ингибирована. В состоянии выхода из одурманивания и появления зарниц абстиненции (с данным состоянием врач встречается часто) изменяется настроение больного: эйфория исчезает, больные выглядят уставшими, фон настроения становится неровным, по мере развития абстиненции все более приближается к сниженному, даже тоскливо-подавленному, приобретает дисфорический оттенок. Зрачки чаще всего обычного или мало отличающегося от обычного размера. Наблюдается нарастание вегетативных расстройств, которые будут описаны ниже. Характерно постепенное появление астении по типу «раздражительной слабости», реже развивается астения по типу «усталости, не ищущей покоя». В состоянии разгара абстиненции на фоне массивных вегетативных расстройств наблюдаются отчетливые аффективные рас-

стройства, обычно депрессивного круга. Типичен дисфорический оттенок настроения. В поведении обращает на себя внимание стремление к постоянной перемене положения, разминание поперечнополосатых мышц по типу физических упражнений, почесывание предплечий по ходу венозных сосудов. Отчетливо стремление обследуемого поскорее завершить процедуру осмотра, покинуть помещение комиссариата (что обусловлено компульсивным влечением к наркотику). Иногда, в значительном меньшинстве случаев, в разгар абстиненции может развиваться аффективно-смешанное состояние или даже гипомания (чаще подобные явления наблюдаются у лиц с сопутствующей психической патологией или отягощенной психиатрически наследственностью). Зрачки расширены. Целесообразно напомнить, что дебютные признаки абстинентного синдрома наиболее часто появляются спустя 8-12 часов после последнего введения наркотика в организм.

При обследовании больного героиновой наркоманией вне наркотического экстаза выраженных отклонений в психическом состоянии выявить чаще всего не удается. На ранних стадиях наркомании можно выявить изменение мотивационной сферы, «гедоническую направленность» личности. Лишь у больных с длительными сроками потребления больших доз токсиканта могут наблюдаться признаки интеллектуально-мнестического снижения. На более ранних стадиях заболевания осмотр у специалиста, исследующего психические функции у больного наркоманией вне наркотического экстаза, может выявить наличие осевого признака заболевания – патологического влечения к наркотику. Данный симптом устанавливается при беседе с обследуемым об эффекте тех или иных наркотиков, способе их введения, причинах потребления наркотиков молодежью. Лучше избегать «лобовых» вопросов и построить беседу как бы с очевидцем, знакомые которого потребляют ПАВ. При наличии патологического влечения к наркотику больные обычно значительно «оживляются» эмоционально и идеомоторно, усиливают жестикуляцию, в ряде случаев начинают разминать мышцы, почесывать предплечья и область локтевых ямок по ходу венозных сосудов. Настроение обычно повышается, как у алкоголиков перед принятием спиртного. Типично появление негрубых вегетативных расстройств, например особого блеска глаз, изменения оттенка цвета кожи лица. Выявление патологического влечения к наркотику возможно и должно осуществляться при любом состоянии обследуемого, но наиболее показательным этот симптом проявляется вне наркотического экстаза.

К сугубо косвенным признакам, заставляющим в совокупности с другими «микросимптомами» подумать о возможности наличия героиноomanии у испытуемого, является отношение последнего к алкоголю. Как показывает опыт, больные опийными наркоманиями нечасто потребляют алкоголь и совсем в небольшом количестве случаев допускают хотя бы эпизодическое пьянство.

При неврологическом обследовании следует обратить внимание на следующие моменты:

1. Для состояния наркотического одурманивания характерны равномерно сниженные рефлексы на всех исследуемых сухожилиях.

2. В состоянии опийной абстиненции наоборот, сухожильные рефлексы как правило равномерно повышены.

3. Для опийной наркомании нехарактерны очаговые, менингеальные симптомы, признаки внутричерепной гипертензии.

4. В состоянии наркотического экстаза (особенно при явлениях абстинентного синдрома) возможно появление таких общемозговых симптомов, как пошатывание в позе Ромберга, нечеткое выполнение координаторных проб, тремор (отличается от ознобopodobного тремора, описываемого в клинике расстройств вегетативной нервной системы).

5. Вегетативные расстройства – характерны для любой фазы заболевания. В состоянии одурманивания они выражены слабо или умеренно. Проявляются в двустороннем миозе, некотором покраснении или побледнении кожных покровов, иногда повышенной сухости или влажности кожи, измененном дермографизме, склонности к изменению фона артериального давления и частоты сердечных сокращений в допустимых для варианта нормы границах. Своего «расцвета» вегетативные расстройства приобретают в инициальных стадиях абстинентного синдрома: зевота, слезотечение, явления вазомоторного ринита, чиханье (может достигать приступов до 50-100 раз за раз), гусиная кожа, «мраморная» кожа, слюнотечение. К вегетативным расстройствам следует относить возможный в абстиненции субфебрилитет. Артериальное давление в состоянии абстиненции может достигать уровня 120-145 верхнее и 90-110 мм рт. ст. ниже. Тахикардия может достигать 110/мин, возможно появление единичных экстрасистол. При выраженной абстиненции, наблюдаемой чаще на развитых стадиях заболевания, возможно нарушение вегетативной иннервации функций желудочно-кишечного тракта, выражающееся в рвоте, а также диарее (до 10-15/сут, иногда с тенезмами). При дальнейшем развитии абстиненции вегетативные расстройства не исчезают, они лишь «зашториваются» в большинстве случаев другими симптомами, и в частности мучительными ощущениями в мышцах и суставах.

Вопрос о генезе и классификации болеподобных ощущений в мышцах и крупных суставах, являющихся обычно наиболее тягостным проявлением абстинентного синдрома при опийной наркомании, далек от разрешения. Однако, не исключено участие вегетативного компонента в генезе и этого расстройства. В заключение описания вегетативных расстройств целесообразно отметить, что их наличие характерно и даже облигатно для всех фаз течения героиновой наркомании, но интенсивность значительно различается.

6. Отдельные мышечные подергивания, особенно в мышцах голени и стоп. Традиционно описываются в рамках в основном абстинентного синдрома. Однако, по нашим данным, могут наблюдаться в любой стадии заболевания. Более того, в клинике подростковой наркомании научно-исследовательского института наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации у пациентов описан эпилептический старт-рефлекс и даже судорожные пароксизмы в «холодном» периоде заболевания.

Обследование у стоматолога также может предоставить данные в аспекте «наркологической настроенности». В частности, у опиоманов традиционно и давно описывается обильный кариес. И.Н. Пятницкая обратила внимание на другую, более специфическую патологию: схождение эмали с зубов, а затем их безболезненное обламывание и выпадение.

При обследовании у оториноларинголога в случае интраназального потребления героина могут обнаруживаться следы вяло протекающего ринита, чаще по типу атрофического.

Значительный интерес представляют результаты обследования у врачей интернистов. В частности, при осмотре могут обращать на себя внимание следующие аномальные явления (следует отметить, что внешние изменения обычно появляются не ранее чем через 1-1,5 года систематической наркотизации):

7. Дряблость кожных покровов, дистрофические изменения в коже и подкожно-жировой клетчатке и скелетных мышцах. На ранних стадиях, когда поражение ограничивается лишь дермой, речь идет в основном о нарушении обмена витаминов А и Д, при дистрофии мышц – о более глубоких, часто необратимых патологических процессах в организме. Через 3-4 года систематического потребления героина дефицит веса может составить 7-10 кг и более. Больные выглядят старше своих лет. Ногти утрачивают блеск, становятся ломкими.

8. Следы инъекций, особенно походу венозных сосудов. Такие стигмы являются одним из основных признаков, имеющих значение при выявлении потребителей наркотиков парентеральным путем (внутримышечно наркотики вводятся редко ввиду «нерациональности»). Наиболее типичные места инъекций – области локтевых сгибов, кисти (особенно с тыльной стороны), стопы. Однако, следует учитывать, что с целью диссимуляции состояния внутривенные манипуляции могут осуществляться на сосудах, более скрытых для визуального осмотра (например, в области гениталий).

С целью сокрытия следов инъекций иногда на их месте создаются искусственные ожоги (чаще химического происхождения) или наносятся травмы (чаще всего местные небольшие порезы с последующим локальным воспалением). В силу упомянутого при подозрительной локализации ожогов или травм обследуемый требует повышенного внимания.

9. Симметричные «круги» вокруг глаз (более бледно-го или более насыщенного по сравнению с окружающей кожей оттенка) в сочетании с добавочными складками в верхней части щек и заостренными скулами.

При пальпации может обращать на себя внимание увеличение печени (обычно на 0, 5-2 см по Курлову), ее умеренная болезненность, иногда повышенная плотность ткани. Данные стигматы могут быть обусловлены как непосредственно гепатотоксическим эффектом героина (то есть наличием токсического гепатита), так и наличием сопутствующего хронического вирусного гепатита обычно типа В или С. В силу того, что значительное количество больных хроническими вирусными гепатитами суть больные наркоманиями (в силу в основном шприцевого пути инфицирования), диагноз инфекционного гепатита всегда требует исключения сопутствующей наркологической патологии.

Как вторичное поражению печени явление может наблюдаться увеличение селезенки, что выражается обычно в возможности ее пальпаторного обнаружения.

Существенное значение при пальпаторном исследовании имеет обнаружение увеличенных лимфатических узлов. Данный симптом может быть обусловлен следующими основными причинами, имеющими отношение к «наркологической настроенности»:

10. «Банальные» инфекции, спровоцированные ослабляющим иммунитет (особенно противовирусный) эффектом героина.

11. Как проявление хронического гепатита, особенно вирусной этиологии.

12. Как проявление «немой лимфаденопатии» в течении ВИЧ-инфекции. В данном случае наибольшее

значение имеет распознавание увеличенных затылочных, задних шейных, подмышечных лимфоузлов. Наименьшее диагностическое значение имеет обнаружение увеличенных паховых лимфоузлов, которое, по данным некоторых исследователей, может иметь более 70 причин. Как известно, в настоящее время в России наличие ВИЧ-инфекции зачастую обусловлено внутривенными манипуляциями в среде наркоманов, более половины из числа вновь выявленных носителей вируса иммунодефицита человека больны героиновой наркоманией.

Аускультативные данные менее других предоставляют основания заподозрить наркологическую патологию, однако все же представляют определенный интерес. Так, при относительно длительном потреблении может проявиться кардиотоксический эффект героина с соответствующими метаболическими изменениями в миокарде, что может проявляться аускультативно в виде брадикардии, тахикардии, появлении единичных экстрасистол. При исследовании сердечно-сосудистой системы обращает на себя внимание неровный фон артериального давления и его малопрогнозируемые колебания в ответ на стандартные пробы с физической нагрузкой (по типу так называемой «дистонической кривой»).

В заключении описания возможного выявления больных опийной (героиновой) наркоманией следует отметить, что оно наиболее затруднительно летом в жару и в сильные морозы зимой, так как в этих условиях абстинентный синдром нередко протекает в редуцированном варианте.

Лица, страдающие наркоманиями, обусловленными потреблением психостимуляторов. В настоящее время большинство из психостимуляторов, потребляемых систематически с целью одурманивания, отнесено к классу наркотиков. В России наиболее распространен первитин, менее – амфетамин (фенамин), менее – эфедрон (обработанный с помощью окислителей эфедрин), кокаин. По классификации Всемирной организации здравоохранения кокаин выделяется особо от других стимуляторов в силу некоторой специфики его эффекта, однако авторы настоящего пособия сочли целесообразным изложить его свойства в той же главе, тем более что среди молодежи призывного возраста потребление кокаина распространено незначительно.

Как и все больные нарко- и токсикоманиями, потребители психостимуляторов могут во время медицинского осмотра в райвоенкомате находиться в состоянии одурманивания, выхода из одурманивания (с признаками дебюта абстиненции), разгара абстинентного синдрома, а также вне наркотического экстаза. Однако, в случае потребления стимуляторов в состоянии одурманивания врач может наблюдать больного существенно реже, чем при других формах зависимости от ПАВ. Это обусловлено прежде всего кратковременностью опьянения (в среднем 1,5-2 часа), а также выраженностью нарушений поведения, зная о которых больной не явится к врачу «на дозе». Наконец, наркотические эксцессы при потреблении стимуляторов (особенно первитина и амфетамина) носят, по аналогии с терминологией клиники алкоголизма, «запойный» характер, и получение в состоянии экстаза повестки из военкомата не является для больного руководством к действию. Тем не менее, в некоторых случаях врач может наблюдать картину одурманивания, обусловленного приемом психостимулятора.

Эйфорический эффект достижим при приеме внутрь, внутримышечно и внутривенно. Наиболее распространен внутривенный способ введения (за исключением

кокаина, потребляемого обычно интраназально). Начальная фаза, характеризующаяся «блаженным» погружением внутрь себя, переживанием приятных теплых волн, движущихся по телу, чувства полета, приятного озноба, сладостного ощущения роста волос на голове, легкости тела, с течением систематического потребления ПАВ достаточно скоро в существенной степени редуцируется (а у кокаинистов фактически отсутствует с самого начала потребления), и психиатр видит состояние, синдромальное наиболее близкое к (гипо) маниакальному. Обследуемые испытывают прилив творческих сил, потребность в психической и физической деятельности. Они обсуждают с врачом «важные» отвлеченные от основной темы вопросы, суетливы и болтливы. Ассоциации поверхностны, больные отвлекаемы, стремятся навязать окружающим свое общение, гордятся и восторгаются самими собой, хотя продуктивность их деятельности откровенно невелика. Типична синестезия: воздействие на один анализатор усиливает чувствительность другого. Повышенная психомоторная активность наблюдается на фоне выраженной эйфории.

На выходе из состояния опьянения клиническая картина меняется: эйфория и благодушие постепенно редуцируются, нередко сменяются подавленностью с дисфорическим оттенком настроения. Характерны чувство слабости, опустошенности, гиперестезия. В ряде случаев на первый план выступает адинамия.

Абстинентный синдром можно разделить на две стадии. Для первой характерно нарастание тревожно-боязливое возбуждения с чувством опасности со стороны окружающих вплоть до развития обрывочных идей отношения и значения персекуторного плана. При этом уровень дезинтеграции личности все же чаще не достигает степени параноидного, и больные не нуждаются в помещении в психиатрический стационар. Стадия возбуждения длится до 3-4 суток, после чего сменяется стадией адинамии. Больные слезливы, тоскливы, истощаемы, пессимистичны в оценке своего состояния. Характерны патологические ощущения в теле по типу сенестопатий. Типична также сонливость, нередко днем. Общая продолжительность абстинентного синдрома до полутора месяцев.

Большой наркоманией, вызванной потреблением стимуляторов, в «холодной» фазе процесса представляется психиатру обычно более измененным, нежели большой героиноманией. Характерно постоянное чувство дискомфорта, вызванное отсутствием наркотика. Мотивационная сфера грубо изменена. Быстро прогрессируют признаки нарастающего психоорганического синдрома (обусловленного в значительной степени воздействием кислоты, используемой при приготовлении наркотика, на центральную нервную систему). Больные грубоваты, нередко циничны, отвлекаемы, истощаемы, мало приспособлены для продуктивной общественно полезной деятельности. Нередко обнаруживается отчетливое интеллектуально-мнестическое снижение. Круг интересов ограничивается наркотиками и сопутствующими моментами бытия. Обычно выражены асоциальные тенденции. Суждения поверхностны. Возможны вспышки злобности вплоть до брутальности аффекта. По окончании такого аффективного эксцесса обычно наступает период выраженной астении. Патологическое влечение к наркотику легко выявляется способами, описанными в предыдущей главе, и поэтому авторы не сочли необходимым описывать их еще раз (симптом патологического влечения к любому ПАВ выявляется и проявляется

внешне аналогично независимо от разновидности наркотика или токсикомании).

Данные неврологического обследования больных наркоманией, вызванной потреблением психостимуляторов, существенно отличаются от результатов обследования больных опийной наркоманией. Это обусловлено быстрым развитием психоорганического синдрома. Вегетативные расстройства также массивны и имеют место во всех фазах процесса, однако они по тяжести уступают расстройствам анимальной вегетативной нервной системы и поэтому отходят на второй план. Из вегетативных расстройств характерны перепады уровня артериального давления, колебания пульса, брадикардия, тахикардия, изменение дермографизма, холодность и синюшность кожных покровов, озноб, некоторые сердечные аритмии, изменения величины зрачков, приступы гипергидроза.

Расстройства анимальной вегетативной нервной системы выражаются в признаках поражения подкорковых и стволовых образований, а также общемозговых расстройствах. Характерны акатизия, движения по типу оральных дискинезий, хореоподобные движения (особенно в конечностях и шее). Отмечаются расстройства координации: наблюдается про- и ретропульсивная походка. Иногда имеют место психосенсорные расстройства, имеющие органический генез. При поражении черепных нервов наблюдаются диплопия, офтальмоплегия, паралич подъязычного нерва и другие расстройства. Описаны паркинсоноподобные картины (гипомимия, монотонная скандированная речь, застывший взгляд, тремор языка, пальцев, атаксия, мышечная и вегето-сосудистая дистония. Как проявление органического поражения мезодienceфальной области можно рассматривать грубое нарушение чувства голода-насыщения. Сексуальные нарушения (снижение либидо, импотенция), по мнению многих исследователей, также носит органический характер.

Учитывая стойкость описанных выше неврологических расстройств, авторы не стали выделять их особенности для разных стадий наркотического цикла. Пожалуй, целесообразно лишь выделить порывистость и неловкость движений вплоть до невозможности застегнуть пуговицу, наиболее характерную для абстиненции.

При стоматологическом обследовании обращает на себя внимание распространенный кариес, атрофические изменения в полости рта, нередко вяло протекающие ангины, часто грибковой этиологии.

При обследовании у оториноларинголога наибольший интерес представляют результаты, полученные у кокаинистов. Здесь выражены атрофические изменения в полости носа, описаны изъязвления и даже прободения носовой перегородки, западение хрящевой части спинки носа.

При осмотре кожных покровов обращает на себя внимание бледность. Больные обычно выглядят старше своих лет, характерны холодные конечности с синюшным оттенком. Часто встречаются пигментные пятна как следы замедленного заживления гнойничковых поражений. Как и у больных опийной наркоманией, отмечается сухость и дряблость кожи, ломкость волос и ногтей. Возможен дефицит веса.

Следы внутривенных инъекций несколько отличаются от таковых у героиновых наркоманов. Причина заключается в том, что под действием стимулятора больные менее сохраняют контроль за своим поведением, нежели лица, находящиеся под воздействием героина. Кроме того, повышение толерантности к ПАВ у больных, описываемых в данной главе, выражается скорее не в повышении «необходимой» разовой дозы, а в укорочении

периода эффекта. Наконец, как уже отмечалось выше, наркотические эксцессы при потреблении стимуляторов носят длительный характер, сопровождаются многократными введениями токсиканта в организм. Описанные особенности приводят к тому, что у потребителей стимуляторов врач часто видит длинные «дорожки» из следов инъекций на открытых участках кожи, сделанные как бы нарочито для показа.

При пальпации специфических изменений со стороны внутренних органов, являющихся проявлением основного заболевания, не отмечается. Могут быть выявлены те же изменения, что и у опийных наркоманов, прибегающих к парентеральному введению токсиканта: увеличение и уплотнение печени, увеличение селезенки и лимфатических узлов (то есть проявления хронического, чаще вирусного гепатита, немого периода ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний, обусловленных снижением иммунитета).

Аускультативная картина определяется степенью токсического поражения миокарда и выраженностью вегетативных расстройств. Может обнаруживаться некоторая приглушенность тонов, тахикардия, брадикардия, экстрасистолия. Реакция на физическую нагрузку при стандартных пробах также может иметь дистонический характер (имеются в виду колебания артериального давления).

В целом создается впечатление, что скрининг-диагностика наркомании, вызванной потреблением наиболее распространенных стимуляторов (первитин, амфетамин, эфедрон), несколько проще в условиях массовых осмотров, чем выявление потребителей дериватов опия. Основные отличия, обнаруживаемые при обследовании, следующие:

1. Колебания психофизической активности от гипоманиакального состояния до адинамии при частом отсутствии усредненного фона, соответствующего норме, характерно больше для потребителей психостимуляторов.

2. Относительно раннее появление стойких органических расстройств нервной деятельности, очаговость симптоматики, раннее развитие психоорганического синдрома более характерно для потребителей психостимуляторов.

3. Хаотичность и множественность следов от инъекций в большинстве случаев более характерно для потребителей психостимуляторов.

Лица, допускающие систематическое потребление наркотиков, содержащих тетрагидроканнабинолы. После алкоголизма потребление веществ, содержащих в качестве действующего начала тетрагидроканнабинолы – самый распространенный вид наркотизма в мире. В России эта разновидность наркомании наиболее известна под названием гашишизм (гашишемания). Гашиш представляет собой смолистое вещество, получаемое из листьев и побегов растений конопля индийская и конопля американская. Остальные сорта конопли ввиду низкого содержания ПАВ «промышленного» значения практически не имеют.

Для обозначения этого же наркотика употребляются термины марихуана, анаша, банг, план, дурь и другие.

Как показывают результаты исследований, в России значительное количество лиц из числа молодежи с социально незрелой психикой допускает эпизодическое потребление гашиша (в основном в виде курения). Точное число гашишеманов, обнаруживающих зависимость от наркотика, неизвестно, но по некоторым данным весьма значительно. Ответ на этот вопрос затруднителен в связи с тем, что психическая зависимость от гашиша развива-

ется медленно (по некоторым данным, нужно 2-3 года систематического курения), то есть имеется много переходных транзиторных стадий формирования наркомании. Еще более отставленно развивается абстинентный синдром (физическая зависимость) и еще через 2-3 года наступают признаки интеллектуального разрушения личности

К сожалению, среди молодежи распространено мнение о гашише как о «легком» наркотике, потребление которого чуть ли не безопасно для здоровья. Исходя из этого посылка, призывники могут потребить гашиш незадолго до прохождения медицинской комиссии и врач может реально наблюдать как непосредственное одурманивание, так и фазу окончания последнего (продолжительность одурманивания в среднем 2-3 часа). Если обследуемый является гашишеманом, то реально наблюдать абстинентный синдром ввиду значительной продолжительности последнего (от нескольких дней до 3 месяцев).

С точки зрения психиатра можно различить несколько фаз гашишного опьянения. Первая фаза, кратковременная и наблюдающаяся в основном на начальных этапах становления гашишной наркомании, развивается через 2-5 минут после курения. Она характеризуется чувством страха, тревожности, подозрительности, гиперэстезией. Продолжительность фазы 5-10 минут. Далее следует фаза легкости, расслабленности, благодушия. Зрачки расширены. Характерны нарушения восприятия пространства и схемы тела (психосенсорные расстройства). Это дает некоторым исследователям рассматривать гашишное одурманивание в основном как «буйство подкорки» при ослабленном влиянии корковых структур. При углублении интоксикации нарастает идеомоторное возбуждение, возможны насильственный смех и плач. Отдельные двигательные акты имеют внешнее сходство с кататоническими симптомами (в частности, «эхо»-движениями). При выраженном опьянении, особенно у начинающих гашишеманов, имеют место разнообразные иллюзии, расстройство восприятия времени, резкое усиление насыщенности эмоций. При последней фазе гашишного одурманивания (фазе астенизации) возбуждение спадает, нарастает астения, появляется повышенный аппетит до степени булимии.

Непосредственно после окончания состояния одурманивания обследуемый апатичен, медлителен, сонлив, хотя наступающий сон беспокойный, сопровождается бормотанием, вздрагиваниями.

Абстинентный синдром развивается после 4-5 часов после потребления наркотика, и его клиническая картина нарастает постепенно. В состоянии абстиненции ведущим является астено-депрессивный синдром с вегетативным компонентом и ощущениями по типу сенестопатий. Больные вялы, гиподинамичны, утомляемы, рассеяны. Их беспокоят неприятные болевые и болеподобные ощущения, не достигающие, впрочем, интенсивности патологических ощущений при абстинентном синдроме, вызванном потреблением дериватов опия. Характерны болеподобные ощущения в голове и области сердца. Настроение снижено, может иметь дисфорический оттенок. В ряде случаев фон настроения неустойчив, депрессия сменяется синдромом эмотивной лабильности. Во всех случаях явления абстиненции сопровождаются мучительным, часто непреодолимым влечением к наркотику.

Вне наркотического эксцесса (в холодном периоде заболевания) врач психиатр может выявить описанным в 2 главе способом патологическое влечение к ПАВ, а также облигатное для всех нарко- и токсикоманов изменение



иерархии мотивов поведения. Признаков психоорганического снижения на ранних этапах гашишемания нет.

При неврологическом обследовании в состоянии одурманивания и абстиненции выявляются в основном вегетативные расстройства. Стойкие (психо) органические симптомы и очаговые стигмы присоединяются на поздних стадиях заболевания, обычно не в призывном, а в более позднем возрасте, и поэтому в данном пособии не рассматриваются.

Для состояния гашишного одурманивания характерны следующие неврологические расстройства:

Гиперемия кожи (иногда наоборот, неестественная бледность);

Блеск глаз, покраснение склер, иногда покраснение век;

Расширение зрачков (с ослаблением реакции на свет), иногда анизокория;

Сухость слизистой оболочки рта, глотки (отсюда першение и жажда);

Гиперестезия, вздрагивание при умеренных раздражителях;

Учащение пульса до 100/мин.;

Головокружение, шум и звон в ушах;

Пошатывание в позе Ромберга;

Тремор рук, иногда всего тела;

«Смазанная» речь (как при алкогольном опьянении);

Повышение сухожильных рефлексов;

Латеральный нистагм.

Интересно, что прием пищи и холодной воды действует отвлекающе.

В первые несколько суток состояния абстиненции в неврологической картине могут иметь место мелкий быстрый тремор, гиперрефлексия, иногда миоклонические подергивания, колебания артериального давления, частоты пульса. Обычно на 5-7 сутки абстиненции вегетативные расстройства тускнут, на первый план выступают астено-депрессивные расстройства и сенестопатии. Гиперемия лица, атаксия, чиханье, слюнотечение, слезотечение, гусиная кожа, болеподобные ощущения в мышцах – как при опийной абстиненции – в данном случае практически не встречается. В холодном периоде заболевания врач-невропатолог в большинстве случаев может лишь выявить отдельные вегетативные расстройства, не имеющие специфического характера.

При осмотре у стоматолога могут быть выявлены явления хронического стоматита, явления распространенного кариеса.

При осмотре у оториноларинголога могут быть выявлены сухость видимых слизистых оболочек, явления атрофии слизистых оболочек, воспалительные процессы в носоглотке.

При осмотре у окулиста иногда обнаруживается ангионейропатия сетчатки.

При визуальном осмотре кожных покровов врачами интернистами отмечается бледность кожных покровов, иногда дистрофические изменения в коже и подкожно-жировой клетчатке, дефицит веса. Следы инъекций нетипичны. При гашишемании описаны случаи гинекомастии.

При перкуссии возможно выявление расширения границ сердца. При пальпации наиболее типично изменение размеров и плотности печени, обусловленное токсическим гепатитом.

При аускультации легких часто выявляются явления хронического бронхита. При аускультации сердца обнаруживается тахикардия (или наоборот брадикардия), экстрасистолия.

Типичны повышение артериального давления или наоборот, стойкая гипотензия.

Вследствие выраженных метаболических изменений в миокарде (помимо вегетативных расстройств в иннервации сердца) при дополнительном исследовании сердца выявляются синусовая аритмия (тахикардия, брадикардия), изменение атриовентрикулярной проводимости, явления по типу стенокардии.

При обследовании призывника пациента, подозреваемого в систематическом потреблении гашиша, следует обратить внимание на состояние почек, так как к соматическим осложнениям гашишемания относится в числе прочих почечная недостаточность.

Чаще всего при обследовании таких пациентов никаких соматических нарушений не выявляется.

Лица, допускающие систематическое потребление некоторых психоактивных веществ, не отнесенных к классу наркотических. Среди подростков наиболее распространены в качестве токсикантов летучие органические вещества (ЛОВ), и в частности клей «Момент», потребляемый ингаляционным путем. Действие указанного токсиканта достаточно специфично на нервную систему и может быть сравнимо по психофармакологическому эффекту с такими препаратами, как каллисол (кетамин). Особенность эффекта состоит в том, что собственно эйфоризирующее воздействие, типичное для наркотических (токсикоманических) средств почти отсутствует или сведено на нет вовсе. Основной эффект сводится к вызыванию кратковременных онейроидных (онирических) состояний с обилием истинных зрительных галлюцинаций фантастического характера, причем картины «мультифильмов» могут частично регулироваться «зрителем». Кроме зрительных галлюцинаций, типичны галлюцинации общего чувства (например, вестибулярные), нередко слуховые, обонятельные и тактильные (включая гаптические).

Как показали исследования, проведенные в клинике подростковой наркологии научно-исследовательского института наркологии Минздрава России, к потреблению ЛОВ склонны подростки с определенным складом формирующейся личности, и в частности склонные к проявлениям так называемого гебоидного синдрома. В структуру последнего входят, как известно:

А) огубление личности, стирание понятий добра и зла, утрата интереса к учебе и общественно полезной деятельности;

Б) а- и антисоциально направленные личностные тенденции;

В) расторможенность «низших» влечений;

Г) психический инфантилизм.

Перечисленные расстройства (нередко в редуцированном виде) мы наблюдали у большинства потребителей ЛОВ в преморбидном периоде. В процессе потребления ЛОВ гебоидные расстройства становились все более отчетливыми. Одновременно нарастали психоорганические изменения вплоть до интеллектуально-мнестического снижения. Абстинентный синдром ограничивался как правило вегетативными расстройствами и выраженным, обычно компульсивным влечением к токсиканту. Вместе с тем, на момент достижения призывного возраста подавляющее большинство больных прекращало потребление ЛОВ. При этом мы наблюдали три возможных исхода:

1. Полный отказ от систематического потребления какого-либо токсиканта, включая алкоголь.

2. Переход на более или менее систематическое потребление алкоголя.

3. Переход на более или менее систематическое потребление неалкогольного ПАВ.

Таким образом, если говорить о (бывших) потребителях ЛОВ, проходящих медицинский осмотр в рамках военно-врачебной комиссии, то специалисты видят перед собой «посттоксическую» личность. Врач-психиатр наблюдает гебоидного юношу с резко измененной мотивационной сферой, нередко признаками интеллектуально-мнестического снижения, психо-физического недоразвития, как правило не имеющего реалистических планов на будущее. Зачастую дифференциальный диагноз приходится проводить с олигофренией в степени дебильности или даже пропфшизофренией с дефектом по типу «простой» формы.

При обследовании стоматологом обнаруживаются последствия выраженного токсического поражения ротовой полости, часто множественный кариес.

При неврологическом осмотре, помимо вегетативной дисфункции, в далеко зашедших случаях могут обнаруживаться стойкие неврологические знаки, указывающие на токсическое поражение подкорковых структур.

При обследовании оториноларингологом обнаруживаются массивные атрофические изменения видимых слизистых, могут иметь место хронические воспалительные процессы в носоглотке и гортани.

При осмотре кожных покровов обращают на себя внимание их дряблость и другие дистрофические изменения

При пальпации могут обнаруживаться признаки токсического поражения печени в виде изменения ее размеров и плотности, умеренной болезненности. Сопутствующего увеличения селезенки мы не наблюдали.

При исследовании легких типично выявление признаков хронического бронхита.

При исследовании сердца могут отмечаться умеренное расширение его границ, некоторая приглушенность тонов, склонность к тахи- или брадикардии и другие проявления стойких метаболических изменений миокарда. Впрочем, эти изменения до известной степени следует считать обратимыми, особенно при рациональной курации врачом-кардиологом.

Из токсикоманий, нередко встречавшихся в молодежной среде ранее, было пристрастие к транквилизирующим средствам. Однако, в связи с доступностью «настоящих» наркотиков последние вытеснили в значительной степени транквилизирующие препараты с черного рынка ПАВ. Тем не менее, токсикомании, обусловленные злоупотреблением медицинскими транквилизаторами, встречаются в медицинской практике, и об особенностях их клиники нужно знать.

В случае, если обследуемый сообщает, что принимает транквилизаторы (согласно предписанию врача или без него), необходимо выяснить, не появились ли признаки болезненного пристрастия. Слова больного о том, что его самочувствие ухудшается без приема препарата, еще не свидетельствуют о развитии токсикомании, а показывают лишь положительный психофармакологический эффект лекарства. Один их кардинальных признаков перехода транквилизатора в иное для больного качество – смена транквилоседативного эффекта на эйфоризирующий. Настроение у больных сразу существенно повышается, они чувствуют прилив сил. При выраженном воздействии токсиканта присоединяются положительные телесные сенсации: движущиеся волны тепла, чувство поглаживания кожи. Второе кардинальное отличие злоупотребления транквилизаторами от истинной токсикомании – прием значительного количества препарата (до 10 и более таблеток одновременно).

Следует отметить, что при истинной токсикомании больные предпочитают принимать быстродействующие и более эйфоризирующие препараты (нитразепам, диазепам, рогинол, лоразепам и некоторые другие). Практически не потребляются в качестве основного токсиканта «дневные» слабейшие препараты типа тазепама, рудотеля, триоксазина. Мы не видели потребления с наркотической целью клоназепама. Крайне редко потребляется феназепам.

В значительном числе случаев потребление транквилизаторов имеет место как заместительное (викарное) при отсутствии основного токсиканта, или для усиления эффекта последнего. В этом случае диагноз истинной токсикомании, обусловленной приемом транквилизаторов, неправомочен.

Сроки формирования токсикоманической зависимости от транквилизатора различны и определяются как самим транквилизатором, так и особенностями организма потребителя. В качестве примера можно привести мнение ряда исследователей о том, что непрерывный курс лечения средними и высокими дозами диазепама нецелесообразно хотя бы временно прервать при суммарной курсовой дозе 200 мг.

При осмотре врачу-психиатру трудно отличить одурманивание транквилизаторами от одурманивания другими ПАВ, принятыми в небольшой дозе. Преобладает эйфорический (в конечной фазе одурманивания аффективно-лабильный) фон настроения, возможна повышенная двигательная активность. В состоянии абстиненции больные тревожны, двигательны беспокойны, отмечают мидриаз, гипергидроз, тонические подергивания отдельных мышечных групп, иногда произвольные движения. Сухожильные рефлексы высокие, зона их расширена. Возможны неприятные ощущения в мышцах, внутренних органах. Типичны вегетативные расстройства (сосудистая гипертензия, тахикардия, ощущение «перебоев» в сердечной деятельности). Описанные проявления обычно сочетаются с астенией, бессонницей, сниженным фоном настроения, обсессивным влечением к наркотику. Общая продолжительность явлений абстиненции до 2 месяцев.

При неврологическом осмотре на ранних стадиях токсикомании выраженных изменений не наблюдается, отмечается как правило лишь явления вегето-сосудистой дистонии.

При визуальном, пальпаторном, перкуторном исследовании и аускультации выраженных специфических изменений нет. На поздних стадиях могут присоединяться явления хронического гепатита, однако на ранних стадиях они выражены мало и при исследовании физикальными методами обычно не обнаруживаются.

В заключении главы о токсикоманиях, актуальных в молодежной среде в современной России, целесообразно упомянуть о таких психоактивных веществах как курительные смеси, попперы, цифровые наркотики и энергетические напитки. Немедицинском потреблении трамала (трамадола). В силу известного сходства в химическом строении с опиатами трамал может вызывать при приеме в больших дозах эйфорию, а при относительно длительном потреблении абстинентный синдром по типу опийного, но в значительно более митигированной форме. Если выражаться образно, речь идет о определенной степени о «микротогероинового наркомании» в клиническом аспекте.

Курительные смеси (или курительные миксты) состоят из трав и экстрактов. Травы, входящие в состав любой

курительной смеси, являются энтеогенами и известны человечеству с давних пор. Древние шаманы, жрецы и ведуны использовали энтеогены для вхождения в «мистические состояния». Так они «общались с духами и богами».

Продажа и потребление растительных смесей, обладающих различными наркотическими и психотропными эффектами, приобрела в последние два года большой размах. Маленькие пакетики с травяной смесью до недавнего времени можно было увидеть на прилавках кафельных и аромалавок, интернет-магазинов, на сайтах и расклеенных объявлениях и даже существовали автоматы по продаже.

Условно курительные смеси можно подразделить на две группы.

1. Смеси, состоящие только из натуральных компонентов.

В эту группу входят смеси, содержащие хотя бы одну из трав, которые в настоящее время отнесены к наркотическим.

2. Смеси, обработанные химическими веществами с психотропным эффектом.

В наиболее популярных курительных смесях (Spice Diamond, Chillin, Yucatan Fire, ZoHai) выявлена высокая концентрация синтетического каннабиноида JWH-018.

Все медицинские работники едины во мнении – курительные смеси вредны для здоровья.

Различают три вида вредных последствий.

1. Местные, возникающие в результате раздражающего действия дыма на слизистые оболочки:

- кашель, слезотечение, осиплость голоса;
- хронические воспалительные процессы в дыхательных путях (фарингиты, ларингиты, бронхиты);
- повышение вероятности возникновения злокачественных опухолей глотки, гортани и бронхов.

2. Центральные реакции.

Зависят от состава смеси. Это могут быть эйфория, беспричинный смех или плач, нарушение способности сосредоточиться, утрата ориентировки в пространстве, галлюцинации, утрата контроля над собственными действиями. Все это может привести к несчастным случаям и угрозе жизни как для самого накурившегося, так и для окружающих. Систематическое курение смесей приводит к необратимым деструктивным процессам в центральной нервной системе. Снижается память, замедляется мыслительная деятельность, развивается депрессия. Многие специалисты отмечают, что вероятным последствием употребления курительных смесей могут быть острые и депрессивные психозы, самоубийства, а также дебют психического заболевания. Доказано, что употребление большинства курительных смесей ведет к зависимости.

3. Токсические реакции.

Зависят от состава и дозировки курительных смесей. Это могут быть тошнота, рвота, сердцебиение, повышенные артериального давления, судороги, потеря сознания, кома.

Лечение последствий отравления курительными смесями затруднено, т.к. в настоящее время не существует тестов, позволяющих определить в крови или в моче наркотик, содержащийся в смесях. Разработать методы диагностики и тесты для определения наркотических компонентов курительных смесей поручено Московской медицинской академии имени Сеченова.

Попперс – сленговое название группы химических веществ – алкилнитритов в случае употребления их

ингаляционным путём (во время вдыхания). Попперс представляет собой разнообразные химические вещества, имеющие физиологический эффект. Как правило, это амилнитрит или близкие к нему по химическому составу изобутилнитриты и бутилнитриты. На заре своей популярности попперс хранили в маленьких бутылочках или колбочках. Открывались они с характерным хлопком (pop). Отсюда и возникло такое название попперс.

АМИЛНИТРИТ (Amylii nitris) Представляет собой желтоватую, прозрачную, летучую, легко воспламеняемую и легкоподвижную жидкость. В воде растворяется слабо. Является представителем органических нитритов. В 60-е гг. прошлого века при вдыхании было замечено такое свойство амилнитрита, как расширение кровеносных сосудов и купирование стенокардии (грудной жабы). Но, когда прекращались боли, развивалась головная боль, и отмечалось покраснение лица, как результат расширения сосудов головного мозга. Сейчас амилнитрит в качестве антиангинального средства не используется из-за большого количества осложнений. Другой областью применения амилнитрита является его использование как противоядия при отравлениях синильной кислотой и её солями.

### **О цифровых наркотиках**

Сленговое название цифровых наркотиков – айдойзеры. В настоящее время существуют веб-сайты, на которых выкладываются специальные аудиофайлы, обычно в формате mp3, и единственное, что нужно для того, чтобы получить доступ к «цифровым наркотикам», – это компьютер с доступом в Интернет и наушники.

Интернет-сайты, за платное SMS-сообщение, предлагают своей аудитории ознакомиться с аудиофайлами, эффект от прослушивания которых сродни алкогольному и наркотическому угару. Ассортимент цифровых наркотиков огромный – тут и марихуана, и ЛСД, и героин и другие. Продавцы айдойзеров уверяют, что их товар совершенно безвреден, и он не может оказать разрушительного воздействия на психику.

### **Бинауральные ритмы**

Цифровые наркотики оказывают влияние на человека за счет так называемых бинауральных ритмов. Эти ритмы изобрел немецкий ученый-экспериментатор Хайнрих Вильгельм Дофе ещё в 1839 году. Термин «бинауральный» происходит от двух латинских слов: «auris» и «bini», что, соответственно, означает «ухо» и «пара».

Сейчас бинауральные ритмы используют в медицине для обследования мозга, для расслабления, для медитации. Обобщать и называть бинауральные биения цифровыми наркотиками (или наоборот) нельзя. Продукты типа айдойзер – одна из сфер применения этого эффекта, не более.

Бинауральные ритмы – это не музыка, это звуки, оказывающие влияние на работу мозга. С помощью наушников в каждое ухо поступают разные звуки. Они складываются в нужную комбинацию в мозгу, в результате чего образовывается нужная частота. Эта частота соответствует частотам мозговых волн. В человеческом мозге существует огромное количество разных частот, которые создают различные состояния психики человека – радость, горе, боль, эйфория, умиротворение, агрессия.

Это дает возможность человеку испытать те же ощущения, что и при приеме настоящих наркотиков.

### **Об энергетических напитках**

Первая компания по производству этих напитков появилась в Австралии. В 1982 году австриец Дитрих Маттешиц попробовал в баре гонконгского отеля «Mandarin»

местные тонизирующие напитки, и ему пришла в голову идея продвигать нечто подобное на родине.

Во Франции, Дании и Норвегии «энергетики» запрещены к продаже в продовольственных магазинах, они продаются только в аптеках, так как считаются лекарственным средством. В России рынок энергетических напитков стал формироваться в конце 1990 г. В настоящее время рынок этих безалкогольных напитков в России составляет 20 миллионов литров в год. Основные потребители «энергетиков» – молодые люди в возрасте от 13 до 30 лет.

Реклама утверждает, что от употребления «энергетиков» улучшается самочувствие, пропадает усталость и поднимается настроение. При этом медики сходятся в одном: действие напитка недостаточно изучено, и потребителям не стоит увлекаться экспериментами с этим видом питья.

Сами производители «энергетиков» рекомендуют употреблять не более 1-2 банок в день.

Состав энергетических напитков

Кофеин действует как стимулятор: стимулирует умственную деятельность, учащает сердечные сокращения. Большинство энергетических напитков содержит от 34 до 90 мг кофеина.

Таурин (одна банка в среднем содержит от 400 до 1000 мг таурина). Это аминокислота, накапливаемая в мышечных тканях. Ежедневно человек с продуктами питания получает 200-300 мг таурина. Считается, что он улучшает работу сердечной мышцы. Допустимая суточная доза таурина – 400 мг.

Карнитин – это естественный компонент клеток человека, способствующий быстрому окислению жирных кислот. Карнитин усиливает обмен веществ и снижает утомляемость мышц.

Гуарана и женьшень – лекарственные растения, обладающие тонизирующими свойствами.

Инозит – это одна из разновидностей спирта. Производители энергетических напитков утверждают, что он заставляет печень более эффективно перерабатывать жиры, углеводы и белки.

Витамины группы В. Это обычные питательные вещества, которые человек ежедневно получает с продуктами своего рациона. Считается, что они помогают бороться с усталостью и утомлением, а также способствуют концентрации внимания.

Вредные последствия употребления энергетических напитков

В целом эффект от энергетических напитков можно сравнить с эффектом, наступающим после употребления амфетамина (относится к синтетическим наркотикам, входит в состав «экстази»). Они тоже ускоряют обмен веществ, повышают настроение, оказывают воздействие на всю центральную нервную систему. Однако сравнение «энергетиков» с амфетамином весьма условное (они действуют на разные рецепторы), и их эффект еще только предстоит изучать.

Все «энергетики» содержат кофеин, его действие длится 3-4 часа. Для сравнения: чашка кофе бодрит всего пару часов. Разница в том, что газированный кофеин действует сильнее. Допустимая суточная доза кофеина – 150 мг. Его передозировка опасна для жизни человека. Он вызывает повышение артериального давления, а в сочетании с алкоголем эффект многократно усиливается, то же касается и занятий спортом или энергичными танцами, когда давление повышается и так. В результате у человека может наступить гипертонический криз, а так-

же может вызвать мышечные боли, повреждение почек, тахикардию, стенокардию, бессонницу, психомоторное возбуждение, повышенную нервозность, депрессию или общее истощение организма.

Энергетические напитки способны вызывать привыкание даже в небольших дозах. При регулярном употреблении энерготоников, как и психостимуляторов, организм перестает сам вырабатывать необходимые вещества. С каждым днём требуется всё больше стимулятора, и человек уже не в состоянии без него обойтись. Это чревато появлением синдрома хронической усталости, снижением рефлекторной активности, ухудшением памяти, анемией.

По словам врачей, «энергетики» не дают никакой энергии, а просто задействуют внутренние резервы организма, которые когда-нибудь обязательно закончатся.

Вредные последствия «употребления» цифровых наркотиков

Влияние бинауральных ритмов на психику людей до сих пор полностью не изучено. Это сложное акустическое явление, над исследованием которого работают ученые со всего мира на протяжении многих десятков лет.

Однако специалисты запрещают экспериментировать с бинауральными колебаниями детям, подросткам, больным людям. Подобные эксперименты могут быть чреваты серьезными последствиями, ведь головной мозг человека очень тонко настроенный механизм. Возможно, появление сильной головной боли, потери памяти.

Действие цифровых наркотиков схоже с действием обычных наркотиков – они могут вызвать нарушение координации, и даже галлюцинации, что может стать причиной многих несчастных случаев и аварий.

Цифровые наркотики, также как и настоящие, могут вызвать психическую зависимость и целиком погрузить человека в виртуальную реальность.

Айдоизеры могут спровоцировать к употреблению обычных наркотиков. Дистанция между цифровыми и реальными наркотиками может оказаться очень короткой, и человек быстро решится на более опасные эксперименты с другими психоактивными веществами. Вред для здоровья и побочные эффекты

В настоящее время доказано, что попперсы наносят значительный вред здоровью.

При эпизодическом использовании может наблюдаться:

- серьезное снижение артериального давления и приступы *стенокардии* во время полового акта, которые могут привести к *острому инфаркту миокарда* и внезапной *смерти* при сочетании попперсов с *Виагрой*;
- временное нарушение *эрекции* с невозможностью совершить половой акт;
- значительно увеличение *внутриглазного давления* с острым приступом *глаукомы*;
- *отравление нитратами*, если выпить жидкость и вызвать *метгемоглобинемию*, которая проявляется головной болью, цианозом, одышкой, чувством усталости, а так же нарушением сознания (*комой*) и может привести к смерти;
- *иммунодепрессия*, которая при длительном и продолжительном использовании может привести к обострению хронических заболеваний;
- химический *ожог* контактный *дерматит* вокруг рта и носа;
- сексуальная активность, что повышает риск инфицирования *ВИЧ* и другими инфекционными агентами в виду потери бдительности и осторожности.

- При долгосрочном использовании попперсы могут вызвать:

- приступы *бронхиальной астмы*, обструктивного *бронхита*, которые могут привести к *дыхательной недостаточности* и смерти;

- *язву* и *перфорацию* носовой перегородки, хронический *ринит*;

- хронический *дерматит* кожи лица (носа, рта);

- *гемолитическую анемию*;

- нарушения структуры *эндотелия* и повреждения сосудистой стенки, которые могут привести к *тромбозу*, *кровоотечению*, воспалению стенок сосудов, *атеросклерозу*.

При употреблении попперсов очень быстро формируется психическая зависимость.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ от 6 декабря 2012 г. № 1011н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА  
ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**

В соответствии со статьей 46 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) приказываю:

Утвердить порядок проведения профилактического медицинского осмотра согласно приложению.

Министр В.И. СКВОРЦОВА

*Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 6 декабря 2012 г. № 1011н*

**ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше).

Настоящий Порядок не применяется в случаях, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения профилактического медицинского осмотра населения в целях выявления отдельных заболеваний.

2. Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов\*.

3. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации прохо-

дят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

4. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения проводится медицинскими организациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) (далее – медицинская организация) независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по «медицинским осмотрам профилактическим», «терапии», «рентгенологии», «клинической лабораторной диагностике» («лабораторной диагностике»).

В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей профилактический медицинский осмотр, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения профилактического медицинского осмотра в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению профилактического медицинского осмотра.

5. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

6. Профилактический медицинский осмотр 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 по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

\* Статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Проведение профилактического медицинского осмотра направлено на раннее выявление отдельных хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее – хронические неинфекционные заболевания), 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.

Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в профилактический медицинский осмотр, в порядке и по форме, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

7. Руководитель медицинской организации организует проведение профилактических медицинских осмотров населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) (далее – врач-терапевт) организует проведение профилактических медицинских осмотров населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории (далее – участок).

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта организует проведение профилактических медицинских осмотров населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению профилактического медицинского осмотра, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971).

8. Основными задачами врача-терапевта при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

1) привлечение населения участка к прохождению профилактического медицинского осмотра, информирование об его целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

2) проведение заключительного медицинского осмотра гражданина, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем профилактического медицинского осмотра, или для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

3) проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профи-

лактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

4) участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья, форма которого утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – паспорт здоровья);

5) подведение итогов профилактических медицинских осмотров.

9. Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении профилактических медицинских осмотров, об их целях и задачах, а также в проведении разъяснительной работы и мотивировании граждан к прохождению профилактических медицинских осмотров;

2) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, о порядке его прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

3) выполнение доврачебных медицинских исследований (опрос (анкетирование) в целях выявления 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);

4) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением к настоящему Порядку;

5) формирование комплекта документов, включая заполнение учетной формы «Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)», утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – маршрутная карта), по результатам исследований, проведенных в рамках профилактического медицинского осмотра, для направления пациента на заключительный осмотр врачом-терапевтом;

6) учет граждан, прошедших профилактический медицинский осмотр;

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

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

10. Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) опрос (анкетирование) в целях выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;

3) измерение артериального давления;

4) определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

5) исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

6) определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет);

- 7) флюорографию легких\*;
- 8) маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
- 9) клинический анализ крови (минимальный объем исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);

10) исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);

11) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или у врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), краткое профилактическое консультирование, при наличии медицинских показаний направление граждан для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

11. При наличии у гражданина результатов исследований, указанных в *пункте 10* настоящего Порядка, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра, решение о необходимости повторного исследования в рамках профилактического медицинского осмотра принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

12. При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению исследований и осмотров врачами-специалистами, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра в соответствии с настоящим Порядком, они назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. Результаты осмотра врачом-терапевтом и проведенных во время профилактического медицинского осмотра исследований вносятся в маршрутную карту, которая подшивается в учетную *форму № 025/у-04* «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188) (далее – медицинская карта амбулаторного больного).

14. На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики заполняется «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Информация о проведении профилактического медицинского осмотра и его результаты врачом-терапевтом вносятся в паспорт здоровья, который выдается гражданину.

15. Для определения по результатам профилактического медицинского осмотра группы состояния здоровья

\* Флюорография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года либо года проведения профилактического медицинского осмотра проводилась рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.

гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа состояния здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

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

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, 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.

III группа состояния здоровья – граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании\*\*.

Такие граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

16. В медицинской организации ведется учет граждан, прошедших профилактический медицинский осмотр, с регистрацией исследований, выполненных при проведении профилактического медицинского осмотра, и исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и учитываемых при профилактическом медицинском осмотре, а также отказов граждан от прохождения отдельных исследований.

17. Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

\*\* По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена.



## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Повышенный уровень артериального давления – систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст. или проведение гипотензивной терапии.

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

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

Курение табака – ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Нерациональное питание – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки).

Избыточная масса тела – индекс массы тела 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>, ожирение – индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>.

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

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного *подпунктом 1 пункта 10* порядка проведения профилактического медицинского осмотра, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Суммарный сердечно-сосудистый риск устанавливается при отсутствии у гражданина доказанных заболеваний, связанных с атеросклерозом.

ПРИЛОЖЕНИЕ II

## **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **ПРИКАЗ**

**от 21 декабря 2012 г. № 1344н**

### **ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

В соответствии со статьей 46 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) приказываю:

Утвердить Порядок проведения диспансерного наблюдения согласно приложению.

Министр В.И. СКВОРЦОВА

*Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 21 декабря 2012 г. № 344н*

## **ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы проведения медицинскими организациями диспансерного наблюдения взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше).

Настоящий Порядок не применяется в случаях, если нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения диспансерного наблюдения при отдельных заболеваниях (состояниях).

2. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хро-

ническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц\*.

\* Часть 5 статьи 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

3. Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

Диспансерное наблюдение за гражданами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, являющимися основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее – хронические неинфекционные заболевания), а также имеющими основные факторы риска развития таких заболеваний (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение), входит в часть комплекса мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

4. Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинская организация):

1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач)) (далее – врач-терапевт);

2) врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);

3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;

4) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

5) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при оказании первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971) (далее – фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта).

5. Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, указанным в пункте 4 настоящего Порядка, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний) и

стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии со статьей 37 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), иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными некоммерческими организациями\*, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником, указанным в подпунктах 1 и 5 пункта 4 настоящего Порядка, учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе вынесенные по результатам лечения гражданина в стационарных условиях.

6. Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, включая рекомендуемые длительность и периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложении к настоящему Порядку.

В случае если гражданин определен в группу диспансерного наблюдения врачом-специалистом по профилю заболевания гражданина и такой врач-специалист в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, отсутствует, врач-терапевт направляет гражданина для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания гражданина.

7. Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляет диспансерное наблюдение за гражданами, отнесенными по результатам диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) к III группе состояния здоровья, а также за гражданами, отнесенными ко II группе состояния здоровья, и имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

8. Медицинский работник, указанный в пункте 4 настоящего Порядка, при проведении диспансерного наблюдения:

1) ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

2) информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;

3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

4) в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому.

9. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником, указанным в пункте 4 настоящего Порядка, включает:

\* Часть 2 статьи 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1) оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;

2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;

3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);

4) проведение краткого профилактического консультирования;

5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);

6) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья также осуществляет коррекцию факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (курение табака, избыточная масса тела или ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, пагубное потребление алкоголя).

10. Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);

2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);

3) устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

11. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию гражданина, а также в учетную форму № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения», утвержденную приказом Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188) (далее – контрольная карта диспансерного наблюдения) (за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за больными отдельными заболеваниями).

12. Врач-терапевт, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.

13. Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

14. Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;

3) отсутствие увеличения или сокращения числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

4) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ  
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ**

№	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	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
4.	Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2-4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
5.	Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
6.	Легочная гипертензия I-II функционального класса со стабильным течением	1-2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее – 1-2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача – сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению	Прием (осмотр, 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 врача-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 профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
13.	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	1 раз в 6 месяцев	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
14.	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии – пищевода Баррета)	1 раз в полгода	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
15.	Язвенная болезнь желудка, неосложненное течение	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
16.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год
17.	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит	1 раз в год	В течение всей жизни с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям
18.	Полипы (полипоз) желудка	1 раз в год	В течение всей жизни с момента установления 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	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога по медицинским показаниям
20.	Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	По рекомендации врача-онколога	В течение всей жизни с момента установления диагноза	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям
21.	Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции)	1 раз в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по прошествии 10 лет после операции или по медицинским показаниям
22.	Рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения	По рекомендации врача-онколога	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в 3 года
23.	Рецидивирующий и хронический бронхиты	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога, врача-онколога по медицинским показаниям
24.	Хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога 1 раз в год
25.	Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога 1 раз в течение первого года наблюдения, в последующем по медицинским показаниям
26.	Состояние после перенесенного плеврита	По рекомендации врача-пульмонолога	По рекомендации врача-пульмонолога	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога 1 раз в течение первого года наблюдения, в последующем по медицинским показаниям

27.	Бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога или врача-аллерголога- иммунолога 1 раз в год
28.	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии	4 раза в год	По рекомендации врача-нефролога	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения
29.	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1 стадии	4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения
30.	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек	не реже 1 раза в год	По рекомендации врача-нефролога	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога по медицинским показаниям с определением тактики диспансерного наблюдения
31.	Остеопороз первичный	1 раз в год или по рекомендации врача – акушера-гинеколога, врача – эндокринолога, врача-ревматолога	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача – акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3 лет после наступления менопаузы), врача-эндокринолога, врача-ревматолога по медицинским показаниям
32.	Инсулинезависимый сахарный диабет (2 тип)	1 раз в 3 месяца	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога или врача-диабетолога по медицинским показаниям
33.	Инсулинзависимый сахарный диабет (2 тип) с подобранной дозой инсулина и стабильным течением	1 раз в 3 месяца	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога или врача-диабетолога 1 раз в 12 месяцев
34.	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода	1-2 раза в 6 месяцев	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1-2 раза в год
35.	Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением	1-2 раза в год или по рекомендации врача-невролога	По рекомендации врача-невролога	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1-2 раза в год
36.	Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после травмы	1-2 раза в год или по рекомендации врача-невролога	До выздоровления	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1 раз в год
37.	Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением 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	Прием (осмотр, консультация) врача – сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению (при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более)

\*Хроническая сердечная недостаточность.

Главный специалист по профилактической  
медицине Минздрава России С.А. Бойцов  
2013 г.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

### Методические рекомендации

#### Аннотация

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи.

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.

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в два года в целях раннего (своевременного) выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний) и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов в те годы, когда диспансеризация для данного гражданина не проводится. Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важнейшими массовыми и высокоэффективными медицинскими технологиями сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Методические рекомендации выполняют задачу разъяснения и комментариев к отдельным пунктам нормативно-правовых документов Минздрава России «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г., № 1006н и «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г., № 1011н.

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

*Авторы:* Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., Гулин А.Н., Еганян Р.А., Зубкова И.И., Ипатов П.В., Калинина А.М., Пономарева Е.Г., Соловьева С.Б.

#### Список сокращений

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

#### 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 как развитых, так и развивающихся стран мира. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела рассматриваются 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.

Вторым серьезным недостатком является отсутствие процедуры коррекции факторов риска хронических инфекционных заболеваний, которая должна происходить, или, по крайней мере, начинаться уже в рамках диспансеризации. 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.

Таким образом, в процессе совершенствования диспансеризации необходимо учесть как положительный, так и отрицательный накопленный опыт. Прежде всего, важно создать научно обоснованную систему мероприятий диспансеризации с учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта, исходя из реальных возможностей государства и существующей системы здравоохранения, 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.

Новый порядок диспансеризации разрабатывался с учетом не только отечественного, но и международного опыта. Диспансеризация взрослого населения проводится *путем углубленного обследования граждан* в целях:

– Раннего выявления хронических инфекционных 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.

Основными особенностями нового Порядка диспансеризации являются:

– 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 инфекционных 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; к первой группе относятся граждане с низким и средним сердечнососудистым риском, определенным по шкале SCORE (таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска врачом-терапевтом в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья); ко второй – с высоким и очень высоким риском (таким гражданам проводится коррекция факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для коррекции факторов риска, и эти граждане подлежат диспансерному наблюдению в отделении (кабинете) медицинской профилактики); к третьей группе относятся граждане, имеющие доказанные заболевания, (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие заболевания (состояния), нуждающегося в дополнительном обследовании, при этом гражданам, имеющим факторы риска, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья;

– Обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе диспансеризации.

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 накопления опыта по диспансеризации населения и проведения профилактических осмотров предполагается совершенствование их нормативно-правовой базы и соответствующее обновление настоящих методических рекомендаций.

Данные методические рекомендации изложены по принципу комментариев, методических приемов и практических примеров реализации отдельных, требующих пояснений, пунктов нормативно-правовых документов Минздрава России «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Порядок диспансеризации), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012, № 1006н и «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра» (далее – Порядок профилактического осмотра), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012, № 1011н.

## **Организация проведения диспансеризации**

### **Пункт 3. Порядка диспансеризации.**

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

раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения 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 cerebro-васкулярные заболевания), злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких), глаукома. Указанные болезни обуславливают более 80 % всей инвалидности и смертности населения нашей страны. Чрезвычайно важно, что все эти болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, причем все они 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 в среднем на 55 %.

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и критерии для их выделения (диагностики) представлены в первом разделе Приложения № 1 к методическим рекомендациям

### **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 по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в порядке и по форме, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Порядок и форма информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя представлены в приложении № 2, а форма и порядок отказа гражданина от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации представлен в приложении № 3 к методическим рекомендациям.

### **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.

Оснащение, структура и штатная численность медицинского и другого персонала отделения медицинской профилактики устанавливаются руководителем учреждения, в составе которого отделение создано, исходя из объема проводимой профилактической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов и оснащения в соответствии с приказом Минздрава России от 23 сентября 2003 г., № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» и приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (приложения №№ 2, 7, 22, 23, 27 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению).

Для успешного исполнения функций и решения задач, возложенных на отделение медицинской профилактики пунктами 9, 11, 12, 16, 17 и 19 Порядка диспансеризации, в его структуре необходимо иметь следующие подразделения и помещения\*:

– Кабинет заведующего отделением (согласно приказу Минздрава России от № 543н 1 должность заведующего отделением на 25 тысяч и более обслуживаемого взрослого населения вместо 0,5 должности заведующего кабинетом медицинской профилактики);

– Кабинеты медицинской профилактики (согласно приказу Минздрава России от № 543н 1 должность заведующего кабинетом медицинской профилактики на 10 тысяч взрослого населения);

– Анамнестический кабинет (кабинет для проведения анкетирования по стандартной форме граждан на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача; для заполнения маршрутной карты диспансеризации, подготовки документов и направления пациентов на осмотры врачей-специалистов и лабораторно-инструментальные исследования);

– Кабинет функциональных (инструментальных) исследований (кабинет для проведения антропометрии, измерения артериального давления, определения экспресс-методом содержания в крови глюкозы и общего холестерина, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, определение суммарного сердечно-сосудистого риска)\*\*;

\* В каждой медицинской организации данные подразделения и помещения могут иметь свои особенности и наименования, но выполнять все указанные функции по организации и проведению диспансеризации.

\*\* Функция анамнестического кабинета и кабинета функциональных (инструментальных) исследований может быть совмещена в одном кабинете: «Кабинет доврачебного приема и координации диспансеризации»

– Кабинет (учебный класс, аудитория) для проведения школ пациентов и пропаганды здорового образа жизни (предусмотрен приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н в составе поликлиники, отделения медицинской профилактики, центре здоровья);

– Кабинет централизованного учета диспансеризации (согласно приказу Минздрава России от 15.05.2012 № 543н 1 должность медицинского регистратора для ведения карт учета диспансеризации в поликлинике из расчета 1 должность на 20 тыс. указанных карт);

– Кабинет медицинской помощи при отказе от курения (согласно приказу Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н 1 должность заведующего кабинетом медицинской помощи при отказе от курения вместо 0,5 должности заведующего кабинетом медицинской профилактики; формируется при обеспечении достаточного потока пациентов желающих отказаться от курения).

В медицинских организациях, обслуживающих менее 25 тыс. населения, согласно требованиям приказа Минздравсоцразвития России № 543н от 15.05.2012 г. отделение медицинской профилактики отсутствует, а имеются только кабинеты медицинской профилактики, из расчета 1 кабинет на 10 тыс. обслуживаемого населения и помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья). В таких организациях для проведения диспансеризации помимо кабинета медицинской профилактики привлекаются другие подразделения для выполнения функций доврачебного приема и координации диспансеризации, централизованного учета диспансеризации (например, кабинет доврачебной помощи, регистратура).

Оснащение отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляется в соответствии с приложением № 5 к приказу Минздрава России от 23.09.2003 г. № 455, согласно которому медицинское оборудование для консультативно-оздоровительной работы приобретается по мере необходимости. Для проведения диспансеризации отделение медицинской профилактики должно иметь следующее оснащение:

фонендоскоп (по числу врачей (фельдшеров) отделения, 2 на кабинет доврачебного приема);

тонометр (по числу врачей (фельдшеров) отделения, 2 на кабинет доврачебного приема);

экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови с расходными материалами на число лиц подлежащих диспансеризации (1 на кабинет медицинской профилактики и не менее 1 на кабинет доврачебной приема); спирометр (1 на кабинет медицинской профилактики)

прибор для определения концентрации угарного газа в выдыхаемом воздухе (1 на кабинет медицинской профилактики);

шагомер (2 на кабинет медицинской профилактики);

весы (1 на кабинет медицинской профилактики, 1 на кабинет доврачебной приема); ростометр (1 на кабинет медицинской профилактики, 1 на кабинет доврачебной приема);

сантиметровая лента (1 на кабинет медицинской профилактики, 1 на кабинет доврачебной приема)

секундомер (1 на кабинет медицинской профилактики, 1 на кабинет доврачебной приема)

калькулятор (1 на кабинет медицинской профилактики, 1 на кабинет доврачебной приема);

лампа-облучатель бактерицидная настенная (1 на кабинет доврачебного приема);

лампа-облучатель бактерицидная передвижная (1 на отделение); транспальпебральный или бесконтактный

тонометр для измерения внутриглазного давления (не менее 1 на кабинет доврачебной приема);

медицинская кушетка (1 на кабинет медицинской профилактики, 1 на кабинет доврачебной приема);

персональный компьютер (по числу рабочих мест врача, среднего медицинского работника отделения)

принтер формата А4 (1 на кабинет, или 1 на 3 компьютера) принтер формата А3 (1 на отделение вместо 1 принтера формата А4 в кабинете) офисная множительная техника формата А3 (ксерокс) (1 на отделение); телевизор плоский широкоформатный (2 на отделение);

DVD-плеер (1 на отделение);

DVD-диски (по потребности);

мультимедиапроектор в комплекте с ноутбуком (1 на отделение); экран складной (1 на отделение); экран стационарный (1 на отделение);

комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни, наглядные пособия для работы школ пациентов (пирамида питания, учебные фантомы: для обучения реанимации, сердце, молочная железа и т.п.) (по числу учебных классов (аудиторий)).

#### **Пункт 10. Порядка диспансеризации.**

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

– 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 цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)) представлен в приложении № 4, а пример формы календарного план-графика прохождения диспансеризации – в приложении № 5 к методическим рекомендациям.

– активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование об ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, 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 № 6 к методическим рекомендациям. В каждой медицинской организации она может быть адаптирована к местным условиям.

– проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), 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.

Критерии для определения группы состояния здоровья гражданина представлены в пункте 17 Порядка дис-

пансеризации. Все граждане по результатам диспансеризации разделяются на три большие группы: относительно здоровые (I группа состояния здоровья), лица с высоким и очень высоким суммарным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (II группа) и больные (III группа). Граждане II группы состояния здоровья подлежат наиболее активному профилактическому вмешательству в рамках диспансеризации (углубленное и групповое профилактическое консультирование), так как многочисленными исследованиями доказано, что такие мероприятия приводят к достоверному снижению не только уровня риска, но и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, обуславливающих 55-57 % всей смертности населения страны. Не менее важной целью диспансеризации является выявление и коррекция факторов риска у лиц, уже имеющих хронические неинфекционные заболевания, так как достоверно показано, что лечения этих заболеваний без коррекции факторов риска имеет значительно меньшую эффективность и сопряжено с достоверно большей частотой возникновения фатальных осложнений.

– проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

Важной особенностью Порядка 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 (методика проведения которого представлена в разделе 4 приложения № 1 к методическим рекомендациям).

#### **Пункт 11. Порядка диспансеризации.**

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

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

Инструктаж граждан проводится с использованием Маршрутной карты диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) представленной в приложении № 7 к методическим рекомендациям.

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

Форма анкеты (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 № 8 к методическим рекомендациям.

– учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации;

Учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации проводится на основе анализа Маршрутных карт дис-

пансеризации (профилактического медицинского осмотра) и Карт учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) представленной в приложении № 9 к методическим рекомендациям, а также путем внесения информации о прохождении гражданином первого и второго этапа диспансеризации в календарный план-график прохождения диспансеризации представленный в приложении № 5 к методическим рекомендациям.

– 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;

Методика проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования, методические принципы проведения группового профилактического консультирования (школы пациента) и перечень их тематик представлены в разделе 5 и в разделе 6 приложения № 1 к методическим рекомендациям.

– 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;

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

Памятка больным ишемической болезнью сердца, 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 и остром нарушении мозгового кровообращения представлена в Паспорте здоровья (приложение № 10 к методическим рекомендациям).

#### **Пункт 12.1. Порядка диспансеризации.**

12.1. 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:

– определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет);

Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска представлена в приложении № 11 к методическим рекомендациям.

– осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование (для женщин);

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, спермициды, тампоны и спринцевания, забор мазков не проводится во время менструации, при проведении того или иного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза.

– флюорографию легких\*;

Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза, утвержденный Постановления Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона “О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации”», регламентирующий частоту проведения флюорографии легких различным группам населения представлен в приложении № 12 к методическим рекомендациям.

Исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);

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 № 6 к методическим рекомендациям.

– ультразвуковое исследование органов брюшной полости (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет);

При проведении данного исследования необходимо учитывать, что основной целью его при диспансеризации населения является выявление сонографических признаков онкологических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

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

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

*Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключения врача-невролога), проведение краткого профилактического консультирования.* 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).

#### **Пункт 12.2. Порядка диспансеризации.**

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

– дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, по назначению врача-невролога, а также для мужчин в возрасте 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии

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

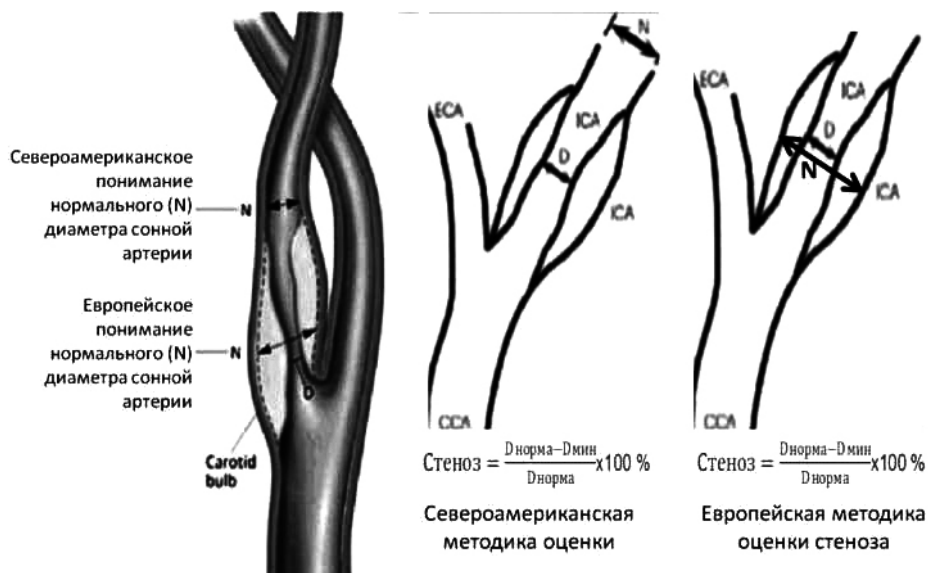


Рис. 1. Североамериканская и Европейская методики оценки стеноза сонной артерии.

комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение);

При выявлении у лиц, указанных в п. 12.2.1), стеноза внутренней сонной артерии от 70 до 99 % по европейской методике оценки стеноза и от 50 до 99 % по североамериканской методике (см. рисунок) показана плановая консультация сосудистого хирурга (вне рамок диспансеризации). При стенозе от 40 до 70 % по европейской методике оценки стеноза и от 25 до 50 % по североамериканской методике показано дуплексное сканирование сонной артерии 2 раза в год в рамках диспансерного наблюдения пациента. Всем пациентам с выявленным стенозом брахицефальных артерий показано наблюдение врача-терапевта участкового/врача общей практики (семейного врача), назначение липидкорректирующей и антиагрегантной терапии, контроль и коррекция факторов риска.

– осмотр (консультация) врача-невролога (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также для граждан, не прошедших осмотр врача-невролога на первом этапе диспансеризации);

Направлению к врачу-неврологу подлежат только те граждане, у которых впервые выявлено подозрение или указание по результатам анкетирования на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения и которые не прошли осмотр (консультацию) врача-невролога на 1-ом этапе диспансеризации (на 1-ом этапе безотносительно перечисленных показаний диспансеризации осмотр врача-невролога проходят лица в возрасте 51, 57, 63, 69, 75, 81, 87, 93, 99 лет).

– 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);

Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога при выявлении подозрения на патологию предстательной железы включает расширенный опрос и осмотр пациента с проведением пальцевого ректального

обследования. В случае подозрения на злокачественную опухоль предстательной железы пациент направляется на повторное исследование простатспецифического антигена в крови (не ранее чем через 2 недели после пальцевого ректального исследования) и трансуретральное ультразвуковое исследование (вне рамок диспансеризации). С результатами исследований пациент направляется на осмотр (консультацию) врача-уролога, посещение которого должно состояться не позже 2-х месяцев с даты прохождения диспансеризации.

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 врач-хирург (врач-уролог) направляет пациента на необходимое обследование и лечение вне рамок диспансеризации.

#### Пункт 18. Порядка диспансеризации.

18. Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

– охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации;

Показатель охвата диспансеризацией населения врачебного (фельдшерского) участка можно определить посредством анализа заполненного Календарного плана-графика прохождения диспансеризации, представленного в приложении № 5. При суммировании данных по всем врачебным (фельдшерским) участкам можно получить показатель охвата диспансеризацией всего населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации. Пример Календарного плана-графика прохождения диспансеризации населением, находящимся на медицинском обслуживании в медицинской организации представлен в приложении № 1 3 к методическим рекомендациям.

– уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;

Стадия выявленного заболевания указывается в соответствующих графах Маршрутной карты диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) и Карты учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра).

### **Пункт 20. Порядка диспансеризации.**

20. Первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований).

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. Используя указанное приложение, заполняется строка «Процент выполнения объема обследования 1-го этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» в карте учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), представленной в приложении № 9 к методическим рекомендациям.

### **Организация проведения профилактического медицинского осмотра**

Опыт всеобщей диспансеризации 80-х годов прошлого столетия показал, что при ежегодном проведении она является слишком большой нагрузкой для системы здравоохранения. Однако очевидно, что чем больше интервал времени между медицинскими осмотрами на предмет раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, тем больше вероятность пропустить начало их развития, поскольку для большинства из них типично скрытое течение на начальных стадиях. В связи с этим согласно статье 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено проведение профилактических медицинских осмотров в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов. Профилактический медицинский осмотр в отличие от диспансеризации включает меньший объем обследования, проводится за один этап, одним врачом-терапевтом участковым в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию, но не чаще чем 1 раз в 2 года (в год проведения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).

Основные цели профилактического медицинского осмотра:

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

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

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

- повышенный уровень артериального давления;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- повышенный уровень глюкозы в крови;
- курение табака;
- пагубное потребление алкоголя;

- нерациональное питание;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела или ожирение.

3. Выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

В спектр скрининговых исследований Профилактического медицинского осмотра включаются преимущественно те исследования из состава проводимых в период Диспансеризации, которые имеют диагностическую и прогностическую значимость при проведении исследований чаще, чем 1 раз в 3 года, т.е. чаще чем проводится диспансеризация, это анкетирование, измерение артериального давления, флюорография, маммография, исследование кала на скрытую кровь, определение глюкозы крови, определение суммарного сердечно-сосудистого риска. Кроме того, в отличие от Диспансеризации при профилактическом медицинском осмотре все выявленные показания к дополнительным исследованиям и осмотрам специалистами проводится вне рамок Профилактического медицинского осмотра (пациенты проходят необходимое дополнительное обследование и осмотры врачей-специалистов по обращению на основании результата Профилактического осмотра и направления участкового врача)

Методические рекомендации по организации проведения профилактических медицинских осмотров изложены по принципу комментариев к отдельным пунктам, официально изданного нормативно-правового документа «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра» (далее – Порядок профилактического осмотра), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012, № 1011н. (официальный текст пунктов Порядка профилактического осмотра выделен курсивом).

### **Пункт 3. Порядка профилактического осмотра**

3. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

Перечни вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда представлены в приложениях к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 года № 302н

### **Пункт 8. Порядка профилактического осмотра.**

8. Основными задачами врача-терапевта при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

– привлечение населения участка к прохождению профилактического медицинского осмотра, информирование об его целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению профилактического

медицинского осмотра, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

Пример краткой информации для граждан о профилактическом медицинском осмотре и порядке его прохождения представлен в приложении № 1 5 методических рекомендаций. В каждой медицинской организации она может быть расширена и адаптирована к местным условиям.

#### **Пункт 10. Порядка профилактического осмотра.**

10. Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

– опрос (анкетирование) в целях выявления хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Форма анкеты (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 (анкетиро-

вания) представлена в приложении № 16 к методическим рекомендациям.

– флюорографию легких\*;

Группы населения, подлежащие флюорографическому обследованию чаще, чем 1 раз в 2 года представлены в приложении № 1 2 к методическим рекомендациям.

#### **Пункт 17. Порядка профилактического осмотра.**

17. Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

Объем профилактического медицинского осмотра и число медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста мужчин и женщин при прохождении профилактического медицинского осмотра представлено в приложении № 17 к методическим рекомендациям.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к методическим рекомендациям

### **Профилактическое консультирование по факторам риска в рамках диспансеризации взрослого населения**

#### **Методические материалы для участковых врачей, врачей общей практики (семейных врачей), врачей (фельдшеров) отделения (кабинета) медицинской профилактики**

В приложении представлены применяемые в рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра:

1) критерии факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ);

2) целевые уровни факторов риска, способствующие снижению риска ХНИЗ и ССЗ;

3) общие принципы и виды профилактического консультирования;

4) содержание и алгоритм краткого профилактического консультирования по факторам риска;

5) содержание и алгоритм углубленного профилактического консультирования по факторам риска;

6) методические принципы группового профилактического консультирования (школ пациента).

#### **1. Критерии факторов риска**

Критерии факторов риска ХНИЗ/ССЗ в ходе диспансеризации или профилактических осмотров, выявляются и оцениваются по данным анкетирования пациентов (приложение № 8 и № 16 к методическим рекомендациям), при измерении артериального давления, антропометрии (рост, масса тела, окружность талии), определении в крови содержания общего холестерина (липидных фракций), глюкозы крови.

*Повышенное артериальное давление* – расценивается как фактор риска при обнаружении артериального дав-

ления выше 140/90 мм рт.ст. (впервые повышенное, при наличии диагноза эссенциальной артериальной гипертензии (гипертонической болезни) или вторичной артериальной гипертензии).\*

*Нерациональное питание* (нездоровые привычки питания) – оценивается по результатам анкетирования – недостаточное ежедневное потребление фруктов и овощей, отсутствие контроля за жирностью пищевых продуктов (косвенно отражает избыточное потребление жирной пищи), привычка досаливать пищу, не пробуя (свидетельствует об избыточном потреблении поваренной соли), избыточное ежедневное потребление сахара.

*Потребление табака/табакокурение* (ежедневное выкуривание 1 сигареты и более) – оценивается по результатам анкетирования.

*Избыточная масса тела* – устанавливается при индексе массы тела (индекс Кетле) от 25 до 29,9 кг/м (индекс массы тела = отношение массы тела в кг к росту в м )

*Ожирение* – индекс массы тела 30 кг/м<sup>2</sup> и более.

*Гиперхолестеринемия* (ГХС) – уровень общего холестерина (ОХС) крови 5 ммоль/л и более;

*Дислипидемия* (ДЛП) – уровень одного или нескольких показателей липидного спектра: ОХС 5 ммоль/л и

\* Флюорография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года либо года проведения профилактического медицинского осмотра проводилась рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.

более; ХС липопротеидов высокой плотности у женщин менее ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л; ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) 3 ммоль/л и более; Триглицериды 1,7 ммоль/л и более;

*Низкая физическая активность* – устанавливается при физической активности в виде ходьбы в умеренном темпе менее 30 минут в день, без выполнения каких-либо других физических работ и упражнений);

*Подозрение на пагубное потребление алкоголя* (высокая вероятность зависимости от алкоголя) – оценивается по результатам анкетирования (анкета разработана на основе международного вопросника CAGE).

*Подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств* – оценивается по результатам анкетирования (анкета разработана на основе международного вопросника RAFFT).

## 2. Целевые уровни факторов риска

Для пациентов без сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний атеросклеротического генеза

– *Иметь уровень АД не выше 140/90 мм рт.ст.* (при высоком и очень высоком риске желательнее 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 холестерина* (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 удается достичь целевого уровня, необходимо снижение ХС ЛНП на > 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/м), 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.*

## 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

\* Приверженность – полнота и точность выполнения врачебных назначений медикаментозных и немедикаментозных (Доклад экспертов ВОЗ «Приверженность длительной терапии, доказательство действенности» («Adherencetolong-termtherapy, evidenceofaction»), ВОЗ, 2003, [www.who.int](http://www.who.int))

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 желательнее, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

### 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 понятие 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).

### 3.2. 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) Групповое профилактическое консультирование (школа пациента)

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) – это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по опреде-

ленным 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).

## 4. Содержание и алгоритм краткого профилактического консультирования

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 профилактического осмотра, 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.

### 4.1. Алгоритм

#### краткого профилактического консультирования

– *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.)

– *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).

– *Оценить отношение пациента* к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Если пациент выражает желание к сни-

жению 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).

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

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

#### 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 (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, снизить избыточную массу тела, ограничить потребление соли, исключить алкогольные напитки (ограничить потребление). Рекомендуется повторное измерение АД, соблюдение рекомендаций, а при необходимости, медикаментозное лечение.

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 фактором связаны такие биологические факторы риска как избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхолестеринемия, дислипидемия, гипергликемия.

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

– *Сбалансированность пищевого рациона по энергопоступлениям и энергозатратам для поддержания оптимального веса тела и по основным пищевым веществам* (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);

– *Ограничение потребления соли* (не более 5 г в сутки – 1 чайная ложка без верха), «свободных» сахаров;

– *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 заболеваний. Рекомендовать снижение калорийности пищевого рациона и контроль массы тела 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, 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 (включая растительные жиры), доля которого должна не превышать 30 % от суточной калорийности (при значительной избыточной массе тела – до 20 %). 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). Ограничить продукты, богатые холестерином (яичные желтки, субпродукты, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы высокой жирности).

Насыщенные (животные) жиры должны составлять не более половины суточной потребности – около 25-30 г/сут. Предпочтение необходимо отдавать продуктам, богатым полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, которые 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 повышенный уровень 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.* Информировать о риске заболеваний вследствие курения. Курение табака – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологических и других хронических заболеваний. Пассивное курение также вредно, как и активное.

Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья.

Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения.

Если курящий выкуривает первую утреннюю сигарету в течение первых 30 минут после подъема, то необходимо его информировать о высоком риске у него никотиновой зависимости, что расценивается как заболевание и требует медицинской помощи, объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию помощи в отказе от курения (кабинет медицинской профилактики).

При нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку и рекомендовать при появлении такого желания обратиться за медицинской помощью по отказу от курения.

Дать информацию о режиме работы кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения.

*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, большим 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 и остром нарушении мозгового кровообращения (памятка пациенту в Паспорте здоровья – приложении № 10 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).

## **5. Содержание и алгоритм углубленного профилактического консультирования**

*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.

### **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»:

– 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 № 8, приложение № 16 к методическим рекомендациям).

– 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.

– 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).

– 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.

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

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

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

– Регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации, паспорте здоровья факторы риска, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также, по возможности, со-

блюдение рекомендаций (приверженность) и полученный результат.

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

– Контролировать выполнение рекомендаций, соблюдение рекомендаций, преодоление барьеров, изменение поведенческих привычек, отношение к здоровью, результат.

## 5.2. Факторы эффективного углубленного профилактического консультирования

Важным фактором эффективного профилактического консультирования является использования 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 человека\*\* 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:

\* 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.

\*\* Прохоров А. В., Велисер У. Ф., Прочаска Дж. О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Вопросы психологии. 1994. № 2. С. 113-122.

*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 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 осуждающее и не директивное объяснение, поддержка пациента, так как этот этап (стадия) непрост для консультирования.

## 5.3. Рекомендации по факторам риска при углубленном профилактическом консультировании

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 гипертензии (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, относят следующие\*:

– *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/м<sup>2</sup>; при ожирении рекомендуется постепенное снижение на начальном этапе на 10 % от исходной массы тела;

– *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 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, 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 (ю-6 и ю-3), 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 кли-

нико-функционального состояния); при отсутствии противопоказаний, физические аэробные повседневные нагрузки по 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день способствуют снижению повышенного АД; интенсивные изометрические нагрузки, подъем тяжестей, могут вызвать значительное повышение АД, поэтому их следует исключить. При АГ 3 степени уровень физической активности определяется индивидуально, исходя из комплексной оценки состояния пациента, наличия и степени выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний.

– *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 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.

#### **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.

*Цель* – снижение индекса Кетле до 25 кг/м<sup>2</sup>, 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<sup>2</sup> (или на 10 % от исходного на начальном

\* Рекомендации ВНОК, 2008; ЕОК, 2007, РФК, 2008, приложении № 1-2, 76с.

\*\* Из рекомендаций ЕОК, 2007, Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2008, приложение к № 1-2, 76с.

этапе), окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см. При динамическом наблюдении (2 раза в год) снижение массы тела на 10 % и более за 6 месяцев считается отличным результатом, 5-10 % – хорошим, от стабилизации массы тела до 5% снижения – удовлетворительным.

#### Классификация массы тела по индексу Кетле (индексу МТ)

(индекс Кетле = отношении массы тела в кг к росту в м<sup>2</sup>)

Типы массы тела	Индекс Кетле, кг/м <sup>2</sup>	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

*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:*

– *Контроль энергетического равновесия* рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энергозатрат. *Уменьшать калорийность рациона* рекомендуется за счет уменьшения содержания углеводов (особенно рафинированных – сахар, мука и изделия с их содержанием) и жиров при достаточном поступлении белков, как животного, так и растительного происхождения, витаминов, микроэлементов и пищевых волокон (до 30-40 г/сут).

– *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 отдавать обезжиренным и низкожирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, тво-

рог, 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.

*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 предпочтительнее отдавать растительным продуктам – цельнозерновым, овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

– *Исключение потребления алкоголя*, особенно при наличии артериальной гипертензии, других сердечно-сосудистых и цереброваскулярных болезней.

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

– *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.

– *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.

#### Варианты разгрузочных дней

Творожный	500 гр 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 корок на 5 приемов в течение дня
Яблочный	1,5 кг яблок (других ягод или фруктов) в 5 приемов
Калиевый	500 гр кураги и чернослива (размоченный) на 5 приемов
Молочный	6 стаканов молока теплого на весь день
Рыбный	400 гр отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
Мясной	400 гр отварного нежирного мяса (говядина, телятина, курица) с салатным листом в 4 приема

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. Простым, доступным и эффективным видом физической нагрузки является ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное – регулярно. 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.

#### **Гиперхолестеринемия. Дислипидемия. Нерацональное питание**

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 насыщенных 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 насыщенных (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 ю-3 ПНЖК, которые играют важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда.*

– *Рекомендуется сократить потребление продуктов, богатых холестерином (яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы с высоким содержанием жира), не более 200-300 мг пищевого холестерина в сутки. Желтки яиц желательно ограничить до 2-4 шт. в неделю.*

– *Повысить потребление продуктов, богатых пищевыми волокнами (не менее 25-30 г). Например, потребление в день 1 яблока, 1 апельсина, 6 шт. чернослива и 1/2 чашки вареной фасоли обеспечивает 20-30 г пищевых волокон или 400 г овощей, 100 г готовой каши и 15 г орехов. Особенно полезны так называемые растворимые пищевые волокна – пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.*

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

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

*Физическая активность* – прежде всего рекомендуется ходьба 30-40 мин в день, 5-7 раз в неделю и главное, чтобы такая физическая активность стала постоянной, жизненной привычкой, а не эпизодическим занятием. Если имеются заболевания сердца, АГ, болезни суставов или другие сопутствующие заболевания пациент должен быть обследован и определен его индивидуальный уровень физических нагрузок, желательно с тестированием (тредмил, велоэргометрия и др.). Любые рекомендации

по повышению интенсивности нагрузки как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме, тренировок и оздоровительных занятий требуют обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально – с 35-летнего возраста) даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

Нагрузка считается оптимальной, когда она проходит в аэробном режиме. Оптимальный режим аэробной нагрузки контролируется ЧСС, составляющий 60-75 % от максимальной и рассчитывается по формуле: «ЧСС = (220 – возраст человека) x (0,60,75)». 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.

### 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.

*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 правильно измерять и оценивать уровень 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 сахара до 10-25 г и менее (3-4 кусков) в течение дня. Сахар можно заменить сухофруктами.
- Белый хлеб лучше заменить – на серый или черный, с отрубями, еще лучше на цельнозерновой (200-300 г).
- Фрукты нужно выбирать не очень сладкие, нужно учесть, что много сахара в винограде, арбузе, бананах.

### Классификация уровней глюкозы в крови при нарушениях ее метаболизма (диагностические критерии)\*

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)

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



– 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 (см. таблицу). 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.

#### 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
Картофель 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

#### 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:

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5 м	3
	В течение 6-30 мин	2
	30-60 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 – по сумме 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 короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации; <3 баллов – отсутствие мотивации и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения).

Бросили бы вы курить, если бы это было легко?

Определенно нет – 0

Вероятнее всего, нет – 1

Возможно, да – 2 Вероятнее всего, да – 3

Определенно, да – 4

Как сильно вы хотите бросить курить –

Не хочу вообще – 0

Слабое желание – 1

В средней степени – 2

Сильное желание – 3

Однозначно хочу бросить курить – 4

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 разобрать с пациентом причины курения и причины для отказа от курения, привязывая к состоянию его здоровья, наличию факторов риска, или к другим факторам, важным лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить. При неудачных попытках 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 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 изменений\*

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

\* 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

Примеры открытых вопросов:

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

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)*
- *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 всеотрегулируется, 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 неприятна 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 желания отказа). Потенциал изменения курительного поведения определяется признанием пациентом вредных последствий своего поведения, признанием преимуществ изменения поведения, проявлением оптимистичного настроения в отношении изменения поведения и готовности к изменению поведения.

Некоторые советы, которые помогут курящему пациенту изменить курительное поведение:

- *Стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств;*
- *Объявить о своем стремлении бросить курить и начале жизни без табака окружающим, желателен близким и авторитетным людям, 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);*
- *Не бояться 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 потребления продуктов, богатых витаминами* – С (шпинат, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масла, зеленые овощи, зародыши пшеницы);

– *В качестве источника углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара;*

– *Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье* (несладкие минеральные воды, соки, овощные отвары);

– *Назначение отхаркивающих средств, щелочное питье для облегчения отделения мокроты;*

– *Избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывание в помещении, где курят;*

– *Психологическая, социальная поддержка окружающих, одобрительное отношение к не курению, способствуют закреплению отказа от курения;*

– *Физическая активность* – упражнения, бег, ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультурных залах. Расширение физической активности можно рекомендовать как здоровую альтернативу курению;

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

Подозрение на пагубное потребление алкоголя

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным пагубным потреблением 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 ситуацию, провоцирующую 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.

Подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств

В ходе углубленного профилактического консультирования пациента с выявленным пагубным потреблением наркотиков и психотропных средств 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 ситуацию, провоцирующую 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.*

Если пациент не готов к изменениям – повторить рекомендации и аргументировать необходимость снижения потребления наркотиков и психотропных средств с учетом состояния здоровья данного пациента, сопутствующих заболеваний, факторов риска, наследственности, семейных отношений, профессиональных факторов и др. Дать пациенту памятку и рекомендовать обратиться к врачу-наркологу.

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

## **6. Методические принципы группового профилактического консультирования (школ пациента)**

Школа пациента – является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания)\*. 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;*

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

– *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, 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:

– 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.

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

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

– организация группового консультирования должна проводиться в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

*Необходимо избегать наиболее частой ошибки при организации школы.* Школа пациентов, к сожалению, нередко подменяется «лекторием», когда темы объявляются

заранее в определенные дни и часы и на эти лекции приходят пациенты с самыми разными заболеваниями. Такая форма работы, хотя и весьма трудоемкая для медицинских специалистов, практически неэффективна, т.к. нарушаются главные принципы группового консультирования.

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

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

### Заключение

В заключение следует подчеркнуть, что среди многих проблем профилактики НИЗ, 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 НИЗ.

### Рекомендуемая литература

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

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

5. Профилактическое консультирование пациентов с избыточной массой тела и ожирением. // Пособие для врачей. ISBN978-5-98586-017-7, М.-2010.–118 с.

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. – 53 с.

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

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

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.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к методическим рекомендациям

Приложение № 1  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Форма

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство\*

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)  
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство \_\_\_\_\_  
(наименование вида медицинского вмешательства)

необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, .И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

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 определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его 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»\*\*.

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется в случае если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства.

Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  
к методическим рекомендациям

Приложение № 2  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Форма \_\_\_\_\_

### Отказ от медицинского вмешательства\*

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинской помощи в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от предложенного мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*  
вида медицинского вмешательства \_\_\_\_\_  
(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,  
участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанного вида медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении определенного вида медицинского вмешательства, в отношении которого оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Настоящая форма отказа от медицинского вмешательства не применяется в случае, если законодательством Российской Федерации установлена иная форма отказа от определенного вида медицинского вмешательства.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4  
к методическим рекомендациям

**Поименный и повозрастной список граждан терапевтического,  
в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача))  
№ \_\_\_\_\_ 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 2201__ году исполняется 99 лет					



**Календарный план-график прохождения диспансеризации гражданами терапевтического,  
в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача))  
по состоянию на 1 января 201\_ года**

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

дающие в осадок соли могут быть интерпретированы как проявление почечной патологии, либо совершенно затруднят процесс исследования. В таком случае анализ придется повторить.

- Лицам в возрасте 45 лет и старше 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 в возрасте старше 50 лет необходимо помнить, что лучше воздержаться от прохождения диспансеризации в течение 7-10 дней после любые 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 простатспецифического антигена в крови (онкомаркер рака предстательной железы).

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).

### **Какой документ получает гражданин по результатам прохождения диспансеризации?**

Каждому гражданину, прошедшему диспансеризацию выдается Паспорт здоровья, в который вносятся основные выводы (заключения, рекомендации) по результатам проведенного обследования.

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.

Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)

(фамилия, имя, отчество пациента, возраст – полных лет)

Наименование осмотра (исследования)	Где проводится (местонахождение, № кабинета)	Рекомендуемая последовательность прохождения осмотров (исследований)	Дата и подпись врача (иного медицинского работника о прохождении гражданином осмотра (исследования))
Измерение артериального давления			
Измерение внутриглазного давления			
Экспресс анализ на общий холестерин и глюкозу крови			
Осмотр фельдшером (акушеркой) в смогровом кабинете с взятием мазка с шейки матки (для женщин)*			
Осмотр врачом-неврологом (для граждан в возрасте 51, 57, 63, 69 лет)*			
Флюорография легких			
Маммография (для женщин)			
Электрокардиография (ЭКГ)*			
УЗИ органов брюшной полости (для граждан в возрасте 39, 45, 51, 57, 63, 69 лет)*			
Анализ крови на гемоглобин, лейкоциты, СОЭ			
Клинический (формула) анализ крови (для граждан в возрасте 39, 45, 51, 57, 63, 69 лет)*			
Биохимический общетерапевтический анализ крови (для граждан в возрасте 39, 45, 51, 57, 63, 69 лет)*			
Анализ крови на общий холестерин, холестерин низкой и высокой плотности, триглицериды (для граждан с общим холестерином крови 5 ммоль/л и более)			
Анализ крови на простат-специфический антиген (мужчинам старше 50 лет)*			
Общий анализ мочи*			
Анализ кала на скрытую кровь			
Осмотр участкового врача (фельдшера)/врача общей практики/семейного врача Профилактическое консультирование краткое		(заключительный)	
Второй этап диспансеризации*			
Осмотр участкового врача (фельдшера)/врача общей практики/семейного врача		(заключительный)	
Профилактическое консультирование краткое			

\* Не проводится при прохождении профилактического осмотра

**Основные результаты диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)**

<b>Ранее известные имеющиеся заболевания</b>		
Наследственность по болезням системы кровообращения	Отягощена по _____ Не отягощена. Не известно.	
Наследственность по злокачественным новообразованиям	Отягощена по _____ Не отягощена. Не известно.	
<b>Подозрение на заболевания, медицинские показания к обследованиям:</b>	Имеется (Да) Отсутствует (Нет)	<b>Впервые выявленные заболевания: (при возможности указывается стадия заболевания)</b>
Подозрение на наличие стенокардии напряжения		
Показания к проведению дуплексного сканирования брахицефальных артерий		
Показания к углубленному профилактическому консультированию (указать по каким факторам риска)		<b>Подозрение на хроническое неинфекционное заболевание, требующее дообследования</b>
Подозрение на наличие туберкулеза, хронического заболевания легких или новообразования легких		
Показания к проведению эзофагогастродуоденоскопии		<b>Группа здоровья</b>
Показания к консультации врача-специалиста на втором этапе диспансеризации (указать какого)		Взят под диспансерное наблюдение (указать кем) Да Нет
Показания к консультации врача-специалиста вне программы диспансеризации (указать какого)		Нуждается в дополнительном обследовании (лечении) Да Нет
<b>Поведенческие факторы риска</b>	<b>Значения параметров, потенциальных или имеющих биологических факторов риска</b>	Если «Да» указать (подчеркнуть): амбулаторном, стационарном специализированном, в том числе высокотехнологичном
Курение	Есть Нет АД мм рт.ст. _____ Гипотензивная терапия Есть Нет	Нуждается в санаторно-курортном лечении Да Нет
Риск пагубного потребления алкоголя или пагубное потребление алкоголя в-рояты	Есть Нет Индекс массы тела _____ кг/м <sup>2</sup> Вес _____ кг Окружность талии _____ см. Рост _____ см.	Суммарный сердечно-сосудистый риск (подчеркнуть) низкий, умеренный, высокий, очень высокий % Школа пациента (подчеркнуть) Проведена. Не проведена.
Подозрение на зависимость от алкоголя	Есть Нет Общий холестерин _____ ммоль/л Гиполипидемическая терапия Есть Нет	Углубленное профилактическое консультирование (подчеркнуть) Проведено. Не проведено.
Низкая физическая активность	Есть Нет Глюкоза _____ ммоль/л Гипогликемическая терапия Есть Нет	
Нерациональное питание	Есть Нет	Дата, ФИО и подпись врача-терапевта (фельдшера)

**АНКЕТА НА ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,  
АКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА И ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ  
ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА (АНКЕТИРОВАНИЯ)  
ГРАЖДАН ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

**Форма анкеты**

**на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития,  
туберкулеза и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

**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 повышенное артериальное давление?		
	Нет	да	
2.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?		
	Нет	да	
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?		
	Нет	да	
4.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?		
	Нет	да	
5.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?		
	Нет	да	
6.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеются заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)?		
	Нет	да	
7.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется заболевание почек?		
	Нет	да	
8.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?		
	Нет	да	
	если «ДА», то какое		
9.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?		
	Нет	да	
10.	Был ли инфаркт миокарда 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	не знаю
11.	Был ли 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	не знаю
12.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)		
	нет	да	не знаю
13.	Во зникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору либо спешите или выходите 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	
14.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?		
	нет	да	Принимаю нитроглицерин

15.	Во зникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно?	нет	да	
16.	Во зникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?	нет	да	
17.	Во зникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	нет	да	
18.	Во зникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь, обратиться за посторонней помощью (вызвать скорую медицинскую помощь)?	нет	да	
19.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	нет	да	
20.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	нет	да	
21.	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	
22.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	нет	да	
23.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	нет	да	
24.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	нет	да	
25.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Нет	да	
26.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	нет	да	Курил в прошлом
27.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?	нет	да	
28.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?	нет	да	
29.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)?	нет	да	
30.	Похмеляетесь ли Вы по утрам?	Нет	да	
31.	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	
32.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Нет	да	
33.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении пищи?	Нет	да	
34.	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	Нет	да	
35.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день?	Нет	да	
36.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?	Нет	да	
37.	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?	Нет	да	
38.	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?	Нет	да	
39.	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?	Нет	да	
40.	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?	нет	да	

41.	Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?		
	нет	да	
42.	Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?		
	нет	да	
43.	Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться?		
	нет	да	
	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)

#### Форма 2

Номера вопросов. Выявляемое заболевание, фактор риска, показание к обследованию	Заключение по ответам на вопросы (вносится в учетную форму «Маршрутная карта и основные результаты диспансеризации/профилактического осмотра»)
1-9 Заболевания в личном анамнезе	Ответ «НЕТ» – Заболеваний не выявлено. Ответ «ДА» – Заболевания выявлено (при отсутствии сомнений в объективности ответа). Указать наименование заболеваний с ответом «Да». При наличии сомнений в объективности ответа проводятся мероприятия по уточнению диагноза
10-12 Заболевания в семейном анамнезе	Ответ «НЕТ» – Анамнез не отягощен Ответ «ДА» – Анамнез отягощен по (указать заболевание с ответом «Да») Ответ «НЕ ЗНАЮ» – Анамнез не известен по (указать заболевание с ответом «Не знаю»)
13-14 Выявление стенокардии	Ответ «НЕТ» на оба вопроса: стенокардия при опросе не выявлена. Ответ «ДА» на один вопрос: диагноз стенокардии требует уточнения Ответ «ДА» на оба вопроса: наличие стенокардии вероятно. Снятие боли нитроглицерином подтверждает диагноз стенокардии
15-18 Выявление острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)	Ответ «НЕТ» на все вопросы: ОНМК при опросе не выявлено. Ответ «ДА» на все вопросы: наличие ОНМК высоко вероятно (консультация невролога, дуплексное сканирование брахицефальных артерий). Ответ «ДА» на 1, 2 или 3 вопроса: диагноз ОНМК вероятен и требует уточнения (консультация невролога, дуплексное сканирование брахицефальных артерий)
19-20 Выявление подозрения на туберкулез, хроническое заболевание или новообразование легких	Ответ «НЕТ» на оба вопроса: туберкулез, хроническое заболевание или новообразование легких при опросе не выявлены. Ответ «ДА» на 1 или 2 вопроса: диагноз туберкулеза, ХОБЛ или новообразования легких требует уточнения
21, 22, 25 Выявление показаний к эзофагогастродуоденоскопии	Ответ «НЕТ» на все вопросы: эзофагогастродуоденоскопия не показана. Ответ «ДА» на 1, 2 или 3 вопроса: эзофагогастродуоденоскопия показана.
22-24 Выявление показаний к консультации хирурга/проктолога и колоноскопии/ректороманоскопии	Ответ «НЕТ» на все вопросы: консультация хирурга/проктолога не показана Ответ «ДА» на любой вопрос – консультация хирурга/проктолога показана (колоноскопия/ректороманоскопия по рекомендации хирурга/проктолога)
26 Выявление табакокурения	Ответ «НЕТ» – не курит Ответ «ДА» – курит в настоящее время Показано профилактическое консультирование индивидуальное или групповое, отказ от курения
27-30 Выявление подозрения на пагубное потребление алкоголя	Ответ «НЕТ» на все вопросы: подозрение на пагубное потребление алкоголя не выявлено. Ответ «ДА» на все вопросы: целесообразна консультация психиатра-нарколога (за пределами программы диспансеризации). Ответ «ДА» на один из вопросов – выявлено подозрение на пагубное потребление алкоголя. Показано профилактическое консультирование
31 Выявление низкой физической активности	Ответ: «до 30 минут» – низкая физическая активность, показано профилактическое консультирование индивидуальное или групповое (школа здоровья) Ответ: «30 минут и более» – достаточная физическая активность
32-35 Выявление нерационального питания	Ответ «НЕТ» на вопрос 32 или 33 и/или ответ «ДА» на вопрос 34 или 35 – заключение: У пациента нерациональное питание. Показано профилактическое консультирование индивидуальное или групповое (школа здоровья)
36-40 Выявление подозрения на пагубное потребление алкоголя, наркотиков и психотропных средств	Ответ «ДА» на два и более вопросов – подозрение на наличие зависимости, показана консультация психиатра-нарколога (за пределами программы диспансеризации).

41-43 Выявление подозрения на патологию предстательной железы	Ответ «НЕТ» на все вопросы – подозрения на патологию предстательной железы не выявлено Ответ «ДА» на любой вопрос – показана консультация врача хирурга Ответ «ДА» на все вопросы – показан осмотр (консультация) врача- хирурга в ускоренном порядке (не позднее 2-х недель от момента анкетирования)
--	--

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9  
к методическим рекомендациям

**КАРТА УЧЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ)**

Фамилия, И.О. \_\_\_\_\_  
 Пол \_\_\_\_\_ Контактные телефоны \_\_\_\_\_  
 Номер медицинской карты амбулаторного больного \_\_\_\_\_  
 Номер врачебного участка \_\_\_\_\_

Год проведения									
Месяц проведения									
диспансеризация (Д), профилактический медицинский осмотр (ПО) (указать)									
Возраст пациента (полных лет)									
<b>Осмотры/консультирование проведен (число, месяц)</b>									
Врач-терапевт (фельдшер)									
Врач-терапевт (фельдшер)									
Фельдшер (акушерка) в смотровом кабинете									
Профилактическое консультирование краткое									
Врач-невролог									
Врач-хирург									
Врач-гинеколог									
Врач-уролог									
Врач-офтальмолог									
Профилактическое консультирование индивидуальное углубленное									
Профилактическое консультирование групповое (школа пациента)									
<b>Исследования проведено (число, месяц)</b>									
Анкетирование на выявление заболеваний и факторов риска их развития									
Тонометрия глаз (внутриглазное давление)									
Общий холестерин (экспресс анализ)									
Глюкоза (экспресс анализ)									
Флюорография легких									
Маммография									
Электрокардиография									
УЗИ органов живота									
Цитологическое исследование мазков с шейки матки									
Анализ крови на гемоглобин, лейкоциты, СОЭ									
Клинический анализ крови (формула)									
Общий анализ мочи									
Биохимический анализ крови общетерапевтический									
Тест на простат-специфический антиген (ПСА)									
Анализ кала на скрытую кровь									
Анализ крови на общий холестерин, холестерин низкой и высокой плотности, триглицериды									



Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе											
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий											
Эзофагогастродуоденоскопия											
Колоноскопия /ректороманоскопия											
Процент выполнения объема обследования 1 -го этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)											
Группа здоровья											
Подпись медицинского работника, заполнившего карту											
Год	Код заболевания по МКБ 10				Факторы риска развития заболеваний						
	Основное заболевание	Сопутствующие заболевания	Впервые выявленное заболевание, стадия (ранняя, запущенная)	Подозрение на хроническое неинфекционное заболевание, требующее дообследования							

				занными порядками не проводится данное исследование или осмотр специалиста, то в соответствующей ячейке проставляется два знака умножения или две буквы «XX», например:   XX .
--	--	--	--	--

**Инструкция по заполнению и использованию  
учетной формы  
«Карта учета диспансеризации  
(профилактического медицинского осмотра)  
граждан в возрасте 18 лет и старше**

1. «Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» (далее – Карта) граждан в возрасте 18 лет и старше является основным документом для учета проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения обслуживаемого медицинской организацией.

2. Карта содержит паспортную часть и медицинский раздел для учета проведенных врачами-специалистами осмотров, лабораторно-инструментальных исследований и регистрации заболеваний и факторов риска, выявленных при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

3. В медицинской части карты отмечается год проведения диспансеризации. Например, |2013|. Далее вписывается месяц(ы), например, | 08-09 | проведения диспансеризации или профилактического осмотра.

4. В пунктах, предназначенных для записи участвующих в проведении осмотров врачей-специалистов и лабораторно-инструментальных исследований, вписывается состав специалистов и набор лабораторно-инструментальных исследований в соответствии с требованиями Порядка диспансеризации отдельных групп взрослого населения, введенного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от № 1006н и Порядком проведения профилактического медицинского осмотра, введенного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от № 1011н.

В отведенной ячейке указываются число и месяц, проведенного осмотра, исследования, например, дата «8 мая» записывается: | 08/05|. Если в соответствии с возрастом и полом пациента ему в соответствии с вышеука-

занными порядками не проводится данное исследование или осмотр специалиста, то в соответствующей ячейке проставляется два знака умножения или две буквы «XX», например: | XX|.

5. Сведения о проведенных осмотрах и исследованиях пациента в рамках проведения диспансеризации или профилактического осмотра вносятся в Карту на основании выписки данных сведений из медицинской карты амбулаторного больного (ф. N025/у) и Маршрутной карты диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от № (далее по тексту – Маршрутная карта).

6. Все осмотры/консультирования, лабораторно-инструментальные исследования, проведенные пациенту ранее (вне рамок настоящей диспансеризации или профилактического осмотра), но использованные для целей настоящей диспансеризации или профилактического осмотра отмечаются овалом, например: (08/05)

*Электрокардиография*

7. Если при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) в течение календарного года не был проведен осмотр врачом по одной из специальностей или не выполнены отдельные виды исследований из-за письменного отказа пациента, в соответствующей ячейке за данный год вписывается слово «Отказ» | Отказ|, а диспансеризация (профилактический осмотр) считается незавершенной из-за отказа пациента. При отсутствии письменного отказа пациента от прохождения осмотра или исследования в соответствующей ячейке за данный год проставляются прочерк | – |, а диспансеризация (профилактический осмотр) считается незавершенной по организационным причинам.

8. Профилактически осмотренными с целью выявления больных туберкулезом считаются лица: в возрасте 18 лет и старше, прошедшие флюорографию, рентгеноскопию или компьютерную томографию легких.

9. В строках «Впервые выявленные при диспансеризации (профилактическом осмотре) заболевания» вписываются диагнозы и коды болезней (по МКБ 10), выявленные впервые при проведении диспансеризации (профи-

лактического медицинского осмотра), при возможности указывается стадии заболевания. В этих же строках в разделе «Факторы риска развития заболеваний», указываются в сокращенной форме все имеющиеся у пациента факторы риска, внесенные в Маршрутную карту пациента, при этом используются следующие сокращения (аббревиатуры): ↑АД – повышенный уровень артериального давления; ↑ХС – дислипидемия; Курение – потребление табака; ↑Алк – подозрение на пагубное потребление алкоголя; ↑↑Алк – подозрение на зависимость от алкоголя; (-)Питание – нерациональное питание; ↓ФА – низкая физическая активность; ↑МТ – избыточная масса тела, ОжI – ожирение первой степени; ОжII – ожирение второй степени; ОжIII – ожирение третьей степени.

10. Из заполненных в медицинской организации «Карт учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» формируется единая централизованная картотека, организованная по участковому принципу.

10.1 При наличии в городских поликлиниках цеховых участков на обслуживаемые ими контингенты формируются отдельные картотеки.

10.2. Учреждения, не имеющие участкового деления, хранят карты в целом по учреждению.

10.3. Самостоятельные картотеки организуются в медико-санитарных частях, а также на здравпунктах тех предприятий, персонал которых не прикреплен к поликлинике для медицинского обслуживания по цеховому принципу.

11. Картотеки диспансеризуемых в сельском административном районе организуются: в ЦРБ и районной больнице – на население, проживающее в районном центре и приписном участке, с выделением территориальных, цеховых и приписных участков; в сельских амбулаториях и участковых больницах – с выделением проживающих в отдельных населенных пунктах, за исключением поселений, обслуживаемых фельдшерско- акушерскими пунктами; по фельдшерско-акушерским пунктам – на все население, проживающее в зоне обслуживания учреждения.

12. Картотеки формируются и ведутся отделением (кабинетом) медицинской профилактики или назначен-

ным администрацией медицинской организации ответственным работником.

13. В обязанности должностного лица, ответственного за работу с картотекой, входит:

13.1. Подготовка карт учета к рабочему состоянию, т.е. контроль правильности заполнения карт, участие в заполнении, рейтингование карт и прочее.

13.2. Введение новых карт в массив картотеки и своевременное изъятие либо замена отработанных карт.

13.3. Текущая и своевременная разноска данных о проведенных и «незавершенных» диспансерных обследованиях из первичных медицинских документов в карты учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра).

13.4. Участие в работе по составлению и подготовке отчетных данных по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам.

13.5. Контроль за аккуратным заполнением карт учета, бережной эксплуатацией и сохранностью картотеки, а также соблюдением режима по допуску лиц, которым разрешена работа с картотекой.

14. Картотеки являются местом накопления, хранения и получения данных о диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах и в целях:

14.1. Планирования работы данного учреждения, его структурных подразделений и отдельных специалистов по подготовке и проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (на предстоящий год, квартал, месяц и т.д.).

14.2. Контроля и управления ходом проведения диспансеризации (фактический охват населения первичной диспансеризацией, полнота обследований, проведенных фактически по отношению к планируемому и т.д.).

14.3. Составления отчетных данных.

15. «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» после окончания ее использования (полном заполнении) или при выбытии лица из района обслуживания хранится в учреждении в течение одного года после последнего отчетного года.

16. На лиц, допускаемых к работе с картотекой (врачи, участковые медицинские сестры, медицинские регистраторы и т.д.), составляется список, который утверждает главный врач учреждения.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10  
к методическим рекомендациям

## Министерство здравоохранения Российской Федерации

Приложение к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ** Медицинская документация  
Учетная форма № 025/у-ПЗ -Д

Утверждена приказом Минздрава России от \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Пол: муж., жен.

3. Дата рождения: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
число                      месяц                      год

4. Адрес: ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кор \_\_\_\_\_ кв \_\_\_\_\_

5. Страховой полис: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
наименование страховой кампании \_\_\_\_\_

6. СНИЛС: \_\_\_\_\_

7. Наблюдается поликлиникой \_\_\_\_\_

8. Телефоны поликлиники: \_\_\_\_\_

9. Амбулаторная карта № \_\_\_\_\_

10. № участка \_\_\_\_\_

11. Ф.И.О. участкового врача-терапевта (врача общей практики (семейного) \_\_\_\_\_

Сигнальные отметки \_\_\_\_\_

Группа и R-принадлежность крови: \_\_\_\_\_

Лекарственная непереносимость: \_\_\_\_\_

Аллергические реакции \_\_\_\_\_

### 1. Группа здоровья

Вид медицинского осмотра (Д/ПО)*	Годы				
	2013	2014	2015	2016	2017
Дата					
Группа здоровья					
Подпись врача					

Примечание: Д – диспансеризация; ПО – профилактический осмотр

I группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

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

III группа здоровья – граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

### 2. Диагноз заболевания

Дата установления	Диагноз

Примечание: заполняется с согласия гражданина

### 3. Основные показатели

№ пп		Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1	Рост (см)					
2	Вес (кг)					
3	Индекс массы тела*					
4	Общий холестерин (ммоль/л)					

5	Глюкоза крови (ммоль/л)					
6	АД (мм рт.ст.)					

\* Индекс массы тела – отношение веса (кг) к росту (м<sup>2</sup>)

### 4. Факторы риска

		2013	2014	2015	2016	2017
1	Отягощенная наследственность (указать заболевания*)					
2	Потребление табака (есть, нет)					
3	Повышенное АД (есть, нет)					
4	Ожирение (есть, нет)					
5	Низкая физическая активность (есть, нет)					
6	Дислипидемия (есть, нет)					
7	Нерациональное питание (есть, нет)					
8	Гипергликемия (есть, нет)					
9	Подозрение на пагубное потребление алкоголя (есть, нет)					
10	Суммарный риск ССЗ, %					
	Подпись врача					

\*Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца; МИ – мозговой инсульт, ЗН – злокачественные новообразования; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; СД – сахарный диабет; ГБ – гипертоническая болезнь. АД- артериальное давление ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания,

### 5. Профилактические мероприятия

Дата	Наименование (указать – углубленное консультирование; школа пациента)	Подпись врача

### 6. Рекомендации врача

Дата	Рекомендации / дата очередного визита	Подпись врача


### 7. Целевые уровни факторов риска

Артериальное давление	Ниже 140/90 мм рт.ст.
Общий холестерин крови	Ниже 5,0 ммоль/л
Глюкоза крови	5,6-6,0 ммоль/л
Норма массы тела (по индексу массы тела)	Менее 25,0 кг/м <sup>2</sup>
Окружность талии: Мужчины женщины	Менее 94 см Менее 80 см

### 8. Классификация массы тела (индекс массы тела)

Дефицит массы тела	<18,5
норма	18,5-24,9
избыточная масса тела	25-29,9
Ожирение 1 степени	30,0-34,9
Ожирение 2 степени	35,0-39,9
Ожирение 3 степени	40 и более

### 9. Базовые рекомендации по здоровому образу жизни

Здоровое (рациональное) питание:

- сбалансированность питания по энергопоступлению и энерготратам для поддержания оптимального веса тела и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);
- ограничение потребления соли (не более 5 г в день – 1 чайная ложка без верха) и быстроусвояемых сахаров;
- ограничение животных жиров с частичной заменой на растительные жиры;
- 2-3 раза в неделю блюда желателно из жирной морской рыбы;
- 400-500 грамм фруктов и овощей ежедневно (не включая картофеля);
- цельнозерновые продукты (хлеб, крупы).

**Отказ от курения:** курение – один из основных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологических и других хронических заболеваний.

Пассивное курение также вредно, как и активное.

Нет безопасных доз и форм табака.

Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения.

**Оптимальная физическая активность**, полезная для здоровья – ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю (при заболеваниях – рекомендации дает врач индивидуально).

**Рекомендуется:**

- самоконтроль веса тела, артериального давления, желателно знать и контролировать периодически уровень холестерина и сахара крови.

- соблюдать врачебные рекомендации и назначения, периодически проходить медицинские осмотры (диспансерные, профилактические).
- поддерживать показатели факторов риска на целевых уровнях
- важно знать правила действий при неотложных состояниях, вероятность развития которых наиболее высокая, обеспечить своевременный (ранний) вызов скорой медицинской помощи.

### ПАМЯТКА

#### Порядок неотложных действий граждан, не имеющих специальной медицинской подготовки, при внезапной смерти человека в их присутствии, при сердечном приступе и остром нарушении мозгового кровообращения

В Российской Федерации около 80 % всех смертей происходит вне медицинских организаций – дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. При этом значительная их часть происходит по механизму внезапной смерти, а также в период самых первых проявлений инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения. Сердечный приступ очень часто является первым проявлением инфаркта миокарда. Это обстоятельство требует, чтобы каждый гражданин России знал основные проявления и порядок неотложных действий при их возникновении.

**I. Внезапная смерть.** Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие внезапной остановки сердца.

**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 псевдодыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что то сказать.

**Последовательность неотложных действий.**

- Если человек внезапно потерял сознание – сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи (при наличии помощника – он вызывает 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.

- 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 (методика закрытого массажа сердца схематично представлена на рисунке).

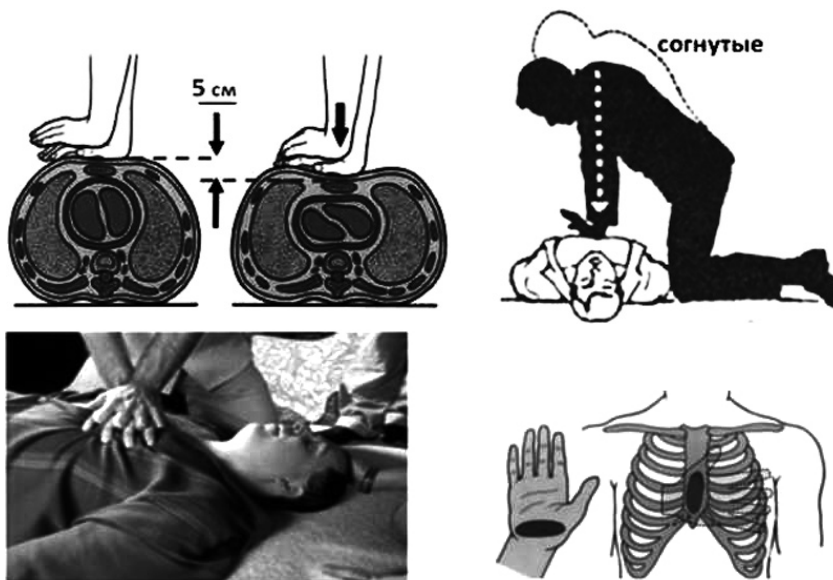


Рис. 2. Иллюстрация методики проведения закрытого массажа сердца.

- 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 СМП.

- 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.

## II. Сердечный приступ (инфаркт миокарда). Характерные признаки (симптомы).

- 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

### 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.

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.

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет возможности вызвать скорую помощь, то попросите кого-нибудь довести 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:

- Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- 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 (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 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, розуваостатин) 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 выраженном 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.

### **III Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Основные признаки (симптомы):**

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

**При внезапном появлении любого из этих признаков срочно вызывайте бригаду скорой помощи, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут**

#### **Алгоритм действий до прибытия бригады скорой помощи.**

- При возникновении ОНМК необходимо следовать инструкции полученной ранее от лечащего врача, если такой инструкции не было действовать согласно следующему алгоритму:
- Если больной без сознания положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит.
- Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду.
- Возьмите 2 таблетки глицина и положите их под язык больному.

**• Что ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин принятые в первые 5 мин. могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают летальность от него**

**• Что состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии сердечного приступа и ОНМК – около 30 % лиц внезапно умерших на дому находились в состоянии алкогольного опьянения.**

• Измерьте температуру тела больного. Если она 38 градусов Цельсия 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 или продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты, обернутые полотенцем.

• Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

• Если прибытие скорой помощи задерживается, измерьте больному артериальное давление и если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.

• Если пострадавшему трудно глотать и у него каплет 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.

• Далее до прибытия бригады скорой помощи больному необходимо класть под язык по 1-2 таблетки глицина с интервалом 5-10 мин (в общей сложности не более 10 таблеток).

#### **ПОМНИТЕ!**

**• Что закрытый массаж сердца, проведенный в первые 60-120 секунд после внезапной остановки сердца позволяет вернуть к жизни до 50 % больных**

**• 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**

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ № 11 к методическим рекомендациям**

Паспорт заполняется медицинским учреждением и хранится у пациента.

### **СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК (прогностическое значение и методика определения)**

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

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

**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**

Рис. 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<sup>4</sup> мг/дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

АД сист., мм. рт. ст.	Некурящие						Курящие					
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
<i>Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л</i>												

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

сердечно-сосудистых заболеваний за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.

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

Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

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

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

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

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

Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE >10 % считается очень высоким.

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

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска к ведению здорового образа жизни может быть полезным срав-

нение 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»).

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а относительный суммарный сердечно-сосудистый риск с использованием шкалы, представленной на рисунке 2.

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

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.

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

- у людей с низкой физической активностью (сидячей работой) и центральным ожирением (избыточная масса тела в большей степени увеличивает риск у молодых людей, чем у пожилых пациентов);
- у социально обездоленных лиц;
- у лиц с сахарным диабетом: шкалу SCORE следует использовать только у пациентов с сахарным диабетом I типа без поражения органов-мишеней (риск возрастает с увеличением концентрации сахара в крови);
- у лиц с низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности, с повышенным содержанием



триглицеридов, фибриногена, аполипопротеина В (апоВ) и липопротеина(а) [Лр(а)], особенно в сочетании с семейной гиперхолестеринемией,

- у лиц без клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения, но с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий;
- у лиц с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 mL/min/1,73 м<sup>2</sup>];
- у лиц с семейным анамнезом преждевременного (раннего) развития сердечнососудистых заболеваний у ближайших родственников.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12  
к методическим рекомендациям

**ПОРЯДОК И СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 25 ДЕКАБРЯ 2001 Г. № 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 противотуберку-

лезных 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 тубер-

кулеза определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 13  
к методическим рекомендациям

**Календарный план-график прохождения диспансеризации населением,  
находящимся на медицинском обслуживании в медицинской организации в 201\_ году**

Месяц, рабочие дни	ФИО гражданина	пол	возраст	ФИО участкового врача	Дата прохождения диспансеризации	
					1-го этапа	2-го этапа
Январь						
	Иванов И.И.	м	27	М.И. Коломоец		
	Петрова П.И.	ж	39	М.И. Коломоец		
	Сидоров В.Е.	м	69	М.И. Коломоец		
	Кузнецова М.П.	ж	21	С.И. Дибров		
	Степанова О. Ф.	ж	72	С.И. Дибров		
января	Дацук М.П.	м	36	С.И. Дибров		
	Ульянова Е.П.	ж	87	С.И. Дибров		
	Маринин В.С.	м	45	С.И. Дибров		
	Соловьева И.И.	ж	42	О.М. Ульянова		
	Трепольский Б.М.	м	75	О.М. Ульянова		
января						

**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**

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)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Измерение артериального давления	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Антропометрия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Определение уровня общего холестерина в крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Определение уровня глюкозы в крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7. Измерение внутриглазного давления																												
8. Клинический анализ крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9. Клинический анализ крови развернутый																												
10. Общий анализ мочи	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11. Анализ крови биохимический общетерапевтический																												
12. Определение уровня простатспецифического антигена в крови																												
13. Исследование кала на скрытую кровь																												
14. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости																												
15. Флюорография легких	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
16. Электрокардиография (в покое) <sup>1</sup>																												
17. Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога																												
18. Прием (осмотр) врача-терапевта	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Всего (100 %) мероприятий	10	10	10	10	10	11	12	12	13	13	15	14	15	14	15	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	14
Окруленное число мероприятий, составляющее 85 % от всего объема	9	9	9	9	10	11	11	11	11	11	13	12	13	12	13	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11

<sup>1</sup>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.**

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)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Измерение артериального давления	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Антропометрия	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Определение уровня общего холестерина в крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Определение уровня глюкозы в крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7. Измерение внутриглазного давления																												
8. Осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9. Клинический анализ крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10. Клинический анализ крови развернутый																												
11. Общий анализ мочи	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12. Анализ крови биохимический общетерапевтический																												
13. Маммография																												
14. Исследование кала на скрытую кровь																												
15. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости																												
16. Флюорография легких																												
17. Электrokардиография (в покое) <sup>1</sup>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
18. Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога																												
19. Прием (осмотр) врача-терапевта	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Всего (100 %) мероприятий, число	11	11	11	11	11	11	13	13	15	15	16	15	16	15	16	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	14	15	15
Округленное число мероприятий, составляющее 85 % от всего объема <sup>2</sup>	10	10	10	10	10	10	11	11	13	13	14	13	14	13	14	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	13

<sup>1</sup>Для женщин в возрасте до 45 лет при первичном прохождении диспансеризации.

<sup>2</sup> При отказе гражданина от прохождения какого-либо исследования или при зачтении мероприятий, проведенных гражданином ранее вне рамок диспансеризации, они вычитаются из общего числа медицинских мероприятий, положенных к исполнению при диспансеризации, и от полученного числа рассчитывается число мероприятий, составляющее 85 %.

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.

#### ПРИЛОЖЕНИЕ № 15 к методическим рекомендациям

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН)

#### Основные цели профилактического медицинского осмотра

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 80 % всей инвалидности и смертности населения нашей страны.

Кроме того, профилактический медицинский осмотр направлен 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.

#### Где и когда можно пройти профилактический медицинский осмотр

Граждане проходят профилактический медицинский осмотр в медицинской организации по месту жительства, работы, учебы или выбору гражданина, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь.

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

Сколько времени занимает прохождение профилактического медицинского осмотра

Прохождение профилактического медицинского осмотра, как правило, требует два визита. Первый визит занимает ориентировочно 2-3 часа. Второй визит через

1-2 дня (зависит от длительности времени необходимого для поступления к врачу результатов Ваших исследований) к участковому врачу по времени занимает около 1 часа.

Если по результатам профилактического медицинского осмотра 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 дополнительное исследование или на углубленное профилактическое консультирование.

#### Как пройти профилактический медицинский осмотр 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 профилактического медицинского осмотра

• Для прохождения профилактического медицинского осмотра желательно прийти в медицинскую организацию (поликлинику) утром, на голодный желудок, до выполнения каких-либо физических нагрузок, в том числе и утренней физической зарядки.

• Лицам в возрасте 45 лет и старше 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 каталазы и пероксидазы (огурцы, хрен, цветная капуста), исключить прием железосодержащих лекарственных препаратов, в том числе гематогена, отменить прием аскорбиновой кислоты, ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и других нестероидных противовоспалительных средств, 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 или медсестры). Дефекация за несколько дней до сдачи анализа и в день анализа должна осуществляться только естественным путем. Избегайте попадания мочи и чрезмерного разжижения образца фекалий водой из чаши туалета. Это может быть причиной неправильного результата.

• Для сбора кала предпочтительно использовать промышленно произведенные специальные стерильные контейнеры (емкости) для биопроб, которые можно приобрести в аптеке. На емкость с калом необходимо прикрепить/приклеить этикетку со своей фамилией и инициалами.

• Если Вы в текущем или предшествующем году проходили медицинское обследование возьмите документы подтверждающие это и покажите их медицинским работникам перед началом прохождения диспансеризации.

**Какой документ получает гражданин по результатам прохождения профилактического медицинского осмотра**

Информация о проведении профилактического медицинского осмотра и основные его результаты вносятся участковым врачом (фельдшером) в Паспорт здоровья, который выдается гражданину.

**Регулярное прохождение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров позволит Вам в значительной степени уменьшить вероятность развитие 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 № 16  
к методическим рекомендациям

**ФОРМА АНКЕТЫ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ, ТУБЕРКУЛЕЗА И ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА**

Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан при прохождении профилактического медицинского осмотра

**Форма 1**

	Дата обследования (день, месяц, год)		
	Ф.И.О. Пол		
	Дата рождения (день, месяц, год) Полных лет		
	Поликлиника №	Участковый врач/врач общей практики/семейный врач	
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление?		
	нет	да	
2.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?		
	нет	да	
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)?		
	нет	да	
4.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)?		
	нет	да	
5.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет?		
	нет	да	
6.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание?		
	нет	да	
	если «ДА», то какое		
7.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких?		
	нет	да	
8.	Был ли инфаркт миокарда 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	не знаю
9.	Был ли 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	не знаю
10.	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)		
	Нет	да	не знаю
11.	Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или выходите 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	
12.	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут?		
	нет	да	Принимаю нитроглицерин
13.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге, или руке и ноге одновременно?		
	Нет	да	
14.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица?		
	Нет	да	
15.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		
	Нет	да	
16.	Возникало ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе, в связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь в постель, обратиться за посторонней помощью (вызвать бригаду скорой помощи)?		
	нет	да	
17.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?		
	нет	да	
18.	Бывало ли у Вас кровохарканье?		
	нет	да	
19.	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты, или увеличения физической активности и пр.)?		
	Нет	да	
20.	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		
	Нет	да	
21.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?		
	Нет	да	
22.	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?		
	нет	да	
23.	Курите ли Вы? (курение – одной и более сигарет в день)		
	Нет	да	Курил в прошлом
24.	Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя?		
	Нет	да	
25.	Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя?		
	Нет	да	
26.	Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?		
	Нет	да	
27.	Похмеляетесь ли Вы по утрам?		
	Нет	да	
28.	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	
29.	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)		
	Нет	да	
30.	Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении?		
	Нет	да	
31.	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?		
	Нет	да	
32.	Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день?		
	Нет	да	
33.	Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию?		

	Нет	да	
34	Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве?		
	Нет	да	
35	Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики?		
	Нет	да	
36	Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков?		
	Нет	да	
37	Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков?		
	Нет	да	

## ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА (АНКЕТИРОВАНИЯ)

Форма 2

Номера вопросов. Выявляемое заболевание, фактор риска, показание к обследованию	Заключение по ответам на вопросы (вносится в учетную форму «Маршрутная карта и основные результаты диспансеризации/профилактического осмотра»)
1 -7 Заболевания в личном анамнезе	Ответ «НЕТ» – Заболеваний не выявлено. Ответ «ДА» – Заболевание выявлено. Указать наименование заболеваний с ответом «Да»
8-10 Заболевания в семейном анамнезе	Ответ «НЕТ» – Анамнез не отягощен Ответ «ДА» – Анамнез отягощен по (указать заболевание с ответом «Да») Ответ «НЕ ЗНАЮ» – Анамнез не известен по (указать заболевание с ответом «Не знаю»)
11-12 Выявление стенокардии	Ответ «НЕТ» на оба вопроса: стенокардия при опросе не выявлена. Ответ «ДА» на один вопрос: диагноз стенокардии требует уточнения Ответ «ДА» на оба вопроса: наличие стенокардии вероятно. Снятие боли нитроглицерином подтверждает диагноз стенокардии
13-16 Выявление ранее перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения	Ответ «НЕТ» на все вопросы: данных за ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения при опросе не выявлено. Ответ «ДА» на все вопросы: наличие ранее перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения высоко вероятно (консультация невролога, доплерография или дуплексное сканирование брахицефальных артерий). Ответ «ДА» на 1, 2 или 3 вопроса: ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения вероятно и диагноз требует уточнения (консультация невролога)
17-18 Выявление подозрения на туберкулез, хроническое заболевание или новообразование легких	Ответ «НЕТ» на оба вопроса: туберкулез, хроническое заболевание или новообразование легких при опросе не выявлены. Ответ «ДА» на 1 или 2 вопроса: диагноз туберкулеза, хронического заболевания или новообразования легких требует уточнения
19 и 22 Выявление показаний к эзофагогастродуоденоскопии	Ответ «НЕТ» на оба вопроса: эзофагогастродуоденоскопия не показана. Ответ «ДА» на 1 или 2 вопроса: эзофагогастродуоденоскопия показана.
19, 20, 21 Выявление показаний к консультации хирурга/проктолога и колоноскопии/ ректороманоскопии	Ответ «НЕТ» на все вопросы: консультация хирурга/проктолога не показана Ответ «ДА» на любой вопрос – консультация хирурга/проктолога показана (колоноскопия/ректороманоскопия по рекомендации хирурга/проктолога)
23 Выявление табакокурения	Ответ «НЕТ» – не курит Ответ «ДА» – курит в настоящее время Показано профилактическое консультирование индивидуальное или групповое, отказ от курения





24-27 Выявление проблем с потреблением алкоголя	Ответ «НЕТ» на все вопросы: избыточного потребления алкоголя не выявлено. Ответ «ДА» на все вопросы: целесообразна консультация психиатра-нарколога Ответ «ДА» на один из вопросов – выявлены проблемы с алкоголем. Показано профилактическое консультирование
--	--

28 Выявление низкой физической активности	Ответ: «до 30 минут» – низкая физическая активность, показано профилактическое консультирование индивидуальное или групповое (школа здоровья) Ответ: «30 минут и более» – достаточная физическая активность
29-32 Выявление нерационального питания	Ответ «НЕТ» на вопрос 29 и/или 30 или ответ «ДА» на вопрос 31 и/или 32 – заключение: У пациента нерациональное питание. Показано профилактическое консультирование индивидуальное или групповое (школа пациента)
33-37 Выявление проблем с потреблением алкоголя наркотиков и психотропных средств	Ответ «ДА» на два и более вопросов – подозрение на наличие зависимости, показана консультация врача психиатра-нарколога

ВР – время реакции  
 ВСР – вариабельность сердечного ритма  
 ЖЕЛ – жизненная емкость легких  
 ЖМТ – жировая масса тела  
 ЗОЖ – здоровый образ жизни  
 ИДС – ишемическая болезнь сердца  
 ИМТ – индекс массы тела  
 ИМ – инфаркт миокарда  
 КЖС – кожно-жировая складка  
 ЛПИ – лодыжечно-плечевой индекс  
 ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения  
 ЛФК – лечебная физкультура  
 МСВ – максимальная скорость выдоха  
 МТ – масса тела  
 НИЗ – неинфекционные заболевания  
 ОВО – объем воды в организме  
 ОМП – окружность мышц плеча  
 ОМС – обязательное медицинское страхование  
 ОП – окружность плеча  
 ОТ – окружность талии  
 ОФВ1 – объем форсированного выдоха за 1 секунду  
 ПАВ – психоактивные вещества  
 ПК – персональный компьютер  
 ПТ – пероральный тест  
 РМТ – рекомендуемая масса тела  
 СД – сахарный диабет  
 ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания  
 ТГ – триглицериды  
 ТМТ – тощая масса тела  
 ФА – физическая активность  
 ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких  
 ФР – факторы риска  
 ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких  
 ХС – холестерин  
 ХС ЛВП – холестерин липопротеинов высокой плотности  
 ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности  
 ЦЗ – центр здоровья  
 ЦНС – центральная нервная система  
 ЭКГ – электрокардиография

#### ПРИЛОЖЕНИЕ IV

### ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

##### Аннотация

Методические рекомендации содержат описание организации оказания медицинской помощи населению в центрах здоровья.

Формирование здорового образа жизни населения является важным направлением в процессе модернизации российского здравоохранения – при сохранении усилий совершенствования процесса диагностики и лечения заболеваний. В современных условиях важнейшей компонентой формирования успеха в снижении смертности от неинфекционных заболеваний является обеспечение комплексного подхода к формированию здорового образа жизни населения, что на должном уровне должны обеспечивать центры здоровья.

Методические рекомендации предназначены для руководителей и врачей центров здоровья, врачей терапевтов, кардиологов, врачей общей практики, специалистов службы медицинской профилактики.

Авторы: Кривонос О.В., Бойцов С.А., Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Нероев В.В., Тутельян В.А., Батурич А.К., Погожева А.В., Брюн Е.А.

##### Список сокращений

SCORE – Systematic Coronary Risk Estimation  
 Ppm – parts per million  
 АГ – артериальная гипертония  
 АД – артериальное давление  
 АО – абдоминальное ожирение  
 АПК – аппаратно-программный комплекс  
 БИА – биоимпедансный анализ  
 БМТ – безжировая масса тела  
 ВГД – внутриглазное давление  
 ВИЧ – вирус иммунодефицита человека  
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

##### Введение

Основными причинами смерти населения большинства стран мира являются неинфекционные заболевания (НИЗ), к которым в первую очередь относятся сердечно-сосудистая патология, злокачественные новообразования, хронические респираторные болезни и сахарный диабет (СД). В Российской Федерации данные заболевания служат причиной 75 % всех смертей, при этом 56 % из них приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в значительной степени обусловленные преждевременной смертностью среди мужчин среднего возраста. Эту преждевременную смертность по большей части можно было бы избежать с помощью профилактических мероприятий, снижающих уровень подверженности отдельных людей и населения в целом факторам риска (ФР) НИЗ. ФР для основных НИЗ являются общими. К важнейшим из них относятся так называемые поведенческие ФР –

курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность (ФА) и избыточное потребление алкоголя. Артериальная гипертензия (АГ) и гиперхолестеринемия (основные биологические ФР НИЗ) в значительной степени являются вторичными в отношении поведенческих, поэтому образ жизни и связанные с ним стереотипы поведения оказывают более существенное влияние на здоровье населения. Вклад здорового образа жизни (ЗОЖ) в здоровье человека составляет более 50 %.

Формирование ЗОЖ у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о ФР для их здоровья, создания мотивации к ведению ЗОЖ и обеспечения условий для его ведения, в том числе возможностей для поддержания достаточного уровня ФА и доступности продуктов для здорового питания.

Формирование ЗОЖ населения является важным направлением в процессе модернизации российского здравоохранения – при сохранении усилий совершенствования процесса диагностики и лечения заболеваний реальное обеспечение приоритета ЗОЖ и профилактики.

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

#### **Регламент работы и вопросы организации ЦЗ**

ЦЗ были созданы и функционируют в соответствии со следующими приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

1) № 302н от 10 июня 2009 года «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 года № 413» [1];

2) № 597н от 19 августа 2009 года «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [2];

3) № 430н от 8 июня 2010 года «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [3];

4) № 152н от 16 марта 2011 года «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [3];

5) № 328н от 19 апреля 2011 года «О внесении изменений в приложения № 1-5 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года № 597н. Зарегистрировано в Минюсте 4 мая 2011, № 20656 [5];

6) № 1074н от 26 сентября 2011 года «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года № 597н». Зарегистрировано в Минюсте РФ 17 ноября 2011 года. Регистрационный № 22330 [6];

7) Проект Положения о центре здоровья у взрослых (Приложение № 34 к Порядку организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению) [7].

В рамках реализации мероприятий по формированию ЗОЖ и сохранению здоровья граждан Российской

Федерации в настоящее время в 83 субъектах России работают на бесплатной основе 502 ЦЗ для взрослых и 193 ЦЗ для детей. Один ЦЗ рассчитан на 200 тысяч населения. Координационно-методические функции для всех ЦЗ выполняет Федеральный координационно-методический центр, созданный по распоряжению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации на базе ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр» Минздравсоцразвития России.

#### **Основными задачами ЦЗ являются:**

1) формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;

2) мотивирование их к отказу от вредных привычек, в том числе отказу от потребления алкоголя и табака;

3) повышение информированности граждан о ФР НИЗ, а также знаний и навыков по ведению ЗОЖ;

4) выявление ФР сердечно-сосудистых и других НИЗ;

5) выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых и других НИЗ и, при необходимости, направление к соответствующим специалистам;

6) консультирование граждан по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;

7) координация с медицинскими и немедицинскими учреждениями по организации профилактических мероприятий.

ЦЗ является структурным подразделением поликлиники, больницы, госпиталя, медсанчасти, диспансера и других медицинских учреждений здравоохранения государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее – ЛПУ).

Штаты ЦЗ утверждаются руководителем ЛПУ в соответствии с действующими штатными нормативами. ЦЗ возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем ЛПУ. Заведующий ЦЗ назначается при наличии не менее 8 врачебных должностей. Врачебные должности для обеспечения приема взрослого населения в ЦЗ устанавливаются из расчета 0,4 должности врача на 10 тысяч населения. Должности медицинских сестер устанавливаются из расчета не менее 1 на 1 должность врача, младшего медицинского персонала – из расчета не менее 1 на 4 должности врача.

На должность заведующего ЦЗ и врачей ЦЗ назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 года № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 года, № 14292), по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье, терапия, педиатрия, гигиеническое воспитание, общая врачебная практика (семейная медицина), аллергология и иммунология, восстановительная медицина, диетология, лечебная физкультура и спортивная медицина, кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, психиатрия-наркология, стоматология профилактическая, медицинская психология и имеющие соответствующую подготовку по вопросам ЗОЖ и медицинской профилактики.

На должность медицинской сестры ЦЗ назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения.

ранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 года № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 года № 18247).

На должность гигиениста стоматологического ЦЗ назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 года № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 года № 18247) по специальности «Стоматология профилактическая».

Юридический адрес и адрес местонахождения ЦЗ соответствует таковым государственного (областного) или муниципального ЛПУ, в структуре которого он сформирован.

Затратная составляющая текущего финансирования ЦЗ ведется из средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС).

Работа ЦЗ осуществляется по 2-сменному графику в часы работы ЛПУ.

Структура ЦЗ утверждается руководителем ЛПУ, в составе которого он организован. В структуру ЦЗ рекомендуется включать:

- кабинеты врачей,
- кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе (АПК),
- кабинеты инструментального и лабораторного обследования,
- кабинет (зал) лечебной физкультуры (ЛФК),
- учебные классы (аудитории) Школы здоровья,
- кабинет гигиениста стоматологического;
- офтальмологический кабинет,
- кабинет медицинской профилактики.

Кабинет медицинской профилактики ЦЗ в соответствии с Проектом положения о ЦЗ переименовывается в кабинет динамического наблюдения и коррекции ФР [7].

ЦЗ выполняет следующие функции и оказывает медицинские услуги:

а) комплексное обследование граждан, включающее измерение антропометрических данных, скрининг-оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-оценку сердечно-сосудистой системы, оценку комплексных показателей функции дыхательной системы, органа зрения, выявление патологических изменений зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта. По результатам обследований проводится оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья и оценка степени риска развития заболеваний и их осложнений, в том числе риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation), разработка индивидуальной программы по ведению ЗОЖ, оздоровительных и профилактических мероприятий;

б) медицинская помощь в отказе от потребления табака, алкоголя, организации рационального питания, оптимизации ФА, снижении избыточной массы тела (МТ) и др.;

в) динамическое наблюдение за пациентами группы повышенного риска развития НИЗ и направление к участковым врачам и специалистам ЛПУ по месту жительства пациентов с высокими уровнями ФР (требующими медикаментозного вмешательства) и вновь выявленными заболеваниями;

г) групповое обучение (школы здоровья, лекции, беседы) и индивидуальное консультирование граждан по вопросам ведения ЗОЖ, гигиеническим навыкам, сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по рациональному питанию, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, психогигиене и управлению стрессом, профилактике и коррекции поведенческих ФР НИЗ (курения, избыточного потребления алкоголя, гиподинамии и др.), ответственному отношению к своему здоровью и здоровью своих близких, принципам «ответственного родительства»;

д) информирование населения территории обслуживания, заинтересованных юридических и физических лиц о вредных и опасных для здоровья человека факторах внешней среды, ФР НИЗ, а также обучение населения ведению ЗОЖ, жизнесохраняющему поведению, снижению уровня корригируемых ФР, мотивирование к отказу от вредных привычек;

е) методическая и практическая помощь в деятельности врачей и среднего медицинского персонала фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов предприятий и организаций, амбулаторий, центров (отделений) врачей общей практики (семейных врачей), поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов, расположенных в зоне ответственности по реализации мероприятий по формированию ЗОЖ, проведению школ здоровья;

ж) участие или оказание содействия в реализации мероприятий по формированию ЗОЖ и снижения распространения ФР НИЗ прикрепленного населения, проводимых центром медицинской профилактики и другими организациями;

з) ведение учетной и отчетной документации в соответствии с утвержденными формами и предоставление отчета о деятельности в установленном порядке;

и) осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами управления здравоохранением, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, общественными организациями, местными (территориальными) средствами массовой информации и иными учреждениями и организациями по вопросам формирования ЗОЖ, организации и проведения медицинской профилактики хронических НИЗ.

Порядок обращения и приема граждан в ЦЗ:

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

ЦЗ оказывает медицинские услуги следующим категориям граждан:

- впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача ЦЗ;
- направленным медицинским работником медицинской организации по месту прикрепления;
- направленным медицинскими работниками, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в образовательных и других учреждениях;
- направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих

граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее – I и II группы состояния здоровья);

– направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

ЦЗ в плановом порядке по согласованию с органом исполнительной власти муниципального образования в сфере здравоохранения могут проводить для жителей сельской местности (проживающих в его зоне ответственности) и работников крупных предприятий и организаций дни здоровья с организованной доставкой граждан в ЦЗ для прохождения обследования. ЦЗ могут проводиться также выездные акции (в сельские районы, на предприятия) для проведения комплексного обследования, пропаганды ЗОЖ и обучения населения методам профилактики и коррекции ФР НИЗ.

Оснащение ЦЗ:

ЦЗ оснащается в соответствии со стандартом оснащения оборудованием ЦЗ для взрослого населения (согласно Приложению № 9 к Приказу № 1074н от 26 сентября 2011 года) [6].

В стандарт оснащения ЦЗ входит:

1. АПК для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития – 1 шт.;

2. Система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс-оценка состояния сердца по электрокардиографическим (ЭКГ) сигналам от конечностей) – 1 шт.;

3. Система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления (АД) и расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) – 1 шт.;

4. Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный) – 1 шт.;

5. Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) – 1 шт.;

6. Экспресс-анализатор для определения общего холестерина (ХС) и глюкозы в крови (с принадлежностями) – 1 шт.;

7. Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина – 1 шт.;

8. Оборудование для определения токсических веществ в биологических средах организма – 1 шт.;

9. Анализатор котинина и других биологических маркеров в крови и моче – 1 шт.;

10. Смокелайзер – 1 шт.;

11. Кардиотренажер – 1 шт.;

12. Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой) – 1 шт.;

13. Комплект оборудования для зала ЛФК – 1 шт.;

14. Комплект оборудования для наглядной пропаганды ЗОЖ – 1 шт.;

15. Компьютер персональный – не менее 3 шт.;

16. Рабочее место (кабинет) гигиениста стоматологического, в состав которого входит: установка стоматологическая – 1 шт., компрессор – 1 шт., пылесос-слюноотсос – 1 шт., пескоструйный аппарат – 1 шт.;

17. Рабочее место среднего медицинского персонала офтальмологического кабинета, в состав которого входит: набор пробных очковых линз и призм с пробной оправой – 1 шт., проектор знаков – 1 шт., автоматический рефрактометр – 1 шт., автоматический пневмотонометр – 1 шт.

В комплексное обследование в ЦЗ входит:

– измерение роста и веса;

– тестирование на АПК для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;

– скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);

– экспресс-анализ для определения общего ХС и глюкозы в крови;

– комплексная оценка функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный),

– проверка остроты зрения, рефрактометрия, тонометрия, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма;

– диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрация стоматологического статуса пациента;

– пульсоксиметрия;

– ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического АД и расчетом ЛПИ\*;

– биоимпедансметрия\*\*;

– исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма\*\*;

– анализ котинина и других биологических маркеров в моче и крови\*\*;

– осмотр врача.

Комплексное обследование в ЦЗ проводится вышеуказанным категориям граждан 1 раз в отчетном году. Динамическое наблюдение граждан в ЦЗ проводится по рекомендации врача ЦЗ: повторно проводятся необходимые исследования и консультация врача.

Практические аспекты комплексного обследования в ЦЗ для взрослого населения:

1. В регистратуре ЦЗ на каждого пациента заполняется паспортная часть «Карты центра здоровья» (учетная форма № 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья»).

Длительность – 3-5 минут; уровень квалификации персонала – регистратор.

2. Пациенту измеряется рост, вес, показатели физического развития и АД с помощью ростомера, весов, динамометра, калипера и тонометра, входящих в АПК для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития (ростомер, весы, калипер и динамометр через USB-разъем подключены к персональному компьютеру (ПК); данные автоматически вводятся в ПК).

Длительность – 5-7 минут; уровень квалификации персонала – медсестра.

3. Оценивается фактическое питание с помощью компьютерной программы «Анализ состояния питания человека» (версия 1.2 ГУ Научно-исследовательский институт питания РАМН, 2003-2005 гг.).

Длительность – 10 минут; уровень квалификации персонала – медсестра.

4. Оценивается функциональное состояние сердца с помощью системы скрининга сердца компьютеризированной (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей с помощью кардиовизора).

Длительность – 3-4 минуты; уровень квалификации персонала – медсестра.

\* Примечание: \* – выполняется у пациентов старше 30 лет; \*\* – выполняется при наличии показаний [6].

5. Проводится экспресс-анализ общего ХС и глюкозы в крови.

Длительность – 3-6 минут; уровень квалификации персонала – медсестра.

6. Определяется содержание монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с помощью смеклайзера.

Длительность – 1-2 минуты; уровень квалификации персонала – медсестра.

7. Оценивается функция внешнего дыхания с помощью компьютеризированного спирометра.

Длительность – 7-9 минут; уровень квалификации персонала – медсестра.

8. Проводится экспресс-оценка насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация), частоты пульса и регулярности ритма с помощью пульсоксиметра.

Длительность – 1-2 минуты; уровень квалификации персонала – медсестра.

9. Оценивается риск заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического АД и расчетом ЛПИ.

Длительность – 6-8 минут; уровень квалификации персонала – медсестра.

10. Определяется состав тела (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) с помощью биоимпедансметра.

Длительность – 3-4 минуты; уровень квалификации персонала – медсестра.

11. Проводится экспресс-анализ содержания котинина, алкоголя, наркотических веществ в моче, слюне с помощью тест-полосок или анализатора для химико-токсикологических исследований\*.

Длительность – 5-7 минут; уровень квалификации персонала – в случае тест-полосок сам пациент, при использовании анализатора для химико-токсикологических исследований – медсестра.

12. Проверка остроты зрения, рефрактометрия, тонометрия, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма.

Длительность – 7-10 минут; уровень квалификации персонала – медсестра офтальмологическая.

13. Диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрации стоматологического статуса пациента.

Длительность – 15 минут; уровень квалификации персонала – гигиенист стоматологический.

14. Врач на основании результатов комплексного обследования гражданина в ЦЗ на установленном оборудовании выявляет ФР НИЗ, оценивает функциональные и адаптивные резервы организма с учетом возрастных особенностей и прогноз состояния здоровья, включая оценку фатального сердечно-сосудистого риска на ближайшие 10 лет с помощью шкалы SCORE, оценивает фактическое питание пациента, проводит беседу по ЗОЖ, составляет индивидуальную программу оздоровления. При необходимости врач рекомендует гражданину динамическое наблюдение в ЦЗ с проведением повторных обследований в соответствии с выявленными ФР или наблюдение в кабинетах медицинской профилактики ЛПУ, посещение занятий в Школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах и врачебно-физкультурных диспансерах по программам, разработанным в ЦЗ [4]. Если в процессе обследования в ЦЗ выявляются высокие уровни ФР или подозрение на какое-либо заболевание, врач ЦЗ рекомен-

дует гражданину обратиться в ЛПУ к участковому врачу или соответствующему врачу-специалисту для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения. Сведения о гражданах, которым необходимо наблюдение в кабинете медицинской профилактики или у которых выявлено подозрение на заболевание, с их согласия передаются в кабинет медицинской профилактики или врачу-терапевту участковому по месту жительства (по месту прикрепления) гражданина соответственно [4].

Врач ЦЗ может назначать лекарственную терапию для коррекции выявленных ФР при неэффективности немедикаментозной терапии. При отсутствии клинически выраженного атеросклероза лицам с очень высоким суммарным риском смерти от ССЗ ( $\geq 10\%$  по шкале SCORE) с целью первичной профилактики врач ЦЗ может рекомендовать прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 мг/сут после достижения целевого уровня АД.

Если у пациента имеется высокая степень никотиновой зависимости ( $\geq 7$  баллов по тесту Фагестрома), в анамнезе отмечаются неоднократные безуспешные попытки отказа от курения, врач ЦЗ может рекомендовать никотинзаместительную терапию в виде жевательной резинки, ингалятора, назального спрея, пластыря и таблеток (сублингвальных), а также антитабачный препарат – частичный агонист и антагонист никотиновых холинэргических рецепторов варениклин в виде таблеток. Также доказано, что одним из эффективных методов, обеспечивающих отказ от курения, является психотерапия.

Стратегия профилактического вмешательства при дислипидемии зависит от исходного уровня суммарного кардиоваскулярного риска. При повышенном уровне общего ХС врач ЦЗ рекомендует исследование липидного профиля. При недостижении целевого уровня липидов после оздоровления образа жизни врач ЦЗ рекомендует гиполипидемическую терапию. Наибольшую доказательную базу имеют статины. Если целевых уровней общего ХС и холестерина низкой плотности (ХС ЛНП) на монотерапии статинами достигнуть не удастся, добавляется второй гиполипидемический препарат, чаще ингибитор абсорбции холестерина в кишечнике. При лечении комбинированной дислипидемии (гиперхолестеринемии с гипертриглицеридемией) может быть рассмотрена возможность назначения комбинированной терапии с добавлением к статину производных фиброевой кислоты, или препарата никотиновой кислоты, или омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. При медикаментозной терапии необходимо уделять пристальное внимание контролю за нежелательными явлениями – повышением активности в крови трансаминаз (аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы) и креатинфосфокиназы, а также появлением признаков миопатии.

Лекарственное воздействие при избыточной МТ и ожирении показано при неэффективности немедикаментозных вмешательств, выраженных и осложненных формах ожирения. Применяются серотонинергические препараты, снижающие аппетит (например, антидепрессант флуоксетин), уменьшающие всасывание пищи (орлистат). Медикаментозное лечение можно продолжать до 6 месяцев, после перерыва – до 2-х лет.

При выявлении тревожных и депрессивных состояний врач ЦЗ рекомендует: нормализацию режима труда и отдыха, полноценный сон длительностью 7-8 часов, увеличение ФА, аутотренинг. При неэффективности немедикаментозной коррекции врач может рекомендовать противотревожные препараты или антидепрессанты новых поколений, предпочтительно селективные инги-

\* Исследование выполняется только с согласия пациента.

биторы обратного захвата серотонина, при депрессивных состояниях легкой и средней степени тяжести (по возможности после консультации с психиатром). Лечить тяжелые и рекуррентные депрессии может только врач психиатр или психотерапевт. Не следует превышать рекомендуемые терапевтические дозы антидепрессантов. Эти дозы являются начальными и в то же время терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести, т.е. в большинстве случаев титрации дозы не требуется. Длительность курсового приема – не менее 1,5 месяцев. Необходимо учитывать некоторую отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии.

Длительность – 20-25 минут; уровень квалификации персонала – врач соответствующей квалификации (см. штаты ЦЗ).

Технические параметры и принципы работы оборудования в ЦЗ:

АПК для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития

АПК используется для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, резервов организма, параметров физического развития и выдачи индивидуальных рекомендаций по коррекции состояния и выбору образа жизни.

В состав АПК входит:

- Комплект компьютеризированных приборов для измерения параметров физического развития: весы, ростомер, кистевой динамометр, калипер и тонометр;

- Компьютерная программа оценки уровня здоровья «РИТМ-ЭКСПРЕСС» на основе анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР);

- Система контроля уровня стресса СКУС на основе измерений: простой и сложной моторно-зрительной реакции, простой и сложной реакции выбора, критической частоты мельканий. Производится оценка индивидуальных особенностей пациента: темперамента, уровня нейротизма, типа мышления; выявление ролевых функций,

предрасположенности к функциональным нарушениям систем организма; построение психологического профиля личности; выявление социотипа, его характеристик и предоставление рекомендаций (выбор профессии, выбор вида спорта, выбор диеты).

Интерпретация компонентов обследования на АПК:

1. Оценка трофологического статуса и компонентного состава тела. Оценка трофологического статуса пациента и компонентного состава тела проводится у пациентов в возрасте 18 лет и старше. Используется антропометрический метод – расчет МТ и индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности плеча, толщины кожно-жировой складки (КЖС) трицепса, окружности мышц плеча (ОМП), определение компонентов состава тела (жировой и тощей массы тела).

1.1. Рекомендуемая масса тела (РМТ) в кг рассчитывается в АПК автоматически по формуле, предложенной Европейской ассоциациейнутрициологов:

$$\text{РМТ (мужчины)} = \text{Р} - 100 - (\text{Р} - 152) \times 0,2;$$

$$\text{РМТ (женщины)} = \text{Р} - 100 - (\text{Р} - 152) \times 0,4,$$

где Р – рост в см.

Если МТ менее РМТ более чем на 1 кг, выдается трактовка: «масса тела ниже рекомендуемой». Если МТ больше РМТ более чем на 1 кг, выдается трактовка: «масса тела выше рекомендуемой».

1.2. ИМТ рассчитывается по общепринятой формуле:

$$\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{МТ (кг)} / \text{Рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}.$$

1.3. Трактовка состояния питания по КЖС трицепса и ОМП дается для нормальной и сниженной МТ. При этом КЖС трицепса измеряется калипером (описание измерения см. далее), а ОМП рассчитывается по формуле:

$$\text{ОМП (см)} = \text{ОП (см)} - 0,314 \times \text{КЖС трицепса (мм)},$$

где ОП – окружность плеча в см.

Состояние питания по КЖС трицепса и ОМП зависит от пола и возраста и делится на:

- нормальное (90-100 %)
- легкое нарушение (90-80 % от нормы);
- нарушение средней тяжести (80-70 % от нормы);
- тяжелое нарушение (< 70 % от нормы).

Состояние питания по КЖСТ и ОМП врач ЦЗ отражает в графе – функциональные нарушения.

1.4. Компонентный состав тела по методу Durnin-Womersley

Жировая масса тела (ЖМТ) в кг по методу Durnin-Womersley [9] рассчитывается по формуле:

$$\text{ЖМТ} = \text{МТ} \times (4,95 / \text{D} - 4,5),$$

где МТ – масса тела в кг, коэффициент D рассчитывается по специальной таблице.

Тощая масса тела (ТМТ) в кг по методу Durnin-Womersley рассчитывается по формуле:

$$\text{ТМТ} = \text{МТ} - \text{ЖМТ}.$$

1.5. Калиперометрия

Измерение производится с помощью калипера, обеспечивающего стандартное давление на КЖС 10 г/мм<sup>2</sup>. Толщину подкожной жировой складки измеряют на правой стороне тела. Исследователь захватывает двумя пальцами левой руки участок кожи: на конечностях 2-3 см, на туловище до 5 см, не вызывая болезненных ощущений у обследуемого, слегка ее оттягивает и накладывает на образовавшуюся складку ножки калипера, фиксируя толщину складки. Складку надо брать быстро, так как при длительном сжатии она утончается. Складку должна быть по толщине равномерной. Измерения про-

Таблица 1

### Классификация избыточной МТ и ожирения (ВОЗ\*, 1998 г.)

Классификация	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск сопутствующих заболеваний
Недостаточная МТ	< 18,5	Низкий для ССЗ, но риск других клинических проблем увеличивается
Нормальная МТ	18,5-24,9	Обычный
Избыточная МТ	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30,0-34,9	Высокий
Ожирение II степени	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение III степени	≥ 40,0	Чрезвычайно высокий

Примечание: \* – здесь и далее: ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

изводят с точностью до 1 мм. Измерение толщины КЖС производится в следующих точках [10]:

1. КЖС трицепса – над трицепсом на задней поверхности правого плеча. Измерение производится на опущенной руке. Точка располагается на вертикальной срединной линии, проходящей через трицепс, на середине расстояния между проекцией акромиального отростка лопатки и нижним краем локтевого отростка. Складка берется вертикально.

2. КЖС бицепса – на уровне средней трети плеча над бицепсом, на передней поверхности правого плеча. Складка измеряется на опущенной руке в верхней трети внутренней поверхности плеча, в области двуглавой мышцы (на том же уровне, что и складка на задней поверхности плеча). Складка берется вертикально.

3. КЖС лопатки – на уровне нижнего угла лопатки. Складка измеряется под нижним углом правой лопатки в косом направлении сверху вниз, изнутри кнаружи.

4. КЖС верхнеподвздошной области – диагональная складка над верхней передней частью подвздошного гребешка.

1.6. Измерение ОП выполняется с помощью измерительной сантиметровой ленты с точностью до сантиметра. ОП измеряется на уровне средней трети плеча нерабочей согнутой (ненапряженной) правой руки. Полученные данные необходимы для последующего определения окружности мышц плеча.

1.7. Динамометрия. Силовой индекс. Измерение силы кисти (кистевая динамометрия) производится с помощью кистевого динамометра. Обследуемый сжимает динамометр кистью правой/левой руки, которая отводится от туловища до получения с ним прямого угла, а вторую руку опускает вниз вдоль туловища. Предоставляется 2-3 попытки для каждой руки. Фиксируется лучший результат. Силовой индекс – это процентное отношение мышечной силы кисти к массе тела.

Силовой индекс (%) = сила кисти (кг) / МТ (кг) x 100 %, где сила кисти (кг) = сила кисти (даН) x 0,98.

Трактовка силового индекса производится в соответствии со следующими критериями, которые заносятся врачом в Карту пациента в графу функциональные отклонения.

Таблица 2

**Величина силового индекса в зависимости от пола пациента**

Трактовка силового индекса	Мужчины	Женщины
Ниже среднего	< 65 %	< 48 %
Средний	65-80 %	48-50 %
Выше среднего	> 80 %	> 50 %

1.8. Измерение АД с помощью тонометра

АД измеряется тонометром на обеих руках. Интерпретация уровня АД проводится в соответствии с приведенной классификацией (табл. 3). АГ диагностируют при АД более 140/90 мм рт.ст. (при наличии указаний на повышение АД в анамнезе) и/или приеме антигипертензивной терапии.

Таблица 3

**Классификация степеней АГ**

	АД систолическое (мм рт.ст.)	АД диастолическое (мм рт.ст.)
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ I степени	140-159	90-99
АГ II степени	160-179	100-109
АГ III степени	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая гипертония	≥ 140	< 90

2. Программа оценки уровня здоровья «РИТМ-ЭКСПРЕСС»

Таблица 4

**Бальная оценка уровня стресса (функционального состояния) на основе анализа ВСР**

Значение ПАРС	Уровень регуляции	Уровень функционального состояния	Уровень адаптации к условиям окружающей среды
1	Оптимальный уровень регуляции	Состояние нормы	Удовлетворительный
2	Оптимальный уровень регуляции		
3	Нормальный уровень регуляции		
4	Умеренное функциональное напряжение	Состояние функционального напряжения	Напряжение механизмов адаптации
5	Выраженное функциональное напряжение		
6	Перенапряжение регуляторных механизмов	Состояние перенапряжения	Неудовлетворительная адаптация
7	Резко выраженное перенапряжение регуляторных механизмов		
8	Истощение регуляторных систем	Состояние истощения и срыва адаптации	Срыв и поломка адаптационных механизмов
9	Резко выраженное истощение регуляторных систем		
10	Срыв механизмов регуляции		



Компьютерная программа оценки уровня здоровья «РИТМ-ЭКСПРЕСС» создана на основе анализа ВСР.

Изменения ритма сердца – универсальная оперативная реакция целостного организма в ответ на любое воздействие факторов внешней среды. Математический анализ ВСР позволяет вести непрерывный динамический контроль деятельности механизмов регуляции кровообращения и дает информацию об адекватности реакций приспособительных механизмов на разнообразные воздействия изменяющихся условий окружающей среды. В результате анализа и обобщения данных, полученных при анализе ВСР, определяется функциональное состояние обследованного. Для общей характеристики активности регуляторных систем формируется показатель в виде суммы оценок (по модулю) отдельных состояний и характеристик системы регуляции ритма сердца – ПАРС. ПАРС характеризует активность регуляторных систем в целом, которая зависит от общей реакции организма на воздействие факторов окружающей среды. Величина ПАРС определяется в баллах в диапазоне от 0 до 10. По величине ПАРС диагностируется четыре функциональных состояния. Это так называемая «лестница состояний» со все более выраженным напряжением регуляторных механизмов вплоть до их перенапряжения и истощения.

Выделяют четыре класса состояний:

- 1 – удовлетворительная адаптация к условиям окружающей среды («зеленая группа»);
- 2 – напряжение механизмов адаптации;
- 3 – неудовлетворительная адаптация к условиям окружающей среды («желтая группа»);
- 4 – срыв и поломка адаптационных механизмов («красная группа»).

Программа «Ритм-экспресс» не ставит диагноз. Ее назначение – выявление индивидуальных неблагоприятных изменений в состоянии функциональных систем организма на ранних стадиях, предупреждение о наличии потенциально опасных для здоровья состояний. Решение о тактике и средствах коррекции принимает врач. При снижении уровня адаптации к условиям окружающей среды врач делает соответствующую отметку в графе функциональные отклонения.

3. Программное обеспечение СКУС предназначено для проведения психофизиологического исследования, включающего предъявление визуальных стимулов, измерение скорости реакции и определение функциональной готовности. Это весьма важный интегральный показатель в оценке психоэмоционального напряжения, которое, в свою очередь, является фактором психофизиологической дезадаптации. Обследование включает две методики – методика оценки общего функционального состояния пациента и методика измерения зрительно-моторной реакции.

3.1. Методика оценки общего функционального состояния

Тест состоит из 120 измерений времени реакции (ВР), интервалы между подачами сигнала 1-3 с, продолжительность исследования 5-7 минут. Полученные 120 величин ВР распределяются по группам с интервалом 20 мс: 101-120 мс, 121-140 мс, 141-160 мс и т.д. Строится вариационная кривая, отражающая особенности (закон) распределения ВР, которая и является предметом дальнейшего анализа. Вычисляются три количественных показателя, характеризующие с различных сторон теоретически возможные варианты формы полученной кривой и, следовательно, отражающие раз-

ные стороны функционального состояния центральной нервной системы. Величина показателя «Функциональный уровень системы» зависит от абсолютных величин ВР (он тем больше, чем меньше ВР) и особенностей их рассеяния. Он характеризует величину, в данном случае скорость, произвольной реакции человека, которая зависит от степени (уровня) возбудимости центральной нервной системы (ЦНС). Величина показателя «Устойчивость реакции» зависит от количества попавших в модальный класс величин ВР и их разнообразия. Непостоянство величины ВР обусловлено непрерывными флюктуациями состояния ЦНС, психологическим выражением которых являются колебания внимания испытуемого. Устойчивость реакции поэтому рассматривается как показатель устойчивости функционального состояния ЦНС. Показатель «Уровень функциональных возможностей» является наиболее полным и позволяет судить о способности испытуемого, формировать адекватную инструкции функциональную систему мозга и достаточно длительно ее удерживать. Следовательно, он характеризует «работоспособность» нервной системы в момент исследования. Общее функциональное состояние нервной системы оценивается как высокое и очень высокое, выше среднего, среднее, ниже среднего, низкое и очень низкое, что отмечается врачом в Карте в графе функциональные отклонения.

3.2. Методика измерения зрительно-моторной реакции

Исследование состоит из четырех тестов:

1. Простая зрительно-моторная реакция.

Испытуемому через случайные промежутки времени предъявляются стимулы указанного цвета. На предъявление стимула испытуемый должен максимально быстро отреагировать нажатием указанной кнопки.

2. Сложная зрительно-моторная реакция.

Испытуемому через случайные промежутки времени предъявляются стимулы двух цветов: основного и дополнительного. На предъявление стимула испытуемый должен максимально быстро отреагировать нажатием кнопки в соответствии с предъявляемым стимулом.

3. Критическая частота световых мельканий.

Испытуемому через случайные промежутки времени предъявляются стимулы указанного цвета с убывающей частотой. В момент различия световых мельканий испытуемому необходимо отреагировать нажатием указанной кнопки.

4. Частота слияния световых мельканий.

Испытуемому через случайные промежутки времени предъявляются стимулы указанного цвета с увеличивающейся частотой. В момент слияния световых мельканий испытуемому необходимо отреагировать нажатием указанной кнопки.

Среднее время проведения одного обследования – 8 мин.

После каждого теста в рабочей области программы появляется результат тестирования, состоящий из гистограммы и числовых значений. Снижение показателей зрительно-моторной реакции указывает на утомление центральной нервной системы и психофизиологическую дезадаптацию.

Система скрининга сердца компьютеризированная КАРДИОВИЗОР (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей)

Метод основан на компьютерном формировании карты электрических микроальтернатив ЭКГ-сигнала, отнесенных к определенным камерам сердца (два пред-

сердца, два желудочка). Эта карта получается в результате расчета электрических напряжений между близко расположенными поверхностными точками с использованием в процессе этих расчетов оригинальной модели биоэлектрического генератора сердца, учитывающей электромагнитное излучение миокарда. Прибор регистрирует ЭКГ-сигнал, анализирует низкоамплитудные апериодические осцилляции, которые интегрально отражают электрофизиологическое состояние миллионов кардиомиоцитов. Эта информация, невидимая на стандартной ЭКГ и не доступная для исследования стандартными технологиями анализа ЭКГ-сигнала, важна для интегративной оценки состояния сердца.

В основе метода дисперсионного картирования (The Dispersion Mapping method) лежит анализ микроамплитудных колебаний ЭКГ-сигнала (микроальтернаций), которые отражают электрофизиологическое состояние миокарда на протяжении всего кардицикла (PQRST). Микроальтернации ЭКГ во многих клинических случаях являются эффективными предикторами скрытых начальных патологических изменений миокарда. Измерители микроальтернаций предназначены не для диагностики определенного вида патологии, а в первую очередь для выявления на доклинической стадии патологии как таковой.

В настоящее время новые версии прибора Кардиовизор позволяют использовать амплитуду микроальтернаций для инструментального скрининга с целью раннего выявления скрытой или быстро развивающейся негативной динамики энергозависимых процессов в миокарде, а также для решения целого ряда прикладных клинических задач, экспресс-анализа электрофизиологического статуса миокарда.

Последовательность работы на кардиовизоре.

– В соответствии со стандартной схемой накладываются 4 электрода (R, L, F, N) ЭКГ-отведений от конечностей:

красный – правая рука, желтый – левая рука,

черный – правая нога, зеленый – левая нога.

– Нажимается кнопка «Новое обследование».

– Через 40...50 сек на экране дисплея формируется портрет сердца в двух проекциях, позволяющих видеть всю поверхность квазиэпикарда.

– Одновременно формируются автоматическое заключение и интегральные показатели состояния.

Правильное положение пациента: если пациент проходит обследование в положении «сидя», то следует занять положение позы «извозчика» – сидеть, опираясь спиной о спинку стула (лучше кресла), руки спокойно лежат на коленях. В такой позе достигается максимальное расслабление мышц конечностей, и ЭКГ сигнал будет чистым, без артефактов.

Возможные ошибки:

– Неправильно наложены электроды для съема ЭКГ-сигнала – получаемые данные будут значительно искажены, информация недостоверная;

– Неправильное положение пациента – если он опирается рукой на край стола и мышцы находятся в напряжении, то это приводит к появлению на электрокардиограмме артефактов (мышечный тремор).

Блок результатов включает следующие основные разделы:

– визуальный дисперсионный портрет сердца;

– три основных цифровых индикатора – «Миокард», «Ритм», «Пульс»;

– 9 дополнительных цифровых индикаторов G1...G9;

– текстовые рекомендации.

Первое, на что нужно обратить внимание, – это визуальный портрет сердца. На синем фоне портрета сердца изображены правые камеры сердца (правое предсердие, правый желудочек). На коричневом фоне в верхней части представлено левое предсердие, ниже – левый желудочек.

В нормальном состоянии все камеры на портрете имеют зеленый цвет. Если есть какие-то небольшие отклонения, то детали портрета отмечаются желтым цветом, а выраженные отклонения выделяются красным.

#### Индексы «Миокард», «Ритм» и «Пульс»

Миокард	Ритм	Пульс
17 %	16 %	75 уд./мин.

Индексы «Миокард» и «Ритм» являются относительными характеристиками, которые характеризуют суммарную величину дисперсионных отклонений от нормы и изменяются в диапазоне от 0 до 100 %. Чем больше значение индекса – тем больше отклонение от нормы. Значение индекса «Миокард» = 100 % соответствует патологическому комплексу, связанному с выраженными отклонениями от нормы практически во всех камерах сердца. Значение индекса «Миокард» = 0 % соответствует полному отсутствию каких-либо отклонений от дисперсионной модели идеального сердца. Аналогично, показатель индекса «Ритм» = 100 % соответствует максимально выраженным изменениям регуляции ритма сердца, свойственным выраженным аритмиям или сильному стрессу.

Индекс «Миокард» – индекс микроальтернаций ЭКГ-сигнала. Это основной показатель, на который надо обратить внимание!

менее 15 % – не выявлено значимых отклонений.

15-19 % – пограничное состояние, целесообразен контроль динамики. При негативной динамике, т.е. при медленном нарастании величины индикатора, в последовательных обследованиях необходима обязательная консультация врача. Последовательные обследования – это периодические обследования при повторных посещениях пациентом ЦЗ или несколько обследований, выполненных в текущем сеансе по решению врача. Пограничное состояние может возникнуть в результате усталости из-за физической или психической перегрузки, нерационального питания, воздействия алкоголя, а также метаболических изменений, вызванных патологией других органов. Поэтому устойчивое сохранение этого состояния требует консультации кардиолога. Если пограничное состояние вызвано преходящими причинами, то индикатор должен постепенно уменьшаться, отражая процесс функциональной нормализации миокарда.

20-22 % – признак вероятной патологии. Если это отклонение выявлено впервые – необходим контроль динамики. При устойчивом нарастании индикатора в этом диапазоне рекомендуется консультация кардиолога

23-27 % – признак вероятной патологии.

более 27 % – патология или выраженная патология. Если это отклонение выявлено впервые, устойчиво повторяется и не имеет тенденции к углублению при последовательных обследованиях, необходимо при первой же возможности пройти обследование. Если наблюдается быстрое нарастание отклонений за время, измеряемое минутами или десятками минут, необходима экстренная консультация врача.

Значения индекса «Миокард», превышающие 19 %, в любом случае требуют контроля динамики, а превышающие 23 % – консультации кардиолога.

Индекс «Ритм» является маркером адаптивных возможностей организма или аритмии.

Важную информацию о состоянии системы регулирования ритма сердца несет второй главный дисперсионный индекс «Ритм», также измеряемый по шкале отклонений от нормы от 0 до 100 %. Возможна ситуация, когда при небольших отклонениях индекса «Миокард» наблюдаются устойчиво высокие показатели индекса «Ритм», превышающие 80 %. Чаще всего такая ситуация связана с высоким уровнем стресса, требующим по меньшей мере консультации врача-терапевта. Индекс «Ритм» даже в состоянии физиологической нормы увеличивается к вечеру, и в среднем у городского жителя может достигать 60-70 %. Этот индекс только при оптимальном балансе симпатических и парасимпатических воздействий на систему регулирования ритма сердца в утренние часы имеет величину 10-20 %. Индекс «Ритм» варьирует даже в течение суток и существенно больше индекса «Миокард», так как он имеет очень высокую чувствительность ко многим влияниям нервной системы. Однако устойчиво увеличенные значения (выше 50 %) всегда свидетельствуют либо о прогрессирующем стрессорном поражении организма, либо об аритмии.

менее 15 % – нет значимых отклонений.

15-50 % – небольшие отклонения (могут быть вариантом нормы в процессе естественных суточных колебаний).

51-80 % – пограничное состояние.

более 80 % – выраженные отклонения от нормы. Признак истощения компенсаторных резервов (астенизации) в системе регулирования ритма сердца. Необходимо медицинское обследование.

Индекс «Пульс» приводится только для информации, он важен для врача в случае необходимости консультации кардиолога. Границы нормы этого индекса индицируются зеленым цветом и зависят от возраста.

Таблица 5

#### Дополнительные индикаторы

(0 – нет отклонений, S – небольшое отклонение, L – граница нормы, число больше 0 – отклонение)				
Наименование индекса	норма	отклонение	выраж. отклонение	
1. Деполяризация правого предсердия	0, S, L, 1-5	6-11	> 11	
2. Деполяризация левого предсердия	0, S, L, 1-3	4-6	> 6	
3. Деполяризация правого желудочка	0, S, L	1-6	> 6	
4. Деполяризация левого желудочка	0, S, L	1-6	> 6	
5. Реполяризация правого желудочка	0, S, L	1	> 1	
6. Реполяризация левого желудочка	0, S, L	1-6	> 6	
7. Электрическая симметрия желудочков	0, S, L	1-3	> 3	
8. Внутрижелудочковые блокады	0, S, L	-	> 0	
9. Компенсаторная реакция желудочков	0, S, L, 1-3	4-6	> 6	

Дополнительные индикаторы. Эти индикаторы не являются обязательными при анализе. Они дают дополнительную электрофизиологическую детализацию выявленных отклонений для врача, которая может быть использована далее при кардиологическом обследовании. Их 9 – G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9.

Индексы G1, G2 характеризуют миокард предсердий. Повышенное внимание к этим индексам может быть целесообразно при наличии аритмии или выраженных изменениях индекса электрической нестабильности. Индексы G5, G6 относятся к реполяризации желудочков. Эти индексы практически всегда увеличиваются при значимых патологических изменениях. Однако возможны и преходящие изменения, вызванные, например, обезвоживанием организма, большим потреблением поваренной соли. Индекс G8 дает грубую оценку средней скорости возбуждения желудочков и также относится к компетенции врача. Если индекс G9 устойчиво увеличен и имеет значение 7 и более – целесообразно посоветоваться с кардиологом. Во многих случаях это может быть предвестником развивающейся или уже имеющейся гипертрофии одного из желудочков. Хотя в младших возрастных группах, например у детей, это может быть естественным физиологическим фоном, обусловленным процессами роста. Аналогично, если индексы симметрии желудочков G7 и G3 + G4 устойчиво увеличены – это признак возможных патологических изменений.

#### Текстовые рекомендации

Сразу после обследования формируется «Общее заключение», содержащее величину главного индекса «Миокард» и текстовые рекомендации, в которых будет указана одна из четырех основных рекомендаций:

1. Отклонений не выявлено: норма.

2. Имеются пограничные отклонения: следите за динамикой дисперсионных индексов. При выявлении медленной негативной динамики дисперсионных индексов целесообразно обследование.

3. Имеются отклонения, превышающие границы нормы: целесообразно обследование. При выявлении негативной динамики дисперсионных индексов во времени необходимо обследование.

4. Имеются выраженные отклонения: обследование обязательно. При выраженных отклонениях и одновременном выявлении быстрой негативной динамики в нескольких обследованиях, выполненных подряд, необходимо экстренное обращение к врачу.

Система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического АД и расчетом ЛПИ

ЛПИ, определяемый методом ультразвуковой доплерографии, – показатель, позволяющий оценить адекватность артериального кровотока в нижних конечностях. Процедура измерения ЛПИ в ЦЗ позволяет выявить значительное количество лиц, имеющих, помимо атеросклеротических поражений аорты или артерий нижних конечностей, поражения артериального сосудистого русла сердца и мозга. Таким образом, измерение ЛПИ в рамках системы первичной медико-санитарной помощи может использоваться как эффективная часть скрининга и оценки риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Согласно Национальным рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2011) исследование ЛПИ доплеровскими методами отнесено к скрининговым методам доклинической неинвазивной диагностики атеросклероза.

Согласно национальным рекомендациям Американского общества кардиологов (2010) определение ЛПИ

методом доплерографии у категорий населения выше 40 лет с умеренным риском ССЗ для выявления доклинического атеросклероза относится по критерию польза/эффективность к классу Па, по уровню доказательности: В. По исследовательским данным снижение величины индекса ЛПИ до 0,9 является биологическим маркером атеросклероза (чувствительность 95 %, специфичность 100 % в сравнении с ангиографией). Промежуточные значения индекса ЛПИ (от 0,9 до 0,95) также же связаны с повышенным риском ССЗ. Значения индекса ЛПИ выше 1,3 также указывают на заболевание артериальной системы нижних конечностей.

Снижение ЛПИ является предиктором ишемической болезни сердца (ИБС), мозгового инсульта, транзиторных ишемических атак, почечной недостаточности и общей смертности [8]. Именно поэтому поражение артерий нижних конечностей в настоящее время рассматривается как эквивалент ИБС и требует активного подхода к лечению. Выявление бессимптомного облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей важно с точки зрения ассоциации с проявлениями атеросклероза в других сосудистых бассейнах. Так, при наличии атеросклероза сосудов нижних конечностей не менее половины пациентов имеют, как минимум, 50% стеноз одной из почечных артерий [8]. В связи с этим очевидна необходимость оценки ЛПИ у лиц с подозрением на реноваскулярную гипертензию.

Таким образом, аномально низкие или аномально высокие значения ЛПИ связаны с повышенным риском ССЗ, свидетельствуют о наличии атеротромботических поражений нижних конечностей и связанных с этим сочетанных поражений артерий сердца, мозга и почек.

Определение ЛПИ является достаточно простым методом раннего выявления обструктивных заболеваний артерий нижних конечностей, а также оценки тяжести этого поражения. Методика: проводится гомолатеральное измерение систолического АД в проксимальном отделе плеча и дистальном отделе голени, после этого производится автоматическая процедура расчета величины ЛПИ:

$$\text{ЛПИ} = \text{sAD на лодыжке} / \text{sAD на плече.}$$

Например, sAD на лодыжке равно 140 мм рт.ст., а на плечевой артерии – 110 мм рт.ст., следовательно, ЛПИ =  $140/110 = 1,27$ .

В норме систолическое АД в области лодыжки чуть выше, чем на плече. Величина ЛПИ от 1,0 до 1,3 считается нормальной.

Если АД в области лодыжек ниже, чем в области плеча, это указывает на возможное поражение артерий нижних конечностей. ЛПИ < 0,9 (с чувствительностью 95 % и специфичностью 100 %) свидетельствует о существенном атеросклеротическом поражении сосудов нижней конечности (подтверждаемом ангиографией). При этом, как правило, имеется стенозирование одного или нескольких сосудов более чем на 50 %.

ЛПИ от 0,4 до 0,9 наблюдается при выраженной степени обструкции кровотока, которая имеет клинические проявления в виде перемежающейся хромоты.

ЛПИ менее 0,4 свидетельствует о тяжелой ишемии конечности.

ЛПИ > 1,3 указывает на кальцинированность артерии нижних конечностей (артерия плохо поддается компрессии). Это характерно, в частности, для больных СД с явлениями медиакальциноза Менкеберга. В ряде случаев у этих пациентов медиакальциноз делает невозможным пережатие артерии и измерение ЛПИ.

#### **Рекомендации:**

При выявлении промежуточных значений индекса ЛПИ (от 0,9 до 0,95) следует повторить процедуру измерения. Если величина ЛПИ продолжает колебаться в интервалах промежуточных значений, ситуацию следует расценивать как «сниженный индекс ЛПИ» и врач ЦЗ должен направить пациента на дуплексное сканирование артерий нижних конечностей для исключения/выявления атеросклероза артерий нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого хирурга при необходимости.

При выявлении величины ЛПИ 0,9 и менее врач ЦЗ направляет пациента на дуплексное сканирование артерий нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого хирурга при необходимости.

При выявлении величины ЛПИ более 1,3 следует повторить процедуру измерения, проверив правильность наложения пневмоманжет (манжета должна плотно и ровно прилегать к конечности, иметь ширину не более 120 мм), перегиба пневмошланга. Если величина ЛПИ продолжает оставаться повышенной, врач ЦЗ направляет пациента на дуплексное сканирование артерий нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого хирурга при необходимости.

#### **Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный)**

Спирометрия – это достаточно простой и информативный метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объемных и скоростных показателей дыхания с целью выявления хронической бронхолегочной патологии, мониторингования состояния больных и оценки эффективности лечения.

#### **Противопоказания к проведению спирометрии**

Относительными противопоказаниями являются активный туберкулез легких и другие заболевания, передающиеся воздушно-капельным путем. Абсолютных противопоказаний нет, в то же время форсированный выдох следует выполнять с осторожностью при тяжелой бронхиальной астме, выраженном кровохарканье и пневмотораксе, в первые две недели острого инфаркта миокарда (ИМ), операций на брюшной полости и офтальмологических операций. Некоторые авторы указывают на то, что в течение шести недель после хирургического лечения глазных заболеваний, а также операций на органах грудной клетки или брюшной полости и как минимум в течение четырех недель после острого ИМ или острого нарушения мозгового кровообращения (инсульт) спирометрия абсолютно противопоказана.

Основные параметры, получаемые при спирометрии, – это «объем», «поток» и «время», взаимосвязь которых отражают кривые (1) «поток-объем» и (2) «объем-время». Наиболее важными характеристиками этих кривых являются:

- жизненная емкость легких (ЖЕЛ);
- форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – максимальный объем воздуха, который человек может форсированно выдохнуть после максимально глубокого вдоха;
- объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1);
- максимальная скорость выдоха на уровне 75, 50 и 25 % (МСВ75-25) ФЖЕЛ;
- отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Тиффно).

Методика. В начале исследования пациент закрывает нос специальным зажимом, плотно охватывает загубник губами (при этом нужно следить, чтобы на протяжении

**Границы нормы и градации отклонения показателей  
внешнего дыхания  
(значения показателей в процентах  
к должным величинам)**

ОФВ1, % долж.	> 80	ХОБЛ легкой степени
	50-80	ХОБЛ средней степени
	30-50	ХОБЛ тяжелой степени
	< 30	ХОБЛ очень тяжелой степени
ЖЕЛ % долж.	> 90	Норма
	90-85	Условная норма
	84-70	Изменения умеренные – I степень
	69-50	Изменения значительные – II степень
	< 50	Изменения резкие – III степень
ОФВ1/ЖЕЛ	> 65	Норма
	65-60	Условная норма
	59-50	Изменения умеренные – I степень
	49-40	Изменения значительные – II степень
	< 40	Изменения резкие – III степень
ФЖЕЛ, % долж.	≥ 80	Норма
	< 80	Отклонения

исследования не было протекания воздуха в углах рта, чтобы исследуемый не дышал через нос) и дышит через рот спокойно и равномерно, не глубоко, как обычно (исследуется дыхательный объем). После того как дыхание станет равномерным (обычно это достигается после 4-5 дыханий), переходят к выполнению маневра исследования ЖЕЛ, то есть того показателя, который показывает, какое количество воздуха человек может максимально вдохнуть или выдохнуть от уровня максимально возможного выдоха или вдоха. Пациента предупреждают, чтобы он приготовился максимально глубоко вдохнуть и затем максимально глубоко выдохнуть (можно наоборот: сначала выдохнуть, потом вдохнуть), далее продолжать дышать как обычно. После исследования ЖЕЛ переходят к следующему маневру – форсированной спирометрии, при которой определяются ФЖЕЛ и скоростные показатели (ОФВ1 и др.). Пациент дышит равномерно, спокойно. Затем он должен глубоко выдохнуть, быстро и максимально глубоко вдохнуть и сразу же максимально сильно выдохнуть. Продолжительность выдоха должна быть не менее 6 с или до достижения плато на кривой выдоха. Затем пациент делает сильный глубокий вдох. Маневр завершен.

Исследование считается приемлемым при соблюдении ряда условий:

- отсутствие артефактов: кашель (особенно на протяжении первой секунды форсированного выдоха), смыкание голосовых связок, преждевременное завершение дыхательного маневра или его прерывание, проведение дыхательного маневра не на максимальном уровне, утечка воздуха, закупорка загубника, наличие дополнительных дыхательных маневров;

- отсутствие обратной экстраполяции (затянувшейся задержки на высоте максимального вдоха перед форсированным выдохом более 80 мс);

- длительность форсированного выдоха не менее 6 с или достижение фазы плато на выдохе.

Для получения максимально достоверных результатов целесообразно:

- воздержаться от приема препаратов, влияющих на сопротивление дыхательных путей, – лекарств из группы бронходилататоров или неселективных бета-блокаторов;
- не курить по меньшей мере за 4 часа до исследования;
- избегать тяжелой физической работы за сутки до процедуры;
- исключить полноценный прием пищи за 2 часа до исследования.

Главным объективным общепринятым критерием бронхиальной обструкции является снижение интегрального показателя ОФВ1 до уровня, составляющего менее 80 % от должных величин/

Характер и степень имеющихся у пациента вентиляционных нарушений по каждому показателю оценивают путем сопоставления его значения с должными величинами, границами нормы и градациями отклонения от нее. Интерпретация всех спирографических показателей строится на расчете отклонения фактических величин от должных. Должная величина – величина соответствующего показателя у здорового человека того же веса, роста, возраста, пола и расы, как и обследуемый. Патологические изменения спирометрических показателей имеют одностороннюю направленность: при заболеваниях легких все показатели только уменьшаются. Отклонения от нормы принято укладывать в систему трех градаций: «умеренные», «значительные» и «резкие». При умеренных, значительных и резких отклонениях пациент направляется на дообследование (проведение функции внешнего дыхания с фармакологическими пробами с последующей консультацией пульмонолога).

Спирометрия также может использоваться в качестве мотивационного инструмента, например, когда необходимо убедить курильщика прекратить курение, показав

Таблица 6

**Классификация хронической обструктивной  
болезни легких (ХОБЛ)  
в зависимости от тяжести заболевания**

Стадия	Характеристика
Легкая	ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %
	ОФВ1 ≥ 80 %
	при наличии или отсутствии симптомов
Средняя	ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %
	ОФВ1 50-80 %
	при наличии или отсутствии симптомов
Тяжелая	ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %
	ОФВ1 30-50 %
	при наличии или отсутствии симптомов
Очень тяжелая	ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 %
	ОФВ1 < 50% при наличии хронической дыхательной недостаточности или правожелудочковой недостаточности
	ОФВ1 < 30 %

ему результаты теста, свидетельствующие о нарушении функции легких.

### **Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)**

Биоимпедансный анализ (БИА) – это хорошо зарекомендовавший себя метод оценки абсолютных и относительных значений компонентов состава тела, основанный на измерении параметров электрического импеданса – активного сопротивления (R) и реактивного сопротивления (Xc). Материальным субстратом активного сопротивления в биологическом объекте являются жидкости (клеточная и внеклеточная), обладающие ионным механизмом проводимости. Субстратом реактивного сопротивления (диэлектрический компонент импеданса) являются клеточные мембраны. По величине активного сопротивления рассчитывается объем воды в организме (ОВО), невысокое удельное сопротивление которой обусловлено наличием электролитов. Электрическое сопротивление жировой ткани примерно в 5-20 раз выше, чем основных компонентов безжировой массы (БМТ). Установлена высокая корреляция между импедансом тела и величинами ОВО, БМТ и жировой массы.

Методика исследования проста, неинвазивна и безопасна. За 1 час до диагностики необходимо исключить прием пищи и воды, за сутки – алкоголя. Возраст, пол, рост, вес, величины окружности талии, бедер и запястья пациента заносятся в компьютер на стадии антропометрического обследования. При стандартной схеме измерений электроды крепятся на запястье и голеностопе доминантной стороны тела.

Исследование проводится:

- в положении пациента лежа на спине на широкой кушетке;

- правильная поза пациента: рука (плечо) разведено под углом 45 градусов, предплечье могут располагаться параллельно корпусу; ноги разведены относительно продольной оси так, чтобы они не касались друг друга (20-25 градусов).

- важно: от ближайшей стены до пациента должно быть не менее 15 см.

Метод не рекомендуется использовать для пациентов с вживленным кардиостимулятором.

В рамках исследования формируется графический протокол, содержащий значения антропометрических индексов, оценок параметров состава тела и метаболических коррелятов, а также индивидуальные нормы параметров, рассчитанные по данным пола, возраста и роста пациента:

- ИМТ (кг/м<sup>2</sup>) по общепринятой методике ВОЗ, на основе сравнения с соответствующими пороговыми значениями, позволяет оценить риски основных НИЗ.

- жировая масса организма (кг). Биоимпедансная оценка жировой массы позволяет более точно по сравнению с общепринятыми антропометрическими индексами оценить абсолютное значение жировой массы и, в случае несоответствия интервалу нормальных значений, вычислить избыток или недостаток жировой массы.

- доля жировой массы в организме (%) позволяет судить о степени ожирения и оценивать риски развития: атеросклероза, гипертонической болезни, СД II типа, желчнокаменной и почечно-каменной болезни, заболеваний опорно-двигательного аппарата. Классификация ожирения по проценту жировой массы, в отличие от классификации по ИМТ, позволяет избежать диагнозов ложного ожирения у индивидов с большой массой мышечной системы, выявлять ожирение при нормальном весе у индивидов с астеничным типом телосложения.

- тощая (безжировая) масса организма (кг) рассчитывается как разность между общей и жировой массой тела. Отклонение от среднего значения, рассчитанного с учетом роста в сторону пониженных значений, указывает на астеничный тип телосложения. Отклонение в сторону повышенных значений – на гиперстенический тип телосложения. Пониженные значения жировой и тощей массы могут указывать на пониженный статус питания или белково-энергетическую недостаточность;

- удельный основной обмен веществ (ккал/м<sup>2</sup> сут) характеризует значение основного обмена, приходящееся на 1 м<sup>2</sup> площади поверхности тела человека или 1 кг тощей массы. Обе оценки могут быть использованы для характеристики нормальной, пониженной (при значениях ниже нижней границы нормы) и повышенной (при значениях выше верхней границы нормы) скорости обменных процессов в организме;

- основной обмен – это количество энергии, расходуемой в организме за сутки на поддержание его основных жизненно необходимых функций: поддержание температуры тела, дыхание, кровообращение в условиях основного обмена. Численное значение оценки основного обмена содержится в таблице верхней части протокола состава тела;

- активная клеточная масса (кг) – это оценка клеточной массы тела, содержания в организме метаболически активных белковых тканей. Пониженные значения активной клеточной массы могут свидетельствовать о недостаточности белкового компонента питания;

- процентная доля активной клеточной массы (%) используется как коррелят физической работоспособности и двигательной активности. При пониженных значениях является маркером гиподинамии, а при повышенных значениях – высокого уровня метаболизма. Низкие значения доли активной клеточной массы и фазового угла часто указывают на наличие хронических заболеваний катаболической направленности, таких как онкологические заболевания, туберкулез, гепатит и цирроз печени;

- соотношение обхватов талии и бедер характеризует тип отложения жира (андроидный, гиноидный или промежуточный). Превышение верхнего порогового значения обхватов талии и бедер и превышение порога ожирения по проценту жировой массы в организме указывают на высокие значения риска метаболического синдрома;

- скелетно-мышечная масса тела (кг) служит для характеристики физического развития индивида;

- доля скелетно-мышечной массы в тощей массе (%) служит для оценки физического развития и уровня тренированности спортсмена;

- общая жидкость (кг) показывает суммарное содержание в организме внутриклеточной и внеклеточной воды. В норме общая жидкость составляет около 73 % тощей массы организма;

- внеклеточная жидкость (кг) представляет наиболее мобильный компонент жидких фракций организма: межклеточную жидкость и плазму крови. Наиболее распространенные виды отеков носят межклеточный характер. Повышенные значения внеклеточной жидкости могут указывать на наличие кардиогенного или нефрогенного отека, задержки жидкости из-за чрезмерного потребления соли, индицируются при локальных отеках конечностей.

- фазовый угол (градус) – арктангенс отношения реактивного и активного сопротивлений, измеренным на частоте 50 кГц. В медицине используется как коррелят скорости метаболических процессов. По шкале (Selberg

О., Selberg D., 2002) отклонение от нормальных значений ( $5,4^{\circ}$ - $7,8^{\circ}$ ) в сторону повышенных значений интерпретируется как высокий уровень физической работоспособности, пониженные значения ( $4,4^{\circ}$ - $5,4^{\circ}$ ) – как гиподинамия, значения ниже  $4,4^{\circ}$  – как признак катаболических процессов, которые могут быть связаны с развитием хронических заболеваний.

Результаты исследования по всем приведенным показателям высвечиваются на дисплее и удобны для интерпретации. Графические шкалы содержат границы индивидуально рассчитанных норм показателей состава тела.

БИА состава тела, как штатная аппаратная методика ЦЗ, позволяет не только уточнить диагностику ожирения и метаболического синдрома (ожирение при нормальном весе, отсутствие ожирения при высоких значениях ИМТ у индивидов с развитой мышечной системой), но и оценить риски, связанные с нарушениями гидратации организма, недостатком белковой компоненты питания, а также широкого спектра хронических заболеваний катаболической направленности.

#### **Компьютерная программа оценки фактического питания и риска алиментарно-зависимых заболеваний:**

Компьютерная программа по оценке фактического питания по индивидуальному профилю потребления продуктов, пищевых веществ и энергии позволяет оценить возможный риск развития НИЗ с учетом возраста, пола и ФА.

В этой программе оценка состояния питания проводится на основании анализа частоты потребления продуктов и блюд, а также анализа антропометрических характеристик – расчет ИМТ как основного показателя, отражающего соответствие энергии, потребленной с пищей и расходуемой в процессе жизнедеятельности.

При обследовании заполняются три раздела: **ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ФА, ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ.**

ФА оценивается за 2 дня, так как очень часто она в выходные и будни значительно отличается.

После заполнения данных о ФА заполняются данные о частоте потребления пищи. В программе для каждой группы продуктов приводятся фотографии с их изображением и указанием величины порции в граммах. Всего в вопросник входят 72 продукта и блюда, объединенных в 10 групп (хлебобулочные изделия, крупы и макаронные изделия, овощи, бобовые, фрукты, жиры и масла, мясные, кисломолочные продукты, рыба и морепродукты).

В результате опроса пациента с помощью компьютерной программы производится расчет химического состава и энергетической ценности его рациона. Фактическое питание пациента можно наглядно оценить по индивидуальному профилю потребления пищевых веществ (белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ) и энергии с учетом возраста, пола и ФА. Оценка фактического питания позволяет прогнозировать для каждого пациента возможный риск развития НИЗ, на основании чего формируются рекомендации по изменению рациона и ФА.

#### **Экспресс-анализатор для определения общего ХС и глюкозы в крови (с принадлежностями)**

Общий ХС и глюкоза в ЦЗ определяются в свежей цельной капиллярной крови. Измерение занимает не более 60 секунд. Максимальная погрешность (например, анализатора CardioChek) находится в диапазоне +/- 4 % (хороший показатель для скринингового лабораторного оборудования). Общий ХС определяется в диапазоне 2,5-0,36 ммоль/л, глюкоза – 1,1-33,3 ммоль/л.

При классическом проведении анализа крови на липиды рекомендуется 12-часовой период голодания, необходимый для точного определения уровня триглицеридов (ТГ) с целью расчета уровня ХС ЛНП по формуле Фридвальда (не входит в программу комплексного обследования в ЦЗ). Общий ХС допустимо определять и не натощак. При выявлении уровня ХС более 5,0 ммоль/л врач ЦЗ рекомендует пациенту диету с ограничением насыщенных жиров и проведение развернутого анализа крови на липиды натощак (с определением уровня ХС ЛНП, ТГ и холестерина липопротеинов высокой плот-

Таблица 8

#### **Диагностические критерии СД и других нарушений углеводного обмена (ВОЗ, 2006)**

Время определения	Состояние	Концентрация глюкозы капиллярной крови, ммоль/л (мг/дл)
Натощак	Норма	< 5,5 (59-99)
Через 2 ч после перорального теста (ПТ)		< 7,8 (< 140)
Натощак	СД	≥ 6,1 (> 110)
Через 2 ч после ПТ		≥ 11,1 (> 200)
Случайное определение гликемии в любое время дня вне зависимости от времени приема пищи		≥ 11,1 (> 200)
Натощак (если определяется)	Нарушенная толерантность к глюкозе	< 6,1 (< 110)
Через 2 ч после ПТ		7,8 – 11,1 (140-200)
Натощак	Нарушенная гликемия натощак	≥ 5,6 (> 100) и < 6,1 (< 110)
Через 2 ч после ПТ (если определяется)		< 7,8 (< 140)
Натощак	Гестационный СД	≥ 6,1 (> 110)
Через 2 ч после ПТ		≥ 7,8 (≥ 140)
Случайное определение		≥ 11,1 (> 200)

Примечание: гликемия натощак – уровень глюкозы крови утром перед завтраком после предварительного голодания не менее 8 и не более 14 часов.

Таблица 9

**Классификация степеней курения в зависимости от концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина**

Концентрация монооксида углерода	Концентрация карбоксигемоглобина	Цветовая индикация	Степень курения
0-6 ppm	0,16-0,96	зеленый	Отсутствие курения
7-10 ppm	1,12-1,60	оранжевый	Легкое курение
11-20 ppm	1,76-3,20	красный	Умеренное курение
> 20 ppm	> 3,20	красный + звуковой сигнал	Курение тяжелой степени

ности (ХС ЛВП)). Показатель общего ХС используется врачом ЦЗ для расчета суммарного риска фатальных кардиоваскулярных осложнений по шкале SCORE.

Нормальный уровень глюкозы капиллярной крови натощак составляет 3,3-5,5 ммоль/л (59-99 мг/дл). Для трактовки анализа на глюкозу крайне важным является состояние натощак, что не представляется возможным в условиях ЦЗ, поэтому интерпретация данных гликемии затруднена. СД можно заподозрить при выявлении уровня глюкозы крови  $\geq 11,1$  ммоль/л ( $\geq 200$  мг/дл).

При определении глюкозы крови в диапазоне 5,6-11,1 ммоль/л (100-200 мг/дл) врач ЦЗ рекомендует проведение анализа крови на глюкозу натощак с последующей консультацией эндокринолога для исключения таких состояний, как гипергликемия натощак и нарушение толерантности к глюкозе. При выявлении СД ( $\geq 11,1$  ммоль/л) или его декомпенсации врач ЦЗ рекомендует консультацию эндокринолога в ЛПУ по месту жительства.

Исследование гликемии (для диагностики СД) не проводится:

- 1) на фоне острых заболеваний;
- 2) на фоне кратковременного приема препаратов, повышающих уровень гликемии (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, тиазиды, бета-адреноблокаторы и др).

**Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина**

Прибор для определения концентрации монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе (смокелайзер) является оборудованием, объективизирующим факт курения. Монооксид углерода представляет собой токсическое соединение, которое снижает концентрацию поглощаемого организмом кислорода. Пределы концентрации определяемого прибором монооксида углерода – 0-25 parts per million (ppm).

Действие электрохимического датчика смокелайзера основано на реакции монооксида углерода с электролитом одного электрода и кислорода выдыхаемого воздуха с другим. Эта реакция вызывает электрический потенциал, пропорциональный уровню концентрации монооксида углерода. Полученные данные обрабатываются микропроцессором, и затем пиковая концентрация монооксида углерода представляется на дисплее.

С гигиенической целью для каждого пациента используются одноразовые картонные загубники, что предотвращает распространение перекрестной инфекции.

Курение – один из важнейших факторов риска НИЗ, в частности сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, ХОБЛ, онкологических заболеваний. Отказ от курения – это принципиально важный элемент профилактических мероприятий. В последние годы смокелайзер широко используется для поощрения курящих пациентов к отказу от курения в различных антитабачных программах, Школах по отказу от курения.

В частности, прибор используется для повышения мотивации к отказу от курения у беременных женщин (около 60 % беременных женщин не прекращают курения в период беременности). Использование смокелайзера на этапе отказа от курения является дополнительным мотивационным инструментом благодаря наглядной для пациентов демонстрации показателей монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и их постепенном снижении при прекращении курения. Смокелайзер может использоваться для выявления пассивных курильщиков, а также курящих.

**Оборудование для определения токсических веществ в биологических средах организма.**

Оборудование для определения токсических веществ в биологических средах организма обеспечивает возможность обнаружения и количественного определения наркотических средств, психотропных веществ, никотина и алкоголя с помощью молекулярных биосенсоров, принцип действия которых основан на иммунохроматографическом методе. Полученные результаты позволяют обнаруживать случаи периодического употребления наркотиков, а также получить информацию о количестве употребляемого алкоголя и выкуриваемых сигарет в неделю. Анализатор позволяет обнаруживать все группы наркотиков, распространенных на территории Российской Федерации, в количествах от 5 до 500 нг/мл. Исследования могут проводиться во внелабораторных условиях. Диагностические исследования проводятся в следующем объеме: исследование на опиаты, каннабиноиды, метадон, кокаин, амфетамины, метамфетамины, бензодиазепины, а также на наличие маркеров психоактивных веществ – котинина и этилглюкуронида. Исследования проводятся на образцах мочи. Отбор мочи производится в медицинских учреждениях в стеклянную или пластиковую посуду, предназначенную для сбора мочи, в объеме не менее 50 мл. Образцы мочи могут храниться не более двух часов при температуре + 2-4 °С. Исследования проводятся методами иммунохимического анализа, исключая визуальную оценку результатов с распечаткой количественного содержания выявляемых веществ на бумажном носителе. Распечатка полученных результатов анализа является неотъемлемой частью документа, удостоверяющего завершение диагностических исследований. Результат количественной оценки, полученный методами иммунохимического анализа, не превышающий установленных «Нижних пределов определения групп наркотических средств, психотропных и других токсических веществ при проведении диагностических исследований мочи иммунохимическими методами», считается отрицательным и в этом случае дальнейшее исследование не проводится. При получении количественного результата, превышающего установленные «Нижние пределы определения наркотических средств, психотропных и других токсических веществ при проведении диагностических исследований мочи иммунохимическими методами», результат считается положительным.

Необходимо помнить, что при проведении анализа возможны ложноположительные реакции. Биосенсоры



могут реагировать с некоторыми органическими соединениями в концентрации более 100 нг/мл: ацетаминофен, ацетон, альбумин, 4-диметиламиноантипирин, ампициллин, аспартам, атропин, бензокаин, бетафенилэтиламин, кофеин, допамин, эфидрин, этанол, фуросемид, ибупрофен, изоптеренол, L-фенилэфрин, напроксен, N-метил-эфедрин, бензилпенициллин, фенирамин, фенотиазин, прокаин, ранитидин, тирамин, аскорбиновая кислота.

#### **Анализатор котинина и других биологических маркеров в крови и моче.**

Проводится экспресс-анализ содержания котинина, алкоголя, наркотических веществ в моче с помощью тест-полосок.

Котинин – специфический маркер потребления никотина, долго сохраняющий стабильность в жидкостях организма. Период полураспада котинина составляет от 7 до 40 часов (для сравнения, никотин 30 мин.). Концентрация котинина не зависит от факторов внешнего воздействия, окружающей среды или питания организма. В отличие от карбоксигемоглобина и тиоцианина котинин образуется только при метаболизме никотина, а следовательно, является более показательным индикатором потребления никотина, чем непосредственно никотин. Тест способен выявить котинин в течение 2-3 суток с момента курения. Котинин в моче человека выявляется в течение 2-х минут. Чувствительность составляет 200 нг/мл.

#### **Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой).**

Пульсоксиметрия – неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (сатурации). В основе метода пульсоксиметрии лежит измерение поглощения света определенной длины волны гемоглобином крови. Степень поглощения зависит от процентного содержания оксигемоглобина. На этом базируется способность пульсоксиметра измерять степень оксигенации крови. Пульсоксиметр также фиксирует изменения «толщины» крови в связи с пульсацией артериол: каждая пульсовая волна увеличивает количество крови в артериях и артериолах. Таким образом, пульсоксиметр измеряет частоту пульса и амплитуду пульсовой волны.

Известно, что транспортировка кислорода в организме является задачей гемоглобина. Кислородной сатурацией крови считают средний процент насыщения молекул гемоглобина при условии, что 100-процентное насыщение достигается, если молекула гемоглобина присоединяет 4 молекулы кислорода. Та небольшая часть кислорода, которая переносится в растворенном виде, на показатель сатурации не влияет и измерению пульсоксиметром не поддается.

#### **Пульсоксиметрия: практические аспекты.**

Пульсоксиметр прост в обращении, однако при его эксплуатации необходимо придерживаться определенных правил. После включения прибора необходимо дать время на самотестирование. Датчик закрепляют на пальце так, чтобы он не давил. Через некоторое время прибор определит сатурацию и пульс. Если значения изменяются слишком быстро, то лучше, не полагаясь на показания прибора, оценить состояние пациента клинически. Необходимо помнить, что показания пульсоксиметра нельзя считать достоверными при отсутствии видимой пульсовой волны. Кроме того, факторами, влияющими на точность показаний, являются движения пациента, дрожь или яркое освещение – все они могут стать причиной появления на индикаторе пульсообразной кривой и показателей сатурации даже при отсутствии пульса.

Случаи заниженных показаний сатурации могут быть вызваны различными красителями – например, присутствием лака на ногтях пациента. Плохо влияют на возможность регистрации сигнала гипотермия и вазоконстрикция из-за сниженной перфузии тканей. Восприятие пульсового сигнала пульсоксиметром затрудняется при нарушении сердечного ритма, а также в условиях трикуспидальной регургитации, когда из-за возникновение венозной сатурации пульсоксиметр может фиксировать именно ее.

#### **Нормативы:**

- 95-98 % у здоровых испытуемых;
- более высокие значения бывают при кислородной терапии;
- более низкие значения указывают на дыхательную недостаточность.

При снижении уровня сатурации ниже 95 % необходимо оценить результаты спирометрии и рекомендовать пациенту обследование у пульмонолога.

#### **Осмотр в офтальмологическом кабинете ЦЗ.**

При скрининге в офтальмологическом кабинете ЦЗ медсестра офтальмологическая оценивает жалобы, визуальное состояние глаз, остроту зрения, рефракцию, внутриглазное давление (ВГД).

Жалобы. Пациенты с заболеваниями глаз могут предъявлять глазные и/или зрительные жалобы. Глазные жалобы: покраснение глаз, чувство инородного тела, слезотечение, слезостояние, светобоязнь, боли в глазах, отделяемое из глаз, косоглазие. Зрительные жалобы: низкое зрение вдаль и/или вблизи, затуманивание зрения, двоение, появление радужных кругов перед глазами, вспышки, молнии, «мушки» перед глазами.

Визуальный осмотр. При визуальном осмотре обращают внимание на покраснение глаз, отек век, отделяемое из конъюнктивальной полости, заметное косоглазие, изменение цвета зрачка.

Острота зрения. Большинство офтальмологических заболеваний сопровождаются снижением остроты зрения: катаракта, глаукома, дистрофические, сосудистые и воспалительные заболевания сетчатки, помутнения роговицы и стекловидного тела. Этот показатель наиболее информативен и в первую очередь используется для скрининга. Большинство пациентов, заметив снижение зрения, самостоятельно обращаются к офтальмологу. Другие, напротив, мало чувствительны к снижению зрения, в особенности если острота зрения снижена на одном глазу. Различают:

- некорригированную остроту зрения без использования корригирующих стекол;
- корригированную остроту зрения – остроту зрения с коррекцией, если она необходима по причине рефракционных нарушений (близорукости-миопии, дальнозоркости – гиперметропии, астигматизма). Некорригированную остроту зрения всегда исследуют при любом скрининговом осмотре. Корригированную остроту зрения исследуют, если задачи осмотра расширены.

Рефракция. Рефракционные нарушения: близорукость (миопия), дальнозоркость (гиперметропия), астигматизм – наиболее частые причины снижения некорригированной остроты зрения.

ВГД исследуют у всех лиц старше 40 лет, для раннего выявления глаукомы. Глаукома длительное время протекает бессимптомно (в начале заболевания острота зрения может быть нормальной). Без раннего назначения лечения глаукома неизменно ведет к необратимому снижению зрения, в тяжелых случаях – к слепоте.

Измерение, запись результатов исследования, нормальные значения:

Остроту зрения исследуют по печатным таблицам или используют проекторы знаков. Предъявляют черные знаки на белом фоне – оптоотипы. В качестве оптоотипов для исследования остроты зрения используют буквы, цифры, тесты «Е», кольца Ландольта с разрывом, у детей – силуэтные картинки. Остроту зрения оценивают по тому ряду самых мелких знаков, в котором все они распознаются правильно. Остроту зрения оценивают в десятичных дробях 0,1, 0,2,.... 1,0, 1,2. За норму остроты зрения принята 1,0. Хотя у большинства людей максимальная острота зрения оказывается выше 1,2, 1,5, 2,0.

Результаты фиксируют в виде записи:

Vis OD = 1,0

Vis OS = 0,2,

где Vis (visus) – острота зрения, OD (oculus dextra) – правый глаз, OS (oculus sinistra) – левый глаз; 1,0 и 0,2 – значения остроты зрения для правого и левого глаза.

Рефракцию при скрининговых исследованиях исследуют с помощью автоматических рефрактометров. Просят испытуемого смотреть в тубус прибора на фиксационную мишень. Проводят измерение, когда на экране прибора видно, что глаз испытуемого выведен в прямую позицию, а фиксационная метка совпадает с центром зрачка. Прибор выдает чек с результатами в виде записи сфера (sph, S) – цилиндр (cyl, C) – ось (ax, A).

Первое значение – сфера (sph, S) говорит о наличии или отсутствии близорукости или дальнозоркости. Если это значение минусовое – у испытуемого имеется близорукость, если плюсовое – дальнозоркость.

Второе значение – цилиндр (cyl, C) говорит о наличии или отсутствии астигматизма. Оно может быть как плюсовым, так и минусовым.

Третье значение – ось (ax, A) – определяет направление одного из главных меридианов астигматического глаза. Его учитывают при коррекции.

Нормальные значения сферы и цилиндра при авторефрактометрии близки к нулю. Однако автоматический рефрактометр очень редко выдает нулевые результаты. Обычно даже в глазах с нормальной рефракцией (эметропией) отмечают некоторые отклонения этих значений от нуля, обычно до +/-1,0 дптр. Если при значениях рефракции до +/-1,0 дптр по сфере и/или цилиндру некорректированная острота зрения 1,0 и выше, а пациент не предъявляет зрительных жалоб, говорят об отсутствии рефракционных нарушений – эметропии.

При расширенных задачах исследования уточняют рефракцию с помощью линз из пробного набора. При наличии рефракционных нарушений определяют корректируемую остроту зрения. В норме корректируемая острота зрения всегда 1,0 и выше. Если корректируемая острота зрения ниже 1,0 – говорят о глазной патологии, не связанной с рефракционными нарушениями.

Авторефрактометрия не удается при помутнениях оптических сред (роговицы, стекловидного тела, хрусталика – катаракта) или при грубых патологических изменениях сетчатки. Острота зрения в таких случаях всегда снижена, а прибор пишет «Notarget». Упорно повторяющийся ответ «erro» может свидетельствовать о неправильной фиксации (при косоглазии, изменениях сетчатки) или слишком высокой аметропии.

ВГД при скрининговых исследованиях измеряют с помощью пневмотонометра, который позволяет быстро,

точно и бесконтактно определить величину ВГД. Измерение проводится с помощью струи сжатого воздуха, занимает доли секунды и не требует предварительной анестезии. Просят испытуемого смотреть в тубус прибора на фиксационную мишень. Проводят измерение, когда на экране прибора видно, что глаз испытуемого выведен в прямую позицию, а фиксационная метка совпадает с центром зрачка. Во время измерения пациент ощущает слабый, слегка неприятный «удар» воздухом.

Пневмотонометр измеряет истинное ВГД (P0). Нормальные значения ВГД, измеренные пневмотонометром, не должны превышать 19 мм рт.ст. Прибор выдает чек с результатами значений ВГД для правого и левого глаза. Противопоказаниями для измерения ВГД пневмотонометром служат воспаление переднего отрезка глаза, подвывих искусственного хрусталика в анамнезе. Более надежно измерение внутриглазного давления аппланационным способом по Маклакову. Этим способом измеряют тонометрическое ВГД (Pt). Его нормальные значения несколько выше – до 24 мм рт.ст. Для расчета значений ВГД по Маклакову делают оттиски на бумаге. Величину ВГД измеряют специальной линейкой, по наименьшему диаметру неокрашенной части оттиска. Противопоказаниями для измерения ВГД по Маклакову служат воспаления переднего отрезка глаза: инфекционные конъюнктивиты, кератиты любой этиологии. Независимо от способа измерения ВГД разница в результатах тонометрии двух глаз не должна превышать 3 мм рт.ст.

Завышенные результаты тонометрии могут получиться при напряжении испытуемого, попытке прикрыть глаз во время проведения исследования. В таких случаях после повторного объяснения испытуемому задачи исследования делают повторное измерение. Если результаты повторного измерения превышают нормальные значения, ВГД считают повышенным.

Показания для срочного направления к офтальмологу:

1. Жалобы на боли в глазах, даже периодические жалобы на радужные круги перед глазами.
2. Выраженное покраснение глаз, гнойное отделяемое из глаза, выраженный отек век, изменение цвета зрачка, свежая травма глаза.

3. Снижение корригированной остроты зрения.

Показания для отсроченного направления к офтальмологу:

1. Умеренно выраженные глазные и/или зрительные жалобы.
2. Слабое покраснение глаз, заметное косоглазие.
3. Снижение некорригированной остроты зрения.
4. Рефракционные нарушения.

### **Работа гигиениста стоматологического в центре здоровья**

Гигиенист стоматологический в ЦЗ в ходе осмотра проводит диагностику гигиены полости рта, болезней слизистой оболочки и пародонта, некариозных поражений, кариеса зубов, регистрирует стоматологический статус пациента в Карте пациента. Кроме того, он обучает пациента основам гигиены полости рта и проводит профессиональную гигиену полости рта. При необходимости (пародонтит, кариес и др.) он рекомендует посещение соответствующего специалиста по месту жительства.

Стоматологическое обследование пациента предусматривает сбор жалоб и анамнеза, осмотр (внеротовой

и внутриротовой) и использование специальных методов исследования. Все данные заносят в медицинскую карту.

Жалобы пациента чаще касаются эстетических нарушений в челюстно-лицевой области и функции жевания, появления болей, кровоточивости десен, подвижности зубов, запаха изо рта. Особенно тщательно должна быть проанализирована история развития заболевания: время и возможные причины появления симптомов, течение болезни; методы лечения и его эффективность. Анамнез жизни включает изучение наследственности, акушерско-гинекологического анамнеза (у беременных), характера вскармливания (у детей), перенесенных заболеваний, условий труда, жизни (профессиональные вредности) и местности проживания (содержание фтора в питьевой воде), особенностей питания (количество и регулярность приема сахара), вредных привычек (курение), переносимости лекарственных веществ, индивидуальных особенностей ухода за полостью рта [11].

Стоматологический осмотр пациента проводят в стоматологическом кресле при искусственном освещении, визуально и с помощью набора диагностических инструментов: стоматологических зеркал; эксплореров (остроконечных зондов); пародонтальных зондов (тупоконечных, с маркировкой); пинцетов. Для инфекционной безопасности пациентов и стоматологического персонала при стоматологическом осмотре можно использовать одноразовый набор инструментов, включающий зеркало, шпатель, пинцет, гладилку, двусторонний зонд-эксплорер, лоток и салфетку для пациента и сохраняющей стерильность в течение одного года.

Стоматологический осмотр включает внеротовое и внутриротовое обследование.

Внеротовое обследование:

- внешний осмотр пациента (физическое и психоэмоциональное состояние);
- конфигурация лица: асимметрия и дефекты (при врожденной патологии, травме, воспалительных процессах, новообразованиях);
- вид кожных покровов: цвет (гиперемия – при воспалении, бледность – при болях), высыпания;
- степень выраженности носогубных складок (при отсутствии зубов или их патологической стираемости);
- красная кайма губ (контур, характер смыкания, образование чешуек, корок);
- нижнечелюстные и подбородочные лимфоузлы (размер, подвижность, болезненность);
- область височно-нижнечелюстного сустава (степень открывания рта и смещения нижней челюсти, щелканье в суставе, болезненность).

Внутриротовое обследование позволяет определить состояние органов и тканей полости рта.

В области преддверия полости рта оценивают:

- глубину, выраженность уздечек верхней и нижней губы – при сомкнутых зубах и поочередном оттягивании губ;
- слизистую оболочку губ (цвет, увлажненность, целостность);
- слизистую оболочку щек (цвет, увлажненность, отпечатки зубов);
- альвеолярные отростки и десну (цвет слизистой оболочки, вид и тяжесть воспаления, характер течения, распространенность, отек).

Полость рта осматривают при широко открытом рте, обращая внимание на:

- язык (все поверхности; выраженность уздечки языка проверяют при широко открытом рте возможностью достать его кончиком верхние фронтальные зубы);
- дно полости рта (цвет и увлажненность слизистой);
- твердое и мягкое небо (целостность, цвет, возможные изменения);
- зубы (количество, цвет, блеск, пятнистость, целостность, наличие зубного налета и зубного камня);
- окклюзию (соотношение челюстей, форма зубных дуг, контакты между зубами).

Для определения принадлежности зуба используют международную цифровую систему обозначения зубов, предложенную Международной Организацией Стандартов. Согласно этой системе, каждый зуб имеет свое цифровое обозначение (рис. 1). Помимо этого, цифрами обозначают каждый квадрант верхней и нижней челюсти, причем возрастание числового значения происходит по часовой стрелке.

Для удобства записи результата осмотра зубов в карту можно применять схему, на которой горизонтальная линия указывает на принадлежность зубов к верхней или нижней челюсти, а вертикальная – на принадлежность зубов к правому или левому квадранту.

Оценка наличия зубных отложений (зубного налета и зубного камня) важна по нескольким причинам:

- для определения участков наибольшего накопления зубных отложений;
- для оценки эффективности чистки зубов пациентом;
- для определения риска развития у пациента кариеса зубов и заболеваний пародонта (чем больше налета и камня, тем выше риск).

Оценить присутствие зубных отложений можно количественными и качественными методами.

Качественная оценка предполагает выявление локализации отложений зубного налета и зубного камня:

- визуально;
- с помощью стоматологического зонда (если налета или камня достаточно много);

правая сторона								левая сторона							
Квадрант 1								Квадрант 2							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Квадрант 4								Квадрант 3							
правая сторона								левая сторона							
Квадрант 1								Квадрант 2							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Квадрант 4								Квадрант 3							

Рис. 1. Международная цифровая система обозначения постоянных зубов.

– путем окрашивания специально предназначенными для этого красителями.

Для окрашивания зубного налета можно применять:  
– водный раствор йода – раствор Шиллера-Писарева (1 г кристаллического йода, 2 г йодида калия, 40 мл дистиллированной воды);

– эритрозин;  
– фуксин;  
– специальные таблетки, при жевании которых окрашиваются участки зуба, где присутствует зубной налет.

Кроме того, выпускаются двойные красители, по-разному окрашивающий кариесогенный и некариесогенный зубной налет: красным цветом – свежий зубной налет, темно-синим – налет, присутствующий в полости рта длительное время и ставший кариесогенным.

После окрашивания зубов пациент должен прополоскать рот водой и окрашивающее средство остается лишь там, где есть налет.

Количественная оценка присутствия зубных отложений происходит с помощью различных индексов, позволяющих определить локализацию зубного налета и зубного камня, а также измерить их площадь до и после использования гигиенических средств.

Для определения зубного налета у детей от момента прорезывания временных зубов до 3-х лет применяют индекс Э.М. Кузьминой (2000). Индекс разработан в связи с необходимостью определения у маленьких детей зубного налета, который начинает откладываться на временных зубах сразу после их прорезывания. Даже если в полости рта ребенка имеется всего 2-3 зуба, необходимо визуально или с помощью зонда определять присутствие зубного налета. При визуальном осмотре тонкий слой налета обычно относительно прозрачен и выявляется с трудом, тогда как его толстый слой придает поверхности зуба тусклый темный оттенок.

Ход определения индекса: Осматривают все зубы, имеющиеся в полости рта маленького ребенка, и оценивают присутствие налета на каждом зубе с помощью следующих кодов:

0 баллов – нет налета;

1 балл – налет присутствует в любом количестве.

Формула для расчета значения индекса:

$$\text{Индекс гигиены} = \frac{\text{количество зубов, где выявлен налет}}{\text{количество зубов, присутствующих в полости рта}}$$

Пример расчета индекса:

1. У ребенка в полости рта имеется 4 зуба: 5.1 6.1  
8.1 7.1

2. Налет выявлен на 2 зубах: 5.1, 6.1

3. Величина индекса гигиены равна:  $2:4 = 0,50$

4. Уровень гигиены полости рта у данного ребенка – плохой

Индекс Федорова – Володкиной (1971) целесообразно применять для выявления налета на зубах у детей до 5-6 лет.

Ход определения индекса: Окрашивают и обследуют губную поверхность шести нижних фронтальных зубов: 8.3, 8.2, 8.1, 7.1, 7.2, 7.3

Присутствие зубного налета оценивают с помощью следующих кодов:

1 балл – зубной налет не выявлен;

2 балла – окрашивание одной четверти поверхности;

3 балла – окрашивание половины поверхности коронки зуба;

4 балла – окрашивание трех четвертей поверхности коронки зуба;

5 баллов – окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Расчет значений индекса: Для одного ребенка определяют код налета на каждом из обследованных зубов, суммируют эти результаты и делят на количество осмотренных зубов (т.е. на 6).

У лиц разного возраста для отдельного определения количества зубного налета и зубного камня используют упрощенный индекс зубного налета Green-Vermillion, ОНI-S (ИГР-У) (J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964).

Для определения величины индекса обследуют 6 зубов:

1.6, 1.1, 2.6, 3.1 – вестибулярные поверхности

3.6, 4.6 – язычные поверхности

На каждом из указанных зубов вначале определяют код зубного налета с помощью стоматологического зонда (можно применять и окрашивающие средства, но это не обязательно).

Коды и критерии для оценки зубного налета

0 баллов – зубной налет не выявлен;

1 балл – мягкий зубной налет, покрывающий не более 1/3 поверхности коронки зуба, или наличие любого количества окрашенных отложений (зеленых, коричневых и др.);

2 балла – мягкий зубной налет, покрывающий более 1/3, но менее 2/3 поверхности зуба;

3 балла – мягкий зубной налет, покрывающий более 2/3 поверхности зуба.

Затем с помощью стоматологического зонда в области каждого из перечисленных зубов определяют присутствие над- и поддесневого зубного камня.

Коды и критерии для оценки зубного камня

0 баллов – зубной камень не выявлен;

1 балл – наддесневой зубной камень, покрывающий не более 1/3 поверхности зуба;

2 балла – наддесневой зубной камень, покрывающий более 1/3, но менее 2/3 поверхности зуба, или наличие отдельных отложений поддесневого камня в пришеечной области зуба;

Таблица 10

#### Интерпретация значений индекса Э.М. Кузьминой

Величина индекса	Уровень гигиены
0	хороший
0,1	удовлетворительный
0,5	плохой

Таблица 11

#### Интерпретация значений индекса Федорова-Володкиной

Значение индекса	Уровень гигиены
1.1-1.5	хороший
1.6-2.0	удовлетворительный
2.1-2.5	неудовлетворительный
2.6-3.4	плохой
3.5-5.0	очень плохой

3 балла – наддесневой зубной камень, покрывающий более 2/3 поверхности зуба, или значительные отложения поддесневого камня вокруг шейки зуба.

Расчет значений индекса: Расчет суммарного значения индекса, комплексно характеризующего гигиеническое состояние полости рта индивидуума, происходит в несколько этапов:

1. Суммируют коды зубного налета для каждого зуба и делят на количество обследованных поверхностей зубов (т.е. 6);

2. Суммируют коды зубного камня для каждого зуба и делят на количество обследованных поверхностей зубов (т.е. 6);

3. Суммируют значения, полученные в п. 1 и п. 2.

Формула для расчета значения индекса Green-Vermillion:

$$\text{ИГР-У} = \frac{\text{сумма значений налета}}{\text{количество поверхностей}} + \frac{\text{сумма значений камня}}{\text{количество поверхностей}}$$

Интерпретация суммарных значений индекса:

Суммарное значение ИГР-У	Уровень гигиены
0.0-1.2	хороший
1.3-3.0	удовлетворительный
3.1-6.0	плохой

Интерпретация значений показателей зубного налета или зубного камня

Значение	Уровень гигиены
0.0-0.6	балла хороший
0.7-1.8	балла удовлетворительный
1.9-3.0	балла плохой

Пример расчета индекса:

1. У подростка определены следующие коды: код зубного налета на зубах 1.6 и 2.6 – 2 балла; на зубе

1.1 – 1 балл;

код зубного камня на зубах 3.6, 3.1, 4.6 – 2 балла.

2. Суммарная величина индекса гигиены:

$$\frac{2 + 2 + 1}{6} + \frac{2 + 2 + 2}{6} = 1,8$$

3. Уровень гигиены полости рта по суммарному значению индекса гигиены – удовлетворительный.

4. Значение показателя зубного налета:

$$\frac{2 + 2 + 1}{6} = 0,8$$

5. Уровень гигиены полости рта по показателю зубного налета – удовлетворительный.

6. Значение показателя зубного камня:

$$\frac{2 + 2 + 2}{6} = 1$$

7. Уровень гигиены полости рта по показателю зубного камня – удовлетворительный.

Для подсчета среднего значения индекса в группе обследованных (суммарного или его отдельных показателей – зубного налета или зубного камня) суммируют индивидуальные показатели для каждого участника и делят на количество лиц в группе.

Оценку состояния тканей пародонта проводят с помощью пародонтального зонда, позволяющего выявить зубной налет и камень, кровоточивость десен, глубину пародонтальных карманов, степень рецессии десны.

Краткая характеристика воспалительных заболеваний пародонта:

Для оценки состояния тканей пародонта предложено много индексов, в том числе папиллярно-маргинально-

Таблица 12

### Краткая характеристика заболеваний пародонта

Заболевание	ФР, причины возникновения	Клинические признаки
[По данным эпидемиологического стоматологического обследования населения Российской Федерации (2009) признаки воспаления тканей пародонта диагностируют у 41% 15-летних подростков и 81% взрослых 35-44 лет]		
1. Гингивит – воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения		
1.1. Острый гингивит	Развивается как один из симптомов острых респираторных инфекций, гриппа, острого герпетического стоматита, острой травмы (локальный)	Гиперемия десневых сосочков и маргинальной десны, кровоточивость, отечность, болезненность десны. Характеризуется коротким течением и обратимостью процесса.
1.2. Хронический гингивит		
1.2.1. Простой маргинальный гингивит Рисунок (не приводится) Цианотичность десны, набухание десневых сосочков, большое количество зубного налета	Воспаление вызвано жизнедеятельностью бактерий зубного налета. Основным фактором риска – неудовлетворительный гигиенический уход за полостью рта. Генерализованное (обширное) поражение десны может развиваться на фоне системных заболеваний (сердечно-сосудистых, эндокринных, желудочно-кишечного тракта), под действием стресса. Локальное поражение – при наличии местных факторов, вызывающих травму десны или затрудняющих проведение гигиены: скученности зубов, нависающих краев пломб, брекет-систем, несъемных протезов и др.	Жалобы пациента: кровоточивость десен при чистке зубов (особенно в зимне-весенний период), при длительном течении – почти постоянно, изменение формы и цвета межзубных сосочков. При осмотре: гиперемия десны с цианотичным оттенком, набухание десневых сосочков, кровоточивость при зондировании, наличие мягких (реже минерализованных) зубных отложений. При обострении воспаления Жалобы пациента: боль при приеме пищи, спонтанная кровоточивость десен. При осмотре: ярко-красная окраска воспаленных участков, отечность десны.

Таблица 13

## Интерпретация значений индекса РМА

Значение индекса	Степень тяжести воспаления десны
менее 30 %	легкая
31-60 %	средняя
61 % и более	тяжелая

альвеолярный индекс, РМА (Parma, 1960). Для его определения йодсодержащим раствором окрашивают вестибулярную поверхность десны и определяют ее состояние у каждого зуба – в области десневого сосочка, свободной краевой (маргинальной) десны и прикрепленной (альвеолярной) десны. Воспаленные участки окрашиваются в темно-коричневый цвет. Коды для оценки степени воспаления десны:

- 0 – отсутствие воспаления;
- 1 – воспаление десневого сосочка;

2 – воспаление десневого сосочка и маргинальной десны;

3 – воспаление десневого сосочка, маргинальной и альвеолярной десны.

Формула для расчета значения индекса:

$$PMA = \frac{\text{сумма кодов}}{3 \times n} \times 100\%$$

где n – количество зубов, которое при сохранении целостности зубных рядов рассчитывают в зависимости от возраста:

6-11 лет – 24 зуба;

12-14 лет – 28 зубов;

15 лет и старше – 30 зубов.

Примечание: если часть зубов отсутствует, то делят на количество зубов, имеющих в полости рта.

Методы оценки состояния твердых тканей зубов: Для осмотра твердых тканей зубов используют стоматологическое зеркало, находящееся в левой руке, и остроконечный зонд-эксплорер – в правой (его ручка располагается,

Таблица 14

## Краткая характеристика заболеваний твердых тканей зубов

Заболевание	ФР, причины	Клинические признаки возникновения
<b>Кариес зубов</b>		
<b>1. Кариес эмали</b>		
1.1. Кариес эмали (стадия белого (мелового) пятна, [начальный кариес]) бактериями зубного Рисунок (не приводится) Белые матовые пятна в пришеечной области на резцах и клыках	Деминерализация эмали под действием кислот, продуцируемых кариесогенными оттенком, лишенные налета. ФР возникновения кариеса: Местные: – неудовлетворительная гигиена полости рта; – частое употребление легкоферментируемых углеводов; – снижение скорости слюноотделения, низкая буферная емкость, высокая вязкость слюны; – незавершенная минерализация фиссур в период прорезывания постоянных зубов; – низкая кариесрезистентность эмали; – наличие факторов, способствующих ретенции зубного налета (аномалии положения зубов, наличие несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций, нависающие края пломб) Общие: низкое содержание фтора в питьевой воде; – алиментарный дефицит минеральных веществ (прежде всего кальция), особенно в период формирования зубов; – соматические заболевания (хроническая патология желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, нарушения обмена веществ, гиповитаминозы); – экстремальные воздействия на организм, стресс; – неблагоприятная экологическая обстановка.	Жалобы пациента: обычно отсутствуют. При осмотре: меловидные пятна с матовым естественного блеска эмали. Пятна обычно локализируются в пришеечной области или на контактных поверхностях зубов; окрашиваются 2 % раствором метиленового синего, интенсивность окрашивания определяется глубиной поражения.
1.2. Кариес эмали		Жалобы пациента: на кратковременные боли от химических раздражителей (в большей степени от сладкого). При осмотре: определяется неглубокая кариозная полость в пределах эмали; дно и стенки полости чаще пигментированы, шероховатые; зондирование может сопровождаться сильной, но кратковременной болью.
<b>2. Кариес дентина</b>		
Рисунок (не приводится) Кариозные полости на резцах и клыке Рисунок (не приводится) Кариозная полость на жевательной поверхности		Жалобы пациента: часто отсутствуют, возможна кратковременная боль от температурных и химических раздражителей, при попадании пищи во время еды. При осмотре: наличие кариозной полости, заполненной размягченным дентином; зондирование болезненно в области дентино-эмалевого соединения.
<b>3. Кариес цемента</b>		
Рисунок (не приводится) Кариозное поражение клыка в области эмалево-цементной границы		Жалобы пациента: косметический дефект. При осмотре: пятна желтого цвета небольшого размера в пришеечной области на обнаженной поверхности корня зуба. Поскольку цемент имеет небольшую толщину и подвержен истиранию, кариозное поражение очень быстро распространяется на дентин корня зуба. Обычно встречается у пациентов старшего возраста; часто сочетается с воспалительными заболеваниями пародонта, следствием которых является рецессия десны.

## Краткая характеристика некоторых заболеваний слизистой оболочки рта

Заболевание	ФР, причины	Клинические признаки возникновения
<b>1. Поражения, связанные с травмой</b>		
1.1. Поверхностная травма губы и полости рта Рисунок (не приводится) Хроническая травма съемным протезом Рисунок (не приводится) Травматическая язва на боковой поверхности языка	Причины травмы: острые края зубов и пломб, неправильно изготовленные мостовидные и съемные зубные протезы, зубной камень, вредные привычки (прикусывание слизистой щек, губ, языка), острая и горячая пища	Жалобы пациента: чувство дискомфорта, болезненность, припухлость. При осмотре: гиперемия, отек, нарушение целостности слизистой оболочки (эрозии, афты, язвы). При травматической язве по краям имеется воспалительный инфильтрат, ее поверхность покрыта серым налетом, болезненна при пальпации, регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны. При длительном течении (2-3 месяца и более) травматическая язва может озлокачествляться.
1.2. Лейкоплакия – хроническое воспаление слизистой оболочки рта, сопровождающееся повышенным ороговением (гиперкератозом). Рисунок (не приводится) Лейкоплакия на нижней губе	Развивается как ответная реакция слизистой оболочки на длительную травму, чаще химическую (курение). Обычно встречается у мужчин 40-50 лет.	Жалобы пациента: обычно отсутствуют, иногда возникает ощущение шероховатости слизистой оболочки. При осмотре: ограниченный участок поражения белого цвета неправильной формы, не возвышающийся (плоская форма) или приподнятый (веррукозная форма) над поверхностью слизистой оболочки, может иметь трещины или эрозии (эрозивная форма). Белый налет не снимается при соскабливании. Чаще локализуется на слизистой оболочке губ, щек (в углах рта, по линии смыкания зубов), на языке и дне полости рта, красной кайме губ. Веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии являются факультативным предраком с высокой вероятностью озлокачествления.
<b>2. Инфекционные заболевания</b>		
2.1.1. Острый герпетический стоматит Рисунок (не приводится) Геморрагические корки и множественные эрозии на красной кайме губ Рисунок (не приводится) Мелкие округлые эрозии на языке, гиперемия и отек десневых сосочков	Первичный контакт с вирусом herpes simplex. Болеют дети в возрасте от 1 до 5 лет.	Жалобы пациента: повышение температуры тела от 37,5° до 40 °С, явления интоксикации, отказ от приема пищи. При осмотре: увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов; на красной кайме и коже губ множественные пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии, покрытые корками; на слизистой оболочке губ, щек, языка – множественные эрозии 1-5 мм в диаметре, которые могут сливаться, резко болезненные. Острый катаральный гингивит, нередко с эрозиванием десневого края.
2.1.2. Рецидивирующий хронический герпес Рисунок (не приводится) Пузыри на красной кайме губ при слиянии пузырьков	Проявляется у людей любого возраста, ранее инфицированных вирусом herpes simplex.	Жалобы пациента: болевые ощущения. При осмотре: болезненная эрозия с неровными фестончатыми краями на гиперемированной, слегка отечной слизистой оболочке; рядом могут выявляться отдельные мелкие эрозии округлой формы; типичная локализация – твердое небо, десна, язык. На красной кайме губ – группа мелких слившихся пузырьков.
2.2. Поражения слизистой оболочки рта, связанные с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) Рисунок (не приводится) Волосатая лейкоплакия языка Рисунок (не приводится) Саркома Капоши: синюшные выступающие пятна на слизистой оболочке твердого неба	К поражениям слизистой оболочки рта, специфичным для ВИЧ-инфекции, относятся: – кандидозный стоматит; – волосатая лейкоплакия языка (связанная с активизацией вируса Эпштейна-Барра); – саркома Капоши (злокачественное новообразование кровеносных сосудов, определяется у 30-50 % больных). Данные поражения развиваются на фоне пониженного иммунитета и могут быть первыми клиническими симптомами ВИЧ-инфекции.	Жалобы пациента: обычно отсутствуют, иногда возникает ощущение зуда в зоне поражения (при саркоме Капоши). При осмотре Волосатая лейкоплакия – обычно локализуется на боковой поверхности языка, реже – на спинке языка или слизистой оболочке щеки; представляет собой ограниченный участок поражения опалово-белого цвета, с нечеткими границами размером от нескольких миллиметров до 3 см и более. В очаге поражения видны тонкие белые параллельные полосы, образованные мелкими волосистыми папилломами. Саркома Капоши – синюшно-красные, иногда с коричневым оттенком опухолевидные образования величиной 1-2 см и более, которые в дальнейшем изъязвляются. Обычно локализуются на небе, десне, губах, реже – дне полости рта.

<p>2.5. Кандидозный стоматит Рисунок (не приводится) Налет на спинке языка</p>	<p>Поражение вызывают дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>, которые в качестве резидентной микрофлоры присутствуют у 50 % здоровых людей. При снижении иммунитета они приобретают вирулентность, размножаются и рассеиваются по слизистой оболочке рта. Возникновению кандидоза способствуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– продолжительный прием антибиотиков;</li> <li>– лучевая и иммуносупрессивная терапия;</li> <li>– неудовлетворительная гигиена полости рта, недостаточный уход за съемными протезами;</li> <li>– наличие гальванизма.</li> </ul>	<p>Жалобы пациента: жжение слизистой оболочки, болезненность при приеме раздражающей пищи, сухость в полости рта, появление болезненных трещин в углах рта. При осмотре: белый творожистый налет на языке, слизистой оболочке рта, внутренней поверхности съемных протезов; трещины в углах рта, покрытые мелкими, белесоватыми чешуйками. Кандидозный стоматит является индикаторным заболеванием у ВИЧ-инфицированных, а также может быть первым симптомом СД.</p>
<p>3. Заболевания, связанные с аллергией</p>		
<p>3.1. Аллергический стоматит Рисунок (не приводится) Эритема слизистой оболочки в зоне протезного ложа</p>	<p>Аллергическая реакция замедленного типа при местном контакте со стоматологическими, зубопротезными материалами, медикаментами. Непереносимость возрастает у лиц с аллергическим анамнезом.</p>	<p>Жалобы пациента: жжение, зуд в пораженных участках слизистой оболочки рта. При осмотре: ограниченные или разлитые очаги ярко-красной гиперемии, строго в области протезного ложа или зоны контакта с аллергеном. При длительном течении возможно появление единичных пузырьков или эрозий.</p>
<p>3.3.* Рецидивирующий афтозный стоматит Рисунок (не приводится) Афта на кончике языка</p>	<p>Этиология:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– инфекционная аллергия (преимущественно к вирусу простого герпеса или цитомегаловирусу, бактериальным антигенам);</li> <li>– на фоне заболеваний крови (нейтропения);</li> <li>– идиопатическая (неясной этиологии).</li> </ul> <p>Наиболее распространенное поражение слизистой оболочки рта (до 20 %), наблюдается у лиц 20-40 лет, чаще у женщин.</p>	<p>Жалобы пациента: болезненность в полости рта При осмотре: язвы (афты) на слизистой оболочке рта (кроме твердого неба и прикрепленной десны) округлой формы, размером до 1 см, покрытые серовато-желтым налетом и ограниченные гиперемированным ободком. Высыпания одиночные или множественные (чаще от 1 до 2-3). Афтозные поражения слизистой оболочки рта, часто возникающие и характеризующиеся длительным течением, могут быть связаны с ВИЧ-инфекцией.</p>
<p>5. Заболевания губ</p>		
<p>5.1. Актинический хейлит Рисунок (не приводится) Сухая форма актинического хейлита</p>	<p>Причины возникновения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– повышенная чувствительность к ультрафиолетовому излучению.</li> </ul>	<p>Жалобы пациента: зуд, жжение губ. При осмотре: покраснение губ (эритема), на фоне которой возникают: шелушение с образованием чешуек (сухая форма); – мелкие пузырьки, мокнущие участки, эрозии, серозные корки (экссудативная форма)</p>
<p>5.2. Эксфолиативный хейлит Рисунок (не приводится) Лента из сухих чешуек от середины красной каймы до зоны Клейна</p>	<p>Заболевание относят к психосоматическим болезням. Чаще поражается нижняя губа.</p>	<p>Жалобы пациента: сухость, чувство стягивания, онемение губ, появление чешуек (при сухой форме); боль, наличие корок (при экссудативной форме). При осмотре: характерная локализация поражения – от середины красной каймы до зоны Клейна (места перехода в слизистую оболочку); наличие коричневатых чешуек, плотно прилегающих центральной частью к красной кайме (сухая форма), или массивных корок коричневого цвета, после удаления которых обнажается целостная красная кайма (экссудативная форма).</p>
<p>5.4. Хроническая трещина губы Рисунок (не приводится)</p>	<p>Ее появлению способствуют неблагоприятные метеорологические воздействия (повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, холод, солнечная радиация), вызывающие сухость, шелушение, потерю эластичности красной каймы губ. При длительном существовании может озлокачиваться.</p>	<p>Жалобы пациента: болезненность губы, усиливающаяся при улыбке, приеме пищи. При осмотре: одиночный глубокий линейный дефект от 0,2 до 1,5 см, чаще по центру губы. В случае присоединения вторичной инфекции покрывается кровянистыми или желтыми корками, появляются болезненность, гиперемия, отек окружающих тканей.</p>

\* Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа.



как «писчее перо»). Осмотр начинают с дистального зуба правого верхнего квадранта, затем проводят в направлении по часовой стрелке, последовательно переходя к осмотру зубов левого верхнего квадранта, затем – левого нижнего и правого нижнего квадрантов.

Выявление начального кариеса эмали: После удаления зубного налета, особенно в пришеечной области зубов, нередко можно выявить очаги деминерализации эмали. Существует несколько методов их оценки, но перед использованием любого из них необходимо удалить зубные отложения и высушить поверхность зуба.

Визуальный метод: Данный метод наиболее прост в выполнении в условиях стоматологического кабинета.

Обследуемый зуб следует:

- удалить зубной налет;
- изолировать от слюны;
- высушить поверхность воздухом;
- визуально определить размеры очага.

На активность кариозного процесса указывают:

- матовая поверхность очага деминерализации;
- наличие кариесогенного зубного налета;
- кровоточивость десны в области очага начального кариеса.

Метод витального окрашивания эмали (Л.А. Аксамит, 1978)

С помощью данного метода удастся не только определить наличие начального кариеса, но и судить о глубине поражения эмали. Принцип метода основан на факте увеличения проницаемости деминерализованной эмали для красителя (2 % водного раствора метиленового синего).

Для оценки очага деминерализации зуб следует:

- очистить от зубного налета;
- изолировать от слюны;
- высушить поверхность воздухом;
- нанести тампон с красителем на 3 минуты;
- удалить тампон и смыть избыток красителя.

Интенсивность окрашивания очага сравнивают со специальной градационной 10-балльной шкалой, имеющей различные оттенки синего цвета.

Для оценки окрашивания можно использовать следующие критерии:

Интенсивность окрашивания	Степень окрашивания
1-3 балла	низкая
4-5 баллов	средняя
6-10 баллов	высокая

Внимание! При наличии белого пятна необходима дифференциальная диагностика между начальным кариесом, гипоплазией эмали и флюорозом зубов, для чего осуществляют окрашивание 2 % раствором метиленового синего. При этом белое пятно, образовавшееся вследствие развития очаговой деминерализации эмали, окрашивается, тогда как пятна при гипоплазии и флюорозе – нет.

Индексы для оценки кариеса зубов:

Для оценки стоматологического статуса пациента применяют индексы, характеризующие интенсивность кариеса постоянных зубов:

индекс КПУ(з) – сумма кариозных, пломбированных и удаленных по поводу осложнений кариеса зубов;

индекс КПУ(п) – сумма всех поверхностей, на которых диагностирован кариес или пломба.

Примечание: если зуб удален, в этом индексе его считают за 5 поверхностей (премоляры, моляры) или за 4 поверхности (резцы, клыки).

1. Спрашивать о курении каждого пациента

Если:

не курит – поощрять оставаться в таком статусе

→ курит

2. Оценить особенности курения (степень/тяжесть курения)

3. Рекомендовать бросить курить (факты о вреде курения)

4. Определить стратегию по прекращению курения

– совет/беседа по изменению поведения

– никотинзависимая терапия

– лекарственная терапия

5. Регистрировать и обновлять данные пациента по курению в медицинской карте при каждом его визите ←

Рис. 2. Алгоритм контроля курения среди пациентов первичного звена здравоохранения [8].

Оценка состояния слизистой оболочки рта:

Осмотр слизистой оболочки рта проводят с помощью стоматологического зеркала. В норме она бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, чистая, без патологических изменений. Поражения слизистой могут быть симптомом патологии органов и систем организма, нарушения обмена веществ, а также проявлением инфекционных заболеваний. При выявлении элементов поражения, таких как изменение цвета, пузыри, эрозии (повреждение нарушения целостности эпителия), язвы (повреждение, проникающее в подслизистый слой), участки ороговения нетипичной локализации, гигиенист стоматологический обязан направить пациента к врачу-стоматологу.

### Интерпретация врачом центра здоровья результатов обследований и осмотра пациентов и формирование групп риска

#### 1. Группа курящих пациентов

Факт курения устанавливается при опросе, а также по данным измерения монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с помощью смokesайзера. Устанавливается тяжесть курения: отсутствие курения – 0-6 ppm, легкое курение – 7-10 ppm, умеренное курение – 11-20 ppm, более 20 ppm – курение тяжелой степени. Факт курения может объективизирован также по данным спирометрии и определения котинина в моче.

Врач ЦЗ должен дать курящему пациенту аргументированный совет по отказу от курения с учетом индивидуальных особенностей пациента и состояния его здоровья. Пациентам с длительным стажем курения и курением умеренной/тяжелой степени необходимо настоятельно рекомендовать посещение Школы по отказу от курения, при необходимости консультации специалистов (включая психотерапевта).

Врач ЦЗ при осмотре обязан (рис. 2):

**Коэффициенты ФА в зависимости  
от характера труда**

1,4	Работники умственного труда
1,6	Работники, занятые легким трудом (водители, машинисты, медсестры, продавцы, работники милиции и других родственных видов деятельности)
1,9	Работники со средней тяжестью труда (слесари, водители электрокаров, экскаваторов, бульдозеров и другой тяжелой техники, работники других родственных видов деятельности)
2,2	Работники тяжелого физического труда (спортсмены, строительные рабочие, грузчики, металлурги, доменщики-литейщики и др.)
2,5	Работники особо тяжелого физического труда (спортсмены высокой квалификации в тренировочный период, работники сельского хозяйства в посевной и уборочный период, шахтеры и проходчики, горнорабочие, вальщики леса, бетонщики, каменщики)

– опрашивать каждого пациента в отношении курения (Курит ли пациент?) и, если пациент «не курит», то поощрять его поведение, а если «курит», то оценивать особенности курения (степень/тяжесть курения) и готовность бросить курить;

– рекомендовать бросить курить (аргументируя необходимость отказа от курения научно-обоснованными фактами о вреде курения с учетом анамнеза и настоящего состояния пациента). Твердый и аргументированный совет врача – важный фактор в деле прекращения курения пациентом;

– определять стратегию по прекращению курения: совет/беседа по изменению поведения, посещение Школы по отказу от курения, психотерапия, никотин-заместительная или другая лекарственная терапия;

– регистрировать и обновлять данные пациента по курению в медицинской карте при каждом визите пациента.

Известно, что трудности отказа от курения обусловлены биологической зависимостью к никотину, и в этом случае применяется лекарственная терапия, которая помогает отказаться от курения. Курящие пациенты, имеющие зависимость к никотину, относятся к разряду больных, а зависимость от табака классифицируется в Международной классификации болезней (ICD-10, F17.2) как отдельное расстройство. Для оценки степени/тяжести курения и никотиновой зависимости можно использовать тест Фагерстрема (Приложение 1). Тест может заполнять как сам пациент, так и медицинская сестра. В зависимости от количества набранных баллов определяется степень никотиновой зависимости и тактика ее лечения. При отсутствии или легкой степени никотиновой зависимости (0 или < 4 баллов по тесту Фагерстрема) рекомендуется проведение беседы с пациентом. При выявлении тяжелой степени никотиновой зависимости (> 7 баллов по тесту Фагерстрема), неоднократных безуспешных попытках отказа от курения кроме беседы (краткой, продолжительной) и посещения Школы по отказу от курения врач ЦЗ может рекомендовать никотинзаместительную и/или антеникотинную терапию. В качестве мотивационного инструмента на этапе отказа от курения можно использовать смеклайзер и данные спирометрии.

Показано, что одним из эффективных методов, обеспечивающих отказ от курения, является психотерапия [8]. Психотерапия лишена побочных эффектов, в то же время ее широкое применение ограничено ввиду недостаточной доступности (не во всех учреждениях первичного звена есть врачи-психотерапевты).

Учитывая, что отказ от курения у части пациентов сопряжен с увеличением массы тела, следует акцентировать внимание на данной проблеме и дать пациентам, желающим отказаться от курения, адекватные диетические рекомендации и рекомендации по увеличению ФА. Большое значение при отказе от курения имеет поддержка семьи. В этой связи желательно активно привлекать родственников пациента и рекомендовать им тоже отказаться от курения.

**2. Группа пациентов с нездоровым питанием (несбалансированное питание с избыточным количеством насыщенных жиров, недостаточным потреблением овощей/фруктов, рыбы)**

Врач ЦЗ проводит консультирование по рационализации питания и разъяснению пациенту принципов здорового питания.

Принципы здорового питания:

1. Энергетическое равновесие (энергетическая ценность должна равняться энергозатратам);

Энергозатраты организма состоят из энергии основного обмена, необходимого для поддержания жизнедеятельности организма, и той энергии, которая обеспечивает движение. Основной обмен зависит от пола (у мужчин на 7-10 % больше), возраста (снижается на 5-7 % с каждым десятилетием после 30 лет) и веса (чем больше вес, тем больше энергозатраты). Для мужчин и женщин среднего

Таблица 17

**Средние величины основного обмена взрослого населения России (ккал/сут.)**

Мужчины (основной обмен)					Женщины (основной обмен)				
Масса тела, кг	18-29 лет	30-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет	Масса тела, кг	18-29 лет	30-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет
50	1450	1370	1280	1180	40	1080	1050	1020	960
55	1520	1430	1350	1240	45	1150	1120	1080	1030
60	1590	1500	1410	1300	50	1230	1190	1160	1100
65	1670	1570	1480	1360	55	1300	1260	1220	1160
70	1750	1650	1550	1430	60	1380	1340	1300	1230
75	1830	1720	1620	1500	65	1450	1410	1370	1290
80	1920	1810	1700	1570	70	1530	1490	1440	1360
85	2010	1900	1780	1640	75	1600	1550	1510	1430
90	2110	1990	1870	1720	80	1680	1630	1580	1500

возраста (40-59 лет), среднего веса основной обмен равен соответственно 1500 и 1300 ккал. Для учета двигательной активности и расчета всех энергозатрат основной обмен умножается на соответствующий коэффициент ФА (табл. 16).

2. Сбалансированность питания по содержанию основных пищевых веществ. Рацион считается сбалансированным, когда белками обеспечивается 10-15 %, жирами – 20-30 %, а углеводами – 55-70 % (10 % простыми углеводами) калорийности питания;

3. Низкое содержание жира с оптимальным соотношением насыщенных и ненасыщенных жиров. Жиры должны обеспечиваться не более 30 % калорийности рациона. Соотношение различных (насыщенных, моно- и полиненасыщенных) жиров должно быть равным (примерно по 10 %), из них содержание полиненасыщенных жирных кислот омега 6-7-8 %, а омега 3-12 %;

4. Потребление овощей и фруктов в количестве, рекомендованном ВОЗ – 400-500 г овощей/фруктов в день (из этого количества 2/3 должно приходиться на овощи);

5. Потребление продуктов, богатых омега 3 и 6 полиненасыщенными жирными кислотами, в частности жирной рыбой (не менее чем по 100 г 2-3 раза в неделю);

6. Низкое потребление поваренной соли (менее 5 г в день);

7. Ограничение в рационе простых углеводов (сахаров);

8. Использование цельнозерновых продуктов;

9. Потребление алкоголя в количествах, не превышающих 1 стандартной дозы в сутки для женщин и 2 стандартных доз в сутки для мужчин (1 стандартная доза – 40 мл крепкого напитка, 150 мл вина, 330 мл пива).

Рекомендуется участие пациентов данной группы в Школах по рациональному питанию.

### 3. Группа риска с гиподинамией

Лица, ведущие сидячий образ жизни и имеющие физическую нагрузку менее 30 мин в день, имеют недостаточный уровень ФА, который является значимым независимым ФР большого числа НИЗ, в первую очередь, ожирения, АГ, ИБС, СД II типа, онкологических заболеваний, остеопороза и др.

Регулярная ФА уменьшает общую и сердечно-сосудистую смертность более чем на 30 % [8]. Аэробная умеренная ФА в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю снижает риск преждевременной смерти, а также риск развития ИБС, инсульта, АГ, СД II типа и депрессии [8]. Показано, что даже одна, но высокоинтенсивная тренировка в неделю или активное проведение досуга может снизить смертность у пациентов ИБС.

Врач ЦЗ, консультируя по ФА, может благоприятно повлиять на изменение образа жизни своих пациентов. Всем пациентам, ведущим малоподвижный образ жизни, необходимо рекомендовать ежедневную ФА в течение 30-40 мин (например, прогулочную ходьбу на свежем воздухе).

При консультировании по вопросам ФА можно опираться на современные научно-обоснованные «Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья» [12].

Для взрослых людей в возрасте 18-64 лет ФА включает активность в период досуга, передвижений (например, ходьба пешком или езда на велосипеде), профессиональной деятельности, домашних дел, игр, состязаний, спортивных или плановых занятий в рамках ежедневной активности, семьи и сообщества.

– Взрослые люди в возрасте 18-64 лет должны заниматься умеренной ФА средней интенсивности не менее 150 минут в неделю или выполнять упражнения по аэробной ФА высокой интенсивности 75 минут в неделю или эквивалентный объем ФА средней и высокой интенсивности.

– Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.

– Для получения дополнительных преимуществ для здоровья люди должны увеличивать время выполнения упражнений аэробной ФА средней интенсивности до 300 минут в неделю или выполнять занятия аэробной ФА высокой интенсивности до 150 минут в неделю или эквивалентный объем ФА средней и высокой интенсивности.

– Силовые упражнения следует выполнять с задействованием основных групп мышц 2 и более дней в неделю.

Пожилые люди (старше 65 лет) должны заниматься аэробной ФА средней интенсивности не менее 150 минут в неделю или выполнять упражнения высокой интенсивности 75 минут в неделю или эквивалентный объем ФА средней и высокой интенсивности.

– Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.

– Для получения дополнительных преимуществ для здоровья люди должны увеличивать время выполнения упражнений аэробной ФА средней интенсивности до 300 минут в неделю или выполнять занятия аэробной ФА высокой интенсивности до 150 минут в неделю или эквивалентный объем ФА средней и высокой интенсивности.

– Пожилые люди с проблемами двигательной активности должны выполнять упражнения на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю.

– Силовые упражнения следует выполнять, задействуя основные группы мышц, 2 и более дней в неделю.

– Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем ФА, им следует выполнять упражнения, соответствующие их возможностям и состоянию здоровья.

### 4. Группа риска с избыточной массой тела и ожирением I, II и III степени

Соответствие массы тела надлежащей оценивается с помощью ИМТ по классификации ВОЗ (табл. 1). С увеличением ИМТ возрастает риск развития сопутствующих заболеваний. При этом риск осложняется, особенно сердечно-сосудистых и метаболических, зависит не только от степени ожирения, но и от его вида (локализации жировых отложений). Наиболее неблагоприятным для здоровья и характерным для мужчин является абдоминальный тип ожирения, при котором жир откладывается между внутренними органами в области талии. Отложение жира в области бедер и ягодиц, более типичное для женщин, называют глутеофemorальным. Существует простой и достаточно точный способ оценки характера распределения жира – измерение окружности талии (ОТ). ОТ талии измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по средней подмышечной линии (не по максимальному размеру и не на уровне пупка). Если  $ОТ \geq 94$  см у мужчин и  $\geq 80$  см у женщин, диагностируют абдоминальное ожирение (АО). Лицам с АО рекомендуется активное снижение МТ. Увеличение жировой ткани сопровождается повышением секреции свободных жирных кислот, гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью, дислипидемией. Избыточная МТ/ожирение и сопутствующие ФР повышают вероятность

развития целого ряда заболеваний. При этом, если при абдоминальном типе ожирения повышен риск ССЗ и СД, то при глутеоморальном типе выше риск заболеваний позвоночника, суставов и вен нижних конечностей.

Наличие избыточной МТ и ожирения увеличивает риск развития АГ в 3 раза, ИБС – в 2 раза. Вероятность развития диабета у лиц с избыточной МТ выше в 9 раз, у лиц с ожирением – в 40 раз. Избыточный вес значительно сокращает продолжительность жизни: в среднем от 3-5 лет при небольшом избытке МТ и до 15 лет – при выраженном ожирении.

Врач ЦЗ при консультировании пациента с ожирением обозначает главную цель – умеренное снижение МТ с обязательным уменьшением риска развития сопутствующих ожирению заболеваний. Достигнуть поставленной цели позволяют диетотерапия и увеличение ФА, в редких случаях – медикаментозная терапия и хирургические методы лечения ожирения. Основной принцип диетологического вмешательства при ожирении – снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита. При этом рацион должен оставаться сбалансированным по основным макро- и микронутриентам. По степени выраженности энергетического дефицита выделяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал/сутки) и с очень низкой калорийностью (500-800 ккал/сутки). Последние способствуют более выраженному снижению МТ (1,5-2,5 кг/неделю) по сравнению с диетой с умеренно сниженной калорийностью (0,5-1,4 кг/неделю), но могут применяться кратковременно только на начальном этапе лечения. Использование диет с очень низкой калорийностью не приводит к формированию навыков рационального питания; отме-

чается плохая переносимость этих диет, частые побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, желчнокаменная болезнь, нарушения белкового обмена, электролитного баланса; случаи фибрилляции желудочков сердца и др.

Использование физических тренировок в комплексе с низкокалорийной диетой обеспечивает большее снижение МТ и препятствуют увеличению веса после окончания низкокалорийной диеты. Регулярная ФА способствует увеличению потери жировой массы, особенно в абдоминальной области, и сохранению безжировой массы, снижению инсулинорезистентности, увеличению скорости метаболизма, позитивным сдвигам в липидном профиле.

Рекомендуется участие пациентов группы в Школах по рациональному питанию и по повышению ФА, а также на занятиях в зале ЛФК.

Лекарственное воздействие при избыточной массе тела и ожирении показано при неэффективности немедикаментозных вмешательств, выраженных и осложненных формах ожирения. Применяются серотонинергические препараты, снижающие аппетит (например, антидепрессант флуоксетин), уменьшающие всасывание пищи (орлистат). Медикаментозное лечение можно продолжать до 6 месяцев, после перерыва – до 2-х лет.

### 5. Группа риска по АГ

АГ – важнейший фактор риска ССЗ, главным образом, определяющий высокую смертность в Российской Федерации. Величина АД рассматривается как один из элементов системы стратификации суммарного сердечно-сосудистого риска, является определяющей в силу своей высокой прогностической значимости и наиболее регулируемой переменной. Повышению АД

Таблица 18

### Рекомендации по питанию при гиперхолестеринемии

	Предпочтительные продукты	Продукты для умеренного использования	Продукты, используемые редко и в ограниченном количестве
Зерновые	Любые крупы	Хлеб из муки тонкого помола, рис, блюда из макарон, печенье, зерновые хлопья	Выпечка, кексы, пироги, круассаны
Овощи	Сырые и вареные овощи		Овощи, приготовленные в масле или со сливками
Бобовые	Любые, включая сою и соевый белок		
Фрукты	Свежие и замороженные фрукты	Сухофрукты, джем, желе, консервированные фрукты, фруктовое мороженое	
Сладости и заменители сахара	Некалорийные сахарозаменители	Сахароза, фруктоза, глюкоза, шоколад, леденцы, мед	Торты, мороженое
Мясо и рыба	Жирная и нежирная рыба, домашняя птица без кожи	Постные куски говядины, баранина, свинина, телятина, моллюски, морепродукты	Сосиски, салями, бекон, ребрышки, хот-доги
Молочные продукты и яйца	Снятое молоко, йогурт, яичный белок	Сыр и молоко низкой жирности, другие молочные продукты	Обычный сыр, яичный желток, цельное молоко и йогурты
Жиры, используемые для приготовления, соусы (подливки)	Уксус, кетчуп, горчица	Растительные масла, мягкий маргарин, майонез, соусы для салатов	Сливочное масло, пальмовое и кокосовое масло, транс-жиры, твердый маргарин, свиной жир, соусы, приготовленные на яичном желтке
Орехи и семена		Любые	Кокосы
Способ приготовления	Гриль, варение, на пару	Жарение, жарение в раскаленном масле, помешивая	Жарение

**Стратегия профилактических мероприятий в зависимости  
от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС ЛНП**

Риск SCORE (%)	Уровень ХС ЛНП				
	< 1,8 ммоль/л	1,8 до < 2,5 ммоль/л	2,5 до < 4,0 ммоль/л	4,0 до < 5,0 ммоль/л	≥ 5,0 ммоль/л
< 1% или низкий риск	Снижение уровня липидов не требуется	Снижение уровня липидов не требуется	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень
≥ 1% до < 5% или умеренный риск	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень
> 5% до < 10% или высокий риск	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств
≥ 10% или очень высокий риск	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств	Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств

способствует ряд факторов, тесно связанных с образом жизни: неправильное питание, курение, ожирение, недостаток физической активности, психоэмоциональное перенапряжение. АГ развивается в 6 раз чаще у лиц, питающихся нерационально, злоупотребляющих жирной и соленой пищей, алкоголем, имеющих избыточную МТ.

Врач ЦЗ должен акцентировать важность: (1) немедикаментозных методов лечения АГ, которые помогают снизить давление, уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и максимально повысить их эффективность; (2) достижения целевых уровней АД < 140/90 мм рт.ст. и < 130/80 мм рт.ст. у пациентов с ИБС и СД.

К немедикаментозным методам лечения АГ относятся ограничение потребления поваренной соли до 5 г/сутки (при обострении заболевания – полное ее исключение в процессе приготовления пищи), увеличение потребления овощей и фруктов до 500 г в день, снижение массы тела, повышение ФА (минимум 30-40 мин. в день), ограничение потребления алкоголя и отказ от курения.

Рекомендуется участие пациентов в Школах по профилактике АГ.

### 6. Группа с гиперхолестеринемией

Дислипидемия – самый значимый ФР развития ИМ. При уровне общего ХС ≥ 5,0 ммоль/л диагностируется гиперхолестеринемия. При выявлении уровня ХС более 5,0 ммоль/л врач ЦЗ рекомендует пациенту гиполипидемическую диету (табл. 18) и проведение развернутого анализа крови на липиды натощак (с определением уровня ХС ЛНП, ТГ и ХС ЛВП). Уровень общего ХС используется врачом ЦЗ для расчета суммарного риска по шкале SCORE.

Гиполипидемическая диета – это диета, основанная на принципах здорового питания (см. выше), с более жестким ограничением насыщенных жиров и продуктов, богатых ХС (печень и другие субпродукты, икра рыб, масло, жирное мясо и пр.), увеличением потребления овощей и фруктов до 500-600 г в день.

Рекомендуется участие пациентов группы в Школах по рациональному питанию.

Стратегия профилактического вмешательства при дислипидемии зависит от исходного уровня суммарного кардиоваскулярного риска (таблица 19). При недостижении целевого уровня липидов после оздоровления образа жизни врач ЦЗ может рекомендовать гиполипидемическую терапию. Наибольшую доказательную базу имеют статины. Если целевых уровней общего ХС и ХС ЛНП на монотерапии статинами достигнуть не удается, добавляется второй гиполипидемический препарат, чаще инги-

Таблица 20

### Терапевтические цели у пациентов с СД

Показатели	Единицы измерения	Цель
Гликозилированный гемоглобин HbA 1c	HbA (%) 1с	≤ 6,5
Уровень глюкозы в плазме крови	Натощак/препрандиальный уровень ммоль/л (мг/дл)	< 6,0 (108)
	Постпрандиальный уровень ммоль/л (мг/дл) СД I типа СД II типа	7,5 – 9,0 (135 – 160) < 7,5 (135)
АД	мм рт.ст.	≤ 130/80, при отсутствии противопоказаний
ХС ЛНП	ммоль/л (мг/дл)	< 1,8 (< 70) и/или снижение на 50 % от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня

битор абсорбции холестерина в кишечнике. При лечении комбинированной дислипидемии (гиперхолестеринемии с гипертриглицеридемией) может быть рассмотрена возможность назначения комбинированной терапии с добавлением к статину производных фиброевой кислоты, или препарата никотиновой кислоты, или омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. При медикаментозной терапии необходимо уделять пристальное внимание контролю за нежелательными явлениями, в первую очередь, проявлениями миалгии и миопатии, для недопущения рабдомиолиза. Предвестником рабдомиолиза служит миалгия с повышением активности креатинфосфокиназы в сыворотке крови до 5 раз выше верхнего предела лабораторной нормы. В таких случаях лечение статином следует прекратить. Нежелательные явления, в виде повреждения мембран печеночных клеток, проявляются в виде повышения активности в крови трансаминаз (аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы). Уровень трансаминаз, превышающий верхний предел лабораторной нормы более чем в 3 раза, служит основанием для прекращения лечения.

### 7. Группа риска по СД

При уровне глюкозы капиллярной крови (взятой не натощак)  $\geq 11,1$  ммоль/л диагностируется СД.

Риск смерти у мужчин, страдающих СД, в 2-3 раза, а у женщин – в 5 раз выше, чем у лиц без диабета. Ввиду высокой прогностической значимости СД терапевтические цели у пациентов с СД по целому ряду показателей более жесткие, чем у пациентов без диабета (табл. 20).

Врач ЦЗ проводит беседу с пациентом относительно немедикаментозных методов профилактики и лечения СД, включающих коррекцию образа жизни, питания, увеличение ФА, снижение избыточной МТ, сокращение потребления алкоголя и отказ от курения.

Рекомендуется участие пациентов в ЦЗ, в Школах по профилактике СД.

### 8. Группа с повышенным суммарным риском развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE

Тактика врача ЦЗ, включая выбор профилактической стратегии и конкретных вмешательств, строится в зависимости от уровня суммарного сердечно-сосудистого риска [8].

Основные цели сердечно-сосудистой профилактики в клинической практике:

1. Помочь лицам с низким риском ССЗ продлить это состояние на долгие годы и помочь лицам с высоким суммарным риском ССЗ уменьшить его.

2. Лицам с низким ( $< 1$  % по шкале SCORE) и умеренным ( $> 1$  % и  $< 5$  % по шкале SCORE) сердечно-сосудистым риском рекомендуется достичь характеристик, которые позволяют людям оставаться здоровыми:

- не курить;
- соблюдать принципы здорового питания;
- ФА: 30 мин. умеренной физической нагрузки в день;
- ИМТ  $< 25$  кг/м<sup>2</sup> и отсутствие центрального ожирения;
- АД  $< 140/90$  мм рт.ст.;
- Общий ХС  $< 5$  ммоль/л ( $< 190$  мг/дл);
- ХС ЛНП  $< 3$  ммоль/л ( $< 115$  мг/дл);
- глюкоза в крови  $< 6$  ммоль/л ( $< 110$  мг/дл).

3. Достичь более жесткого контроля следующих ФР у лиц с ВЫСОКИМ сердечно-сосудистым риском (5-10 % по шкале SCORE или значительно повышенными уровнями

отдельных ФР, например, семейной гиперхолестеринемией или АГ высокой степени тяжести):

– АД  $< 130/80$  мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний;

– Общий ХС  $< 4,5$  ммоль/л ( $< 175$  мг/дл), предпочтительнее  $< 4$  ммоль/л ( $< 155$  мг/дл), при отсутствии противопоказаний;

– ХС ЛНП  $< 2,5$  ммоль/л ( $< 100$  мг/дл);

– уровень глюкозы в крови натощак  $< 6,0$  ммоль/л ( $< 100$  мг/дл) и HbA1c  $< 6,5$  %, при отсутствии противопоказаний.

4. Достичь максимально жесткого контроля следующих ФР у лиц с ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ сердечно-сосудистым риском (у больных с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД II и I типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском  $> 10$  % по шкале SCORE):

– АД  $< 130/80$  мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний;

– ХС ЛНП  $< 1,8$  ммоль/л ( $< 70$  мг/дл) и/или снижение на 50 % от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня;

– уровень глюкозы в крови натощак  $< 6,0$  ммоль/л ( $< 100$  мг/дл) и HbA1c  $< 6,5$  %, при отсутствии противопоказаний.

5. Проводить лекарственную терапию, улучшающую прогноз, у больных с установленным диагнозом ССЗ атеросклеротического генеза и других категорий пациентов с ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ и ВЫСОКИМ сердечно-сосудистым риском.

Достижение целевых уровней ФР является крайне важным у лиц с уже имеющимися ССЗ, особенно у пациентов с осложнениями ССЗ – перенесенным ИМ, мозговым инсультом, пациентов с хронической сердечной недостаточностью. У них отказ от курения, соблюдение принципов здорового питания, увеличение ФА, достижение надлежащей МТ, целевых уровней АД и липидов являются показателями эффективности вторичной профилактики.

Врач ЦЗ при выявлении умеренного, высокого и очень высокого риска по шкале SCORE акцентирует внимание пациента на настоятельной необходимости снижения суммарного риска за счет коррекции всех имеющихся у пациента ФР, кроме того, врач рекомендует пациенту гиполипидемическую диету и проведение анализа крови на липиды натощак с определением уровня ХС ЛНП, ТГ, ХС ЛВП, с последующим решением вопроса о назначении гиполипидемической терапии. При отсутствии клинически выраженного атеросклероза лицам с очень высоким суммарным риском смерти от ССЗ ( $\geq 10$  % по шкале SCORE) с целью первичной профилактики врач ЦЗ может рекомендовать прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 мг/сут. после достижения целевого уровня АД.

### 9. Группа риска с атеротромботическим поражением сосудов нижних конечностей

Скрининговые исследования ЛПИ позволяют выявить доклинический атеросклероз, что важно с точки зрения своевременного начала профилактических мероприятий. Критерии: снижение ЛПИ до 0,9 и ниже.

Врач ЦЗ проводит консультирование по ФР с акцентом на отказ от курения, гиполипидемическую диету и повышение ФА, а также рекомендует пациенту проведение дуплексного сканирования артерий нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого хирурга.

### 10. Группа риска с ХОБЛ

На основании данных спирометрии формируется группа риска по заболеваниям бронхо-легочной системы. Главным объективным общепринятым критерием ХОБЛ является снижение интегрального показателя ОФВ1 до уровня, составляющего менее 80 % от должных величин.

Врач ЦЗ в случае курения пациентов данной группы проводит консультацию по настоятельной необходимости отказа от курения, посещения Школы по отказу от курения, профилактики бронхиальной астмы, оздоровлению образа жизни.

#### **11. Группа риска с проблемами потребления алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ)**

Врач ЦЗ уточняет характер проблем с потреблением алкоголя (потребление алкоголя в количествах, значительно превышающих безопасные, утратой ситуационного или дозового контроля за потреблением алкоголя, наличие признаков алкогольной зависимости), проводит с пациентом беседу об оздоровлении образа жизни. При указании на наличие у пациента ЦЗ проблем с потреблением алкоголя, можно уточнить их характер с помощью хорошо зарекомендовавшего себя теста ВОЗ – AUDIT (Приложение 2). При сумме баллов 8 и более врач ЦЗ рекомендует пациенту консультацию психотерапевта или нарколога-психиатра в ЦЗ (при наличии такового) или в наркологическом диспансере.

С целью выявления проблем с потреблением табака, алкоголя и ПАВ у детей и подростков в возрасте 10-18 лет рекомендуется заполнение экспресс-теста (Приложение 3). Если в соответствии с результатами экспресс-теста пациент относится к группе риска, врач ЦЗ рекомендует консультацию психотерапевта или нарколога-психиатра в ЦЗ (при наличии такового) или в наркологическом диспансере.

#### **12. Группа риска с тревогой, депрессией и другими признаками психической дезадаптации**

При выявлении у пациента высокой степени психоэмоционального напряжения и психологической дезадаптации по данным программы СКУС АПК, а также в ходе беседы с пациентом желательнее провести скрининг на выявление тревожных и депрессивных расстройств, широко встречающихся в общемедицинской сети здравоохранения и являющихся социально значимыми заболеваниями.

Позитивный ответ на вопрос: «Испытываете ли Вы чувство постоянного беспокойства, тревоги, зачастую без особых на то причин?» – указывает на возможно имеющееся у пациента тревожное состояние.

Позитивный ответ на вопросы:

- «Испытываете ли вы чувство подавленности, депрессии и безнадежности?»;
- «Утратили ли вы интерес к жизни?» – указывают на возможно имеющееся у пациента депрессивное состояние.

Скрининг тревожных и депрессивных состояний может проводиться с помощью стандартизованных опросников. Одним из наиболее надежных является Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Приложение 4). Несмотря на полезность применения психометрических инструментов, необходимо подчеркнуть, что результаты тестирования не являются клиническим диагнозом. Они с высокой степенью вероятности указывают на наличие у пациента того или иного психопатологического состояния, однако требуют уточнения в ходе клинического осмотра.

Врач ЦЗ проводит с пациентами этой группы беседу по вопросам оздоровления образа жизни, нормализации режима труда и отдыха, необходимости полноценного сна (не менее 7-8 часов), увеличения ФА, посещения

зала ЛФК ЦЗ и при необходимости рекомендует консультацию психотерапевта [8]. При неэффективности немедикаментозной коррекции врач может рекомендовать противотревожные препараты или антидепрессанты новых поколений, предпочтительно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, при депрессивных состояниях легкой и средней степени тяжести (по возможности после консультации с психиатром). Лечить тяжелые и рекуррентные депрессии может только врач-психиатр или психотерапевт. Не следует превышать рекомендуемые терапевтические дозы антидепрессантов. Эти дозы являются начальными и в то же время терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести, т.е. в большинстве случаев титрации дозы не требуется. Длительность курсового приема – не менее 1,5 месяцев. Необходимо учитывать некоторую отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии.

#### **Учетно-отчетная документация в центрах здоровья**

Ведение учета обратившихся в ЦЗ граждан осуществляется организационно-методическим отделом ЛПУ, на базе которого организован ЦЗ, или иным структурным подразделением, на которое возложены соответствующие функции. В ЦЗ заполняются следующие учетные формы:

Учетная форма № 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья» заводится средним медицинским работником каждому гражданину, обратившемуся (направленному) в ЦЗ. Сведения о гражданах, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо наблюдение в кабинете медицинской профилактики, с их согласия передаются в кабинет медицинской профилактики, врачу-терапевту участковому по месту жительства гражданина (по месту прикрепления) соответственно.

Учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни» заполняется на каждого гражданина по окончании случая первичного обращения в ЦЗ. В карте отмечаются показатели состояния здоровья, ФР развития НИЗ, результаты осмотра врача, итоговая оценка состояния здоровья, рекомендации.

Учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» заполняется на каждого обратившегося в ЦЗ. По окончании обследования и осмотра врача заполненные Талоны передаются в соответствующее подразделение ЛПУ для дальнейшего формирования реестров счетов для оплаты по программе ОМС в соответствии с территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Форма № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья» (ежемесячная, годовая). Форма представляется 10-го числа следующего за отчетным месяцем в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации сводную форму по всем ЦЗ 20-го числа месяца, следующего за отчетным.

#### **Список использованных документов и литературы**

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 302н от 10 июня 2009 года «О мерах по реализации постановления Пра-

вительства Российской Федерации от 18 мая 2009 года № 413». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/salary/37>

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 597н от 19 августа 2009 года «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/930>

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 года № 430н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031>

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 года № 152н «О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1031>

5. Приказ Минздравсоцразвития России № 328н от 19 апреля 2011 года «О внесении изменений в приложения № 1-5 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года № 597н». Зарегистрировано в Минюсте 4 мая 2011 года, № 20656. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/71>

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 сентября 2011 года № 1074н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года N 597н». Зарегистрировано в Минюсте 17 ноября 2011 года. Регистрационный № 22330. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1164>

7. Приложение № 34 «Положение о центре здоровья для взрослых» к Порядку оказания первичной медицинской помощи взрослому населению.

8. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10(6): приложение 2.

9. J.V.G.A. Durnin and J.Womersley. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. Institute of Physiology, The University Glasgow G128QQ 1974.

10. ГОСТ Р 52623.1-2008. Технология выполнения простых медицинских услуг функционального обследования.

11. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.: МГМСУ, 2003.

12. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Всемирная организация здравоохранения. 2010.

13. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28-29 апреля 2011 года). <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>

14. Заболеваемость населения России в 2007 году. Статистические материалы, 2008 Москва

#### Приложение 1

#### Тест Фагестрема – насколько сильна никотиновая зависимость?

- Через сколько времени после пробуждения Вы закуриваете первую сигарету?
  - В течение первых 5 минут..... 3 балла (ов)
  - От 6 до 30 минут ..... 2 балла (ов)
  - От 31 до 60 минут ..... 1 балла (ов)
  - Более часа ..... 0 балла (ов)
- Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено?
  - Да..... 1 балла (ов)
  - Нет ..... 0 балла (ов)
- От какой сигареты в течение дня Вам труднее всего отказаться?
  - От первой..... 1 балла (ов)
  - От второй ..... 0 балла (ов)
- Сколько сигарет Вы выкуриваете в течение дня?
  - 10 или меньше ..... 0 балла (ов)
  - От 11 до 20 ..... 1 балла (ов)
  - От 21 до 30 ..... 2 балла (ов)
  - 31 и более ..... 3 балла (ов)
- Курите ли Вы больше в первой половине дня, чем во второй?
  - Да..... 1 балла (ов)



- Нет ..... 2 балла (ов)
6. Продолжаете ли Вы курить, когда Вы очень больны и вынуждены соблюдать постельный режим в течение всего дня?
- Да ..... 1 балла (ов)
- Нет ..... 0 балла (ов)

Общее количество очков:

0-3 балла. Если Вы набрали менее 4 баллов, Вам, вероятно, удастся бросить курить, не прибегая к медикаментозным средствам. Не откладывайте этот шаг на завтра!

4-6 баллов. Если Вы набрали от 4 до 7 баллов, Вашу зависимость от никотина можно оценить как среднюю. Собрав всю свою силу воли, Вы вполне способны бросить курить.

7-10 баллов. Если Вы набрали более 7 баллов, у Вас высокая степень зависимости от никотина. Вы и Ваш врач должны подумать об использовании медицинских средств для того, чтобы помочь Вам бросить курить.

Приложение 2

**Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя  
(информация для врачей, медицинских сестер и психологов)**

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

- (0) Никогда  
 (1) 1 раз в месяц или реже  
 (2) 2-4 раза в месяц  
 (3) 2-3 раза в неделю  
 (4) 4 и более раз в неделю

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

Стандартная порция <*>		Водка (мл) 40 об. %	Крепленое вино (мл) 17-20 об. %	Сухое вино 11-13 об. %	Пиво (бут.) 5 об. %
(0)	1 или 2	30-60	75-150	75-150	250 мл -1 б.
(1)	3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5-2 б.
(2)	5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5-3 б.
(3)	7 или 8	210-240	525-600	700-800	3,5-4 б.
(4)	10 и более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 б. и более

3. Как часто вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

- (0) Никогда  
 (1) Менее чем 1 раз в месяц  
 (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)  
 (3) 1 раз в неделю (еженедельно)  
 (4) Ежедневно или почти ежедневно

4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

- (0) Никогда  
 (1) Менее чем раз в месяц  
 (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)  
 (3) 1 раз в неделю (еженедельно)  
 (4) Ежедневно или почти ежедневно

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

- (0) Никогда  
 (1) Менее чем раз в месяц  
 (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)  
 (3) 1 раз в неделю (еженедельно)  
 (4) Ежедневно или почти ежедневно

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?

- (0) Никогда  
 (1) Менее чем раз в месяц  
 (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)  
 (3) 1 раз в неделю (еженедельно)  
 (4) Ежедневно или почти ежедневно

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?

- (0) Никогда
- (1) Менее чем раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) Ежедневно или почти ежедневно

8. Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- (0) Никогда
- (1) Менее чем раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) Ежедневно или почти ежедневно

9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- (0) Никогда
- (2) Да, но это было более чем год назад
- (4) Да, в течение этого года

10. Случалось ли, что Ваш родственник или знакомый, или доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) Никогда
- (2) Да, но это было более чем год назад
- (4) Да, в течение этого года

Подсчитайте и запишите полученную сумму баллов \_\_\_\_\_

Общее количество баллов, равное 8 или более, свидетельствует о вероятности злоупотребления алкоголем.

### Экспресс-тест на употребление различных ПАВ

с целью выявления групп риска среди учащихся, обратившихся в ЦЗ (заполняется самостоятельно)

Пожалуйста, прочтите перед началом работы.

Участие в исследовании абсолютно добровольное. Если по каким-либо причинам Вы сочтете какой-нибудь вопрос неприемлемым, просто пропустите его.

Чтобы исследование было успешным, очень важно, чтобы Вы ответили на каждый вопрос честно и внимательно. Помните: Ваши ответы строго конфиденциальны.

Пожалуйста, отметьте выбранный Вами ответ на каждый из вопросов значком «X» в соответствующей ячейке.

Перед началом работы ознакомьтесь с инструкцией.

Здесь нет правильных или неправильных ответов. Если среди предложенных вариантов Вы не найдете точно подходящего ответа, отметьте тот, который ближе всего.

*В начале анкеты задаются общие вопросы о Вас и о том, чем Вы занимаетесь.*

Ваш пол?

1.  Мужской
2.  Женский
3. Дата Вашего рождения?
4. Год: 19

Месяц:   Январь – 01, февраль – 02, .... декабрь – 12)

*Следующие несколько вопросов касаются Ваших родителей. Отвечая на эти вопросы, имейте в виду тех, кто воспитывал Вас на самом деле. Если у Вас, например, есть и отец, и отчим, то говорите о том, кто реально занимался Вашим воспитанием.*

3. Какое образование у Вашего отца?

Отметьте наиболее высокий достигнутый образовательный уровень.

- 1  Начальное образование
- 2  Неполное среднее
- 3  Среднее или среднее специальное
- 4  Незаконченное высшее
- 5  Законченное высшее
- 6  Не знаю
- 7  Другое

4. Какое образование у Вашей матери?

Отметьте наиболее высокий достигнутый образовательный уровень.

- 1  Начальное образование
- 2  Неполное среднее
- 3  Среднее или среднее специальное
- 4  Незаконченное высшее
- 5  Законченное высшее
- 6  Не знаю
- 7  Другое

5. С кем Вы постоянно проживаете?

Отметьте все относящееся.

- 1  Живу один
- 2  С отцом
3.  С отчимом
- 4  С матерью

- 5  С мачехой  
 6  С братом (братьями)  
 7  С сестрой (сестрами)  
 8  С бабушкой (бабушками) или дедушкой (дедушками)  
 9  С другими родственниками  
 10  С людьми, не являющимися родственниками

Далее следуют вопросы о КУРЕНИИ СИГАРЕТ.

6. Сколько раз в жизни (если такое было) Вы курили сигареты?  
 Отметьте одну клетку на каждой строке

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) В течение жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) За последние 12 мес.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) За последние 30 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

7. Как часто Вы курили ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ?

- 1  Не курил вообще  
 2  Менее одной сигареты в неделю  
 3  Менее одной сигареты в день  
 4  1-5 сигарет в день  
 5  6-10 сигарет в день  
 6  11-20 сигарет в день  
 7  Больше чем 20 сигарет в день

Следующие далее вопросы касаются употребления АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ, в том числе пива, шампанского, газированных алкогольных напитков, вина и крепких напитков.

8. Сколько раз (если такое было) Вы употребляли алкогольные напитки?  
 Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) В течение жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) За последние 12 мес.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) За последние 30 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

9. Вспомните ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ. Сколько раз (если такое было) Вы употребляли какие-нибудь из напитков, перечисленных ниже?

Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) Пиво (кроме безалкогольного)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) Шампанское	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) Сидр (алкогольный напиток на яблочной основе)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) Алкогольные коктейли (газированные промышленного производства, с содержанием алголя 7-9 %, такие как джин-тоник, ром-кола, отвертка, ягуар и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

д) Вино	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) Крепкие напитки (водку, коньяк, виски и т. д., а также приготовленные на их основе)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) Самогон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

10. Вспомните ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ. Сколько раз (если такое было) Вы выпивали 5 и более порций алкоголя подряд? («Порция» – это бутылка, банка или кружка пива (500 мл), бокал шампанского или вина (150 мл), банка газированного алкогольного напитка (500 мл), рюмка крепкого напитка (50 мл) или алкогольный коктейль, в который добавлена порция крепкого напитка)

- 1  Такого не было  
2  1 раз  
3  2 раза  
4  3-5 раз  
5  6-9 раз  
6  10 раз и более

*Далее задаются вопросы о некоторых наркотиках*

11. Слышали ли Вы когда-нибудь о следующих наркотиках?  
Отметьте одну клетку на каждой строке

	Да	Нет
а) Марихуана (травка, план, анаша) или гашиш	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) Амфитамины (винт, спиды, эфедрон)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) ЛСД	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) Экстази	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) Крэк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) Кокаин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) Релевин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
з) Героин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) Галлюциногенные грибы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) Оксibuтират натрия («ксик», GHB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

12. Сколько раз (если такое было) Вы употребляли марихуану (травку, план, анашу) или гашиш?  
Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) В течение жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) За последние 12 мес.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) За последние 30 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

13. Сколько раз (если такое было) Вы употребляли «экстази»?  
Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) В течение жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) За последние 12 мес.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) За последние 30 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

14. Сколько раз (если такое случилось) Вы нюхали ингалянты – такие вещества, как клей, аэрозоль, бензин и т.п. – специально, чтобы получить «необычные ощущения»?

Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) В течение жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) За последние 12 мес.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) За последние 30 дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

15. Сколько раз В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ (если такое случилось) Вы употребляли какое-либо из перечисленных веществ?

Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Число раз						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 и более
а) Транквилизаторы или седативные средства без назначения врача	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) Амфетамины (винт, спиды, эфедрон и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) ЛСД или другие галлюциногены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) Крэк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) Кокаин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) Релевин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) Героин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
з) Галлюциногенные грибы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) Оксibuтират натрия («оксик», GHB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) Анаболические стероиды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
л) Инъекции героина, кокаина или амфетаминов с помощью шприца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
м) Алкоголь в сочетании с таблетками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

16. Какой из перечисленных ниже наркотиков ВЫ попробовали ПЕРВЫМ?

Отметьте наркотик, который Вы попробовали первым.

- 1  Никогда не пробовал/а ни один из перечисленных ниже наркотиков
- 2  Марихуана или гашиш
- 3  Экстази
- 4  Амфетамины (винт, спиды, эфедрон)
- 5  ЛСД
- 6  Крэк
- 7  Кокаин
- 8  Релевин
- 9  Героин
- 10  Галлюциногенные грибы
- 11  Оксibuтират натрия («оксик», GHB)
- 12  Не знаю, что это было

17. В каком возрасте (если такое случилось) Вы ВПЕРВЫЕ .....?

Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Никогда	9 лет или младше	10 лет	11 лет	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет
а) выкурили сигарету	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) стали курить ежедневно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) пиво (менее 1 стакана)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) выпили шампанское (не менее 1 бокала)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) выпили газированные алкогольные напитки (не менее 1 банки или стакана)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) выпили вино (не менее 1 бокала)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) выпили крепкие напитки (не менее 1 рюмки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
з) ощутили алкогольное опьянение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) попробовали марихуану («травку», план, анашу, или гашиш)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) попробовали амфетамины (винт, спиды, эфедрон)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
л) попробовали транквилизаторы и седативные средства (без назначения врача)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
м) попробовали «экстази»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
н) попробовали ингаляторы (клей и т. п.) для «необычных ощущений»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
о) попробовали алкоголь в сочетании с таблетками для «необычных ощущений»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. Каждый человек по-своему относится к тем или иным поступкам. Осуждаете ли Вы тех, кто .... ?  
Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Не осуждаю	Осуждаю	Решительно осуждаю	Не знаю
а) выкуривает 10 или более сигарет в день	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) выпивает за выходные дни пять или более спиртных напитков	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) раз или два пробовал марихуану (травку, план, анашу) или гашиш	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) время от времени курит марихуану или гашиш	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) курят марихуану или гашиш регулярно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) раз или два пробовал ЛСД или другие галлюциногены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) раз или два пробовал героин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
з) раз или два пробовал транквилизаторы или седативные средства (без назначения врача или медицинского работника)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) раз или два пробовал амфетамины (винт, спиды, эфедрон)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) раз или два пробовал крэк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

л) раз или два пробовал кокаин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
м) раз или два пробовал «экстази»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
н) пробовал (попробовала) растворители или ингаляторы (клей и т. д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

19. Как Вы считаете, насколько люди РИСКУЮТ навредить себе (физически или еще как-нибудь), если они.....?

Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Риска нет	Слабый риск	Умеренный риск	Огромный риск	Не знаю
а) иногда курят сигареты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) выкуривают за день пачку сигарет или более	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) почти ежедневно выпивают одну или две порции алкоголя (о порциях см. вопрос 17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) почти каждый день выпивают 4-5 порций алкоголя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) выпивают 5 и более порций алкоголя один-два раза каждые выходные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) попробовали марихуану («травку», план, анашу, или гашиш) один-два раза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) иногда курят марихуану или гашиш	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
з) курят марихуану или гашиш регулярно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) пробовали «экстази» один-два раза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) постоянно употребляют «экстази»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
л) попробовали амфетамины (винт, спиды, эфедрон) один-два раза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
м) постоянно употребляют амфетамины	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

20. Были ли у Вас какие-либо из перечисленных ниже проблем?

Отметьте одну клетку на каждой строке.

	Не были	Да, из-за употребления Вами спиртных напитков	Да, из-за употребления Вами наркотиков	Да, из-за причин не связанных с употреблением Вами спиртного или наркотиков
а) Драка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
б) Травма или несчастных случаев	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
в) Серьезные проблемы с родителями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
г) Серьезные проблемы с друзьями	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
д) Плохая успеваемость в школе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
е) На вас напали или что-то украли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ж) Проблемы с полицией	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



з) Госпитализация или вызов «скорой помощи»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
и) Половая связь без презерватива	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
к) Половая связь, о которой Вы сожалели на следующий день	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Приложение 4

### ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА, АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ

Экспресс-тест заполняется детьми и подростками в возрасте 10-18 лет. Заполнение должно происходить в ЦЗ в присутствии среднего медработника или психолога. Решение об отнесении к группе риска принимает врач.

Критерии:

1. Употребление табака.

К группе риска относятся лица, которые в ответ на вопрос № 6 «Сколько раз в жизни Вы курили сигареты?» выбрали нижеследующие ответы:

– 40 и более раз за последние 12 мес.

– 3-5 раз за последние 30 дней.

2. Употребление алкоголя.

К группе риска относятся лица, которые в ответ на вопрос № 8 «Сколько раз Вы употребляли алкогольные напитки?» выбрали нижеследующие ответы:

– 40 и более раз за последние 12 мес.

– 3-5 раз за последние 30 дней.

3. Пробы наркотиков.

К группе риска относятся лица, которые сообщили о том, что хотя бы один раз за последние 12 месяцев или за последние 30 дней пробовали любое из веществ, упомянутых в вопросах № 12, 13, 14 и 15 (сколько раз, если такое было, Вы употребляли марихуану; экстази или ингалянты; также другие виды ПАВ).

Лица, соответствующие любому критерию экспресс-теста (тем более, нескольким критериям), относятся к группе риска и нуждаются в медико-социальном вмешательстве психолога или психиатра-нарколога.

Приложение 5

### HADS

Данный вопросник поможет нам оценить Ваше состояние. Внимательно прочитав каждое утверждение, отметьте на бланке тот ответ, который наиболее соответствует Вашему состоянию в течение последней недели. Не задумывайтесь долго над ответом: обычно первая реакция является наиболее верной.

Тя испытываю напряженность, мне не по себе	3 <input type="checkbox"/> Все время 2 <input type="checkbox"/> Часто 1 <input type="checkbox"/> Время от времени 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю	Д я не испытываю, страх, связан с действительностью, может вот-вот случиться 3 <input type="checkbox"/> Практически все время 2 <input type="checkbox"/> Определенно, это так, и страх очень сильный 1 <input type="checkbox"/> Часто 0 <input type="checkbox"/> Да, это так, но страх не очень сильный 1 <input type="checkbox"/> Иногда 0 <input type="checkbox"/> Иногда, но это меня не беспокоит 0 <input type="checkbox"/> Совсем нет	Д я не слежу 3 <input type="checkbox"/> Опреде 2 <input type="checkbox"/> Я не уд 1 <input type="checkbox"/> Может 0 <input type="checkbox"/> Я слеж
Тя испытываю внутреннее напряжение или дрожь	3 <input type="checkbox"/> Очень часто 2 <input type="checkbox"/> Часто 1 <input type="checkbox"/> Иногда 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю	Д то, что приносит мне большое удовольствие, и сейчас вызыва 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю 3 <input type="checkbox"/> Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно 2 <input type="checkbox"/> Нужно двигаться 1 <input type="checkbox"/> Это совсем не так 0 <input type="checkbox"/> Определенно, это так 3 <input type="checkbox"/> Определенно, это так 2 <input type="checkbox"/> Лишь в очень малой степени это та 1 <input type="checkbox"/> Наверное, это так 0 <input type="checkbox"/> Наверное, это так 1 <input type="checkbox"/> Лишь в некоторой степени это так 0 <input type="checkbox"/> Определенно, это так 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю	Д я способен 3 <input type="checkbox"/> смешное 3 <input type="checkbox"/> Совсем 2 <input type="checkbox"/> Лишь в 1 <input type="checkbox"/> Наверн 0 <input type="checkbox"/> Опреде

<p>Т беспокоящие мысли крутятся у меня в голове</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Постоянно</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Большую часть времени</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Время от времени и не так часто</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Только иногда</p>	<p>о, координационно-методическом центре здоровья при ФГУ «ФНЦПМ» Минздравсоцразвития России.</p> <p>4. Центр здоровья координирует и согласовывает все мероприятия в области профилактики неинфекционных заболеваний, учебно-методической работы и выполнения Мероприятий по формированию здорового образа жизни в конкретной территории (городским, районным центром медицинской профилактики и региональным (республиканским, краевым, областным) центром медицинской профилактики.</p>
<p>Т у меня бывает внезапное чувство паники</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Очень редко</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Не так уж часто</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Совсем не бывает</p>	<p>Дя инициальной профилактики.</p> <p>5. Количество центров здоровья и их мощность определяется численностью населения в зоне обслуживания исходя из расчета 1 врач центра здоровья на 25 тыс. прикрепленного населения, 1 заведующий центром здоровья и 8 врачей или 200 тыс. прикрепленного населения.</p> <p>6. Заведующий центром здоровья назначается и освобождается от должности руководителем ЛПУ, в состав</p>
<p>Т я легко могу сесть и расслабиться</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Совсем не могу</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Лишь изредка это так</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Наверное, это так</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Определенно, это так</p>	<p>Дя могу работать и наслаждаться работой, подriaет и руководителем или заместителем руководителя данного ЛПУ.</p> <p>7. На должность заведующего центром здоровья назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., № 14292), имеющие соответствующую подготовку по вопросам здорового образа жизни и медицинской профилактики.</p> <p>8. На должность медицинской сестры центра здоровья назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г. № 18247), по специальности «Инструктор по гигиеническому воспитанию», «Медицинская сестра» или «Фельдшер», имеющие соответствующую подготовку по вопросам здорового образа жизни и медицинской профилактики.</p> <p>9. На должность гигиениста стоматологического центра здоровья назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г. № 18247), по специальности «Стоматология профилактическая».</p>

Критерии тревоги/депрессии по HADS:  
 Рассчитывается суммарный показатель по каждой из подшкал:  
 0-7 норма  
 8-10 субклинически выраженная тревога/депрессия  
 11 и выше клинически выраженная тревога/депрессия

Приложение 6

**ПОЛОЖЕНИЕ О ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (ПРОЕКТ)**

1. Центр здоровья для взрослых (далее – центр здоровья) создается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или муниципального образования в области здравоохранения в виде структурного подразделения поликлиники, больницы, госпиталя, медсанчасти, диспансера и других медицинских организаций лечебно-профилактического профиля (далее ЛПУ), в целях реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни у населения зоны обслуживания, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

2. Формирование здорового образа жизни – это комплекс мероприятий, реализуемых на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, направленных на сокращение заболеваний граждан, а именно: предотвращение заболеваний, увеличение продолжительности активной жизни, пропаганду здорового образа жизни, мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье, разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, борьбу с факторами риска развития заболеваний, в том числе с употреблением табака и злоупотреблением алкоголя (далее – Мероприятия).

3. Научно-методическое руководство деятельностью центра здоровья в области выполнения Мероприятий по формированию здорового образа жизни осуществляет федеральный координационно-методический центр здоровья (ФЦЗ), формируемый согласно положению

7. На должность врача центра здоровья назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., № 14292), имеющие соответствующую подготовку по вопросам здорового образа жизни и медицинской профилактики.

8. На должность медицинской сестры центра здоровья назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г. № 18247), по специальности «Инструктор по гигиеническому воспитанию», «Медицинская сестра» или «Фельдшер», имеющие соответствующую подготовку по вопросам здорового образа жизни и медицинской профилактики.

9. На должность гигиениста стоматологического центра здоровья назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г. № 18247), по специальности «Стоматология профилактическая».

9. Численность медицинского и другого персонала устанавливается руководителем ЛПУ, при котором сформирован центр здоровья в зависимости от численности обслуживаемого населения, рабочей нагрузки сотрудников, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно Приложению N 1 к настоящему Положению.

10. Оснащение центра здоровья осуществляется в соответствии с установленным стандартом оснащения (Приложение № 2 к настоящему Положению), в том числе специальным оборудованием для скрининг-оценки состояния здоровья (далее – установленное оборудование), при необходимости в целях совершенствования работы перечень оснащения может быть расширен по согласованию с органом власти в области здравоохранения, в ведении которого находится центр здоровья.

11. Структура центра здоровья утверждается руководителем ЛПУ, в составе которого организован центр здоровья. В структуру центра здоровья рекомендуется включать кабинеты врачей центра здоровья, кабинет гигиениста стоматологического; офтальмологический кабинет; кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе, кабинеты инструментального и лабораторного обследования\*, кабинет (зал) лечебной физкультуры, учебные классы (аудитории) школ здоровья, а также отделение (кабинеты) медицинской профилактики, которые после включения их в состав центра здоровья переименовываются в кабинеты динамического наблюдения и коррекции факторов риска (формирование кабинетов динамического наблюдения и коррекции факторов риска осуществляется согласно Приложению к порядку оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России «  »    2011, №    «Положение об отделении (кабинете) медицинской профилактики медицинской организации»). Заведующий центром здоровья, с введенными в его состав кабинетами медицинской профилактики (кабинетами динамического наблюдения и коррекции факторов риска), выполняет функции и заведующего центром здоровья, и заведующего отделением медицинской профилактики в соответствии с положением об отделении (кабинете) медицинской профилактики медицинской организации.

12. Кабинеты динамического наблюдения и коррекции факторов риска включаются в структуру центра здоровья в случаях, когда а) в зоне обслуживания центра здоровья имеется достаточная численность населения, которая не входит в зоны обслуживания существующих отделений (кабинетов) медицинской профилактики, сформированных в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи на данной территории; б) по решению органа власти в сфере здравоохранения часть штатных должностей кабинетов медицинской профилактики, сформированных в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи и расположенных в зоне ответственности центра здоровья, передается данному центру здоровья для формирования кабинетов динамического наблюдения и коррекции факторов риска\*\*.

\* В кабинете инструментального и лабораторного обследования проводится обследование на установленном оборудовании.

\*\* В этом случае решением органа власти в области здравоохранения центру здоровья, имеющему в своем составе отделение медицинской профилактики (отделение динамического наблюдения и коррекции факторов риска) может быть придана функция городского (районного) центра медицинской профилактики при численности населения города (района) до 150-

13. Центр здоровья выполняет следующие функции и медицинские услуги:

а) комплексное обследование граждан, включающее измерение антропометрических данных, скрининг-оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-оценку сердечной деятельности, сосудистой системы, основных параметров гемодинамики, экспресс-анализ лабораторных маркеров социально значимых заболеваний и атеросклероза, оценку комплексных показателей функции дыхательной системы, органа зрения, выявление патологических изменений зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта, по результатам которого проводится оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья и оценка степени риска развития заболеваний и их осложнений, в том числе риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и фатальных осложнений по таблице SCORE, разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, оздоровительных и профилактических мероприятий;

б) медицинская помощь в отказе от потребления алкоголя, табака, снижении избыточной массы тела, организации рационального питания, коррекции гипер- и дислипидемии, оптимизации физической активности;

в) динамическое наблюдение за пациентами группы высокого риска развития неинфекционных заболеваний согласно примерной схеме динамического наблюдения за лицами с основными факторами риска, обучение их эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;

г) групповое (школы здоровья, лекции, беседы) обучение и индивидуальное консультирование граждан по вопросам ведения здорового образа жизни, гигиеническим навыкам, сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по рациональному питанию, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, психогигиене и управлению стрессом, профилактике и коррекции поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, избыточное потребление алкоголя, гиподинамия, избыточная масса тела и др.), ответственному отношению к своему здоровью и здоровью своих близких, принципам «ответственного родительства»;

д) информирование населения территории обслуживания, заинтересованных юридических и физических лиц о вредных и опасных для здоровья человека факторах внешней среды, факторах риска развития заболеваний, а также обучение населения ведению здорового образа жизни, жизнесохраняющему поведению, снижению уровня корригируемых факторов риска, мотивирование к отказу от вредных привычек;

е) разработка, согласование и участие в осуществлении планов реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни у граждан, находящихся в зоне ответственности, в том числе с участием медицинских и других организаций;

ж) методическая и практическая помощь в деятельности врачей и среднего медицинского персонала фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов предприятий и организаций, амбулаторий, центров (отделений) врачей общей практики (семейных врачей), поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов, расположенных в зоне ответственности по реализации мероприятий по

200 тыс. человек.

формированию здорового образа жизни, проведению школ здоровья;

з) участие или оказание содействия в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни и снижения распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди прикрепленного населения, проводимых центром медицинской профилактики и другими организациями;

и) обучение, в том числе совместно с территориальным центром медицинской профилактики, медицинских работников медицинских организаций, находящихся в зоне ответственности, методам проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни, проведения школ здоровья и оказания медицинских профилактических услуг населению;

к) запрос оперативных медико-статистических данных и анализ динамики заболеваемости и смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний на территории обслуживания;

л) определение годовой потребности, оформление заказа и получение методических и информационно-просветительных материалов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики неинфекционных заболеваний и организации оказания первой помощи в республиканском (областном, краевом) центре медицинской профилактики;

м) участие в исследованиях уровня и динамики показателей распространенности основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, проводимых центром медицинской профилактики в зоне ответственности центра здоровья;

н) ведение учетной и отчетной документации в соответствии с утвержденными формами и предоставление отчета о деятельности в установленном порядке;

о) осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами управления здравоохранением, Роспотребнадзора, Росздравнадзора, общественными организациями, местными (территориальными) средствами массовой информации и иными учреждениями и организациями по вопросам формирования здорового образа жизни, организации и проведения медицинской профилактики хронических неинфекционных заболеваний, включая вопросы обучения населения правилам оказания первой помощи при заболеваниях (состояниях), являющихся основной причиной внегоспитальной смертности;

п) оказание услуг сторонним организациям в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний на договорной основе.

14. Любой гражданин Российской Федерации вне зависимости от места его регистрации и проживания при наличии паспорта и полиса ОМС имеет право обратиться в центр здоровья для получения индивидуальных услуг, указанных в п. 13 настоящего Положения. Информация об адресе и режиме работы территориального (ближайшего) центра здоровья вывешивается на видном месте во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и сообщается гражданам при обращении в регистратуру и справочную данных организаций. Работа центра здоровья осуществляется по 2-сменному графику в часы работы медицинской организации, в структуру которой он входит.

15. Центр здоровья оказывает медицинские услуги в рамках Мероприятий следующим контингентам граждан:

- впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования в соответствии с п. 13а настоящего Положения;

- обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья;

- направленным медицинским работником медицинской организации по месту прикрепления;

- направленным медицинскими работниками, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в образовательных и других учреждениях;

- направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее – I и II группы состояния здоровья);

- направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

Посещения центра здоровья вышеуказанными контингентами граждан с целью получения медицинских услуг по п. 13а настоящего Положения (комплексное обследование) осуществляется 1 раз в отчетном году, отдельные услуги (исследования), входящие в комплексное обследование по п. 13а, и услуги по п. п. 13б-13д выполняются с частотой, рекомендованной врачом центра здоровья.

16. Центром здоровья для жителей сельской местности, проживающих в зоне ответственности центра здоровья, а также для работников крупных предприятий и организаций в плановом порядке по согласованию с органом исполнительной власти муниципального образования в сфере здравоохранения могут проводиться дни здоровья с организованной доставкой граждан в центр здоровья для прохождения обследования или в форме выездных акций, направленных на пропаганду здорового образа жизни и обучение населения методам профилактики неинфекционных заболеваний.

17. Ведение учета обратившихся в центр здоровья граждан осуществляется организационно-методическим отделом медицинской организации, на базе которой организован центр здоровья, или иным структурным подразделением, на которое возложены соответствующие функции.

18. Гражданину, обратившемуся (направленному) в центр здоровья, средним медицинским работником центра заводится учетная форма № 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья» (Приложение N 3 к настоящему Положению) (далее – Карта), проводится обследование на установленном оборудовании, в том числе тестирование на аппаратно-программном комплексе, результаты которых вносятся в Карту, после чего гражданин направляется к врачу.

19. Врач центра здоровья на основании собранных жалоб, данных анамнеза, результатов обследования, в том числе на установленном оборудовании, и тестирования на аппаратно-программном комплексе проводит гражданину оценку наличия и степени выраженности выявленных факторов риска, а также оценку вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, осуществляет прогноз состояния здоровья и степени риска развития хронических заболеваний и их осложнений, в том числе риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и фатальных осложнений по таблице SCORE у лиц в возрасте 30 лет и старше, проводит беседу по здоровому образу жизни, методам коррекции факторов риска и профилактике прогнозируемого заболевания (состояния), составляет индивидуальную программу по здоровому

образу жизни, оздоровительным и профилактическим мероприятиям.

При наличии у пациента 1-2 корригируемых факторов риска умеренной степени выраженности ему назначается повторный профилактический осмотр в центре здоровья, или кабинете динамического наблюдения и коррекции факторов риска при центре здоровья, или в кабинете медицинской профилактики по месту жительства (прикрепления) и динамическое наблюдение согласно примерной схеме динамического наблюдения за лицами с основными факторами риска.

При наличии у пациента 1-2 корригируемых факторов риска крайней (тяжелой) степени выраженности или более 2 корригируемых факторов риска ему оказывается медицинская и психологическая помощь по коррекции факторов риска под динамическим наблюдением врача центра здоровья или кабинета динамического наблюдения и коррекции факторов риска при центре здоровья или врача кабинета медицинской профилактики по месту жительства (прикрепления) пациента.

При необходимости врач рекомендует гражданину посещение занятий в соответствующих школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах и врачебно-физкультурных диспансерах по программам, разработанным или согласованным в центре здоровья.

20. При повторном обращении пациента (самостоятельном или рекомендованном медицинским работником) к врачу центра здоровья или к врачу (фельдшеру) кабинета динамического наблюдения и коррекции факторов риска при центре здоровья после комплексного обследования в центре здоровья врач (фельдшер) проводит профилактический осмотр и необходимое обследование, оценивает динамику состояния здоровья и уровня факторов риска. При наличии положительной динамики психологически поддерживает пациента и рекомендует продолжать выполнение индивидуальной программы по здоровому образу жизни, оздоровительным и профилактическим мероприятиям. При отсутствии положительной динамики врач (фельдшер) вносит изменения в индивидуальную программу пациента, при необходимости оказывает медицинскую помощь по коррекции факторов риска самостоятельно или для этой цели направляет пациента в кабинет медицинской помощи по отказу от курения, кабинет психолога (психотерапевта) или на консультацию к врачу-специалисту по профилю заболевания (фактора риска), в последующем выполняет их рекомендации.

21. При обследовании в центре здоровья пациента, который наблюдается у врача по месту жительства по поводу какого-либо хронического заболевания, врач центра здоровья на основании результатов обследования проводит оценку степени выраженности как известных пациенту, так и вновь выявленных факторов риска с акцентированием внимания на оценку степени риска развития новых для пациента хронических заболеваний и риска развития жизнеугрожающих осложнений имеющихся заболеваний, дает рекомендации по их профилактике и первой помощи при развитии жизнеугрожающего осложнения, направляет пациента с результатами проведенно-

го исследования к лечащему врачу по месту жительства (прикрепления).

22. В случае если в процессе обследования в центре здоровья выявляется подозрение на какое-либо заболевание, по поводу которого пациент ранее не лечился и не наблюдался, врач центра здоровья дает заключение о необходимости углубленного обследования по месту жительства (прикрепления) пациента, в необходимых случаях направляет на консультацию к врачу-специалисту по профилю подозреваемой патологии для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения.

Сведения о гражданах, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо углубленное обследование, с их согласия передаются лечащему врачу (врачу-терапевту участковому, врачу общей практики (семейному врачу)) по месту жительства (прикрепления) гражданина.

23. По окончании случая первичного обращения в центр здоровья, включающего комплексное обследование, на каждого гражданина заполняется учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни», которая по желанию гражданина выдается ему на руки. (Приложение 4 к настоящему Положению.)

24. На каждого обратившегося в центр здоровья заполняется учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255 (зарегистрирован Минюстом России 14 декабря 2004 г. № 6188) (далее – Талон). В Талоне в графе «код услуги» проставляется: код комплексного обследования, или код посещения врача, или коды отдельных исследований, входящих в комплексное обследование.

25. По окончании обследования (комплексного или отдельных исследований, входящих в комплексное обследование) и/или осмотра врача, в том числе при повторном в текущем году обращении пациента, заполненные Талоны передаются в соответствующее подразделение медицинской организации, при которой сформирован центр здоровья, для дальнейшего формирования реестров счетов для оплаты по программе обязательного медицинского страхования в соответствии с территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Комплексное обследование пациента в центре здоровья оплачивается 1 раз в году. Отдельные исследования, входящие в комплексное обследование, выполненные по назначению врача повторно в текущем году, и повторные осмотры врача при динамическом наблюдении пациента оплачиваются по факту выполнения услуги.

26. Ежедневно по результатам проведенного обследования лица, нуждающиеся в групповых методах обучения, вносятся в журнал школы здоровья или приглашаются на лекцию, по тематике в соответствии с выявленными у данного пациента факторами риска, прогнозируемого заболевания или его жизнеугрожающего осложнения. Тематика указанных групповых методов обучения, в первую очередь, включает профилактику заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смерт-

ности населения, в частности школу профилактики артериальной гипертензии, школу профилактики ишемической болезни сердца и других болезней атеросклеротического генеза, школу профилактики онкологических заболеваний у мужчин, школу профилактики онкологических заболеваний у женщин, школу профилактики сахарного диабета, школу профилактики бронхиальной астмы, школу профилактики остеопороза, заболеваний суставов и позвоночника, школу здорового питания, школу по управлению стрессом.

Кроме информации о методах первичной профилактики указанных заболеваний слушатели должны быть ознакомлены с основными начальными клиническими проявлениями болезни и правилами первой помощи при внезапном развитии заболевания.

При внесении пациента в список числа слушателей школы ему подробно объясняется, где и когда проводится школа, ее тематика, цель и задачи, фамилия, имя и отчество преподавателя, его профессия и квалификация с пояснением, что во время проведения школы можно будет задать интересующие вопросы и получить ответы, познакомиться с выставкой современных технологий профилактики и литературы для пациентов по тематике школы. Аналогичные приглашения должны быть размещены на видном для посетителей месте в организации, где сформирован центр здоровья.

В регистрационном журнале отмечается участие (неучастие) пациента в работе школы. По результатам проведения школы в этом же журнале составляется краткий отчет.

К участию в работе школы могут быть приглашены (при наличии достаточного числа мест в учебном классе/аудитории) пациенты медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, находящихся в зоне ответственности центра здоровья (в первую очередь не имеющие в своем составе кабинетов медицинской профилактики).

27. Основными популяционными методами работы центра здоровья являются:

- подготовка и публикация материалов по ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний в местных газетах и журналах, подготовка и издание санитарных бюллетеней и плакатов;
- подготовка информационных материалов и участие в проведении радиоскол, радиолекций и бесед, радиосюжетов, вопросов-ответов по ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний по местным радиотрансляционным сетям и радиостанциям, оформление тематических выставок;
- подготовка информационных и видеоматериалов по ведению здорового образа жизни и профилактике заболеваний и размещение их на сайтах медицинских организаций, расположенных в зоне ответственности, а также на сайте органа местного самоуправления в разделе здравоохранение, демонстрация видеоматериалов в общественных местах.

Учет и участие в организации этой работы осуществляет кабинет динамического наблюдения и коррекции факторов риска при центре здоровья. Проводимые мероприятия регистрируются в журнале (электронном журнале), выполненном по форме согласно разделу III Приложения к порядку оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России «...» \_\_\_\_\_ 2011, № \_\_.

28. По истечении отчетного периода (месяца, года) центром здоровья составляется отчетная форма № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья» (ежемесячная – нарастающим итогом, годовая), утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года № 597н, которая представляется 10-го числа следующего за отчетным месяца в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации сводную форму по всем центрам здоровья 20-го числа месяца, следующего за отчетным.

Отчетность представляется на бумажных носителях и в электронном виде.

21 Поручения Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина от 27 марта 2012 года № ВП-П12-1763 с целью организации эффективной профилактики заболеваемости и смертности, связанных с избыточной массой тела, направляет для использования в работе методические рекомендации «Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела».

Министр Т.А.ГОЛИКОВА

Утверждаю  
Главный специалист  
по профилактической медицине  
Минздравсоцразвития России  
С.А.БОЙЦОВ  
\_\_\_\_\_ 2012 г.

## **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО СНИЖЕНИЮ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

#### **Аннотация**

Методические рекомендации содержат описание организации оказания медицинской помощи лицам с избыточной массой тела и ожирением в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

В современных условиях возрастает роль активного сотрудничества медицинских работников и пациентов в вопросах сохранения здоровья населения, обучения здоровому образу жизни, снижения риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), улучшения качества и про-

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ V**

### **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СО- ЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

#### **ПИСЬМО**

**от 5 мая 2012 г. № 14-3/10/1-2816**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках исполнения пункта

должительности жизни. Одним из регламентированных механизмов профилактической работы в ПМСП является организация кабинетов медицинской профилактики с целью коррекции факторов риска НИЗ. Представленный клинико-организационный подход профилактического вмешательства реализуется как на индивидуальном, так и групповом уровне методом профилактического консультирования пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Цель консультирования – сформировать у пациентов здоровое пищевое поведение, ориентированное на снижение негативного влияния на здоровье (первичная профилактика) и риск осложнений при имеющихся НИЗ (вторичная профилактика) избыточной массы тела и ожирения, в основе которых лежат алиментарно-зависимые поведенческие ФР: несбалансированное питание, чрезмерное потребление поваренной соли, сахаров, жира, алкоголя и др.

Методические рекомендации предназначены для руководителей ПМСП, медико-санитарных частей, здравпунктов, специалистов службы медицинской профилактики (центров, кабинетов/отделений медицинской профилактики), центров здоровья, врачей-терапевтов, общей практики.

Авторы: Кривонос О.В., Бойцов С.А., Еганян Р.А., Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М., Тутьлян В.А.

### Список использованных сокращений

АГ	– артериальная гипертония
АД	– артериальное давление
АО	– абдоминальное ожирение
ГИ	– гликемический индекс
ГТГ	– гипертриглицеридемия
ГТТ	– глюкозотолерантный тест
ГХС	– гиперхолестеринемия
ДАД	– диастолическое артериальное давление
ДЛП	– дислипидемия
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМТ	– индекс массы тела
КТ	– компьютерная томография
КДК	– кабинет доврачебного контроля
МИ	– мозговой инсульт
МНЖК	– мононенасыщенные жирные кислоты
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МТ	– масса тела
НЖК	– насыщенные жирные кислоты
НИЗ	– хронические неинфекционные заболевания
НТУ	– нарушенная толерантность к углеводам
НФА	– низкая физическая активность
ОТ	– окружность талии
ОХС	– общий холестерин крови
ПЗЗ	– первичное звено здравоохранения
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
ПНЖК	– полиненасыщенные жирные кислоты
САД	– систолическое артериальное давление
СД	– сахарный диабет
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ФА	– физическая активность
ФР	– факторы риска
ХС	– холестерин
ХС ЛВП	– холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС ЛНП	– холестерин липопротеидов низкой плотности

ХС ЛОНП – холестерин липопротеидов очень низкой плотности

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

### Использованные понятия и определения

Алиментарные нарушения – нарушение основных принципов Здорового питания: энергетического равновесия, сбалансированности структуры питания по составу пищевых веществ и режима питания, – что проявляется соответствующими сдвигами в привычках питания.

Алиментарно-зависимые факторы риска – ФР НИЗ, которые связаны с нарушением принципов рационального Здорового питания.

Готовность к профилактике (коррекции ФР) – совокупность факторов, определяющих желание или способность индивидуума изменить образ жизни в отношении оздоровления коррекции поведенческих ФР.

Питание профилактическое – диетологическая коррекция ФР. Занимает промежуточное положение между Здоровым питанием для практически здоровых лиц и лечебным питанием для больных в условиях стационарно-го и санаторно-курортного лечения.

Профилактическое консультирование по коррекции питания – коррекция алиментарно-зависимых ФР с помощью модификации питания с учетом характера питания и уровня ФР пациента.

Сбалансированность питания – соотношение в структуре рациона пищевых веществ, соответствующих оптимально требованиям организма человека; например: белков – 15 %, жиров – 20-30 %, углеводов – 55-65 % от калорийности.

### Введение

Актуальность профилактического консультирования по контролю и коррекции массы тела. В РФ так же, как в большинстве экономически развитых стран мира отмечается рост распространенности избыточной МТ и ожирения. Так, по данным обследования национальной выборки взрослого населения России распространенность избыточной МТ и ожирения варьирует от 45 до 56% у мужчин и от 56 до 62 % у женщин. В многочисленных проспективных эпидемиологических исследованиях выявлена связь избыточной МТ и ожирения с риском развития целого ряда НИЗ и смертностью от них, в первую очередь, ССЗ, некоторых злокачественных новообразований, СД, нарушений обмена веществ и др. Избыточная МТ/ожирение связаны с более высокой общей смертностью населения. По данным 25-летнего проспективного исследования популяций мужчин 40-59 лет г. Москвы и Санкт-Петербурга атрибутивный риск смертности от ИБС, связанный с избыточной МТ, составил 15,2 %, а смертности от ЦВЗ – 30,5%. Кривая относительного риска смерти от ИБС имеет U-образную зависимость, а между смертностью от МИ и величиной МТ установлена J-образная зависимость.

В исследовании Framingham Heart Study показано, что среди лиц с ожирением в 2 раза чаще, чем среди лиц с нормальной МТ, встречается АГ. Результаты исследования Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), проведенного более 20 лет назад (1988-1994 гг.), подтвердили наличие достоверной и выраженной распространенности среди населения повышенного АД, ГХС и избыточной МТ/ожирения.

Результаты популяционных исследований последних лет показали, что с уровнем АД в значительной степе-

ни связано АО. Именно АО ассоциируется с основными алиментарно-зависимыми ФР ССЗ. Установлена обратная связь АО с уровнем ХС в антиатерогенных фракциях (ХСЛВП и отношения ХСЛВП/ХСЛНП). Неоднократно продемонстрирована прямая связь и частое сочетание избыточной МТ, ожирения с АГ и ДЛП.

Научно-обоснованные принципы питания для снижения избыточной МТ/ожирения. Результаты рандомизированных клинических исследований убедительно показали, что снижение избыточного веса является эффективным методом контроля и снижения таких ФР и суммарного риска ССЗ, обусловленных атеросклерозом, как АГ, ДЛП, НТУ. Таким образом, снижение МТ у пациентов с избыточной МТ и ожирением является первостепенной и патогенетически обоснованной мерой как первичной, так и вторичной профилактики целого ряда НИЗ.

Снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита – основной принцип диетологического вмешательства при ожирении. Установлено, что использование диет с очень низкой калорийностью не приводит к формированию навыков рационального питания. Более того, отмечается плохая переносимость этих диет и частые побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, желчнокаменная болезнь, нарушения белкового обмена, электролитного баланса, отмечались случаи фибрилляции желудочков и т.д. Эти обстоятельства существенно ограничивают применение низкокалорийных диет на практике. Более того, применение диет с умеренным ограничением калорийности (1000-1200 ккал/день) вызывает более физиологичное постепенное снижение избыточного веса, что через 3-12 месяцев позволяет достичь достаточной степени снижения МТ (в среднем на 8 %).

Дефицит энергии при составлении низкокалорийных диет может достигаться за счет снижения доли в рационе как жиров, так и углеводов. Считается доказанным, что применение низкокалорийных диет с ограничением жира и углеводов способствует не только снижению избыточной МТ, но и снижению АД, улучшению липидного профиля. Имеются многочисленные исследования по изучению действия на снижение избыточной МТ и динамику АД, уровней липидов, показателей углеводного обмена разных вариантов редуцированных диет, различающихся по процентному содержанию пищевых веществ.

Некоторыми исследователями изучалась возможность применения для лечения ожирения диет с резко сниженным содержанием углеводов (соответственно высокой долей жира и белка в рационе). Так, в рандомизированном контролируемом исследовании изучалось действие на снижение МТ и ФР ИБС у лиц с ожирением низкоуглеводной диеты (потребление углеводов в течение 2 недель составляло 20 г/день, а потребление жира и белка не ограничивалось) в сравнении с обычной низкокалорийной диетой – 1200-1500 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин (15 % белка, 25 % жира и 60 % углеводов). Через 3 месяца снижение МТ было более значимым на низкоуглеводной диете – на 6,8 % против 2,7 % при нормальной структуре. Не было обнаружено разницы в снижении ОХС и ХС ЛНП, а относительное снижение ТГ и относительное повышение ХС ЛВП было более выражено на низкоуглеводной диете. Снижение ДАД было одинаковым на обеих диетах, САД статистически значимо не изменилось. Однако через 12 месяцев достоверной разницы в динамике МТ между группами уже не выявлялось (4,4 % против 2,5 %).

Избыточная МТ/ожирение обменно-алиментарной формы, обусловленные дисбалансом энерготрат и энер-

гопоступления, – наиболее частая (первичная) форма нарушений жирового обмена. При подозрении на вторичные (чаще эндокринные) формы ожирения необходимо тщательное обследование пациентов и проведение индивидуальной комплексной этиопатогенетической терапии. В настоящих рекомендациях акцент поставлен на профилактическом диетологическом консультировании при экзогенной обменно-алиментарной форме ожирения, что является основой практически любого метода лечения избыточной МТ/ожирения, а в ряде случаев и основным методом лечения и коррекции избыточной МТ.

Важным фактором успеха профилактических программ помимо разработанной и подтвержденной с точки зрения доказательной медицины концепции ФР и высокой профессиональной компетентности медицинских работников является готовность больных к изменениям образа жизни. В целом ряде исследований неоднократно подчеркивался недостаточный уровень знаний населения по вопросам здоровья. Возникает необходимость не только лечения, но и обучения больных с избыточной МТ/ожирением с целью повышения не только информированности, но и мотивации и готовности к выполнению профилактических и лечебных мероприятий.

Обучение пациентов с избыточной МТ/ожирением признано одним из основных методов формирования приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений и самоконтролю МТ, создания мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, формирующих ФР, влияющих на прогноз заболевания. Вместе с тем, многообразие профилактических вмешательств требует систематизации опыта и выработки единых наиболее рациональных и эффективных профилактических методологических подходов к организации в системе здравоохранения помощи лицам, желающим снизить избыточную МТ. Неоспоримо, что профилактическую помощь в отношении НИЗ и ФР их развития должны оказывать все врачи, особенно в системе ПЗЗ. Однако, в ряде случаев при избыточной МТ/ожирении, прежде всего при алиментарно-зависимых нарушениях, требуется детальное консультирование, оценка пищевых привычек, подбор режимов и диет питания, что требует от врача не только профессиональных знаний, но и времени, которое, как известно из повседневной практики, ограничено. Создаваемые структуры медицинской профилактики (центры здоровья, кабинеты/отделения медицинской профилактики, центры медицинской профилактики) в этой ситуации являются ключевым звеном организации специализированного профилактического консультирования (индивидуального и группового – Школы здоровья) по оказанию целенаправленной помощи по снижению избыточной МТ/ожирения и, что важно, по динамическому контролю за эффективностью консультирования, выбора последующей тактики, поддерживающей помощи.

Настоящие методические рекомендации ориентированы на врачей медицинской профилактики, однако могут быть полезны и врачам-терапевтам, т.к. содержат не только базовые информационные материалы для индивидуального консультирования по оздоровлению питания пациентов с избыточной МТ/ожирением, но и адаптированный для ПЗЗ вариант Школы здоровья по коррекции алиментарно-зависимых ФР НИЗ, апробированный в разных организационных моделях (в условиях поликлиники и в организованном коллективе, на рабочем месте). Было получено подтверждение возможности реализации такой методики профилактического консультирования в условиях реальной практики ПЗЗ и изучения влияния



оздоровления пищевого поведения пациентов в результате группового консультирования (Школ здоровья) на уровне и распространенность алиментарно-зависимых ФР и избыточную МТ/ожирение.

Таким образом, изложенный в методических рекомендациях материал основан не только на анализе литературных данных, но и на результатах собственных исследований, что позволяет рекомендовать для практического применения в ПЗЗ новую, клинически эффективную методику коррекции избыточной массы тела и других связанных с ней алиментарно-зависимых ФР НИЗ.

### **Организация в ПМСП оказания медицинской помощи по снижению избыточной массы тела**

Задачи регистратуры. Информировать пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу, о необходимости контроля массы тела, рекомендовать оценить массу тела и проводить это в зависимости от организационной модели конкретного учреждения в кабинете доврачебного контроля, кабинете/отделении медицинской профилактики или центре здоровья.

Задачи кабинета доврачебного контроля. Во всех случаях обращения пациента при каждом визите необходимо провести антропометрическое исследование, проводить краткое профилактическое консультирование, информировать пациента об оказании специализированной помощи в Кабинете (отделении) профилактики или центре здоровья.

Задачи врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей. У всех пациентов в амбулаторной карте должна быть зарегистрирована масса тела и динамика ее изменений (или в «Листе регистрации факторов риска», если таковой введен в данном учреждении). Все пациенты с избыточной массой тела и ожирением обязательно консультируются по питанию и режиму двигательной активности с учетом показаний и противопоказаний (кратко или расширенно в зависимости от ресурсных возможностей). Факт консультирования регистрируется в карте пациента. Если пациент выражает желание начать программу снижения избыточной массы тела, то проводится весь алгоритм диагностики и проводится углубленное диетологическое консультирование участковым врачом или направляется в кабинет/отделение медицинской профилактики или центр здоровья.

Задачи врачей нетерапевтических других специальностей. Все пациенты с избыточной массой тела помимо оказания специализированной помощи по причине обращения кратко информируются о негативном влиянии на здоровье избыточной массы тела с акцентом на прогноз основного заболевания у лиц с избыточной массой тела. Желательно, чтобы пациентам проводилось краткое профилактическое консультирование в рамках приема врача-специалиста или давалась рекомендация обратиться

в центр здоровья или кабинет/отделение медицинской профилактики.

Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья. В кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья оказывается медицинская помощь, прежде всего методом профилактического консультирования индивидуального (приложение 4) или группового (приложение 7) и осуществляется динамическое наблюдение, поддерживающее и корректирующее профилактическое консультирование. При необходимости проводятся дополнительные обследования и уточняются рекомендации в программе снижения избыточной массы тела по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую тактику и динамическое наблюдение – «ЗД» (раздел 2.3).

## **2.1. Нормативная база организации медицинской помощи по коррекции избыточной МТ/ожирения в первичной медико-санитарной помощи**

Нормативная база организации медицинской помощи по коррекции избыточной МТ/ожирения (приказы Минздравоохранения России):

– «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» (№ 455 от 23.09.2003).

– «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология» (от 24 июня 2010 г. № 474).

## **2.2. Классификация и оценка массы тела**

Избыточная масса тела – избыточное накопление жира в организме человека, развивается при превышении количества поступления энергии с пищей по энергетической ценности рациона над энергетическими тратами человека. При таком длительном дисбалансе в организме происходят качественные нарушения, характерные для хронического заболевания – ожирения.

Ожирение представляет собой обменно-алиментарное хроническое заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, являющееся независимым ФР НИЗ, в частности ССЗ, и формирующее «каскад» вторичных ФР НИЗ. Следует обращать внимание на то, что при лечении ожирения после окончания курса лечения возможно развитие рецидива.

В настоящее время наиболее широко распространенным показателем для оценки степени ожирения является индекс массы тела (индекс Кетле). Расчет ИМТ по индексу Кетле рекомендован ВОЗ более 20 лет назад для оценки избыточной массы тела в практической работе врача:

Таблица 1

**Классификация величины массы тела (ВОЗ, 1997, 2003)**

Классификация	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск сопутствующих заболеваний
Недостаточная МТ	< 18,5	Низкий для ССЗ (однако риск других НИЗ увеличивается)
Нормальная МТ	18,5-24,9	Обычный
Избыточная МТ	25,0-29,9	Повышенный
Ожирение I ст.	30,0-34,9	Высокий
Ожирение II ст.	35,0-39,9	Очень высокий
Ожирение III ст.	> 40,0	Чрезвычайно высокий

Таблица 2

**Окружность талии и риск развития  
осложнений ожирения (ВОЗ, 2003, 2009)**

Риск НИЗ (АГ, СД, ИБС, МИ и др.)	Повышенный	Высокий
Мужчины	≥ 94 см	≥ 102 см
Женщины	≥ 80 см	≥ 88 см

$$\text{ИМТ} = \text{Масса тела (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}.$$

Единица измерения – кг/м<sup>2</sup>.

Нормальная МТ соответствует ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>.

При величине индекса МТ 25,0 кг/м<sup>2</sup> масса тела оценивается как избыточная, а 30,0 и более – как ожирение, таблица 1.

Расчет индекса Кетле дает наиболее точные величины. Для практических целей могут быть использованы специальные таблицы, построенные также на расчетах индекса Кетле, но по усредненным величинам (приложение 1). Определение ИМТ для установления избыточной МТ недостаточно для детей, лиц старше 65 лет, спортсменов, беременных женщин.

Различают 2 типа ожирения – по мужскому и женскому типу или андройдное (тип «яблоко») и гиноидное (тип «груша»). Ожирение по мужскому типу характеризуется особым отложением жировой ткани в пределах верхней части туловища, живота – верхний тип. Оно связано с сильным развитием мускулатуры и может касаться как мужчин, так и женщин. Данный тип ожирения с накоплением «висцерального» жира чаще приводит к уже известным метаболическим нарушениям (например, дислипидемии, гипергликемии) и развитию осложнений.

Ожирение по женскому типу связано с отложением жира в пределах нижних частей туловища (бедро, голень) – нижний тип. Развитие мышц слабое; к типичным осложнениям этого типа ожирения относятся дегенеративные изменения в области опорно-двигательного аппарата.

При практически неизменных величинах индекса МТ и общем содержании жира в организме абдоминальное количество жира при этих двух типах может существенно различаться. Существуют различные дорогостоящие методы определения абдоминального жира в организме, вплоть до КТ. Простым методом выявления пациентов с абдоминальным типом накопления жира является определение величины окружности талии, риск ССЗ и СД возрастает уже при окружности талии 80 см у женщин и 94 см – у мужчин, а при 88 см и выше у женщин и 102 см и выше у мужчин – риск этих заболеваний уже высокий (табл. 2).

При абдоминальном типе ожирения толщина кожных складок нередко даже бывает в норме (не более 1-2 см), что объясняется преимущественным накоплением «висцерального», а не подкожного жира. Именно по этой причине при абдоминальном типе ожирения нужно быть настороженным в отношении наличия метаболического синдрома.

Ориентация при оценке избыточной МТ только на росто-весовые показатели не всегда дает реальное представление о количестве жировой ткани, в частности, этот показатель может дать неточное представление при атрофии скелетной мускулатуры (в связи с возрастом или гиподинамией), при нарушениях водно-электролитного баланса, остеопорозе и т.п. Особенно трудно выявить

небольшой избыток жировой ткани (избыточную массу тела). В то же время именно в этой стадии профилактическое вмешательство оказывается наиболее эффективным. В последнее время для целей оценки состава тела рекомендованы специальные методы более точного определения доли жирового компонента в общей массе тела (КТ, абсорбционная денситометрия, подводное взвешивание, метод биоимпедансометрии и др.), однако в практике их использование ограничено. Вместе с тем в программах обследования пациентов, например, в центрах здоровья используется для этих целей простой метод биоимпедансометрии. Величина жировой массы тела в норме не должна превышать у мужчин 15-16 %, у женщин – 25 %.

### 2.3. Организация медицинской помощи по снижению избыточной массы тела в кабинете/отделении медицинской профилактики, центра здоровья

Целевые группы вмешательства по оказанию помощи по снижению избыточной МТ методом группового профилактического консультирования (Школ здоровья по снижению избыточной МТ) формируются из числа пациентов:

- обратившихся за данным видом помощи самостоятельно;
- направленных с приема врачом-терапевтом или специалистом;
- направленных для коррекции избыточной МТ/ожирения, по результатам диспансерных осмотров: 2-я группа здоровья (первичная профилактика) и/или пациенты 3-й и 4-й групп здоровья после консультаций лечащих врачей (вторичная профилактика).

Основные компоненты оказания медицинской помощи по снижению избыточной массы тела: Диагностика-Дифференцированное вмешательство-Динамическое наблюдение (3 «Д»).

Диагностика – общетерапевтическое обследование, измерение антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела, оценка МТ, типа ожирения, обязательный комплекс: измерение АД, ЭКГ-исследование, экспресс-анализ уровня глюкозы крови, общего холестерина и триглицеридов. Изучается семейный и личный анамнез (приложение 2), диетanamнез: вопросники заполняет сам пациент, и/или медицинская сестра, и/или врач. Вопросники по сбору и оценке диетanamнеза и определению привычек питания изложены в приложении 3.

При выявленных нарушениях в показателях обязательного комплекса (АД, ЭКГ, уровней ХС, сахара крови) пациентам с избыточной МТ/ожирением необходимо провести строго по показаниям более углубленное клинико-лабораторное, инструментальное обследование (биохимия крови, включая липидный спектр, ГТТ, печеночные пробы, электролитные показатели и др., а также мониторинг артериального давления, ЭХО-КГ, доплерографию сосудов и другие методы). При необходимости назначают консультации специалистов. Важно оценить риск заболеваний и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, т.к. при консультировании и выборе тактики, в частности, с увеличением физических нагрузок, необходимо исключить возможные ограничения и противопоказания. Полные программы диагностического обследования пациентов с избыточной

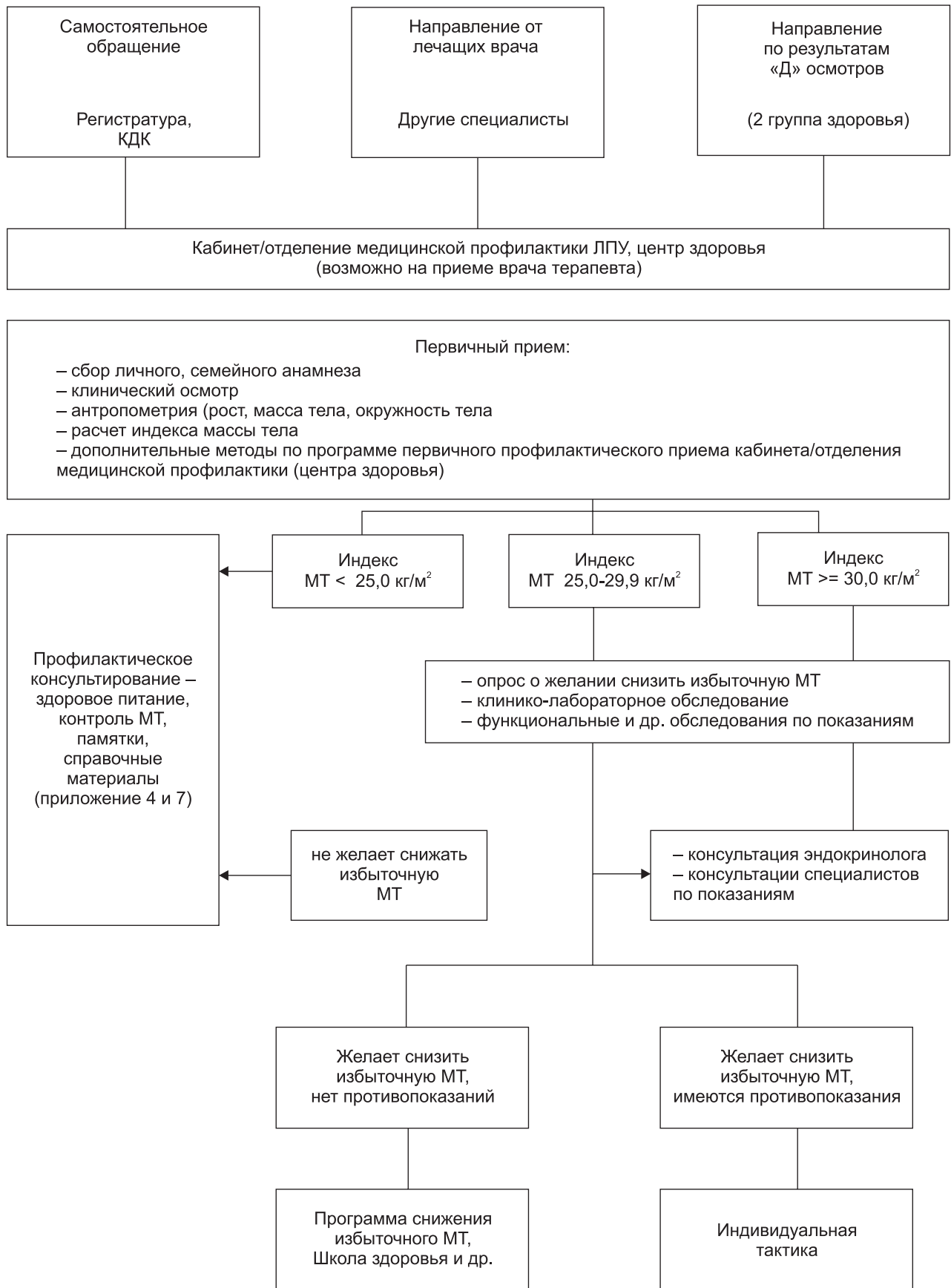


Схема 1. Алгоритм формирования целевых групп для коррекции избыточной массы тела (диагностика).

МТ/ожирением изложены в специальных руководствах (Приложение 8).

Дифференцированное вмешательство – это профилактическое консультирование пациентов с избыточной МТ/ожирением, включающее информирование, формирование мотивации к оздоровлению поведенческих ФР НИЗ и активного отношения к коррекции избыточной МТ, обучение навыкам самоконтроля пищевого поведения (количество и качество питания), умений составления рационов суточного питания (диет), приверженности к выполнению врачебных назначений, включая рекомендации по питанию, оптимизации физической активности.

### 2.3.1. Методы коррекции избыточной массы тела и лечения ожирения

Методы коррекции избыточной массы тела и лечения ожирения могут быть классифицированы на:

- немедикаментозные – преимущественно рекомендации диетологические и по оптимизации физической активности при отсутствии противопоказаний, проводятся лечащим врачом, врачом кабинета/отделения медицинской профилактики или центра здоровья (приложение 4);

- медикаментозные – проводятся в сочетании с немедикаментозными методами врачами-специалистами (диетолог, эндокринолог и др.) или совместно с лечащими врачами или врачами кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья (приложение 5);

- хирургические – проводятся по специальным показаниям в условиях хирургического стационара врачами-хирургами совместно с врачами-диетологами, эндокринологами и др.

Цель коррекции избыточной массы тела – снижение индекса Кетле до  $25 \text{ кг/м}^2$ , окружности талии для мужчин менее 94 см, для женщин – менее 80 см.

Промежуточная цель при ожирении, особенно при значительной степени – индекс Кетле ниже  $30 \text{ кг/м}^2$ , окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин – менее 88 см.

Целевое снижение массы тела при ожирении – определяется индивидуально, но желательно стремиться (при отсутствии противопоказаний) к общецелевому уровню. Важен учет суммарного сердечно-сосудистого риска.

Первичный прием ориентирован на определение показаний для проведения коррекции избыточной МТ и выбора тактики, включает выяснение типа ожирения, интенсивности и длительности, сопутствующих патологических состояний.

Первичное обследование должно включать оценку модели профилактического поведения. Понятие «модели профилактического поведения» включает оценку отношения пациента к выявленной избыточной МТ (ожирению), желание снизить МТ и готовность следовать врачебным назначениям и советам. Опыт научных исследований показывает, что прогнозируемый успех в снижении избыточной МТ чаще наблюдается у пациентов с активным отношением к своему здоровью, имеющих желание к оздоровлению, но испытывающих потребность в медицинской помощи, т.к. они понимают, что самостоятельно справиться с проблемой им будет непросто (модель осознанной потребности в медицинской помощи).

Первичный прием пациента с избыточной МТ/ожирением может быть проведен как лечащим врачом, так и в кабинете медицинской профилактики/центре здоровья (схема 1).

Большинство пациентов с избыточной МТ выражают желание нормализовать вес, однако не во всех случаях это желание осознано и сопряжено с желанием «действовать». Таким пациентам может быть показана консультация психолога (если имеется такая возможность). Вместе с тем врач медицинской профилактики должен обладать базовыми навыками проведения мотивационных консультаций с профилактической целью повышения осознанного отношения к здоровью и оздоровлению пациентов с поведенческими факторами риска, к которым относятся и пищевые привычки (пищевое поведение). Именно в этой связи на первичном приеме следует обратить внимание на оценку желания пациента к снижению избыточной МТ, что устанавливается простым опросным методом. Если у пациента нет такого желания, то ему на первом этапе необходимо провести, по крайней мере, краткое консультирование, в котором важно дать информацию о необходимости контроля массы тела и поддержания ее на оптимальном уровне. На основании обследования уже на первичном приеме исключаются лица с абсолютными и относительными противопоказаниями. С этими пациентами (или их родственниками) проводится беседа и вручается санитарно-просветительный материал в виде памяток, листовок, брошюр, справочных материалов и др. Лица с нормальной МТ получают также краткий совет по здоровому питанию и контролю массы тела. Пациентам, выражающим желание снизить избыточную МТ, но имеющим ряд противопоказаний, может быть предложена по возможности индивидуальная тактика.

Лица, практически здоровые, но с избыточной массой тела (ИМТ в пределах 25,0-29,9), не имеющие дополнительно других ФР (курение, дислипидемии, нарушенная толерантность к углеводам и др.), приглашаются для группового консультирования (школы здоровья) или им рекомендуется повторный визит, содержание консультирования на повторном визите аналогично теме занятия в Школе здоровья при избыточной МТ.

Лица с ИМТ  $\geq 30,0$  с диагнозом ожирение и лица с избыточной МТ (ИМТ 25,0-29,9), имеющие сопутствующие ФР, назначаются на повторные визиты, с ними проводится повторное поддерживающее консультирование и контроль массы тела.

Возможно назначение дополнительного (строго по показаниям) на фоне диетотерапии медикаментозного и/или хирургического лечения (приложение 5). При необходимости назначаются консультации других специалистов: эндокринолога, психотерапевта, рефлексотерапевта, врача ЛФК, хирурга и др. Всем пациентам рекомендуется самоконтроль МТ.

Динамическое наблюдение – проведение контроля и повторного консультирования (повторных посещений) с коррекцией рекомендаций при необходимости и включения комплексов дополнительных лечебно-профилактических мер (немедикаментозного и медикаментозного вмешательства). Динамический контроль на фоне немедикаментозных рекомендаций и самоконтроля МТ осуществляется 1 раз в 6 месяцев, на протяжении не менее 2-х лет. При назначении лекарственной терапии режим контрольных посещений врача определяется индивидуально и в зависимости от характера лечения и индивидуального состояния, но не реже чем 1 раз в 1-3 месяца. Желательно ведения дневника питания (приложение 6А).

Рекомендуется в кабинете/отделении медицинской профилактики помимо типовой карты амбулаторного пациента вести журнал учета пациентов Школы здоровья (приложение 6Б).

### 2.3.2. Организация школ здоровья для пациентов с избыточной массой тела

Основой немедикаментозных методов коррекции избыточной МТ и лечения ожирения является профилактическое консультирование в индивидуальной или групповой форме (школы здоровья по снижению избыточной МТ).

Организационная форма профилактического консультирования применима как в работе врача терапевта (общей практики), так и в структурах медицинской профилактики (кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья). Профилактическое консультирование по коррекции избыточной МТ следует проводить последовательно, причем на врачебных приемах в структурах медицинской профилактики консультирование проводится по расширенной схеме, с учетом организации школ здоровья; а на приеме врача-терапевта по схеме кратких или расширенных профилактических консультаций.

В методических рекомендациях акцент поставлен на организации группового профилактического консультирования (школ здоровья по снижению избыточной МТ). Методам коррекции избыточной МТ посвящены два последовательных врачебных консультативных приема (или занятий в школе здоровья, по 40 минут каждое), приложение 7.

Показания и противопоказания. Индивидуальное и групповое профилактическое консультирование по коррекции питания показано всем пациентам, желающим снизить избыточную МТ/ожирение (с ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) и не имеющим противопоказаний, перечисленных ниже. Пациентам с эндокринными формами ожирения лечение и консультирование по питанию проводится индивидуально, они направляются по показаниям к эндокринологу.

Противопоказания:

- нарушение когнитивных функций (возможно консультирование членов семьи);
- наличие острых заболеваний (относительное, на период острого заболевания);
- наличие хронических заболеваний в стадии обострения и/или декомпенсации (относительное, на период обострения).

Материально-техническое оснащение и оборудование, необходимое для организации и проведения группового профилактического консультирования по коррекции избыточной МТ/ожирения

- оборудование: тонометры (несколько приборов), глюкометры (желательно), весы, сантиметровые ленты, ростомер, биоимпедансметр (желательно);
- набор для оказания первой помощи;
- наглядные материалы и материалы для распространения: плакаты, буклеты, памятки, брошюры, видеоматериалы, канцелярские товары;
- методический материал для врача – модуль профилактического консультирования: избыточная масса тела и ожирение (приложения 1, 2, 4, 5);
- регистрационно-учетные формы: вопросник по питанию (приложение 3), дневник питания (приложение 6А), журнал учета (приложение 6Б);
- Структура построения занятий группового консультирования (Школ здоровья) пациентов с избыточной МТ/ожирением приведена в приложении 7;
- список рекомендуемой дополнительной литературы (приложение 8).

Цель коррекции избыточной МТ – во всех случаях необходимо добиваться снижения массы тела на 5-10 –

15 % от исходных величин на протяжении 3-6 месяцев, а в дальнейшем добиваться стабилизации МТ поддерживающей терапией (консультированием). При потере в весе 5 % результат может считаться удовлетворительным, 5-10 % – хорошим, более 10 % – отличным.

Важно всем пациентам объяснять, что контроль избыточной МТ и нормализация пищевого поведения – это не «курсы лечения», а новый образ жизни, повседневное более здоровое пищевое поведение. Только при таком отношении пациента к своему здоровью, своему образу жизни можно ожидать стойкого эффекта в контроле избыточной МТ. Врач медицинской профилактики, лечащий врач оказывает поддержку, дает повторные разъяснения, но самое главное «действие» – это отношение, воля, умения и здоровые поведенческие навыки самого пациента.

## 3. Эффективность медицинской немедикаментозной помощи пациентам с избыточной массой тела

Оценка эффективности немедикаментозной коррекции избыточной МТ на основе метода профилактического группового и поддерживающего индивидуального профилактического (диетологического) консультирования проведена в ходе апробации метода в двух организационных моделях: в условиях поликлиники (п. 3.1) и в организованном коллективе на рабочем месте (п. 3.2).

### 3.1. Эффективность коррекции избыточной массы тела в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения

Оценка эффективности коррекции избыточной МТ в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения проведена на примере больных, имевших сочетание избыточной МТ с АГ I и II степени. Средний возраст пациентов составил 54,3 +/- 8,2 года, средняя величина индекса МТ – 30,0 +/- 5,7 кг/м<sup>2</sup>, ОТ у мужчин 101,9 +/- 9,8 см, у женщин – 95,7 +/- 13,9 см, ожирение имели 38,2 %, АО – 64,7 %, ГХС выявлена у 91,2 % (у 61,8 % легкая ГХС, у 14,7 % – умеренная ГХС, у 14,7 % – выраженная ГХС). Это в целом подтверждает известный факт, что пациенты с избыточной массой тела являются в популяции группой высокого риска заболеваний и осложнений, т.к. имеют частое сочетание с множественными факторами риска НИЗ, особенно ССЗ. Среди пациентов с избыточной массой тела была выявлена высокая частота алиментарных нарушений в пищевых привычках (пищевом поведении) – у 76,5 % – чрезмерное потребление простых углеводов, у 59-62 % – повышенное потребление жира и холестерина и др. Алиментарные нарушения сопровождала низкая информированность об алиментарно-зависимых факторах риска НИЗ и принципах здорового питания.

Было проведено групповое профилактическое диетологическое консультирование в «Школе здоровья» (2 адаптированных диетологических групповых занятия). Внимание уделялось вопросам повышения информированности пациентов, готовности изменить (оздоровить) пищевое поведение. На первом занятии пациенты получили базовую информацию и обучались методам самоконтроля, анализа собственных поведенческих привычек, сопряженных с формированием алиментарно-зависимых и негативно влияющих на здоровье факторов. Второе занятие было посвящено детальному анализу и обучению принципам питания при избыточной массе тела, составлению диет, формированию и проведению разгрузочных

дней, давались ключевые советы по оптимизации физической активности и самоконтролю. При необходимости проводились повторные индивидуальные консультации и поддерживающие рекомендации и пр.

Профилактическое консультирование пациентов с избыточной МТ и последующее поддерживающее индивидуальное консультирование (немедикаментозное профилактическое вмешательство) врачами в ходе амбулаторной практики позволило стойко повысить по сравнению с исходным уровнем информированность пациентов о взаимосвязи поведенческих привычек и факторов риска, в частности, связи между пищевым поведением и избыточной массой тела (при контроле через 1 год, через 4 года).

Известно, что эффективность профилактических мероприятий, в частности, методов консультирования, не может оцениваться только по уровню информированности. Важнейшим и целевым индикатором является формирование у пациентов умений и практических навыков по поддержанию здоровых привычек питания, соблюдение основ здорового и при необходимости диетического питания как нового образа жизни и пищевого поведения.

Проведение систематической консультативной профилактической работы с пациентами позволило повысить приверженность пациентов более здоровым навыкам по коррекции алиментарно-зависимых ФР: через год 91,2 % пациентов контролировали и ограничивали потребление соли, животного жира, 14,7 % смогли снизить калорийность суточного рациона, четверть пациентов уменьшила потребление простых сахаров, каждый пятый пациент увеличил потребление овощей и фруктов, что в целом отразилось на динамике структуры питания: отмечена тенденция к сбалансированности рациона. В результате через 1 год выявлена положительная динамика в частоте встречаемости и уровне алиментарно-зависимых факторов риска и, в первую очередь, избыточной массы тела, как основного объекта профилактического вмешательства методом группового диетологического консультирования (школы здоровья).

У большинства пациентов (76,7 %), имевших исходно избыточную МТ и ожирение, МТ снизилась (в среднем на 1,8 кг). На этом фоне у пациентов с АГ I-II степени достоверно снизилось артериальное давление (с 149,0/92,5 мм рт.ст до 136,4/85,9 мм рт.ст.), а у половины отмечено стойкое достижение целевых уровней АД. Наиболее выраженная положительная динамика уровней АД при сходной сопутствующей терапии отмечена именно у тех пациентов, которые достигли стойкого снижения избыточной массы тела (АД снизилось в среднем на 8-10 % от исходного) по сравнению с пациентами без стойкого снижения избыточной МТ (АД снизилось на 3-4 %). Только оздоровление пищевых привычек с акцентом на алиментарные факторы риска ССЗ (без назначения гипополипидемической терапии) при контрольном измерении уровней через 1 год позволило получить снижение общего ХС у 50 % пациентов. Однако среднее значение уровня общего ХС снизилось незначительно и не достигло целевого уровня, что требует более целенаправленного лечения и контроля этого показателя у данной категории пациентов для снижения суммарного риска ССЗ.

### 3.2. Эффективность метода коррекции избыточной массы тела в организованном коллективе

Организованные коллективы считаются большинством специалистов рациональной организационной моделью профилактики факторов риска поведенческой природы. Аргументами для такого утверждения является общность поведенческих привычек в коллективе работающих (курение, питание, досуг и пр.), что может способствовать как формированию общей приверженности соблюдению принципов здорового образа жизни, так и наоборот, формированию нездоровых привычек, устойчивых и поддерживаемых общим мнением и отношением членов одного коллектива. Кроме того, как правило, контингент работающих – это лица трудоспособного возраста, которые редко обращаются в учреждения ПМСП с профилактическими целями, чему также способствует длительный латентный период доклинического течения большинства хронических НИЗ, что, вместе взятое, приводит к позднему обращению за своевременной медицинской, в т.ч. и профилактической, помощью. Предоставление профилактической помощи (профилактического консультирования) на рабочем месте оптимизирует ресурс такой помощи, способствует формированию социальной поддержки оздоровления поведенческих факторов риска, что в целом повышает целенаправленность и эффективность профилактик, что неоднократно доказано в научной литературе.

В настоящих рекомендациях апробация и оценка эффективности коррекции избыточной массы тела в условиях организованного коллектива, на рабочем месте проведена в коллективе педагогов общеобразовательных учреждений на примере лиц с избыточной МТ, имевших сочетание с АГ и без АГ. Средний возраст составил 47,1 +/- 0,9 лет, средняя величина ИМТ была прямо связана с возрастом и увеличивалась с 23,1 кг/м<sup>2</sup> у лиц в возрасте моложе 40 лет до 29,1 кг/м<sup>2</sup> в возрасте 60 лет и старше. Из числа педагогов с избыточной МТ умеренное повышение МТ (до 29,9 кг/м<sup>2</sup>) имели 54,1 %, у 45,9 % имелось ожирение, в т.ч. 5,4 % – ожирение 3 степени. АО было выявлено у большинства лиц с ожирением, причем с ожирением 3 степени у всех обследованных. У 62,1 % педагогов была выявлена ГХС.

Среди обследованных педагогов с избыточной МТ выявлена высокая частота алиментарных нарушений в пищевых привычках (пищевом поведении) – у 71,2 % чрезмерное потребление простых углеводов, у 51,1 % – избыточное потребление жира, у 25,6 % – холестерина и др., соблюдение принципов здорового питания отмечено лишь у 11,5 %, что свидетельствует об актуальности профилактического консультирования по вопросам оздоровления питания.

В данной организационной модели помимо оценки показателей здоровья и последующего профилактического медицинского вмешательства по коррекции выявленных факторов риска была изучена потребность в получении профилактической консультативной помощи при организации такого консультирования (в том числе и школ здоровья) непосредственно на рабочем месте. Ре-

**КЛАССИФИКАЦИЯ МАССЫ ТЕЛА (ВЕЛИЧИНА ИНДЕКСА КЕТЛЕ) И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Масса тела (кг)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
Рост (см)	125	120	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65
125	63,8	59,5	55,6	52,0	48,8	45,9	43,3	40,8	38,6	36,5	34,6	32,9	31,3
120	61,2	57,1	53,3	49,9	46,9	44,1	41,5	39,2	37,0	35,1	33,2	31,6	30,0
115	58,7	54,7	51,1	47,9	44,9	42,2	39,8	37,6	35,5	33,6	31,9	30,2	28,8
110	56,1	52,3	48,9	45,8	43,0	40,4	38,1	35,9	34,0	32,1	30,5	28,9	27,5
105	53,6	49,9	46,7	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,1	27,6	26,3
100	51,0	47,6	44,4	41,6	39,1	36,7	34,6	32,7	30,9	29,2	27,7	26,3	25,0
95	48,5	45,2	42,2	39,5	37,1	34,9	32,9	31,0	29,3	27,8	26,3	25,0	23,8
90	45,9	42,8	40,0	37,5	35,2	33,1	31,1	29,4	27,8	26,3	24,9	23,7	22,5
85	43,4	40,4	37,8	35,4	33,2	31,2	29,4	27,8	26,2	24,8	23,5	22,4	21,3
80	40,8	38,0	35,6	33,3	31,3	29,4	27,7	26,1	24,7	23,4	22,2	21,0	20,0
75	38,3	35,7	33,3	31,2	29,3	27,5	26,0	24,5	23,1	21,9	20,8	19,7	18,8
70	35,7	33,3	31,1	29,1	27,3	25,7	24,2	22,9	21,6	20,5	19,4	18,4	17,5
65	33,2	30,9	28,9	27,1	25,4	23,9	22,5	21,2	20,1	19,0	18,0	17,1	16,3
60	30,6	28,5	26,7	25,0	23,4	22,0	20,8	19,6	18,5	17,5	16,6	15,8	15,0
55	28,1	26,2	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	18,0	17,0	16,1	15,2	14,5	13,8
50	25,5	23,8	22,2	20,8	19,5	18,4	17,3	16,3	15,4	14,6	13,9	13,1	12,5
45	23,0	21,4	20,0	18,7	17,6	16,5	15,6	14,7	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3
40	20,4	19,0	17,8	16,6	15,6	14,7	13,8	13,1	12,3	11,7	11,1	10,5	10,0
ИМТ	Масса тела												
< 18,5	Дефицит массы тела												
18,5 – 24,9	Нормальная масса тела												
25,0 – 29,9	Избыточная масса тела												
30,0 – 34,9	Ожирение 1 ст.												
35,0 – 39,9	Ожирение 2 ст.												
>= 40	Ожирение 3 ст.												
	Риск ССЗ												
	Низкий риск												
	среднепопуляционный												
	Повышенный												
	Высокий												
	Очень высокий												
	Чрезвычайно высокий												

зультаты показали, что 86,8 % лиц выразили интерес к групповым занятиям с врачами, а желание снизить избыточную МТ высказали 76,9 %. Основным мотивом для снижения избыточного веса (у 92,9 % лиц с избыточной МТ) было желание эстетического характера («лучше выглядеть»), только 7,1 % хотели снизить вес, чтобы улучшить здоровье, что косвенно отражает недостаток знаний о негативном влиянии на здоровье избыточной МТ даже среди педагогов.

В избранном организованном коллективе было проведено групповое профилактическое диетологическое консультирование в «Школе здоровья» на рабочем месте в форме 2-х адаптированных диетологических групповых занятий, аналогичных организационной модели в поликлинике (п. 3.1), в последующем в течение 1 года при необходимости проводились повторные индивидуальные врачебные консультации и поддерживающие рекомендации.

Среди лиц с АГ помимо профилактического консультирования по алиментарно-зависимым ФР проводилось и контролируемое медикаментозное лечение, что комплексно позволило через год у 63,6 % достичь стойких целевых уровней АД. Проведение консультативной профилактической работы по коррекции избыточной МТ с акцентом на поведенческие ФР на рабочем месте, т.е. в рабочей среде, где имеется важнейший фактор формирования этих поведенческих ФР (привычек, в т.ч. и нездоровых), позволило увеличить приверженность более здоровому пищевому поведению. Через год достоверно увеличилась доля педагогов, соблюдающих принципы здорового питания и ограничения, рекомендуемые для контроля массы тела. Наиболее выраженные положительные изменения алиментарных привычек отмечены у лиц, которые помимо получения группового консультирования получали индивидуальные врачебные рекомендации по питанию, особенно при сочетании с АГ. Профилактическое вмешательство на рабочем месте по коррекции питания оказалось эффективным, как мера первичной профилактики ССЗ. Среди лиц без клинических проявлений ССЗ доля лиц с высоким риском снизилась с 41,6 до 16,6 %, что важно для прогноза развития новых случаев заболевания. Комплекс мер профилактического консультирования и контроля АГ на рабочем месте позволил снизить долю лиц с высоким риском среди педагогов с АГ на рабочем месте – с 61,4 до 42 %, что свидетельствует и о результативности мер вторичной профилактики АГ на рабочем месте.

Таким образом, профилактическое диетологическое консультирование (групповое и поддерживающее индивидуальное) у лиц с избыточной МТ/ожирением, проведенное как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на рабочем месте, позволило сформировать более здоровое пищевое поведение, которое, в свою очередь, привело к снижению уровней и частоты множественных алиментарно-зависимых ФР: избыточной массы тела, АГ и частично ГХС. Показана реалистичность и результативность коррекции нездоровых поведенческих ФР как меры первичной профилактики ССЗ в организованных коллективах. Установлено, что снижение избыточной МТ отражается на уровне сопутствующих алиментарно-зависимых ФР, а, следовательно, и на прогнозе, чем обосновывается и подтверждается важность применения профилактического консультирования пациентов с избыточной МТ как в рамках ПМСП, так и на рабочем месте, и необходимость повышения роли и значения структур медицинской профилактики.

*Приложение № 2*

### **АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА/ОЖИРЕНИИ**

Известно, что ожирение часто сопровождается развитием ССЗ (артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца), других хронических НИЗ (сахарного диабета 2 типа, некоторых бронхо-легочных, онкологических заболеваний, заболеваний органов пищеварения, желчнокаменной болезни, стеатоза печени и других состояний, влияющих на прогноз осложнений (дислипидемии, синдрома апноэ во сне, мочекаменной болезни, деформирующего остеоартроза, артритов, остеохондрозов, хронической венозной недостаточности нижних конечностей, поликистоза яичников, репродуктивной дисфункции, частых осложнений после родов и оперативных вмешательств, патологии беременности и др.).

Как правило, вероятность развития этих заболеваний возрастает по мере увеличения массы тела и при избыточном отложении жира в абдоминально-висцеральной области. При этом, если для абдоминального ожирения характерны осложнения в виде сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений, для глутео-фemorальной формы – в виде обменно-дистрофических поражений суставов и позвоночника и патологии вен.

Обследование необходимо начинать с антропометрического исследования, оценки результатов и общетерапевтического обследования, затем приступать к более тщательному сбору анамнеза (диетанамнеза) и определения готовности больного к восприятию рекомендаций. После этого можно приступать поэтапно к лабораторным и функциональным исследованиям по показаниям (схема).

Антропометрическое исследование: измерение роста, веса; Определение индекса массы тела, измерение окружности талии				
Диетанамнез	Анамнез, опрос о готовности снизить изб. МТ	Общетерапевтическое обследование	АД ЭКГ	Холестерин ТГ Глюкоза натощак в сыворотке крови



Определяются нарушения пищевого поведения, выявляются сопутствующие ФР, наличие НИЗ (или подозрение на их наличие): – при отсутствии у пациента готовности к снижению избыточной МТ – совет и рекомендация контроля МТ – при наличии готовности – включение в программу снижения избыточной массы тела		При выявленных нарушениях и отклонениях показано углубленное обследование и консультации специалистов			
Индивидуальный подход к назначению диеты	Дневник питания	Назначение с учетом сопут. заболеваний	Консультации специалистов	ЭКГ, ВЭМ, СМАД, УЗИ рентген, КТ, МРТ и др.	Липидный спектр ГТГ, Гормоны по показаниям и др.

Дополнительное обследование пациента с избыточной МТ необходимо для уточнения сопутствующих заболеваний и факторов риска, а также для выяснения противопоказаний к лечению и выбора тактики. На первом этапе обследование помимо антропометрии включает измерение АД, снятие ЭКГ-покоя, определение уровней холестерина, триглицеридов, глюкозы в сыворотке крови натощак.

Рекомендации по назначению углубленного обследования:

– При уровне общего ХС 5 и более ммоль/л – определить весь спектр липидов: ХСЛПН, ХСЛВП, ХС ЛОНП, ТГ.  
 – При уровне АД – 140/90 мм рт.ст. и выше – повторные измерения АД, по показаниям суточное мониторирование.

– При высоком уровне глюкозы крови – ГТТ (0-120 мин.), по показаниям – определение уровня инсулина.

– Консультации специалистов (эндокринолог, кардиолог, невролог и др.) по показаниям.

По показаниям могут быть назначены другие дополнительные методы обследования:

– Исследование гормонов: тиреотропного гормона (ТТГ), гормонов щитовидной железы Т3 и Т4, фолликулостимулирующего (ФСГ), АКТГ, пролактина, кортизола и др.

– Определение активности ряда ферментов: аминотрансферазы, гамма-глутамил трансферазы, щелочной фосфатазы и др.

– УЗИ внутренних органов.

– Рентген черепа, денситометрия, КТ и МРТ и др.

*Приложение № 3*

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СБОРУ ДИЕТАНАМНЕЗА

Во время консультации оценка характера питания может иметь множество важных функций, так как дает консультанту и пациенту наглядное представление о пищевых привычках, соблюдаемой диете, позволяет оценить базовую (исходную) ситуацию, на основании которой разрабатывается тактика и максимально индивидуальный план дальнейших действий. Диетanamnez помогает установить реальные приоритеты пациента в коррекции питания и определить характер вмешательства. Кроме того, опрос врача по проблемам питания способствует формированию чувства сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом.

Оценка характера питания помогает врачу оценить повседневные привычки питания пациента: какие продукты он предпочитает, за сколько часов перед сном пациент принимает пищу, сколько употребляет сахара, молочные продукты какой жирности предпочитает при покупке и др. Для практических целей могут быть рекомендованы унифицированные вопросники, применимые в том числе и для самостоятельного заполнения\*.

1. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?		3-4 раза	<input type="checkbox"/> 0
		2-3 раза	<input type="checkbox"/> 1
		Один раз	<input type="checkbox"/> 2
		5 раз и более	<input type="checkbox"/> 3
2. За сколько часов до сна принимаете пищу?		Не ужинаю	<input type="checkbox"/> 0
		Более чем 2 часа	<input type="checkbox"/> 1
		2 часа и менее	<input type="checkbox"/> 2
3. Сколько кусков (чайных ложек) сахара Вы обычно потребляете за день с чаем или кофе?			
0 кусков	<input type="checkbox"/> 0	6-9 кусков	<input type="checkbox"/> 2
1-5 кусков	<input type="checkbox"/> 1	10 кусков и более	<input type="checkbox"/> 3

\* Химический состав российских пищевых продуктов. – Альбом. Под ред. Скурихина И.М., Тутельяна В.А., Москва, 2002 год. Вопросник разработан к.м.н. Р.А. Еганян.

4. Как часто Вы пьете компоты и сладкие газированные напитки (фанту, пепси-колу и др.)?			
Никогда	<input type="checkbox"/> 0	4-6 раз в неделю	<input type="checkbox"/> 3
1 раз в неделю и реже	<input type="checkbox"/> 1	Несколько раз в день	<input type="checkbox"/> 4
2 – 3 раза в неделю	<input type="checkbox"/> 2		
5. Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную пищу?			
		Нет, никогда	<input type="checkbox"/> 0
		Да, иногда	<input type="checkbox"/> 1
		Да, обычно	<input type="checkbox"/> 2
6. На каком жире у Вас дома обычно жарят пищу?			
Не жарю	<input type="checkbox"/> 0	Животный жир (говяжий, бараний)	
Растительное масло	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 4
Маргарин	<input type="checkbox"/> 2	На всех жирах	<input type="checkbox"/> 5
Сливочное масло	<input type="checkbox"/> 3		
7. Как часто Вы едите овощи и фрукты?			
Несколько раз в день	<input type="checkbox"/> 0	1 раз в нед. и реже	<input type="checkbox"/> 3
4-6 раз в неделю	<input type="checkbox"/> 1	Никогда	<input type="checkbox"/> 4
2-3 раза в неделю	<input type="checkbox"/> 2		
8. Чем вы дома преимущественно заправляете салаты?			
Ничем	<input type="checkbox"/> 0	Майонез	<input type="checkbox"/> 3
Растительное масло	<input type="checkbox"/> 1	Всем	<input type="checkbox"/> 4
Сметана	<input type="checkbox"/> 2		
9. Сколько яиц Вы обычно съедаете в неделю, включая яйца, используемые для приготовления пищи?			
		До 3	<input type="checkbox"/> 0
		3-4	<input type="checkbox"/> 1
		5 и более	<input type="checkbox"/> 2

Приложение № 2.

Нарушения рационального питания (оценка результата по сумме баллов в перечисленных вопросах):

0-5 – нарушения отсутствуют (отлично);

6-10 – незначительные нарушения (хорошо);

11-13 – умеренные, отдельные нарушения (удовлетворительно);

14 баллов и более – выраженные нарушения (плохо).

При сумме баллов более 10 желательна консультация врача-диетолога.

Для оценки привычек питания могут применяться также вопросники для заполнения врачом (интервьюером). Для оценки результатов опроса в правом столбце указаны оптимальные (рекомендуемые) показатели.

Оценка диетанамнеза (краткий вариант, заполняется врачом, медицинским работником)\*

Вопросы
1. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?
2. За сколько часов до сна Вы принимаете пищу?
3. Сколько кусков (чайных ложек) сахара, варенья, джема и др. Вы обычно за день с чаем или кофе?
4. Как часто Вы пьете компоты и сладкие газированные напитки (фанту, др.)?
5. Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную в общепите пищу?
6. На каком жире у Вас дома обычно жарят пищу?
7. Как часто Вы едите овощи?

8. Как часто Вы едите фрукты?	белок – 15-25 % от общей калорийности (75-95 г), жир – до 20-30 % от общей калорийности (60-80 г), углеводы –	Ежедневно и чаще
9. Чем вы дома преимущественно заправляете салаты?	45-60 % от общей калорийности (полным исключением простых сахаров (0-5 %).	Растительными маслами
10. Сколько яиц Вы обычно съедаете в неделю, включая яйца, используемые для приготовления пищи?	белки. Из продуктов, богатых белками, предпочтительны: нежирные сорта мяса, рыбы и сыра; белое мясо птицы; нежирные молочные продукты; бобовые, грибы.	3 и менее

Приложение № 4

**СОДЕРЖАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ**

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 может привести к успешному снижению веса.

Основные 6 принципов диетического питания -

1) Необходимое энергетическое равновесие рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энергозатрат. Для снижения избыточной массы тела/уменьшения ожирения необходимо потреблять пищу меньшей калорийности, чем до вступления в индивидуальную программу снижения избыточной массы тела.

Уменьшать калорийность рациона рекомендуется за счет уменьшения содержания углеводов (особенно рафинированных – сахар, мука и изделия с их содержанием) и жиров (преимущественно животного происхождения) при достаточном поступлении белков, как животного, так и растительного происхождения, витаминов, микроэлементов и пищевых волокон (последних до 30-40 г/сут).

2) Сбалансированность (полноценность) по нутриентному составу (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы). Для нормальной жизнедеятельности организма основные пищевые вещества должны содержаться в рационе в соответствующих пропорциях:

легкоусвояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки и др. Из источников углеводов предпочтение следует отдавать растительным продуктам – цельнозерновым, овощам, фруктам и ягодам, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна.

3) Ограничение/исключение потребления алкоголя, особенно при наличии ССЗ (АГ, ИБС, ЦВБ).

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

5) Технология приготовления пищи. Рекомендуется скорректировать технологию приготовления блюд для ограничения поступления жиров (предпочтение надо 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 (калорийность растительного масла несколько выше, чем сливочного).

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. Опти-

мальный интервал между ужином и завтраком – 10 часов.

Физическая активность. Простым, доступным и эффективным видом физической нагрузки является ходьба 3-40 мин в день, 4-5 раза в неделю и главное – регулярно. Полезны занятия плаванием, танцами, подвижными играми и др.

При наличии (или подозрении на наличие) 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. (тестирование на фоне нагрузок – тредмил, велоэргометрия и др.), что проводится специалистами функциональной диагностики.

Любые рекомендации по повышению интенсивности ФА как в повседневном режиме и, особенно, в режиме тренировок и оздоровительных занятий требуют обяза-

Жиры. Жир является наиболее калорийным компонентом пищи, который способствует перееданию, поскольку придает пище приятный вкус и вызывает слабое чувство насыщения. При чрезмерном употреблении жирной пищи организм перегружается калориями. 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 нее кожу перед приготовлением. Уменьшить потребление жиров животного происхождения можно потреблением обезжиренных и низкожирных сортов молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров растительного происхождения влияет на энергоценность пищи. Они входят в состав майонеза, чипсов, семечек, орехов, изделий из шоколада, многих кондитерских изделий и продуктов, приготовленных во фритюре. Потребление этих продуктов следует ограничить или исключить.

Углеводы. Основу питания должны составлять трудноусвояемые углеводы (крупы, овощи, бобовые, фрукты, ягоды, хлеб грубого помола и др.). Не рекомендуются (или исключаются) продукты, содержащие

тельного обследования у лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально и с 35-летнего возраста) даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

#### Приложение № 5

### МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ (КРАТКИЙ ОБЗОР И РЕКОМЕНДАЦИИ)

Эксперты ВОЗ (1997, 2003) определили перечень временных, абсолютных и возможных, относительных противопоказаний для проведения лечения ожирения.

Временные (абсолютные) противопоказания для проведения лечения ожирения: беременность; лактация; некомпенсированные психические заболевания; некомпенсированные соматические заболевания. В случае, если психические и соматические заболевания эффективно компенсируются, можно вернуться к лечению ожирения после проведения повторного соответствующего обследования.

Возможные (относительные) противопоказания: желчнокаменная болезнь; панкреатит; остеопороз. Вопрос относительных противопоказаний может быть решен индивидуально, исходя из соотношения пользы/вред для пациента. Можно лечить в случае хронических панкреатитов, остеопороза и желчнокаменной болезни, но при соответствующих коррекциях в диете.

Так, при остеопорозе рекомендуется увеличить назначение низкожировых молочных продуктов, содержащих кальций, и рекомендовать рыбий жир (жирную рыбу), содержащий витамин Д, регулирующий кальциево-фосфорный обмен.

При желчнокаменной болезни рекомендуется избегать желчегонных продуктов (растительное масло) и растительных травяных сборов. Питание должно быть частым и дробным для предотвращения застоев в желчном пузыре, способствующих выпадению конкрементов.

При остром панкреатите назначается 3-х дневный голод, а при хроническом – больше низкожировых высокобелковых животных продуктов – мяса, рыбы, творога. В данном случае патогенетически совпадают принципы лечебного питания при ожирении и хроническом панкреатите – в виде назначения повышенного потребления полноценного животного белка, высокобелковых диет. Бульоны, острые, копченые, консервированные и жареные блюда, как и при других желудочно-кишечных заболеваниях, исключаются.

Прибавку массы тела могут усиливать психогенные нарушения: нервная булимия; депрессия; повторяющиеся эпизоды резкого перекармливания; синдром ночной еды; сезонные аффективные расстройства. Эти состояния могут быть для больного трудно преодолимыми препятствиями к соблюдению режима лечения. Для выявления каждого из названных выше нарушений существуют специальные методы диагностики с использованием вопросников. Однако они для применения в повседневной клинической практике достаточно трудоемки. Если же выясняется, что пациент имеет выраженные нарушения пищевого поведения (приступы компульсивного приема пищи в короткие отрезки времени, отсутствие чувства насыщаемости, приемы больших количеств пищи без чувства голода, в состоянии эмоционального дискомфорта, нарушение сна с ночными приемами пищи в сочетании с утренней анорексией и т.д.), то рекомендуется консультация психоневролога или психотерапевта.

При подозрении на вторичное, эндокринное ожирение (синдром Иценко-Кушинга, гипотиреоз и др.) необходима консультация эндокринолога; при высоких степенях ожирения и сопутствующих отягощающих заболеваниях – консультация хирурга.

Целью лечения ожирения является умеренное снижение массы тела с обязательным уменьшением риска развития сопутствующих ожирению заболеваний, стабилизация массы тела, адекватный контроль сопутствующих ожирению нарушений, улучшение качества и продолжительности жизни больных.

Во всех случаях необходимо добиваться снижения массы тела на 5-10-15 % от исходных величин (в зависимости от индекса массы тела) на протяжении 3-6 месяцев, а в дальнейшем добиваться стабилизации массы тела поддерживающей терапией. Повторные курсы лечения можно проводить через полгода, 1 раз в 1-2 года с постепенным поэтапным или плавным медленным снижением массы тела, пролонгированно, пожизненно.

При потере в весе 5 % после первого курса результат считается удовлетворительным, 5-10 % – хорошим, более 10 % – отличным

На уровне общественного здравоохранения по рекомендациям ВОЗ(2003) предполагают необходимость создания среды, поддерживающей здоровый выбор продуктов и активный образ жизни.

#### 5.1. Диетотерапия ожирения (ключевые рекомендации):

Основной метод лечения ожирения – диетический, а основной принцип диетотерапии – редукция калорийности. Необходим строгий контроль соотношения между энергетической ценностью пищи и энергозатратами. Употребляя термин «перекармливание», мы подразумеваем не «обжорство», а лишь относительное, но систематическое перекармливание (постоянное превышение суточной калорийности пищи над энергозатратами на 200 ккал в день увеличивает количество резервного жира приблизительно на 20-25 г в день, что за год составит 3,6-7,2 лишних кг). Можно прогнозировать и рассчитать потери массы тела: например, если при суточных энергозатратах в 2200 ккал человек получает ежесуточно 1800 ккал, то дефицит энергии составляет 400 ккал. Зная, что при расщеплении 1 г жировой ткани расходуется 8 ккал, легко подсчитать, что для сохранения суточного энергетического баланса организма и покрытия дефицита необходимо расщепление 50 г жировой ткани (400:8). Следовательно, при таких соотношениях потеря массы тела за 1 неделю может составить 350 г (50 x 7), за 1 месяц – 1,5 кг, а за год – почти 18 кг.

Принципы построения рациона при ожирении:

– Резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов, сахара (варенья, джема, меда) до 10-15 г в сутки и менее (3 кусочка или чайных ложечек) и других продуктов с высоким гликемическим индексом. Кондитерские изделия, содержащие также высококалорийный жир, и сладкие газированные напитки рекомендуется полностью исключить.

– Ограничение крахмалсодержащих продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля. Допускается до 3-4-х кусочков черного или 2-3-х кусочков белого хлеба в день (белый хлеб имеет более высокий гликемический индекс и более калорийный, чем черный, отрубной). Макароны из муки в/с лучше исключить, предпочтительнее из твердых сортов пшеницы.

– Достаточное (до 250-300 грамм в сумме) потребление белковых продуктов: мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов. При выборе белковых продуктов от-

дается предпочтение продуктам наименьшей жирности. Рекомендуется срезать видимый жир, снять кожу с курицы, убрать пенку с молока и т.д. Яйца при повышенном уровне ХС целесообразно ограничить до 2-3 желтков в неделю.

– Потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг в сумме). Эти продукты и блюда, приготовленные из них, низкокалорийны, и за счет большого объема создают чувство сытости. Предпочтение нужно отдавать кислым сортам фруктов и листовым овощам (цитрусовые, ягоды, яблоки, капуста, салат, шпинат и т.д.).

– Ограничение потребления жира, главным образом, животного происхождения. Бутерброды готовить без сливочного масла. В каши не рекомендуется добавлять сливочное масло, готовить лучше на снятом молоке. Не жарить!

– Ограничение потребления поваренной соли с целью нормализации водно-солевого обмена (меньше класть соли при приготовлении, убрать солонку со стола), ограничить потребление солений, маринадов и т.д.

– Ограничение потребления острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.

– Частый прием пищи – до 5-6 раз в день, в небольших количествах. Приготовление пищи на пару или отваривать.

Не рекомендуется начинать лечение с очень строгих диет и разгрузок. Оптимально начать с ограничения калорийности до 1500-1800 ккал, с последующим снижением до 1500 – для мужчин, до 1200-1000 ккал – для женщин. Важно ориентироваться на исходную массу тела. Чем выше индекс массы тела, тем больше должна быть редукция, но с условием сохранения описанных выше принципов. Снижение калорийности для лиц с индексом массы тела 25-35 кг/м<sup>2</sup> должно быть в среднем на 300-500 ккал, у лиц с индексом массы тела более 35 кг/м<sup>2</sup> – на 500-1000 ккал. Разгрузочные дни обычно содержат разбалансированные диеты, поэтому они могут быть использованы только 1-2 раза в неделю. Предварительно необходимо обследовать пациента. Так как если в одном случае разгрузка может помочь больному: например, молочная и калиевая при сердечной недостаточности, мясная – при хроническом панкреатите, фруктовая – при заболеваниях почек, овощная – при запорах, то в других случаях она может навредить: например, молочная разгрузка при колитах, мясная – при почечных заболеваниях.

Диеты для разгрузочных дней подбираются с учетом сопутствующей патологии. При сердечной недостаточности лучше назначать арбузные, яблочные дни, почечной патологии – рисово-компотные, язвенной болезни – молочные, панкреатите – творожные, рыбные, мясные, колите – кефирные. Разгрузки назначаются лечащим врачом на фоне вышеописанных диет, диетотерапии.

#### Рекомендуемые разгрузочные дни

Творожный	500 г 0-9 % 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	500 г кураги и чернослива (размоченной) на 5 приемов

Рисово-компотный	1,2 кг свежих или 250 г сушеных фруктов, 50 г риса на 5 приемов
Молочный	6 стаканов 1-2,5 % молока теплого на весь день
Рыбный	400 г отварной рыбы в течение дня на 4 приема с капустным листом
Мясной	400 г отварного нежирного мяса (говядина, телятина, курица) с салатным листом в 4 приема
Салатный	1,5 кг свежих овощей в виде салата с добавлением зелени и растительного масла (1 ст. л.)

Популярные «модные» диеты чаще всего строятся на принципах ограничения питания с редукцией калорийности до 1000-1500 ккал, но не всегда учитывают принципы рационального питания, особенно не учитывают вопросы профилактики НИЗ. Ниже приведены примеры однодневного меню наиболее популярных среди населения диет, о которых часто спрашивают пациенты. Их можно рекомендовать только практически здоровым лицам с избыточной МТ/ожирением без сопутствующей патологии и не более чем на 2-6 недель. Например: низкокалорийная диета на 1200-1500 ккал (завтрак – 100 г отварного мяса, капуста, салат; обед – 100 г отварной рыбы, морковь, яблоко; ужин – 50 г нежирного сыра + 1 яйцо, на ночь – фрукты). Низкокалорийная диета на 1000-1200 ккал (завтрак – 100 г сыра, 1 чашка кофе, 5 г сахара; обед – 100 г отварной телятины, 1 чашка кофе, кусочек черного хлеба; ужин – 200 г творога, 1 чашка чая, 5 г сахара). Обе приведенные диеты составлены с учетом основных рекомендаций диетологии; они достаточно снабжают организм необходимыми пищевыми веществами, такими как белок и жир, сокращение калорийности идет в основном за счет углеводов. В этих диетах предусмотрено потребление животных продуктов до 250-300 г (мясо, рыба, творог, яйца), они содержат в среднем до 20 % животного белка и, таким образом, снабжают организм достаточным количеством полноценного белка, содержащего весь набор необходимых аминокислот. Однако эти низкокалорийные белковые диеты категорически запрещены больным с почечной патологией, при мочекаменной болезни. Лица пожилого возраста, больные с атеросклерозом при соблюдении подобных диет должны тщательно следить за жировым компонентом рациона. Рекомендуется отдавать предпочтение низкожировым, обезжиренным сортам мясо-молочных продуктов. Для снижения атерогенности диет нужно избегать субпродуктов – печени, почек и мозгов, а также яичных желтков. Предпочтение следует отдавать рыбным продуктам.

Вышеописанные низкокалорийные диеты можно модифицировать в зависимости от вкусовых предпочтений, веса и состояния здоровья пациента. Диеты достаточно сбалансированы, принципиальной разницы между ними нет, диета на 1200-1500 ккал может применяться более длительное время, причем у практически здоровых пожилых женщин – практически постоянно. Перевод на диету проводится после обследования.

Диета Аткинса – построена на строгом ограничении углеводов, что способствует развитию обезвоживания организма, с чем и связана быстрая потеря в весе. Аналогична и так называемая «Кремлевская диета». При этих диетах снижается выделение инсулина, что уменьшает перевод углеводов в жиры и отложение последних в жировых депо. В этих диетах нарушен один их основных

принципов здорового питания – принцип сбалансированности: недостаток углеводов может вызвать сдвиг кислотно-щелочного равновесия в организме, кетоз, ацидоз, повышается риск остеопороза («вымывание кальция из костей») и мочекаменной болезни. В «Кремлевской диете» повышена атерогенность: доля жира в суточной калорийности в два раза (до 60-64 %) выше значений, рекомендуемых ВОЗ (ВОЗ, 2003), почти в 4 раза повышено содержание пищевого ХС.

Раздельное питание чаще всего несбалансированно, и его нельзя использовать длительное время. Раздельного питания в природе не существует, в любом продукте (мясе, молоке и др.) в основном имеются и белки, и жиры, и углеводы. Смешанное питание является наиболее сбалансированным. Так, например, нехватка аминокислоты лизина в гречневой крупе восполняет молоко, где его с избытком. Таким образом, гречневая каша на молоке является сбалансированным блюдом.

Метод лечения избыточной массы тела и ожирения голоданием непригоден, так как голодание более 3 дней может не только нарушить обменные процессы в организме, но и привести к неблагоприятным психологическим последствиям, возбуждая центры аппетита и голода. При выходе из голода существуют проблемы с контролем веса, который, как правило, набирается еще больше, чем был до соблюдения диеты. Голодание опасно риском развития осложнений (аритмии, нарушение психики, гиповитаминозы с явлениями полиневрита, поражениями кожи и волос).

Потеря избыточной массы тела – процесс длительный, контроль массы тела – пожизненный. Важно формировать у пациентов новый, более здоровый образ жизни и питания, в первую очередь. При этом нельзя впадать и в другую крайность – считать, что можно назначать диеты постоянно. Истина, как обычно, находится посередине: низкокалорийные диеты в 1000-1200 ккал можно позволить

#### Примерное рекомендуемое меню для лиц с ожирением:

Наименование блюд	Выход в г.	Белки г. (%)	Жиры г. (%)	Углеводы	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 б/с	200	1,4	1,7	2,2	30
Второй завтрак					
Салат из капусты	170	2,6	5,6	8,4	94
Обед					
Щи вегетарианские	200	1,8	6,8	9,45	106
Мясо отварное	90	13,6	10,9	–	150
Горошек зел. 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	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	19,9	328
ВСЕГО		85 (22 %)	60 (35 %)	160 (43 %)	1520 (100 %)

#### Суточный набор продуктов в зависимости от калорийности:

Продукты	Вес (г) продуктов суточного набора в расчете на калорийность		
	1800 ккал	1200 ккал	800 ккал
Молоко или простокваша (низкожировые)	30-400	200-300	200
Мясо тощее	200	150	100
Рыба	100	100	100
Творог (0% жирности)	100-200	100	100
Яйца	2-3 яйца (желтка) в неделю		
Масло растительное	25	15	10
Морковь, помидоры, огурцы, капуста и др.	300-400	200-300	150-200
Картофель	200	200	100
Яблоки и другие фрукты	400	400	200
Хлеб ржаной	100-150	0	0

не более 1-2 месяцев не чаще 2-4 раз в году. Все остальное время в питании при избыточной массе важно учитывать основные принципы построения рациона и энерготраты пациента с учетом сопутствующей патологии.

При сопутствующей АГ и ХСН 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 ГХС необходимо большее внимание уделять оптимальному соотношению (1:1) животных и растительных жиров и ограничению субпродуктов как основных поставщиков экзогенного холестерина.

Рацион, рекомендуемый лицам с избыточной МТ, благодаря ограничению простых углеводов, способствует нормализации углеводного обмена и снижению уровня триглицеридов, что согласуется с рекомендациями по питанию тучных лиц с нарушенной толерантностью к углеводам, сахарным диабетом и гипертриглицеридемией.

При сопутствующих дискинезиях желчного пузыря и толстого кишечника рекомендуется увеличение квоты пищевых волокон (фруктов, овощей, хлеба грубого помола) до 30 и более в день.

При сочетании избыточной МТ с мочекислым диатезом, подагрой, остеохондрозом целесообразно ограничение экзогенно вводимых пуринов за счет исключения потребления мясных и рыбных бульонов и некоторого ограничения потребления мяса (до 2-3 раз в неделю). Рекомендуется на ночь стакан 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.

**5.2. Самоконтроль коррекции избыточной массы тела – ведение дневника питания (см. Приложение 6).**

### **5.3. Повышение физической активности**

Повышение физической активности в комплексе с низкокалорийной диетой способствует большему снижению избыточного веса, чем использование только диеты или только физических тренировок. Особенно важна ФА для предупреждения увеличения веса после окончания применения низкокалорийной диеты. Регулярные физические упражнения способствуют увеличению скорости метаболизма, снижению избыточной МТ и АО за счет жировой массы. Физическая активность способствует снижению ОХС, ХС ЛНП, ТГ, увеличению отношения ХС ЛВП/ХС ЛНП.

Наиболее эффективным средством является увеличение повседневной физической активности, тем более что тучные люди более склонны к малоподвижному образу жизни. Сразу изменить образ жизни трудно, нередко и противопоказано, т.к. повышение ФА, особенно при бесконтрольном режиме, сводится к нерегулярным занятиям, иногда с модными тренажерами с неоправданно большими нагрузками, что может навредить не только суставам и связкам, но и сердцу и сосудам.

Необходимо составить поэтапную индивидуальную схему двигательной активности, расширяя ее по мере снижения массы тела. В большинстве случаев у лиц с ожирением такие рекомендации даются специалистами по лечебной физкультуре.

### **5.4. Медикаментозная коррекция и ожирения**

Применение лекарственных средств показано при:

- неэффективности диетотерапии и других методов немедикаментозного вмешательства;
- осложненных формах ожирения (лечение сопутствующей патологии);
- при индексе МТ более 30 кг/м<sup>2</sup> и более в любом случае и индексе 27 кг/м<sup>2</sup> и выше при наличии АО или факторов риска и сопутствующих заболеваний. Можно сразу назначать лекарственную терапию на фоне диеты;

– Вторичном ожирении, когда имеется патология со стороны эндокринной системы (лечение основной патологии).

Все препараты, назначаемые больным ожирением, используются строго по показаниям и противопоказаниям.

Противопоказаниями для лекарственного лечения являются: детский возраст; беременность; наличие в анамнезе серьезных побочных эффектов при применении препаратов аналогичного типа; одновременное применение препаратов сходного механизма действия.

Лекарственные средства, применяемые при ожирении, делятся на следующие группы:

- непосредственно используемые при ожирении;
- гормональные, улучшающие обмен веществ;
- витамины, аминокислоты и минералы, помогающие сбалансировать редуцированный рацион;
- симптоматические препараты: гипотензивные, мочегонные, слабительные, гепатотропные, противодиабетические, гипополипемические и др.

По механизму действия препараты 1-ой группы для лечения ожирения можно условно разделить на 2 подгруппы:

– Центрального действия, снижающие аппетит: аноректики, воздействующие на адренергические серотонинергические структуры (например, флуоксетин – антидепрессант, 20 мг утром 1 раз в сутки – 2 недели, при большем сроке необходима консультация психотерапевта);

– Уменьшающие всасывание пищи – средства желудочно-кишечного воздействия: Орлистат – ингибитор панкреатической липазы. Снижает всасывание жиров на 30 %. Назначается в дозе 120 мг три раза в день во время еды.

Лечение орлистатом можно продолжать до 6 месяцев под контролем. Возможны повторные курсы. С точки зрения доказательной медицины нет сведений об эффективном и безопасном долгосрочном их применении.

### 5.5. Хирургические методы коррекции при ожирении

Инвазивные консервативные (плазмаферез, гемосорбция и др.) и хирургические (гастропластика, формирование «малого» желудка, резекция кишки и др. методы) чаще всего применяются по строго определенным жизненным показаниям, когда имеется ожирение II-III степеней, с индексом массы тела более 35 и сопутствующими факторами риска и/или заболеваниями, не корригируемыми консервативно и/или протекающими с типичными осложнениями (вторичные эндокринные нарушения, грыжа позвоночного столба, тяжелый коксартроз и др.).

Более щадящие операции липосакции, липорезекции с пластикой брюшной стенки и др. имеют больше косметическое значение и могут проводиться в отсутствие общеизвестных общехирургических противопоказаний по желанию пациента.

Приложение № 6

## (А) ДНЕВНИК ПИТАНИЯ

«Дневник питания» заполняется пациентом ежедневно на протяжении недели (раз в месяц или квартал). Рекомендуется обучить пациента по возможности проводить подсчет калорийности самому, для чего рекомендовать таблицы. Дневник контролируется врачом при очередном визите, он позволяет проанализировать пищевой рацион, количество реально съеденной пищи, периодичность питания и ситуации, провоцирующие лишние приемы пищи. В то же время ведение «дневника питания» способствует формированию осознанного отношения пациента к своему питанию, позволяет выявить нарушения в питании, которые привели к увеличению веса, и выделить преодолимые нарушения, спланировать индивидуальный пищевой рацион.

Анализ «дневника питания» помогает врачу повысить умение пациента манипулировать своей диетой для достижения желаемых результатов, выявить причину неудач, объем и характер необходимой коррекции. В целом такое сотрудничество увеличивает конструктивное взаимодействие «пациент-врач».

При рекомендациях о ведении «дневника питания» для пациента врач должен дать ясные указания пациенту, выбрать метод более удобный и легкий для пациента совет, не требовать больше информации, чем необходимо, объяснить необходимость заполнения дневника сразу после приема пищи, а не по памяти. При анализе «дневника питания» врач должен использовать записи для анализа и советов, но не для нравственной оценки действий пациента, не проявлять недоверия. Записи – это помощь, а не отчет.

### Пример заполнения «дневника питания»

Продукты (перечисляется вся пища, съеденная на сутки)	Калорийность 100 г. продукта, ккал (оценивается по таблице)	Количество, в граммах	Калорийность Съеденного продукта (блюда), ккал
Йогурт 5 %	125 ккал	200 г	250 ккал
хлеб	190 ккал	1 буханка	450 ккал
масло растительное	760 ккал	1 ст. л.	14 ккал
.....			
.....			
.....			
		<b>7.1. Общая часть</b>	Итого за сутки
		Школы здоровья для пациентов	(сумма ккал)

### (Б) Регистрационный журнал учета пациентов в «Школе здоровья» (посещение занятий)

ФИО, пол	Дата рождения	Адрес, контактный тел.	Место работы (профессия)	Цель обучения пациентов в Школе:	Дата
				– повышение информированности пациентов об алиментарно-зависимых ФР основных НИЗ,	
				– формирование активного отношения пациента к своему здоровью, повышение мотивации к снижению избыточной МТ,	
				– повышение приверженности к диетотерапии и выполнению рекомендаций врача по питанию,	
				– формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за количеством и качеством питания.	

\* Укрепление здоровья и профилактика заболеваний

Основные термины и понятия. Под ред. Вялкова В.И., Органова Р.Г. // М.: Геотар-Медиа, 2000. – 17 с.



– формирование у пациентов практических навыков по составлению диетических меню и контролируемых разгрузочных диет.

Рекомендации для медицинских работников:

Желательно, чтобы врач или средний медицинский работник прошли обучение по организации школ здоровья для пациентов, овладели основами профилактического консультирования.

Для более эффективной работы желательно пользоваться пособиями по проведению занятий (перечень рекомендуемой литературы приведен в приложении 8).

Рекомендуется перед проведением занятия с пациентами ознакомиться с материалом и провести необходимую подготовку к занятию. Можно также использовать материал, приведенный в приложениях 1-6 к данным методическим рекомендациям.

Занятия проводятся в группах пациентов по 5-10 чел. в структурированной форме. Продолжительность занятия – 60-75 минут (допускается до 120 минут), ведется при активном участии пациентов. Необходимо ответить на все вопросы пациентов, чтобы повысить их знание и удовлетворенность полученной информацией для практических их целей. Рекомендуется не менее 2-х занятий с небольшими перерывами (не более 1 недели).

Рекомендуемая структура построения группового консультирования:

– вводная часть – 5-7 минут,

– информационная часть (лекционная форма) с сопровождением демонстрационных материалов – общей продолжительностью не более 45 минут за занятие и с чередованием с активными формами. Информационный материал в приложениях 1-6 является справочным материалом для медицинского работника, проводящего занятие. Он направлен на информирование пациентов о заболевании и повышение их осознанного участия в процессе лечения и оздоровления. Информационный материал не обязательно должен быть весь представлен пациентам во время занятий. Рекомендуется иметь его постоянно на столе во время занятия и при изложении материала стремиться максимально выполнить поставленную в занятии цель;

– активные формы обучения (дискуссия, вопросы – ответы, заполнение вопросников, измерение АД, роста, веса и пр.) – по 10-15 минут с максимально активным вовлечением пациентов. Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни, чтобы наиболее эффективно контролировать состояние своего здоровья и повысить активность участия пациента в сохранении своего здоровья;

– закрепление усвоенного материала – повторение основных положений и рекомендаций в форме «обратной связи», с участием пациентов. Закрепление усвоенного материала достигается частым повторением уже пройденного материала с целью ориентации пациента на длительное, а лучше пожизненное следование рекомендациям врачей по оптимизации питания и коррекции алиментарно-зависимых факторов риска.

– заключительная часть занятия – оценка пациентами важности полученных знаний и составление планов на последующие тактики по контролю массы тела и состояния здоровья (дневник питания, самоконтроль и пр.). Проводится с целью выяснения и ответа на дополнительные вопросы и заданий на дом.

## 7.2. Содержание занятий (примерный перечень)

Тема занятия 1: Здоровое питание, общие принципы

Цель занятия

– информирование об основных принципах здорового питания, принципах питания для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, связанных с атеросклерозом;

– ознакомление пациентов с понятиями здорового образа жизни и поведенческих факторов риска;

– обучение пациентов методике расчета энергетической сбалансированности пищевого рациона;

– обучение пациентов самоанализу собственных факторов риска, связанных с привычками и характером повседневного питания, и рациональному составлению индивидуального плана оздоровления.

Информационный материал к занятию изложен в приложениях 4, 5.

Активная часть: подсчет суточных энергозатрат и энергетической ценности рациона. Пациентам объясняется формула расчета с помощью таблиц, которые приведены ниже, дается пример и проводится совместная работа по расчету, можно на нескольких примерах:»

Шаг 1 – Для расчета энергозатрат см. приведенную ниже таблицу «Энергозатраты при различных типах деятельности». Необходимо зарегистрировать все виды деятельности в течение суток и умножить каждый вид деятельности на соответствующий показатель энергозатрат. Все энергозатраты суммировать и ввести поправку – для женщин «минус 10 %», для возраста после 30 лет «по 10 % минус на каждое десятилетие».

Пример расчета: женщина 56 лет, учитель

Сон – 8 часов x 50 ккал = 400 ккал
Работа в кабинете – 8 часов x 110 ккал = 880 ккал
Домашние дела – 4 часа x 100 ккал = 400 ккал
Отдых (телевизор, чтение книг) – 2 часа x 65 ккал = 130 ккал
Медленная ходьба (дорога на работу, магазины) – 2 часа x 190 ккал = 380 ккал
В сумме это будет 2190 ккал, для женщины – 10 % = 2000 ккал, еще – 20 % на возраст; 2000-400 = 1600 ккал. Таким образом, энергозатраты равны 1600 ккал.

Шаг 2 – Энергетическую ценность рациона (записать или вспомнить съеденную за сутки пищу, ее количество и использовать нижеприведенную таблицу «Калорийность основных продуктов питания»)

### «Энергозатраты для человека среднего возраста весом около 60 кг и виды деятельности»

Тип деятельности	Расход энергии Ккал/час
Сон	50
Отдых лежа без сна	65
Чтение вслух	90
Делопроизводство	100
Работа в лаборатории сидя	110
Домашняя работа (мытьё посуды, глажение белья, уборка)	120-240
Работа в лаборатории стоя	160-170
Спокойная ходьба	190
Быстрая ходьба	300
Бег «трусцой»	360
Ходьба на лыжах	420
Гребля	150-360
Плавание	180-400
Езда на велосипеде	210-540
Катание на коньках	180-600

Тема занятия 2: Что нужно знать для контроля массы тела

Цель занятия:

– информирование о целевых показателях массы тела, о влиянии на здоровье избыточной массы тела/ожирения;

– обсуждение с пациентами факторов, влияющих на формирование алиментарно-зависимых заболеваний, в т.ч. избыточной массы тела;

– обучение пациентов принципам антиатерогенного питания, питания при избыточной массе тела, диетотерапии при избыточной массе тела, питания при сопутствующих заболеваниях;

– обучение пациентов способам ограничения потребления жирной пищи, богатой холестерином, углеводами;

– обучение формированию сниженной калорийности рациона при сохранении сбалансированности питания;

– основные требования к оптимизации физической активности для контроля избыточной массы тела: ограничения, влияние на здоровье (положительное и опасное), ознакомление с понятиями самоконтроля, зоной безопасного пульса;

– Ограничение потребления поваренной соли с целью нормализации водно-солевого обмена.

– Ограничение потребления острых закусок, соусов, пряностей, возбуждающих аппетит.

– Частые приемы пищи – до 5-6 раз в день, но в небольших количествах.

– Использование разгрузочных дней.

Советы пациенту по построению рациона при избыточной массе тела:

– Ешьте чуть-чуть меньше, чем тратится (по калорийности);

– рассчитайте свои энергозатраты;

– взвешивайте продукты;

– смотрите на этикетки продуктов;

– знайте калорийность продуктов;

– не ограничивайте себя в жизненно важных белковых продуктах;

– ешьте больше овощей и фруктов;

– ограничивайте углеводы и особенно сахар;

– соблюдайте режим питания (есть не менее 3 раз в день).

Активная часть занятия 2: обучение составлению суточного меню

Необходимо объяснить пациентам правильность построения суточного меню с использованием знаний, полученных на занятии. Рекомендуйте и научите пользоваться справочными таблицами.

Заключительная часть занятия. Важно не только дать информацию пациентам и объяснить некоторые их самостоятельные действия по покупке более здоровых продуктов и их приготовлению, но и дать возможность пациентам на занятии выяснить все интересующие их вопросы. В этой связи важно каждое занятие завершать обсуждением с активным участием самих пациентов. Желательно, чтобы пациенты поделились своим опытом (как положительным, так и негативным) в прежних попытках (если такие были) контролировать вес тела с помощью питания. Нужно провести анализ ошибок и барьеров, обязательно дать пациентам информацию о возможности и необходимости последующих посещений врача, в т.ч. и врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья для контроля и получения при необходимости дополнительной помощи как врачебной, так и психологической.

– обучение пациентов ведению «дневника питания», анализ поведенческих факторов, способствующих развитию избыточной массы тела, самоконтроль.

Информационный материал к занятию изложен в основном тексте рекомендации и в приложениях 4 и 5. На занятии желательно использовать раздаточный материал: памятки, буклеты, таблицы и пр.

Ключевая информация, которая должна быть детально объяснена и повторена с пациентами: принципы построения рациона питания при ожирении:

– Резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов, сахаров до 15-30 (3-6 кусочков или чайных ложечек) и менее грамм в сутки.

– Ограничение крахмалсодержащих продуктов: хлеба, изделий и блюд из круп, картофеля.

– Достаточное потребление белковых продуктов (до 250-300 грамм в сумме): мяса, рыбы, птицы, яиц, молочных продуктов.

– Потребление большого количества овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг в сумме).

– Ограничение потребления жира, главным образом, животного происхождения.

## ПРИЛОЖЕНИЕ VI

Утверждаю  
Главный специалист  
по профилактической медицине  
Минздравоохранения России  
С.А.БОЙЦОВ  
\_\_\_\_\_ 2012 г.

### ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

##### Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ЗН	Злокачественные новообразования
КДК	Кабинет доврачебного контроля
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МВТ	Миллиметрово-волновая терапия

НЗТ	Никотин заместительная терапия
ОФВ1	Объем форсированного выдоха за 1-ю секунду
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ССЗ	Сердечнососудистые заболевания
ФЖЕЛ	Форсированная жизненная емкость легких
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЭМИ	Электромагнитное излучение
НЬСО	Карбоксигемоглобин
ppm	Частицы на миллион

### Аннотация

Методические рекомендации направлены на совершенствование профилактической помощи в системе здравоохранения. Представленное комплексное клинико-организационное профилактическое вмешательство реализуется как на индивидуальном, так и групповом уровне, его цель в снижении риска заболеваний, связанных с курением. Оно основано на ранней диагностике, коррекции и мониторинге. Методические рекомендации содержат:

- алгоритмы организации помощи курящим в лечебно-профилактических учреждениях,
- алгоритмы действия врачей на различных этапах оказания помощи,
- оценку эффективности технологий по преодолению потребления табака.

Рекомендации адресованы врачам первичного звена здравоохранения – врачам медицинской профилактики (центры медицинской профилактики, кабинеты/отделения медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений), врачам общей практики, терапевтам, руководителям учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Авторы: Кривонос О.В., Бойцов С.А., Гамбарян М.Г., Калинина А.М.

### Введение

Курение табака – серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. В России распространенность регулярного курения по данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака достигла 39,4 %: 60,7 % среди мужчин и 21,7 % среди женщин, и Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире.

По данным ГНИЦ профилактической медицины доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30 % для мужчин и 4 % для женщин, – сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) – 2,1 % для мужчин и 3 % для женщин, злокачественных новообразований (ЗН) – 52,1 % для мужчин и 5,2 % для женщин. Риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) среди курящих мужчин в возрасте 40–59 лет и женщин в возрасте 30–69 лет в три раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения.

Курение способствует высокому уровню смертности населения России, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы и низкой продолжительности жизни, которая в России самая низкая среди 53 стран Европейского региона ВОЗ.

Курение убивает половину курильщиков. В России ежегодно гибнут более 300 000 человек от болезней, связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35–69 лет.

КонсультантПлюс: примечание.

Распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 № 1563-р утверждена Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы.

3 июня 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака и приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010–2015 годы, утвержденной в 2010 году. Это применение ценовых и неценовых мер по сокращению спроса на табак, защита от воздействия табачного дыма, регулирование состава и раскрытия состава табачных изделий, их упаковка и маркировка, запрет рекламы.

В этой глобальной работе по борьбе с табаком задача медработников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – информирование населения о вреде табака и помощь в предупреждении и прекращении курения, тем более что табачная зависимость официально признана нозологической формой в МКБ-10 как психическое и поведенческое расстройство, вызванное употреблением табака.

Курение – единственный модифицируемый фактор риска ряда социально-значимых болезней, как ССЗ, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), ЗН и другие хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), которые можно предотвратить. Многие из этих болезней, закладываясь в детстве или в юности в силу наследственно-конституциональных причин, впоследствии реализовываются под воздействием внешних факторов, из которых курение самое распространенное, агрессивное, но в то же время предотвратимое. Прекращение курения приводит к снижению риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 50 %, в то время как пожизненный прием дорогостоящих гипотензивных препаратов или статинов – только на 25–35 % и 25–42 % соответственно. Поэтому наиболее актуальным представляется комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с курением с учетом раннего выявления факторов риска и/или признаков этих болезней и применением мер по предупреждению или прекращению потребления табака.

Для разработки и реализации эффективной профилактики болезней, связанных с курением среди населения, необходимо комбинирование политических мер и индивидуальных и популяционных стратегий, а также формирование приоритетов, направленных на управляемые факторы риска. Несомненно, важнейшее значение для профилактики возникновения и прогрессирования этих болезней имеет прекращение потребления табака, предупреждение закуривания и снижение риска пассивного курения. Своевременное выявление и предупреждение факторов риска, способствующих формированию болезни, в частности курения, требует широкого спектра мер с вовлечением различных секторов общества. Профилактические меры должны быть дифференцированными в разных группах риска.

Отсутствие четкой антитабачной политики и научно обоснованного комплексного алгоритма управления риском, связанным с потреблением табака в системе здравоохранения, затрудняет успешное решение проблем среди населения по снижению риска заболеваний, связанных с потреблением табака. Целевыми группами в таких программах должны стать не только сами курящие, но и их окружение, а также группы лиц, наиболее чувствительные (с низкой толерантностью) к неблагоприятному воздействию табака. Разработка и оптимизация

комплексных подходов к решению проблемы особенно важны в условиях реформирования службы здравоохранения в нашей стране.

Для повышения эффективности профилактического процесса по предупреждению болезней, связанных с курением, наряду с индивидуальной профилактикой: лечением табакокурения, необходимы внедрение жесткой антитабачной политики в системе здравоохранения, а также разработка популяционной стратегии комплексных вмешательств по профилактике болезней, связанных с курением.

### **Цель, задачи методических рекомендаций и основные стратегии оказания медицинской помощи по профилактике и отказу от курения в учреждениях ПМСП**

Цель методических рекомендаций – формирование комплексного подхода к оказанию медицинской помощи в учреждениях ПМСП по профилактике и лечению табакокурения и снижению риска развития заболеваний, связанных с потреблением табака.

Методические рекомендации направлены на внедрение оказания медицинской помощи по преодолению табакокурения и расширение оказания медицинской профилактической помощи медработниками учреждений ПМСП разного уровня в отношении целенаправленной профилактики болезней, связанных с курением, в особенности в группах повышенного риска этих болезней. Рекомендации содержат алгоритм выявления факторов риска развития хронических неинфекционных болезней, связанных с курением, для их комплексной целенаправленной профилактики.

#### **2.1. Стратегии оказания медицинской помощи по профилактике и отказу от курения в учреждениях ПМСП**

Для эффективной организации медицинской помощи по профилактике и отказу от курения в учреждениях ПМСП необходим комплексный подход к проблеме, включающий:

- внедрение антитабачной политики в лечебно-профилактических учреждениях: создание среды, свободной от табачного дыма, запрет на курение в ЛПУ, стимулирование курящего персонала отказаться от курения и оказание им помощи, создание системы отчетности и контроля над курящими пациентами;

- вовлечение и обучение руководства и персонала ЛПУ к внедрению антитабачной политики и оказания квалифицированной медицинской помощи в лечении табачной зависимости на всех уровнях (участковый врач, врач общей практики, врачи-специалисты, фельдшерские здравпункты, специализированные приемы по оказанию помощи по отказу от курения – кабинеты/отделения медицинской профилактики, центры здоровья);

- просвещение населения – стимулирование населения к отказу от курения, поощрение персонала, пациентов и их семьи сделать свои дома свободными от табачного дыма, формирование однонаправленного взаимодействия на территориальном уровне между лечебно-профилактическими учреждениями и центрами медицинской профилактики;

- оказание помощи в лечении табакокурения: применение системы регистрации курящих пациентов, профилактическое консультирование, лечение табачной зависимости и динамическое наблюдение.

### **Оказание медицинской помощи по прекращению потребления табака и профилактике болезней, связанных с курением в учреждениях ПМСП**

#### **3.1. Алгоритм организации медицинской помощи по профилактике и прекращению потребления табака в учреждениях ПМСП**

Комплексный метод профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением, подразумевает:

- 1) выявление лиц – активно курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма;

- 2) раннее выявление факторов риска развития болезней, связанных с курением, и формирование целевых групп для лечения табакокурения;

- 3) оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства;

- 4) диагностику статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения;

- 5) предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения – с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения.

В условиях первичного звена здравоохранения этот комплекс мероприятий реализуется на всех уровнях поликлинической помощи, связанных между собой системой распределения (направления) пациентов, начиная с регистратуры и/или кабинета доврачебного контроля, где выявляется факт курения (активного или пассивного) и делается соответствующая запись в амбулаторной карте пациента.

Основной объем помощи по профилактике и преодолению курения осуществляется на этапе участкового врача/врача общей практики/терапевта или специалистов и на этапе кабинета медицинской профилактики/специализированной помощи, в зависимости от того, куда в первую очередь направляется пациент (рис. 1).

Однако каждое из вышеуказанных подразделений вносит свой вклад в выявление, информирование курящих пациентов и мотивирование их к отказу от курения.

Курящий пациент, обратившийся по любому вопросу в учреждение ПМСП, не должен его покинуть, не будучи поставленным на учет по факту курения и не получив консультации в преодолении табакокурения.

Задачи регистратуры – информировать курящих пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу (кроме обращений в ситуациях, угрожающих жизни) об имеющейся (при наличии таковой) в учреждении возможности оказания медицинской помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета доврачебного контроля – уточнять во всех случаях обращения пациента и при каждом визите факт курения, кратко проинформировать о вредном влиянии активного и пассивного курения на здоровье, и целесообразности отказаться от курения, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения в учреждении.

Задачи врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей подробно описаны в п. 3.2 настоящих рекомендаций. Врачам принадлежит основная роль в выявлении, регистрации курящих пациентов, их мотивировании к отказу от курения и в предоставлении медицинской помощи в отказе от курения всем пациентам, изъявившим желание и готовность отказаться от потребления табака, а также профилактике болезней, связанных с курением. Кроме того, именно к

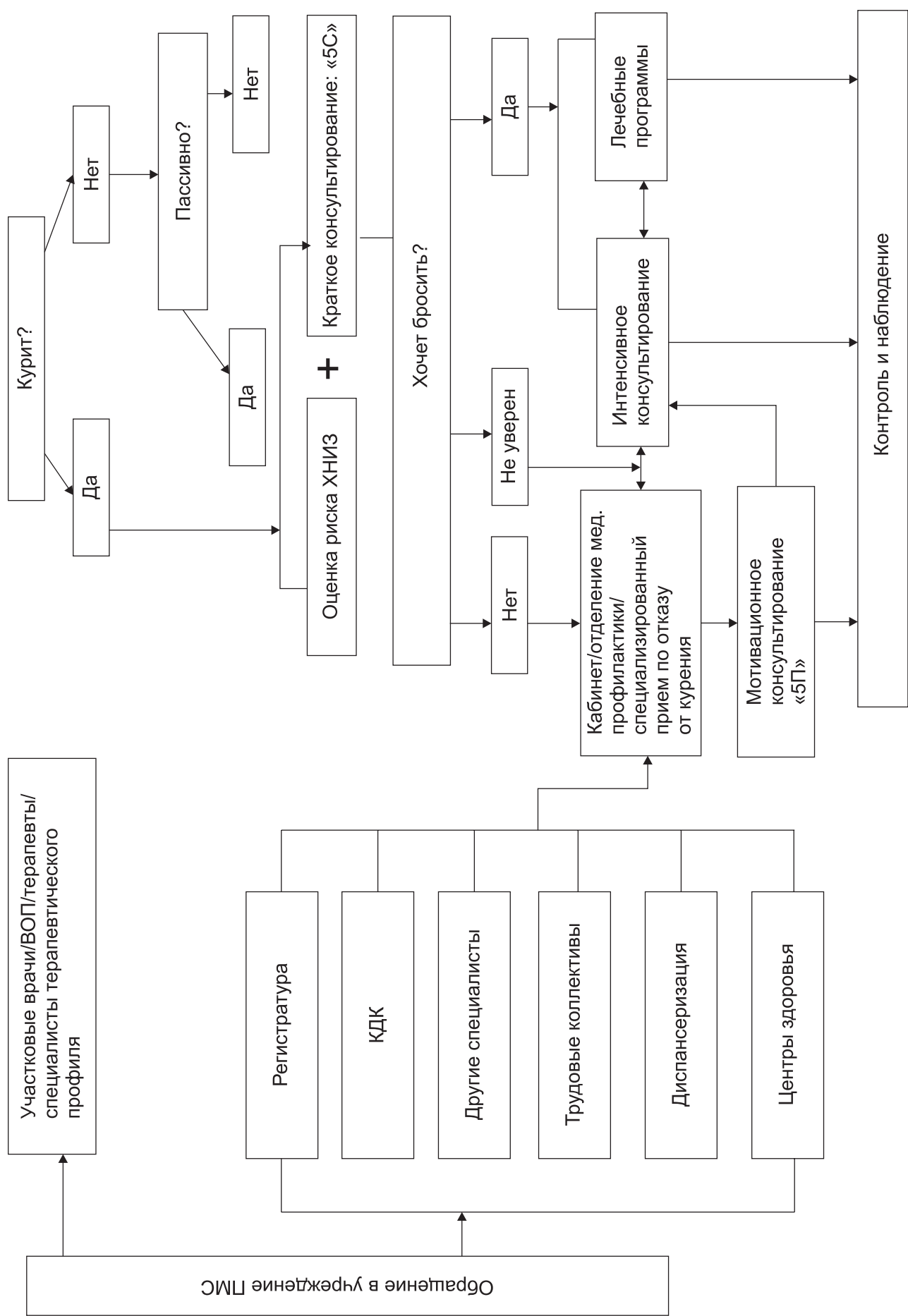


Рис. 1. Алгоритм организации оказания медицинской помощи курящим пациентам.

участковым врачам и терапевтам в первую очередь направляется большая часть пациентов, обратившихся в учреждение ПМСП из регистратуры, КДК, центров здоровья (по основной причине обращения), а значит, именно врачи-терапевты являются первым рубежом оказания медицинской профессиональной помощи по профилактике и отказу от курения пациентам.

Задачи врачей нетерапевтических специальностей – уточнять и фиксировать во всех случаях обращения пациента факт курения, провести краткое консультирование и настоятельно порекомендовать пациенту отказаться от потребления табака, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения, направлять в кабинет медицинской профилактики для получения специализированной помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики. В кабинетах/отделениях медицинской профилактики оказывается медицинская помощь в отказе от курения и в коррекции факторов риска ХНИЗ по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую помощь и динамическое наблюдение – «3Д» (п. 3.3 настоящих рекомендаций). При правильно реализуемой антитабачной политике учреждения ПМСП в кабинеты/отделения медицинской профилактики курящие пациенты направляются из регистратуры, КДК, от участковых врачей и специалистов терапевтических специальностей (в случае если те сами не проводят лечение табакокурения), от специалистов нетерапевтических специальностей, а также из прикрепленных к учреждению ПМСП организованных коллективов.

### **3.2. Объем медицинской помощи по преодолению потребления табака на уровне участкового врача (общей практики) и врачей терапевтического профиля**

На уровне участкового врача, врача общей практики осуществляется:

- активное выявление курящих, в том числе и лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков) и

- регистрация результатов в амбулаторной карте пациента (на специальный вкладыш с прикреплением метки о факте курения на карту). Также в карте регистрируются дальнейшие действия врача в отношении пациента – оказана помощь в преодолении потребления табака или пациент направлен в кабинет медицинской профилактики.

Факт курения должен быть зафиксирован в амбулаторной карте.

- выявление факторов риска развития хронических неспецифических заболеваний (включая генетические, конституциональные, детского анамнеза), а также ранних признаков ХНИЗ и риска развития хронических неспецифических заболеваний, формирование целевых групп для лечения табакокурения;

- оценка риска сердечно-сосудистой и бронхо-легочной заболеваемости и смертности (включая применение системы оценки суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний SCORE и спирометрии) – обязательные процедуры на этом этапе;

- оказание целенаправленной мотивационной поддержки по предупреждению или прекращению курения, с использованием результатов обследования пациента;

- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде краткого консультирования (стратегия краткого вмешательства);

- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде интенсивного консультирования и/или медикаментозной терапии при желании и готовности пациента приступить к лечению табачной зависимости;

- направление пациента на специализированный прием по отказу от курения (кабинета медицинской профилактики) для формирования мотивации и готовности к отказу от курения и лечения табакокурения – если пациент не готов к лечению табакокурения;

- регистрация действий по оказанию помощи в отказе от потребления табака в амбулаторной карте;

- осуществление контроля и наблюдения за пациентами, потребляющими табак, и регистрация результатов.

На уровне специалиста: пациенты с высоким риском развития отдельных ХНИЗ или с признаками этих болезней, помимо дальнейшей коррекции потребления табака, также направляются под наблюдение терапевта или соответствующих специалистов по основному заболеванию.

Если пациент находится под наблюдением врача-специалиста, то комплекс мероприятий по оказанию помощи в отказе от потребления табака, описанный выше, проводится соответствующим специалистом.

Метод активного выявления и регистрации факта курения, а также активное выявление факторов риска или ранних признаков болезней, связанных с курением, определения риска смертности от ХНИЗ позволяет:

- 1) обратить внимание самого курящего на собственную вредную привычку, на угрозу его личному здоровью и подготовить его к отказу от курения,

- 2) врачу выявить наиболее подверженных к развитию заболеваний, связанных с курением пациентов, и применить в их отношении более интенсивные мероприятия по преодолению потребления табака,

- 3) выявить ранние симптомы ХНИЗ и предпринимать меры для их дальнейшей профилактики и/или лечения,

- 4) дисциплинировать и пациента, и врача в объединении усилий в борьбе против табакокурения.

С другой стороны, табачная зависимость – это хроническое заболевание поведенческого характера. Это значит, что:

- лечению табачной зависимости должно быть уделено такое же пристальное внимание, время и средства, как другим видам хронической патологии,

- как любое хроническое расстройство, табачная зависимость требует длительного и систематического врачебного вмешательства и контроля,

- рецидивы в лечении табачной зависимости – явление, отражающее хроническую природу зависимости и не означает провала врача или пациента.

Вот почему активное выявление табакокурения и оказание помощи по преодолению табачной зависимости – неотъемлемая часть работы сотрудников первичного звена здравоохранения и должно осуществляться как на этапе участкового врача и специалистов, так и в условиях специализированных приемов/кабинетов медицинской профилактики.

### **3.3. Объем медицинской помощи и мероприятия по преодолению потребления табака на уровне специализированного приема – «3Д»**

Отделения и кабинеты медицинской профилактики в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также кабинеты медицинской профилактики, организованные в рамках центров здоровья, осуществляют основную работу в оказании специализированной медицинской помощи курящим в преодолении табачной зависимости и прекращении потребления табака – диагностика, дифференцированная лечебно-профилактическая помощь, динамическое наблюдение и контроль – 3 «Д».

Диагностика статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения, формирования мотивации к отказу от курения. Определяется:

- Интенсивность курения,
- Анамнез курения: начало курения, стаж и предыдущий опыт отказа от курения,
- Уровень окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе,
- Степень никотиновой зависимости (Тест Фагестрема),
- Степень готовности к отказу от курения,
- Статус курительного поведения.

Эти диагностические меры кроме основного предназначения также помогают начинать разговор об отказе от курения, стимулировать к переосмыслению поведенческих стереотипов, способствуют формированию или повышению мотивации пациента в отношении отказа от курения.

Дифференцированная лечебно-профилактическая помощь. Оказание дифференцированной помощи по отказу от курения заключается в составлении лечебных программ на основании результатов обследования пациента и диагностики состояния курения. Пациенты, не желающие отказаться от курения, получают мотивационное консультирование в целях повышения их мотивации и готовности к отказу от курения.

Лечебные программы могут сочетать разные методы лечения табакокурения: поведенческие – индивидуальная или групповая психотерапия, школы для пациентов по преодолению курения, а также методы лечения табачной зависимости – медикаментозные и немедикаментозные в зависимости от степени никотиновой зависимости, а также от укомплектованности кабинета (центра) персоналом и техникой. Однако в кабинете медицинской профилактики как минимум должны предлагать интенсивное поведенческое консультирование в сочетании с одним из форм никотин заместительной или иной терапии.

Динамическое наблюдение и контроль. Все действия, предпринятые в отношении пациентов, получивших помощь в преодолении потребления табака в кабинете медицинской профилактики/специализированном приеме, регистрируются в карте пациента, и пациент берется под наблюдение либо медработниками кабинета медицинской профилактики, либо передается участковому врачу или специалисту, у кого он наблюдается по основному заболеванию. Форма, периодичность и продолжительность динамического наблюдения определяются методом выбранной терапии и результатами лечения и осуществляются путем активных вызовов пациента, телефонных консультаций или консультаций при последующих посещениях пациентов в ЛПУ.

### 1.3.1. Диагностика табакокурения и степени никотиновой зависимости

#### в профилактике болезней, связанных с курением

Спирометрия – «золотой стандарт» для диагностики функциональных нарушений внешнего дыхания, отсле-

живания ее прогрессирования и необходима для определения риска развития кардиореспираторных заболеваний

Это информативный, простой, стандартизированный, объективный, хорошо воспроизводимый метод оценки ограничения скорости воздушного потока, применимый в ходе профилактических обследований. Спирометрия дает возможность определять максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха (форсированная жизненная емкость легких, ФЖЕЛ), и объем воздуха, выдыхаемый в течение 1-й секунды при форсированном выдохе (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду – ОФВ1), а также соотношение этих двух показателей (ОФВ1/ФЖЕЛ).

Оценка спирометрических показателей проводится по отношению к должным величинам в зависимости от возраста, роста, пола.

Значение ОФВ1 < 80 % от должного в комбинации с ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 % после бронходилататоров подтверждает наличие ограничения скорости воздушного потока, не полностью обратимого.

Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ само по себе является более чувствительным показателем ограничения скорости воздушного потока, а ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 % рассматривается как ранний признак этого нарушения у тех пациентов, у которых ОФВ1 остается нормальным (>= 80 %).

Снижение как ОФВ1, так и ФЖЕЛ коррелирует с общей смертностью вне зависимости от курения табака, а нарушенная функция легких идентифицирует подгруппу курильщиков с повышенным риском развития рака легких. На этом основано мнение, что

Спирометрия должна рассматриваться как инструмент оценки общего здоровья, а наличие ХОБЛ – независимым фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний.

Поэтому курящего пациента, помимо проведения спирометрии, необходимо также расспрашивать о наличии симптомов ХОБЛ.

Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе.

Уровень угарного газа возрастает при курении, вдыхании воздуха с высоким содержанием СО (пожары, промышленные производства, выхлопные газы и пр.). Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе проводится с помощью СО-анализатора и применяется:

- 1) для выявления степени «загрязнения» воздуха в легких угарным газом (выявления факта курения), так и
- 2) с целью повышения мотивации пациента бросить курить и содействия отказу от потребления табака (контроль динамики состояния, демонстрация опасности курения пациенту).

Пациенту предлагается выдохнуть в трубку (трубки одноразовые, сменные) СО анализатора, результаты немедленно отображаются на дисплее в ppm (микрочастицы на миллион) и в %НвСО (карбоксигемоглобина) и визуально обозначаются соответствующими цветовыми указателями.

Действует система цветов светофора:

0-5 ppm – зеленая зона	низкая концентрация СО
5-10 ppm – желтая зона	умеренная концентрация СО
выше 10 ppm – красная зона	высокая концентрация СО

При активном и регулярном курении результаты, как правило, превышают 10-20 ppm, результаты обычно колеблются в пределах 5-10 ppm, когда пациент курил 10-12 часов назад и легкие не успели очиститься от остатков

## Тест Фагестрема для оценки степени никотиновой зависимости

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

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

- 0-2 – очень слабая зависимость;
- 3-4 – слабая зависимость;
- 5 – средняя зависимость;
- 6-7 – высокая зависимость;
- 8-10 – очень высокая зависимость.

угарного газа. Когда концентрация СО в пределах 5 ppm ( $\pm 1$ ), это означает, что пациент, скорее всего, подвергался воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма.

Определение степени никотиновой зависимости (см. табл. 1).

Степень никотиновой зависимости определяется при помощи балльного теста Фагестрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения.

Оценка степени мотивации отказа от курения:

Оценка степени мотивации отказа от курения может быть проведена с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах):

Бросили бы вы курить, если бы это было легко?	Как сильно вы хотите бросить курить?
– Определенно нет – 0	– Не хочу вообще – 0
– Вероятнее всего нет – 1	– Слабое желание – 1
– Возможно да – 2	– В средней степени – 2
– Вероятнее всего да – 3	– Сильное желание – 3
– Определенно да – 4	– Однозначно хочу бросить курить – 4

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0.

Степень мотивации можно определить следующим образом:

1. Сумма баллов больше 6 – пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.

2. Сумма баллов от 4 до 6 – слабая мотивация. Пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

Таблица 3  
Стратегия краткого вмешательства – 5» С»

1.	Спрашивать	Систематически выявляйте всех курильщиков табака во время каждого их визита. Опросите о статусе курения табака и за регистрируйте результат
2.	Сориентировать	Настойчиво убеждайте всех курильщиков табака бросить курить. Четко, настойчиво и с учетом индивидуальности собеседника убеждайте каждого курильщика табака отказаться от курения
3.	Сверить	Определите склонность к попытке бросить курить. Спросите каждого курильщика табака, хочет ли он/она сделать попытку бросить курить в ближайшее время (например, в ближайшие 30 дней)
4.	Содействовать	Помогите пациенту бросить курить. Помогите пациенту сделать следующий шаг: направьте на индивидуальную консультацию для помощи по отказу от курения; снабдите пациента информационными материалами
5.	Составить расписание	Составьте расписание посещений или телефонных контактов для отслеживания состояния после курса лечения

3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

### 1.3.2. Дифференцированные лечебно-профилактические программы по преодолению потребления табака

А) Поведенческие методы лечения табакокурения



## Стратегия индивидуального поведенческого консультирования

1.	Спросить	– курит пациент или нет; – Спрашивать и систематически выявлять всех курильщиков табака во время каждого их визита
2.	Оценить	– интенсивность, продолжительность и начало курения: сколько курит сигарет в день, как давно, с какого возраста (пачка – лет); – степень никотиновой зависимости по тесту Фагестрема; – степень готовности отказаться от курения; – уровень социальной поддержки и барьеров к изменению привычек поведения
3.	Регистрировать и назначения	– Регистрировать документально результаты опроса
4.	Посоветовать и помочь отказаться от курения	Учитываются степень интенсивности курения, степень никотиновой зависимости и готовности к отказу от курения: – Подробно проинформировать о целесообразности прекращения курения; – Подробно рассказать о способах отказа от курения и методах самопомощи; – Помочь составить план действий – назначить цель, разобрать методы и тактику достижения отказа от курения, или назначить дополнительный визит для окончательного принятия плана действий и назначения терапии; – Выбрать метод лечения; – Установить график дальнейшего наблюдения
5.	Контролировать и отслеживать	– Контролировать выполнение плана действий, корректировать при необходимости; – оценивать процесс и результаты лечения, корректировать при необходимости

Краткое консультирование (Стратегия краткого вмешательства)

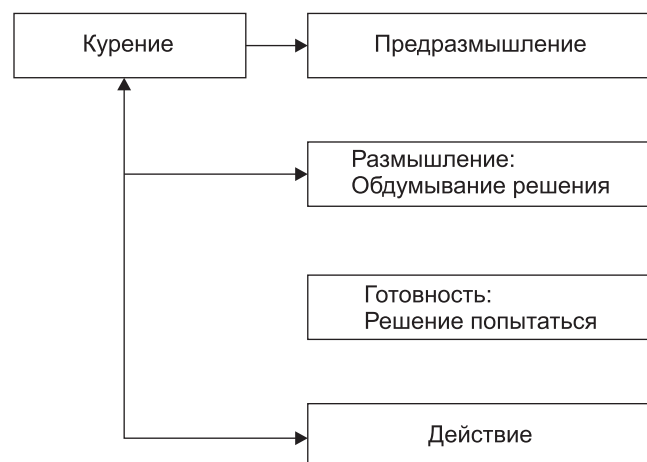
На этапе участкового врача/врача общего профиля в первую очередь применяется профилактическое консультирование и информирование т.н. «Краткий совет» или «Стратегия краткого вмешательства – 5 С»\*.

5С – метод краткого консультирования, который применяется как ориентир для участкового врача или врача общей практики в консультировании пациента по поводу отказа от курения и повышения мотивации пациента для прекращения потребления табака. Беседа занимает не более 5 минут.

Что затрудняет оказание первичной помощи – краткого консультирования по отказу от потребления табака?

1). Наиболее часто врачи ссылаются на нехватку времени, хотя опыт показывает: чтобы посоветовать и поддержать пациента отказаться от курения, нужно не более 3-5 минут в рамках рутинной консультации.

2). Другое препятствие врачи видят в недостатке специальных знаний и навыков в оказании помощи по отказу от курения. Однако в данном случае речь идет о простом совете, основанном на консультировании пациента



\* Minimal Intervention Strategy – 5 «А» – Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange. Рис. 2. Схема изменения поведения.

по вопросу обращения и не требующем специального обучения.

3). Иногда недостаток непосредственных аргументов, важных для данного пациента, может затруднять разговор врача с пациентом об отказе от курения. Однако, при огромном многообразии вредного воздействия потребления табака на организм, врач всегда может обосновать свой совет для конкретного пациента с точки зрения риска развития той или иной проблемы, связанной с курением.

Дальнейший выбор тактики при лечении табакокурения зависит как от типа курительного поведения пациента, так и от его психологической готовности и уровня мотивации отказаться от курения. Лечение табакокурения во всех случаях необходимо начинать с учетом особых психотерапевтических подходов.

Индивидуальное поведенческое консультирование\*\*

Так называются более интенсивные, чем краткий совет, вмешательства с продолжительностью более чем 10 минут.

Что нужно знать для эффективного консультирования и поведенческой поддержки?

Большинство пациентов проходят несколько этапов перед тем, как они прекращают курить. Модель готовности к изменению поведения, предложенная Prochaska & DiClemente, или Модель Стадий Изменения, помогает понять стадии, через которые проходит каждый курильщик на пути к преодолению курения (рис. 2).

Согласно этой модели, в каждый конкретный момент времени курильщики могут переживать одно из четырех состояний относительно решения отказа от курения. Они могут находиться в стадии действия, в стадии готовности, размышления или предразмышления.

В каждой стадии готовности к изменению курильщики имеют разные потребности, что необходимо учитывать специалисту, оказывающему им помощь при определении нужной стратегии. Для тех, кто не готов сделать эту попытку, врач должен предпринять усилия, направленные на появление мотивации к отказу от курения.

\*\* Individual Behavioural Counselling.

## Поведенческое консультирование, основанное на модели изменения поведения

Стадии	Описание	Объем помощи
Стадия предразмышления	<p>Курильщики не думают о прекращении курения и могут сопротивляться любым попыткам даже обсуждать эту тему. Они обычно видят больше позитивных аспектов курения, и им не нравится признавать недостатки.</p> <p>Работа с «неготовыми» курильщиками состоит в том, чтобы поощрить их обдумать «за» и «против» их курения и обратиться снова, когда они будут готовы обсуждать вопрос о курении.</p>	<p>Мягко подталкивайте пациента к размышлениям о собственном поведении, об опасности и о проблемах, связанных с курением. Если пациент как-то настроен воспринимать информацию, тогда расскажите ему о ваших опасениях как врача</p> <p>Не принуждайте его к действиям</p> <p>Не проявляйте безразличие и не махните на него рукой</p> <p>Обсудите с пациентом причины его курения</p> <p>Предложите пациенту подумать, что могло бы вызвать у него желание отказаться от курения</p> <p>Соберите «анамнез курения»</p>
Стадия размышления	<p>Человек в этой стадии размышляет над выгодами прекращения курения, но также боится его нежелательных последствий. Курильщики в этой стадии открыты к обсуждению вопросов о курении и о его прекращении.</p> <p>«Неуверенному» курильщику может потребоваться какое-то время для взвешивания «за» и «против» курения, прежде чем аргументы «против» перевесят страхи перед отказом. Некоторые курильщики могут «застрясть» на этой стадии и стать «хроническими сомневающимися», если не будет оказана адекватная помощь.</p>	<p>Пригласите пациента обсудить их привычку, помочь взвесить «за» и «против» курения и решить, является ли продолжение курения стоящим для них в данный момент.</p> <p>Предоставьте пациентам образовательные материалы - наглядные истории, брошюры, и т.д.</p> <p>Наглядные примеры, вызывающие эмоциональный ответ, также могут помочь подтолкнуть пациента к изменениям.</p> <p>Примеры рекомендаций:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– сложите все окурки в банку и наблюдайте, как эта кипа растет</li> <li>– посоветуйте пациенту выдохнуть табачный дым на белый носовой платок и посмотреть, как выглядят смолы (примерно такой же эффект достигается при измерении СО в выдыхаемом воздухе)</li> <li>– покажите фотографии больных раком рта или гортани...</li> </ul>
Стадия готовности к прекращению курения	<p>Курильщики уже приняли решение предпринять серьезную попытку прекратить курение. Эта группа требует более активного вмешательства со стороны медработника, поскольку именно эти люди при благоприятном результате вашего с ним сотрудничества могут «переместиться» в стадию действия. Им необходима информация о том, что следует делать и чего делать не следует, чтобы достичь результата.</p> <p>«Готовые» курильщики нуждаются в эмоциональной поддержке и со стороны консультанта, и со стороны близких им людей.</p> <p>«Готовый» к изменениям курильщик может нуждаться в нескольких попытках освобождения от курения, прежде чем он достигнет успеха.</p>	<p>Помогите пациенту установить день отказа, желательно в течение 2-х недель, и составьте план дальнейшего его наблюдения</p> <p>Помогите пациенту выбрать наиболее подходящий способ действия</p> <p>Обсудите предыдущие попытки отказа и используйте их в определении стратегии</p> <p>Обсудите симптомы отмены и пути их преодоления</p> <p>Обсудите возможные барьеры на пути к изменениям</p> <p>Снабдите пациента образовательными материалами</p>
Стадия «переход к действию»	<p>Именно в этой стадии курильщик предпринимает действия к прекращению курения. Время пребывания курильщика в этой стадии обычно весьма непродолжительно, хотя иногда курильщику требуются заметные усилия для сохранения свободного от табака состояния в течение ряда месяцев.</p>	<p>Хвалите и подбадривайте пациента за попытку отказаться от курения</p> <p>Не оставляйте его – позвоните в назначенный день отказа или через неделю</p> <p>Проследите за ситуацией – через две недели и через месяц, – чтоб увеличить вероятность «закрепления» результатов.</p> <p>Пересмотрите с пациентом все барьеры и обсудите пути их преодоления</p> <p>Разбирайте с ним симптомы отмены и подскажите меры для их облегчения</p> <p>Снабдите пациента необходимыми образовательными материалами.</p>
Стадия устойчивого отказа	<p>Это стадия, которую курильщик должен достичь в долгосрочной перспективе.</p> <p>Поддерживается воздержание от курения, соблазн покурить постепенно снижается и исчезает. Мысли о курении у этих бывших курильщиков могут быть частыми или редкими, хотя могут быть ситуации, когда им хочется закурить. Только пройдя через стадию бывшего курильщика, человек может вновь стать некурящим, каким он был изначально.</p>	<p>Поздравьте пациента с отказом от курения, подбодрите и подчеркните, как важно оставаться некурящим</p> <p>Помогите пациенту составить стратегию избегания срыва</p> <p>Обсудите благоразумие решения и пользу от изменения поведения</p> <p>Обсудите текущие и грядущие трудности для сохранения устойчивого результата. Это относится также к воздействию окружающего табачного дыма и других провоцирующих факторов.</p> <p>Снабдите пациента необходимыми образовательными материалами.</p>

Стадии	Описание	Объем помощи
Стадия срыва	Срыв – это возврат к курению. После срыва курительщик может оказаться фактически на любой из перечисленных выше стадий. Задача профессионала, оказывающего помощь, состоит в том, чтобы помочь пациенту продвигаться как можно ближе к возможности отказа от курения, чтобы повторный путь был проделан клиентом в меньшие сроки.	Выясните причину срыва. Определите текущую стадию, где находится пациент, и помогите двигаться к готовности измениться. Если пациент готов измениться, обсудите с ним основания отказа от курения.

Опыт показывает, что курительщики могут «перемещаться» от одной стадии готовности в другую под влиянием самых разных причин. При этом следует помнить, что они могут «перемещаться» как в сторону большей готовности к прекращению курения, так и, наоборот, в сторону большей уверенности в необходимости его продолжения. И на оба эти процесса можно существенно повлиять.

Итак, индивидуальное поведенческое консультирование затрагивает вопросы, важные для пациента, – разрешение проблем, тренировка навыков и обеспечение поддержки в период лечения.

Несколько советов для проведения индивидуального поведенческого консультирования:

- Поощряйте пациента в попытке бросить курить. Покажите, что эффективные средства для прекращения курения в настоящее время существуют и на самом деле половина всех куривших ранее людей сейчас уже не курит. Донесите до пациента вашу уверенность в его способности бросить курить.

- Донесите до пациента вашу заботу и заинтересованность. Выражая свою заботу вместе со способностью и желанием помочь, спросите, как пациент относится к курению и хочет ли он/она бросить курить. Отнеситесь со вниманием к опасениям пациента, связанным с процессом отказа от курения.

- Поощряйте пациента говорить о процессе отказа от курения. Поговорите с пациентом о причинах, по которым он/она хочет бросить курить, о трудностях, встречаемых в процессе прекращения курения, об успехе, которого достиг пациент, заботах и тревогах, связанных с прекращением курения.

- Обеспечьте пациента базовой информацией о курении, о рисках, связанных с продолжением курения, выгодах от прекращения курения, методиках оптимального достижения успеха. Расскажите о природе, симптомах и динамике рецидива и методах борьбы с рецидивом.

К числу методов психологической поддержки также относятся поддержка в самопомощи, часто с предоставлением печатной информации, консультирование по телефону, программы групповой психологической поддержки, например школы здоровья.

Групповое консультирование: школа здоровья для преодоления курения

Школа здоровья для преодоления курения – это групповые занятия:

- для предоставления информации, совета, групповой поведенческой консультативной помощи, а также

- разработки базовых навыков для преодоления табакокурения.

В школах здоровья предполагаются более двух групповых занятий.

Проведение Школ здоровья более целесообразно в условиях стационаров, дневных стационаров (например, как мероприятие в рамках осуществления программ «Больницы, свободные от табака»), а также во время про-

ведения профилактических вмешательств в организованных коллективах, где более реально обеспечить целевую аудиторию и она более однородна.

Консультирование пациентов, не желающих отказаться от потребления табака: Мотивационное консультирование – «5П»\*.

Многие пациенты, посещающие участкового врача или специалистов, не будут выражать готовность отказаться от потребления табака. Причина такого поведения – низкая информированность о вредном воздействии табачного дыма на организм, страх (осознанный или не осознанный) перед последствиями отказа от курения – как стресс, набор лишнего веса, другие проявления синдрома отмены, безуспешные попытки в прошлом отказаться от курения. Такие пациенты также должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики (или центр здоровья). Мотивационное консультирование представляет комплекс вопросов, которые врач обсуждает с курящим пациентом для повышения информированности относительно последствий его пагубной привычки и формирования у него готовности в отказе от курения.

Б) Фармакотерапия никотиновой зависимости и коррекции абстинентного синдрома.

Для большинства курящих табачная зависимость – истинная наркотическая зависимость, сравнимая с зависимостью, вызываемой опиатами, амфетаминами или кокаином, преодоление которой часто невозможно только методами психологического – поведенческого воздействия. Это надо учесть при составлении программ лечения табакокурения и выборе методов лечения табачной зависимости. Существуют медикаментозные и немедикаментозные методы лечения табачной зависимости.

Никотиновая зависимость формируется следующим образом:

- Никотин поступает в головной мозг спустя несколько секунд после раскуривания сигареты.

- В мозге никотин активирует никотиновые рецепторы и стимулирует высвобождение гормона удовольствия – дофамина.

- Повторные дозы никотина вызывают увеличение числа никотиновых рецепторов до 300 %.

- Для поддержания силы ощущений нужно повышать дозы и частоты приема никотина.

- После окончания курения уровень никотина в головном мозге снижается, и рецепторы требуют продолжения подачи никотина, появляются симптомы «никотинного голода».

- Без приема все возрастающих доз никотина появляются неприятные симптомы отмены.

В лечении табачной зависимости, как при любой хронической патологии, наиболее эффективен комплексный подход, неотъемлемым компонентом которого является фармакотерапия. Современная фармакотерапия табакокурения сводится в основном к применению трех групп

\* Motivational interviewing – 5 «R» — Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition.

## Мотивационное консультирование — «5П»

1.	Причина отказа от курения	Постарайтесь подобрать причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая это к состоянию его здоровья, наличию факторов риска или других факторов, важных лично для него, – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить.
2.	Последствия курения	Обсудите 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. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента. Обратите 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. Поясните пагубные последствия «пассивного курения» для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечнососудистых заболеваний, рака легких и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию табачного дыма. Подчеркните особый вред «пассивного курения» для детей – повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечно-сосудистых болезней в будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, респираторных заболеваний у детей курящих.
3.	Преимущества отказа от курения	Попросите пациента продумать и обсудите с ним наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке с состоянием здоровья пациента и с его личными мотивами расскажите ему о пользе отказа от курения, например: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Улучшение самочувствия и состояния здоровья;</li> <li>– Восстановление/улучшение функций сердечнососудистой и дыхательной системы;</li> <li>– Улучшение вкусовых и обонятельных ощущений;</li> <li>– Повышение выносливости и работоспособности;</li> <li>– Улучшение цвета лица и состояния кожи;</li> <li>– Снижение риска преждевременного старения;</li> <li>– Снижение риска развития хронических заболеваний;</li> <li>– Снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин;</li> <li>– Увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей</li> </ul>
4.	Препятствия для отказа от курения	Спросите у пациента, что мешает ему отказаться от курения. Обсудите с ним все препятствия и попробуйте аргументированно опровергнуть его доводы, объясните, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. В основном указываются следующие причины продолжения курения: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Боязнь синдрома отмены;</li> <li>– Боязнь стресса;</li> <li>– Боязнь набора веса;</li> <li>– Ощущение подавленности и депрессии;</li> <li>– Сознание утратить удовольствие от курения;</li> <li>– Боязнь неудачи.</li> </ul> <p>А еще приводятся доводы: мне ничего не будет, дед курил всю жизнь и дожил до 90 лет, все так вокруг загрязнено, что мое курение – капля в море, я могу бросить курить в любую минуту, и т.д.</p>
5.	Повторение попыток	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». Объясните пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва, прежде чем добиваются результата.

препаратов лекарственных препаратов, действие которых направлено на облегчение абстинентного синдрома у курильщиков. Это:

1. Препараты, содержащие никотин – никотин заместительная терапия (НЗТ);

2. Антагонисты и частичные агонисты никотиновых рецепторов;

3. Психотропные препараты/антидепрессанты. Однако этот препарат в нашей стране не зарегистрирован Фармкомитетом и не допущен к применению, поэтому в настоящих рекомендациях мы не будем его рассматривать.

Никотин заместительная терапия (НЗТ):

Согласно современным международным рекомендациям по лечению табачной зависимости, к препаратам первого ряда относятся никотин содержащие жевательная резинка, ингалятор и пластыри – трансдермальная никотин содержащая система. Препараты никотин заместительной терапии в нашей стране зарегистрированы Фармкомитетом и допущены к свободной продаже в формах жевательной резинки, ингалятора и пластырей (табл. 7).

Препараты НЗТ не содержат токсических компонентов табачных продуктов. Доказана безопасность НЗТ как у здоровых лиц, так и у пациентов с различными

**НЗТ: принцип действия, показания, противопоказания, дозы**

Принцип действия	Показания	Противопоказания	Применение и дозы
<ul style="list-style-type: none"> <li>– обеспечение поступления никотина, достаточного для уменьшения симптомов абстиненции, проявляющихся вскоре после прекращения курения;</li> <li>– последовательное снижение поступления никотина в организм, облегчая полный постепенный отказ от него;</li> <li>– уменьшение способности никотина вызывать зависимость за счет замедления его абсорбции.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– борьба с табачной зависимостью</li> <li>– профилактика и устранение симптомов отмены при прекращении поступления никотина в организм:</li> <li>– полный отказ от курения, постепенный отказ от курения путем последовательного сокращения числа выкуриваемых ежедневно сигарет, профилактика</li> <li>– абстинентного синдрома при длительном пребывании в местах, где курение запрещено.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– гиперчувствительность к никотину и ментолу,</li> <li>– острый период инфаркта миокарда,</li> <li>– нестабильная стенокардия,</li> <li>– неконтролируемая артериальная гипертония,</li> <li>– выраженные нарушения сердечного ритма.</li> <li>– (для жевательной резинки) обострение язвенной болезни, стоматиты, эзофагиты, патологии височно-нижнечелюстного сустава, зубные протезы</li> <li>Ограничения</li> <li>– Беременность и период лактации</li> <li>– побочные действия препарата</li> </ul>	<p>Никотин содержащая жевательная резинка</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 2 мг: при курении &lt; 20 сиг/день</li> <li>– 4 мг: при курении &gt; 21 сиг/день</li> </ul> <p>По 1 жевательной резинке каждые 2 часа, не более 24 шт. в день. Продолжительность – до 12 недель.</p> <p>Никотиновый ингалятор</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6-12 картриджей в сутки</li> <li>– по 10 мг никотина в каждом</li> </ul> <p>До 6 месяцев</p> <p>Никотиновый пластырь/16 ч дозы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>15 мг/16 ч – 3 месяца,</li> <li>10 мг/16 ч – 3 недели,</li> <li>5 мг/16 ч – 2 недели</li> </ul> <p>Не более 6 мес.</p> <p>Никотиновая трансдермальная терапевтическая система/24 ч</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>21 мг/24 ч – 6 недель,</li> <li>14 мг/24 ч – 2 недели,</li> <li>5 мг/16 ч – 2 недели</li> </ul> <p>Курс – 12 недель</p>

Таблица 8

**Частичные агонисты и антагонисты никотиновых рецепторов – принцип действия, показания, противопоказания, дозы**

Принцип действия	Показания	Противопоказания и ограничения	Применение и дозы
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Стимулирование выделения допамина путем воздействия на никотиновые рецепторы (в меньшей степени, чем никотин) - снижение тяги к курению</li> <li>– Блокада связывания никотиновых рецепторов с никотином – снижение удовольствия от курения</li> </ul>	<p>Лечение табакокурения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Снижения табачной зависимости</li> <li>Смягчение синдрома отмены</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Почечная недостаточность,</li> <li>– Возраст до 18 лет.</li> <li>– Беременность и период лактации.</li> <li>– Повышенная чувствительность к компонентам препарата.</li> <li>– Сердечно-сосудистые заболевания .</li> <li>– Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.</li> <li>– Психические расстройства в анамнезе.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Дни 1-3 – 0,5 мг один раз в день.</li> <li>– Дни 4-7 – 0,5 мг два раза в день.</li> <li>– С 8 дня – 1 мг два раза в день.</li> <li>– Курс лечения – 12 недель.</li> </ul>

(в том числе сердечнососудистыми) заболеваниями вне обострения. При использовании никотин замещающих препаратов достигается более низкий уровень содержания никотина в крови по сравнению с таковыми при курении. Прекращение применения никотин замещающих препаратов происходит постепенно (обычно в течение 6 недель) после того, как симптомы отмены значительно уменьшатся. В среднем, курс лечения длится 10-12 недель.

У беременных и кормящих грудью курильщиц НЗТ применяется в минимальных дозах и только при неэффективности немедикаментозных методов (психологической, социальной поддержки), когда польза отказа от вредной привычки перевешивает риск сочетания приема никотин содержащих препаратов с курением.

Применение метода также ограничивают побочные действия препаратов: контактные дерматиты (при использовании пластырей), хронический насморк и раздражение слизистых (при использовании назального спрея), а также необходимость длительного (от 8-12 недель до года) употребления. Кроме того, при использовании же-

вательных резинок определенные неудобства возникают в связи с необходимостью длительного, постоянного (9-12 в день) и правильного жевания.

Нейротропные и психотропные средства в терапии табачной зависимости:

Прекратить курить нужно на 2-ой неделе приема препарата, с самого начала приема выбрав дату отказа. Если пациент не бросил курить в рекомендованные в инструкции сроки, это может произойти на фоне дальнейшего продолжения курса лечения.

Частые побочные действия, описанные в клинических испытаниях, включают тошноту, головные боли, бессонницу. Реже могут возникнуть катаракта, мигрень, диарея. Некоторые побочные действия, такие как затруднение дыхания, повышение артериального давления, тяжелая тошнота и рвота, как бы редко они не возникали, требуют незамедлительной медицинской помощи. При лечении также могут наблюдаться запоры, вздутие живота, повышенный аппетит, расстройства желудка, странные сновидения, перемены настроения.

## Рефлексотерапия табакокурения

Метод	Принцип воздействия	Преимущества	Недостатки
Иглорефлексо-терапия Миллиметрово-волновая терапия (МВТ)	Осуществляется воздействие на БАТ, способствуют выделению в организме в необходимом сочетании и оптимальных концентрациях комплексов эндогенных биологически активных веществ, которые необходимы для процесса восстановления нарушений метаболизма и любого дисбаланса в организме	– не обладают побочными действиями медикаментов – оказывают благотворное воздействие на организм в целом – не инвазивны	– не обладают той доказательной базой, что лекарственные препараты, возможно из-за отсутствия достаточного количества исследований сопоставимых научных – требуют соответствующее помещение, оборудование, подготовленный персонал.

– Последние исследования выявили, что применение вышеуказанных лекарственных препаратов связано с достоверным нарастанием риска возникновения серьезных сердечно-сосудистых событий. Было показано нарастание риска сердечнососудистых событий на 72 % за год приема препарата.

– Прием связан с нарушениями функции ЦНС – с внезапными потерями сознания, за что препарат запрещено принимать пилотам и дальнобойщикам и армейскому персоналу в США.

– Есть указания на связь приема препаратов с возникновением приступов агрессии, враждебности и насилия, а также самоубийств и самоистязания. Прекращение курения на фоне фармакотерапии может сопровождаться изменением эмоционального состояния, в том числе обострением психических заболеваний и состояний (например, депрессии). Необходимо соблюдать осторожность у больных с психическими расстройствами в анамнезе. Пациентов следует предупреждать о возможности обострения таких заболеваний при прекращении курения.

В) Немедикаментозные методы преодоления табачной зависимости и коррекции абстинентного синдрома: Рефлексотерапия табакокурения

## Иглорефлексотерапия

При лечении табакокурения рефлексотерапия является одним из методов выбора. Показания к нему достаточно широкие и при наличии специалиста этот метод может быть применен у большинства курильщиков (табл. 9). Согласно рекомендациям института рефлексотерапии от 24.11.80 № 10-74/11-14 и от 02.06.81 № 212-11/63-27 табакокурение является абсолютным показанием для лечения методом иглорефлексотерапии. Предложены рецептуры точек воздействия, расположенные на ушной раковине (аурикулоакупунктура) и корпоральные точки. Лечение проводится в течение 5-ти сеансов по 20-30 минут. Набор рекомендуемых точек определяется врачом индивидуально. На период лечения необходимо, чтобы пациент полностью отказался от курения, употребления алкоголя и не принимал снотворных, седативных, психостимулирующих препаратов. Перед началом курса лечения рекомендуется не курить 10-12 часов.

В лечении табакокурения широкое распространение методы рефлексотерапии получили благодаря их эффективности в отношении долгосрочного отказа от курения и отсутствию противопоказаний, характерных для традиционных методов медикаментозной терапии табачной зависимости. В официальной статистике эффективность иглорефлексотерапии не доказана. Возможно, это связано с недостаточностью и несовместимостью научных исследований.

Миллиметрово-волновая терапия (МВТ): Применение электромагнитных волн в лечении никотиновой зависимости:

В последние годы рефлексотерапия различных соматических заболеваний получает в нашей стране все более широкое развитие создание неинвазивного и бесконтактного метода, в качестве стимулирующего (действующего) начала которого выступают электромагнитные волны миллиметрового диапазона низкой интенсивности. Эти методы при наличии соответствующих медицинских разрешений и лицензий могут применяться в лечении табакокурения. Миллиметрово-волновая терапия – это новый метод лечения, основанный на различных биологических эффектах низкоинтенсивного электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового (мм) диапазона: (от 30 до 300 ГГц или от 1 до 10 мм длины волн).

При табакокурении метод МВТ позволяет нормализовать эмоционально-мотивационную сферу, купировать влечение, снизить или полностью устранить абстиненцию. С позиций квантовой теории, воздействие МВТ нормализует сложную систему гомеостаза, реализуется путем нормализации процессов метаболизма нейрорефлекторных процессов. Одновременно наблюдается активация центральных механизмов адаптации и нормализация взаимоотношений нейромедиаторных систем, что в свою очередь способствует нормализации процессов торможения и возбуждения в центральной нервной системе.

Курс лечения МВТ составляет 5-7 ежедневных процедур по 30 минут каждая, с последующими поддерживающими процедурами через 1 неделю, 1 и 6 месяцев.

### 1.3.3. Динамическое наблюдение и контроль, профилактика возврата к курению

Как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения табачной зависимости особенно эффективны при применении их в лечебных программах – в сочетании с поведенческими методами и при осуществлении надлежащего контроля и наблюдения. Контроль и наблюдение также необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которого особенно велика в течение первых 6 месяцев. При отсутствии должной поддержки огромная доля усилий, затраченных на достижение отказа от курения, утрачивается, т.к. до 75-80 % лиц возвращаются к курению.

В основном, правильно построенная тактика и подобранная терапия позволяет пациенту безболезненно отказаться от курения, преодолеть поведенческие стереотипы и максимально снизить симптомы отмены. Симптомы отмены должны фиксироваться пациентом ежедневно в

течение от 2-х недель до месяца отказа от курения, в зависимости от метода лечения.

Возможны следующие реакции симптомов отмены:

– сильное желание закурить	– головокружение
– возбудимость	– бессонница
– беспокойство	– тремор
– нарушение концентрации внимания	– потливость
– раздражительность	– улучшение аппетита
– ухудшение настроения	– увеличение веса
– чувство гнева	– усиления кашля
– депрессия	– затруднение отхождения мокроты
– сонливость	– чувство заложенности в груди
– головная боль	– боли в мышцах

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки.

Увеличение веса проявляется у разных пациентов по-разному: у одних отмечается незначительная прибавка в весе, у других – более существенная. В среднем, за 2-3 месяца отказа от курения прибавление в весе – 3-4 кг. Многие пациенты этот вес в течение года теряют. Врач должен заранее предупредить пациента о такой возможности, и в случае, если это может играть важную роль в принятии решения бросить курить, заранее разработать рекомендации для потери лишнего веса, и начать их выполнение за некоторое время отказа от курения.

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

Этого можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания, соблюдать основы рационального питания, пища должна содержать большое количество витаминов, минеральных солей, микроэлементов.

Рекомендуется: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы).

В качестве источника углеводов предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары).

В целях предупреждения рецидива курения врачу следует активно продолжать психотерапевтическое влияние на пациента, вовлекать в сферу влияния его микросоциальную среду. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка, расширение физической активности.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки. Это, в первую очередь,

развитие невротических расстройств, явлений абстиненции, нежелательной прибавки в весе.

У ряда курильщиков, особенно у злостных потребителей табака, в первое время прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Следует объяснить пациенту, что это – естественный процесс, чтобы он был к этому готов. В этих случаях рекомендуется назначение отхаркивающих средств, щелочное питье. Из средств народной медицины хорошо себя зарекомендовало средство из овса: 1 ст. овса (необработанного) промыть, залить 3 литрами холодной воды, добавить 2 очищенные луковицы средних размеров. Кастрюлю закрыть плотно и кипятить на медленном огне 6 часов, процедить и хранить в холодильнике, принимая по 3/4 стакана в теплом виде 3-4 раза в день. На курс лечения – 4 такие порции.

Следует рекомендовать пациенту избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывание в помещении, где курят. Психологическая, социальная поддержка окружающих, одобрительное отношение к некурению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

### Клиническая эффективность медицинской помощи в преодолении потребления табака и лечения табачной зависимости

Настоящие методические рекомендации основаны на анализе оценки клинической эффективности технологий помощи в преодолении потребления табака, где критерием эффективности – полный отказ от курения. Использован собственный и мировой опыт.

Исследования показывают, что для достижения наибольшей эффективности в помощи пациенту в преодолении курения необходим комплексный подход. Последний включает антитабачную политику в лечебном учреждении – запрет на курение, в том числе среди врачей, обучение врачей ведению пациентов страдающих табакокурением и технологиям помощи по преодолению курения, регистрация и отслеживание курящих пациентов, активное выявление и профилактика факторов риска ХНИЗ в сочетании с мероприятиями по плановому лечению табакокурения.

Эффективность сочетания диагностических мер с лечением табакокурения. Доказано, что с помощью результатов измерения функции легких и/или выявления факта генетической предрасположенности к ХНИЗ можно добиться в 25 % отказа от курения при годичном наблюдении.

Роль врача. Исследования показывают, что курение самого врача влияет на его отношение к курящим пациентам в плане оказания им помощи в преодолении курения. Курящие врачи-специалисты, реже, чем их некурящие коллеги спрашивают о привычке курения своих пациентов (90 % против 98,2 %,  $p = 0,039$ ). Также они менее охотно предлагают консультативную помощь для преодоления курения (23 % против 7 %,  $p = 0,011$ ), и реже направляют пациентов на специализированный прием по отказу от потребления табака (37 % против 64 %,  $p = 0,028$ ).

Эффективность обучения врачей технологиям помощи в преодолении курения. Исследования показывают, что у курящих пациентов, которых консультировали врачи, прошедшие обучение технологиям помощи в преодолении курения, вероятность отказа от курения 1,35 раз выше, чем у тех, кто посещал врачей, не прошедших такого обучения – различия достоверны. Вероятность отказа от курения среди этих пациентов возростала до

2,37 раз, если в дополнение к основной учебной программе врачам предоставлялись подсказки в отношении реализации помощи в отказе от курения.

Эффективность технологии краткого консультирования. Применение только краткого консультирования способно увеличить уровень отказа от курения до 3 %.

– Вероятность отказа от курения у лиц, получивших краткое консультирование в 1,7 раз выше, по сравнению с теми, кто не получал совета по отказу от курения.

– Выявление риска развития болезней или самих болезней, связанных с курением, у пациента способствует успеху: вероятность отказа у таких пациентов возрастает еще 1,7 раз, по сравнению с теми курильщиками, у кого патологии, связанной с курением, пока не выявлено.

– Раздача печатных информационных материалов или дальнейшее систематическое наблюдение, при применении краткого консультирования, могут достоверно увеличить вероятность отказа от курения еще в 1,4 раза.

Эффективность краткого консультирования в отношении снижения смертности от болезней, связанных с курением. Эффективность краткого консультирования, как единственного вида вмешательства, на уровень смертности, изучалось в 20-летнем рандомизированно-контролируемом исследовании среди курильщиков-мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней. Исследование показало, что по сравнению с контрольной группой в группе лиц, получивших краткий совет по отказу от курения:

– уровень общей смертности был на 7 % ниже;  
– уровень смертности от инфаркта миокарда – ниже на 13 %; и

– уровень смертности от рака легких был ниже на 11 %.

Эффективность технологии индивидуального поведенческого консультирования. При применении индивидуального поведенческого консультирования по сравнению с кратким консультированием вероятность отказа от курения возрастает еще в 1,4 раза.

Нет достаточно доказательств того, что применение более интенсивных методов поведенческого консультирования способно увеличить эффективность вмешательства.

Эффективность технологии «Школа здоровья». Применение групповых занятий для преодоления табакокурения способно увеличить вероятность отказа от курения в 1,9

– при применении комбинации поведенческих и медикаментозных методов (НЗТ) уровень отказа от курения составил 43,9 % при наблюдении 12 месяцев,

– у лиц, получавших иглорефлексотерапию, уровень отказа от курения к концу 1 года 1,7 раз был выше по сравнению с лечившимися НЗТ,

– наибольшая эффективность была достигнута при сочетании немедикаментозных методов (рефлексотерапия) с интенсивным индивидуальным консультированием в период наблюдения (64 %).

– При применении сочетания индивидуального консультирования с немедикаментозным методом лечения табачной зависимости (МВТ) в условиях специализированного приема ГНИЦ ПМ – % отказа от курения составил 56 % при 12 мес. наблюдения.

Применение сочетания индивидуального консультирования с НЗТ в практике врача-специалиста поликлиники позволило добиться отказа от курения в 46,7 % по окончании курса лечения (12 недель).

Школы здоровья в организованном коллективе – % отказа от курения составил 17 % при наблюдении 12 мес.

### Заключение

Проблема профилактики курения и болезней, связанных с курением: активное плановое выявление и лечение

раз по сравнению с программами самопомощи. По сравнению с индивидуальным консультированием превосходство групповых занятий по преодолению табакокурения не доказана. Также недостаточно доказательства тому, что групповые занятия в сочетании с другими формами терапии как индивидуальное консультирование или никотин заместительная терапия увеличивают их эффективность.

Эффективность медикаментозной терапии табачной зависимости.

– Все методы медикаментозной терапии доказали свою эффективность в отношении отказа от курения в течение 6 и 12 месяцев наблюдения по сравнению с плацебо.

– Никотин заместительная терапия удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения, по сравнению с теми, кто не получал лекарственной терапии.

– Никотин заместительная терапия особо эффективна для помощи в преодолении курения у лиц с сердечно-сосудистыми болезнями и хронической обструктивной болезнью легких.

– Уровень отказа от курения значительно возрастает при применении никотин заместительной терапии (НЗТ) в сочетании с индивидуальным профилактическим консультированием, в особенности у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты многочисленных исследований показывают, что наибольший результат в помощи пациентам по преодолению курения можно достичь при комбинации различных подходов и методов лечения, как медикаментозных, так и не медикаментозных. Например, в одном из многоцентровых клинических исследований комбинация методов: консультаций врача, групповой поддержки с тренировками навыков и применения никотинзаместительной терапии позволила достичь отказа от курения в 35 % случаев по истечению года, а через 5 лет этот показатель составлял 22 %.

Поведенческое консультирование и другие методы психологической поддержки повышают эффективность методов – направленных на преодоление никотиновой зависимости.

Эффективность комбинированных технологий помощи в преодолении потребления табака – опыт ГНИЦ профилактической медицины МЗСР РФ.

Опыт работы консультативно-лечебного кабинета по оказанию помощи лицам, желающим отказаться от курения показал, что

табакокурения и предупреждение болезней, связанных с курением – важнейшая задача первичного звена.

Раннее выявление, профилактика и лечение табакокурения должны быть частью программы профилактики НИЗ, включающей раннюю диагностику, коррекцию и



мониторинг ФР и ранних признаков НИЗ и направленной на совершенствование профилактической помощи в системе здравоохранения.

Необходим комплексный подход, включающий

- реализацию антитабачной политики в лечебных учреждениях,
- обучение и стимулирование медицинского персонала для профилактической работы, в частности в отношении потребления табака,
- включение лечения табачной зависимости в перечень услуг врача общей практики и специалиста первичного звена здравоохранения,
- создание служб помощи по предупреждению и прекращению потребления табака в учреждениях ПМСП и других ЛПУ,
- создание системы регистрации, учета и отчетности.

## ПРИЛОЖЕНИЕ VII

Утверждаю  
Главный специалист  
по профилактической медицине  
Минздравсоцразвития России  
С.А. БОЙЦОВ  
\_\_\_\_\_ 2012 г.

### ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

#### Аннотация

Настоящие методические рекомендации были разработаны для того, чтобы помочь врачам первичного здравоохранения оценить уровень физической активности их пациентов и дать им научно обоснованные рекомендации в этой области в формате краткой 3-5-минутной консультации.

В середине 90-х годов в рамках соглашения Гор-Черномырдин проводилось сотрудничество между Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНИЦ ПМ МЗ РФ) и центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC, Атланта, США) в области разработки политики и стратегии профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в России. Одним из проектов этого сотрудничества стала адаптация и апробация пособия для врачей (PACE: Physician-based Assessment and Counseling for Exercise), разработанного в CDC. В русском переводе это руководство было издано как «Физическая активность – врачебные рекомендации» (ФАВР). Руководство было успешно апробировано 20 врачами общей практики в 4-х городах России: Ст. Петербурге, Челябинске, Твери и Электростали. Была проведена оценка эффективности проекта, которая показала, что в результате повысилась информированность врачей в области физической активности, врачи стали чаще давать рекомендации пациентам в этой области, а также увеличился уровень физической активности, как врачей, так и пациентов.

Настоящие методические рекомендации построены на принципах организации ФАВР и дополнены последними научно обоснованными рекомендациями по оптимизации физической активности пациентов. Представленные методические рекомендации по оптимизации физической активности базируются на большом количестве научных исследований и предназначены для взрослых от 18 лет и старше.

Эти методические рекомендации помогут врачу быстро (в течение 3-5 минут) и эффективно проконсультировать пациентов по вопросам физической активности во время их обычного визита по любому поводу. Они построены таким образом, что во главу угла ставятся потребности пациентов. Использование рекомендаций по физической активности будет способствовать более успешному распространению здорового образа жизни среди пациентов.

Для более эффективного внедрения консультирования во врачебную практику рекомендуется специальный обучающий курс по материалам руководства.

Авторы: Кривонос О.В., Бойцов С.А., Потемкина Р.А., Поляев Б.А.

### НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Низкая физическая активность (ФА) является одним из ведущих факторов риска развития основных неинфекционных болезней таких, как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет II типа и некоторые типы рака. На эти заболевания приходится значительная доля глобального бремени болезней, смерти и инвалидности.

Дисбаланс потребления энергии (питание) и расхода энергии (физическая активность) в большинстве случаев является причиной возникновения ожирения, которое, в свою очередь, также связано с увеличением риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета II типа и некоторых видов рака. Кроме того, малоподвижный образ жизни в сочетании со злоупотреблением солью и наличием избыточного веса способствуют развитию артериальной гипертензии, которая является основным фактором риска развития мозгового инсульта.

В 2004 году пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Глобальную стратегию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по питанию, физической активности и здоровью. В этом документе было отмечено, что во всех странах основополагающие детерминанты неинфекционных болезней в основном одинаковы. Они включают повышенное потребление энергетически емких, но бедных питательными элементами продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли; пониженный уровень физической активности, а также употребление табака.

В резолюции этого документа ВОЗ призвал государства разрабатывать, осуществлять и оценивать политику и программы, направленные на укрепление здоровья отдельных лиц и всего населения посредством оптимизации питания и физической активности; поощрять образ жизни, который включает рациональное питание и физическую активность, а также укреплять существующие или создать новые структуры в рамках системы здравоохранения для реализации этих программ.

Первая Глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, состоявшаяся в Москве в 2011 году, призвала уде-

лать особое внимание пропаганде здорового питания и физической активности во всех аспектах повседневной жизни.

## **1. ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ**

### **1. Влияние физической активности на здоровье**

Вредные поведенческие привычки, такие как курение, нерациональное питание и низкая физическая активность, ведут к формированию таких факторов риска, как: ожирение, повышенное артериальное давление, повышенное содержание холестерина в крови. Низкая физическая активность, наряду с курением, избыточной массой тела, повышенным содержанием холестерина в крови и повышенным артериальным давлением, является одним из независимых основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ). Гиподинамия наряду с нерациональным питанием рассматривается как основная причина возникновения ожирения, которое приобрело эпидемический характер за последние десятилетия в России и в мире. Научные исследования показали, что 15-20 % риска развития ишемической болезни сердца, II типа сахарного диабета, рака толстого кишечника и молочной железы, а также переломов шейки бедра у пожилых людей связаны с низкой ФА.

Между тем аэробная умеренная ФА в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю снижает риск преждевременной смерти, а также риск развития ишемической болезни сердца и инсульта, артериальной гипертонии, сахарного диабета II типа и депрессии. Занятия же от 150 до 300 минут в неделю (5 часов) приносят дополнительную пользу для здоровья: снижается риск развития рака толстой кишки и рака молочной железы, а также снижается риск наращивания избыточной массы тела.

Физическая активность – это не только занятия спортом, это более широкое понятие, чем спорт. Спорт является важным компонентом увеличения ФА, но чаще всего он может поддержать тех, кто уже достаточно активен (что само по себе тоже неплохо). Спортом занимается ограниченный круг людей. Эпидемиологические исследования показывают: занятия спортом покрывают лишь 5-15 % от необходимых физических затрат населения. И это происходит, как правило, с помощью интенсивной ФА. Высокопрофессиональные спортсмены часто получают различные травмы, связанные с экстремальной физической активностью. Они регулярно тренируют свое тело, подвергая его чрезмерно интенсивным, частым и продолжительным физическим нагрузкам, не давая достаточно времени для восстановления между периодами перенапряжения.

Нет необходимости быть «элитным спортсменом» для того, чтобы получить пользу от занятий ФА. Основным источником ФА является обычная ежедневная физическая деятельность людей: ходьба, плавание, езда на велосипеде, домашние дела, работы работа в саду, танцы.

Настоящее руководство разработано на основе анализа современных международных и отечественных рекомендаций и предназначено в помощь врачам первичного здравоохранения: врачам-терапевтам, врачам общей практики/семейным врачам, специалистам различного профиля, а также специалистам, работающим в центрах здоровья и кабинетах медицинской профилактики.

Цель: обеспечение врачей первичного здравоохранения стандартными научно обоснованными рекоменда-

циями в области оценки уровня физической активности пациентов и консультирования их по вопросам оптимизации уровня физической активности.

### **2. Научные основы для рекомендаций по оптимизации физической активности**

Физическая активность определяется как любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое приводит к расходу энергии сверх уровня состояния покоя.

Общая польза для здоровья может быть получена от занятий физической активностью на любом уровне. Она пропорциональна интенсивности и длительности занятий.

По интенсивности энергетических затрат ФА классифицируются на три уровня: низкий, умеренный и интенсивный. В основу таких определений положен расчет расхода затрачиваемой энергии (в килокалориях) на 1 кг массы тела в минуту. Чаще для оценки интенсивности ФА используется понятие метаболический эквивалент (МЕТ), который определяется как количество энергии, которое расходуется в покое в сидячем положении. Для взрослого человека весом 70 кг эта величина составляет приблизительно 1,2 ккал/мин. и соответствует потреблению 3,5 мл/кг кислорода в минуту. Расход энергии менее 1 МЕТ означает полное отсутствие физической активности (например, лежа смотреть телевизор или просто лежать в постели).

По степени энергетических затрат ФА делится на 3 уровня:

Низкая ФА – это такая нагрузка, которая сопровождается сжиганием энергии от 1,1 до 2,9 МЕТ/мин.

Умеренная ФА – это такая нагрузка, которая сопровождается сжиганием энергии от 3 до 5,9 МЕТ/мин. Это соответствует усилиями, которые затрачивает здоровый человек, например, при быстрой ходьбе, плавании, езде на велосипеде по ровной поверхности, танцах.

Интенсивная ФА – это такая нагрузка, которая сопровождается сжиганием энергии от 6 МЕТ/мин. и более, что соответствует усилиями, которые затрачивает здоровый человек, например, при беге, рубке дров, занятиях аэробикой, плавании на дистанцию, езде на велосипеде в гору.

Современные рекомендации основываются на том, что польза для здоровья от занятий ФА зависит от общих затрат энергии в неделю. При занятиях умеренной физической активностью расход энергии составляет от 500 до 1000 МЕТ-минут в неделю. Так, при затратах 500 МЕТ-минут в неделю существенно снижается риск преждевременной смерти. А при затратах более 500 МЕТ-минут в неделю существенно снижается риск развития рака молочной железы.

Существует понятие минимального уровня ФА, которым необходимо заниматься, чтобы достичь тренированности сердечно-сосудистой системы. Общее время занятий может быть суммировано в течение дня, но длительность одного занятия ФА должна быть не меньше чем 10 минут. Это связано с тем, что существует некая пороговая доза, минимальная по времени и интенсивности, необходимая для получения эффекта тренированности ССС.

Длительность занятий ФА для достижения рекомендованного уровня зависит от ее интенсивности. Так, при занятиях умеренной ФА, что соответствует сжиганию 3,5-7 ккал/мин., рекомендованная продолжительность занятий в общей сложности должна быть 30 минут в

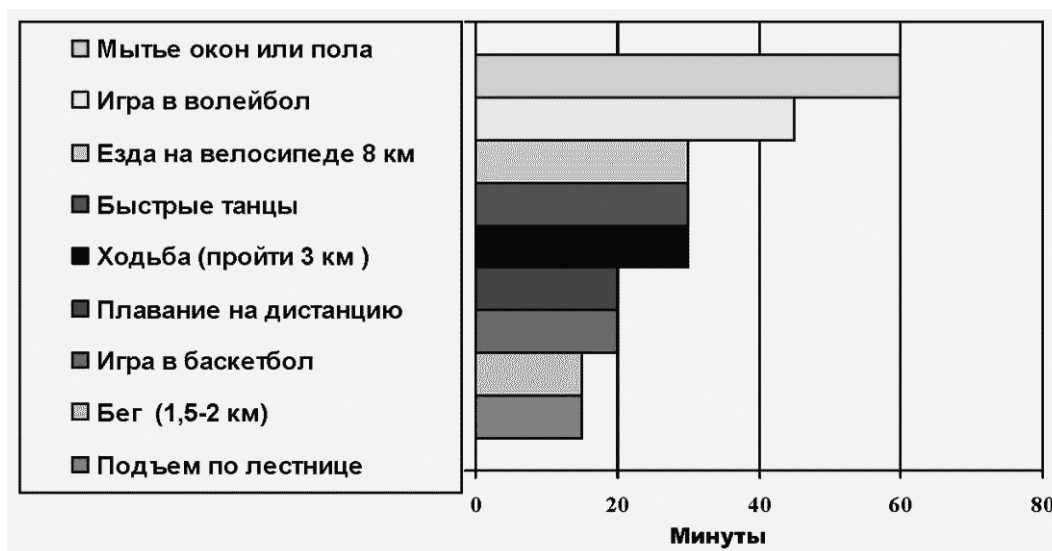


Рис. 1. Длительность различных видов физической активности, необходимая для сжигания 150 ккал.

день. В среднем это приводит к расходу энергии приблизительно в 150 ккал. При интенсивной ФА сжигается более 7 ккал/мин., соответственно, продолжительность занятий ФА для сжигания 150 ккал составляет 22 мин.

Если эти расчеты перевести на язык реальных физических нагрузок, то можно сказать, что для того, чтобы сжечь 150 ккал необходимо:

- 45 минут мыть окна или пол;
- 45 минут играть в волейбол;
- 30 минут ездить на велосипеде (проехать 8 км);
- 30 минут танцевать (быстрые танцы);
- 30 минут ходить пешком (пройти 3 км);
- 20 минут плавать;
- 20 минут играть в баскетбол;
- 15 минут бежать (1,5-2 км);
- 15 минут подниматься по лестнице.

Чем выше интенсивность нагрузки, тем меньше времени необходимо для того, чтобы израсходовать это количество энергии (Рис. 1).

Современные научно обоснованные рекомендации по оптимизации уровня ФА населения заключаются в следующем:

Все взрослые должны избегать малоподвижного образа жизни. Небольшая ФА лучше, чем ее полное отсутствие, и взрослые, которые хотя бы сколько-нибудь физически активны, получают некоторую пользу для своего здоровья.

Для получения существенной пользы для здоровья взрослые должны заниматься умеренной ФА, по крайней мере, 150 минут в неделю (2 часа и 30 минут) или 75 минут (1 час и 15 минут) интенсивной аэробной ФА, или эквивалентной комбинацией умеренной и интенсивной ФА. Продолжительность одного занятия аэробной ФА должна быть не менее 10 минут и предпочтительно равномерно распределена в течение недели.

Для получения дополнительной и более значительной пользы для здоровья взрослые должны увеличивать свою аэробную ФА до 300 минут в неделю (5 часов) умеренной ФА или 150 минут в неделю интенсивной ФА или эквивалентной комбинацией умеренной и интенсивной ФА. При занятиях сверх этого может быть получена большая польза для здоровья.

Взрослые также должны 2 дня в неделю или более заниматься умеренной или интенсивной ФА для укрепления

мышечной системы, вовлекающей все группы мышц, что обеспечивает дополнительную пользу для здоровья.

### 3. Роль врача в оптимизации физической активности пациентов

Врачебное консультирование по физической активности – одна из многих областей, в которой врачи первичного здравоохранения могут благотворно влиять на изменение образа жизни своих пациентов. Консультации пациентов по вопросам физической активности, как и другие профилактические мероприятия, должны учитывать особенности и нужды различных социальных групп населения. При этом необходимо помнить, что пациенты любого возраста могут улучшить качество своей жизни посредством занятий ежедневной умеренной физической активностью.

Существуют веские причины для того, чтобы врачи консультировали своих пациентов по вопросам оптимизации ФА:

- Эпидемиологические исследования показали, что 70-80 % населения посещают врача первичного здравоохранения, по крайней мере, 1 раз в год;
- Пациенты хотят получать информацию о физической активности;
- Пациенты считают своих врачей надежным источником информации о здоровье. Рекомендации умеренной физической активности являются безопасными и оказывают положительное влияние на качество жизни пациентов. Прежде чем рекомендовать те или иные виды занятий ФА, врач должен убедить пациента в том, что лично для него существуют конкретные причины для занятий ФА.

### 4. Основные принципы построения занятий физической активностью

При консультировании пациентов необходимо учитывать все компоненты физической тренированности, такие как тренированность сердечно-сосудистой и дыхательной системы, гибкость, мышечная сила и выносливость. Важно, чтобы рекомендуемые физические нагрузки учитывали состояние здоровья пациента в настоящий момент, его образ жизни и желаемые цели при занятиях ФА.

Рекомендации должны включать разминку (разогрев), активный период и период остывания.

## Частота сердечных сокращений

возраст (годы)	МЧСС*	Умеренная физическая активность 55-70 % МЧСС		Интенсивная физическая активность 70-85 % МЧСС	
		уд./мин.	15 сек.	уд./мин.	15 сек.
30	190	105-133	26-33	133-162	33-41
40	180	99-126	25-32	126-153	32-38
50	170	94-119	24-30	119-145	30-36
60	160	88-112	22-28	112-136	28-34
70	150	83-105	21-26	105-128	26-32
80	140	77-98	19- 25	98-119	25-30

Разминка (разогрев): Обычно длится от 5 до 10 минут. Разминка может состоять из легких потягиваний, легких гимнастических упражнений или физических упражнений низкой интенсивности (например, ходьбы или небыстрой езды на велосипеде). Это очень важная переходная фаза, позволяющая скелетно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системе подготовиться к физической нагрузке.

Активная фаза: Это фаза сердечно-сосудистая или аэробная. Длится 20-60 минут.

Период остывания: Обычно длится от 5 до 10 минут. Так же как и при разминке, в этой фазе могут использоваться упражнения низкой интенсивности, такие как ходьба или потягивания. Этот период важен для предотвращения снижения давления при резком прерывании физической нагрузки.

Планирование занятий ФА пациента должно происходить в форме обсуждения (но никак не диктата!) и основываться на следующих принципах: частота, продолжительность, интенсивность, типы физических упражнений.

Частота: не менее 5 раз в неделю, лучше ежедневно;

Продолжительность (20-60 минут):

- разминка (5-10 минут)
- нагрузка (15-40 минут)
- расслабление (5-10 минут).

Для снижения веса полезно рекомендовать занятия низкой интенсивности, но более длительной продолжительности, по меньшей мере, в течение 30 минут за одно занятие. Пациентам, ведущим малоподвижный образ жизни, необходимо начинать медленно с 5-10-минутных занятий. Некоторые пациенты предпочитают или выдерживают 2 или 3 коротких занятий в день, но не одно длинное. Это также полезно для здоровья, при этом вырабатывает уверенность, и увеличиваются шансы на успех.

Интенсивность

- Умеренная (50-70 % МЧСС\*);
- Интенсивная (> 70 % МЧСС).

В таблице 2\*\* представлен расчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) за 1 минуту или 15 секунд при умеренной или интенсивной нагрузке для различных возрастных групп пациентов.

Удобный способ управлять интенсивностью ФА: если скорость упражнений позволяет участникам комфортно беседовать, то такая нагрузка является умеренной.

Соревновательный вид физической активности обычно рассматривается как уровень интенсивной нагрузки, поэтому это нужно упомянуть, когда в рекомендациях уровень ФА ограничивается до умеренного.

Типы физических упражнений

Следует рекомендовать пациенту тот вид ФА, который приносит ему удовольствие и доступен для него. Это должна быть аэробная ФА – продолжительная ритмическая активность, вовлекающая большие группы мышц (ходьба, плавание и др.). Предложение нескольких видов физической активности может также увеличить шансы пациентов продолжить занятия и поддержать их усилия.

Необходимо удерживать пациентов от начала занятий с непосильных для них видов физических упражнений (например, или слишком интенсивных, или несвойственных их образу жизни).

Рекомендации для начинающих заниматься физической активностью

Врачи первичного здравоохранения должны знать основные принципы оказания консультаций пациентам, не имеющим противопоказаний для занятий ФА. Они следующие:

- Начинать медленно и постепенно;
- Наиболее подходящий уровень – умеренная ФА;
- Постепенно наращивать длительность занятий, добавляя несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнут рекомендуемый минимум ФА;
- Когда этот уровень достигнут и становится привычным, постепенно наращивать длительность занятий или их интенсивность или то и другое.

## 5. Как пользоваться руководством

Настоящее руководство состоит из следующих частей: информации для врачей по оценке уровня физической активности пациента, по оценке риска и трех различных протоколов-рекомендаций для консультирования пациентов.

Информация для врачей (главы 1-4 Раздела «Оптимизация физической активности пациентов»). В материалы руководства включена основная информация о пользе ФА, научных основах консультирования в этой области и современные рекомендации по оптимизации ФА.

Оценка уровня физической активности пациента и его готовности к изменению своих привычек проводится с помощью специальной формы, представленной на одной странице (Приложение 1). Эта форма может быть заполнена пациентом в течение 1-2 минут. Форма состоит из 8 вариантов утверждений, оценивающих уровень ФА пациента на данный момент. Пациент отмечает но-

\* МЧСС – максимальная частота сердечных сокращений (220 минус возраст пациента).

\*\* Нумерация таблиц дана в соответствии с официальным текстом документа.

мер утверждения, которое наилучшим образом описывает его или ее уровень ФА и степень готовности ее увеличить.

Оценка риска. На обратной стороне формы для оценки уровня ФА находится опросник для оценки риска (Приложение 2). Он нацелен на выявление потенциальных факторов риска, которые могут потребовать дополнительного обследования пациента до того, как дать ему рекомендации по увеличению ФА.

Протоколы для консультирования. В течение жизни люди меняют свой уровень ФА и поэтому нуждаются в дифференцированном подходе в зависимости от стадии изменений. Рекомендации по оптимизации ФА основаны на современных научных данных и учитывают модели поведения, в основе которых лежат принципы изменения привычек людей в различные периоды их жизни. В зависимости от ответа в оценочной форме пациенты могут быть разделены на три различные категории. Для каждой из них имеются различные протоколы. Первая страница протокола предназначена для заполнения пациентом до осмотра врача. Обратная сторона протокола содержит полезную информацию, относящуюся к уровню ФА пациента. Эту информацию пациент может изучить дома. Копия протокола остается у врача.

«Встать со своего кресла». Этот протокол предназначен для пациентов, которые в настоящее время физически не активны и не планируют начать занятия. Для них важно услышать от врача, что физическая активность очень важна, что они должны подумать о том, чтобы начать регулярно заниматься. Этот протокол суммирует информацию о пользе ФА, определяет препятствия для занятий и персонализирует пользу для пациента и причины, по которым ему необходимо увеличить свой уровень ФА с тем, чтобы он задумался о начале занятий.

«Планирование первого шага». Этот протокол предназначен для пациентов, которые еще физически не активны или занимаются не регулярно, но хотели бы начать регулярные занятия. Эта группа наиболее готова к изменениям, поэтому время, проведенное с этими пациентами, может быть очень полезным и эффективным. Этот протокол направлен на формирование пациентом плана увеличения уровня ФА. Он помогает ему определить тип, частоту, интенсивность и продолжительность занятий, а также способствует определению индивидуальной пользы, источников социальной поддержки и решений для преодоления возможных препятствий. Врач помогает составить план действий, следит за тем, чтобы он был приемлемым для пациента, и затем подписывает вместе с пациентом этот план, придавая ему форму контракта для осуществления задуманного за определенный период времени.

«Не терять темп». Этот протокол предназначен для пациентов, которые уже регулярно занимаются физической активностью. Он помогает укрепить уверенность пациентов в продолжении занятий и пользе от них. Он также способствует планированию возобновления занятий после вынужденных перерывов.

Важно помнить о последующей поддержке пациентов во время последующих визитов.

Материалы руководства построены таким образом, чтобы врачи за короткий период времени могли научиться пользоваться протоколами для консультаций и давать индивидуальные советы по оптимизации ФА пациентам в течение 2-5 минут.

## 6. Оценка риска

Часто врачи не консультируют пациентов из-за опасения навредить их здоровью. Основные опасения следующие:

Внезапная смерть от имеющегося сердечно-сосудистого заболевания случается крайне редко и чаще всего бывает связана с интенсивными физическими нагрузками. Частота возникновения – 1 случай на 360 000 часов бега. Исследования показывают, что в целом смертность среди мужчин, занимающихся ФА, была на 40 % ниже по сравнению с их малоподвижными сверстниками. Многих лиц, находящихся в группе риска, можно выявить посредством опроса и знакомства с картой пациента. Также существуют специальные опросники на выявление лиц с ССЗ или их симптомами. Те лица, у которых имеются ССЗ или их симптомы, должны пройти тест на толерантность к физической нагрузке до того, как им будут даны какие-либо рекомендации по ФА.

Большинству пациентов нет необходимости заниматься интенсивной ФА. Польза для здоровья может быть получена от физических нагрузок от низкого до умеренного уровней.

Даже если у пациента имеется несколько факторов риска ССЗ, он может безопасно повышать уровень физической активности до умеренного!

Повреждения скелетно-мышечной системы. ФА не является причиной возникновения артритов или угрозой для повреждения суставов. Исследования показывают, что бегуны, занимающиеся бегом на протяжении многих лет, имеют не больше проблем с суставами, чем люди такого же возраста, ведущие малоподвижный образ жизни. Занятия ФА противопоказаны лишь в период обострений артритов. В период же ремиссии рекомендована ФА, не связанная с подъемом тяжестей, например, плавание.

Профессиональные спортсмены часто получают различные травмы, связанные с экстремальной физической активностью. Это не является проблемой для тех, кто собирается довести уровень ФА до умеренного.

Для исключения нежелательных последствий перед тем, как рекомендовать пациенту увеличить уровень ФА, необходимо оценить риск их возникновения. С этой целью пациента следует опросить с помощью стандартного опросника (Приложение 2) для оценки риска. Этот опрос помогает выявить лиц, которых необходимо обследовать до того, как дать им рекомендации по физической активности, и иногда способствует выявлению проблем со здоровьем, которые не были известны врачу. При на-

Таблица 3

### Оценка готовности пациента к изменениям и рекомендации по физической активности

Оценка готовности пациента к изменениям	Выбор протокола
Стадия 1: Не готов к изменениям Оценка по шкале = 1	Протокол 1: «Встать со своего кресла»
Стадия 2: Готов к изменениям Оценка по шкале = 2-5	Протокол 2: «Планирование первого шага»
Стадия 3: Физическая активность соответствует рекомендациям Оценка по шкале = 5 и выше	Протокол 3: «Не терять темп»

личии хотя бы одного положительного ответа врач должен решить вопрос о необходимости дополнительного обследования пациента до того, как дать ему какие-либо рекомендации. Умеренная ФА может быть рекомендована всем пациентам, ответившим отрицательно на все вопросы. Рекомендации повышать уровень до интенсивной ФА без дополнительного обследования могут быть даны практически здоровым пациентам, за исключением некоторых групп, перечисленных ниже.

Кому необходимо дополнительное медицинское обследование для разрешения повышать уровень физической активности до интенсивной?

- Курящим;
- Лицам, имеющим ССЗ в настоящее время;
- Имеющим два или более из следующих факторов риска развития ИБС:
  - АГ
  - Повышенный уровень холестерина
  - Семейный анамнез ССЗ
  - Сахарный диабет
  - Ожирение;
  - Мужчинам, старше 40 лет;
  - Женщинам, старше 50 лет;
  - Ответившим положительно на любой из вопросов при оценке риска.

## **7. Оценка уровня физической активности пациента**

Для оценки уровня ФА пациента врач может использовать специальный опросник, предлагаемый в рамках настоящего руководства (Приложение 1), который состоит из 8 вопросов, направленных на оценку уровня ФА и готовности пациента к изменению образа жизни. Этот опросник может быть заполнен пациентом в течение 2-3-х минут (например, во время ожидания приема у врача). Из 8 предложенных уровней физической активности пациент выбирает тот, который наиболее ему соответствует. Пациенты могут находиться на любой стадии изменения образа жизни и на разных этапах нуждаются в разных советах. В зависимости от уровня ФА и готовности пациента изменить свой образ жизни врач относит его к одной из 3 групп (табл. 1):

1. Не готов к изменениям;
2. Готов к изменениям;
3. Физическая активность соответствует рекомендациям.

## **8. Рекомендации для пациентов**

В зависимости от уровня ФА и готовности пациента изменить образ жизни он получает те или иные рекомендации от врача по оптимизации ФА (табл. 3).

В зависимости от уровня ФА пациента ему выдается один из 3-х вариантов рекомендаций в виде протокола (Приложения 3-5). Работа врача с пациентом происходит в интерактивном режиме. Весь процесс от оценки уровня

ФА пациента до оказания консультации занимают у врача от 1 до 5 минут. Врач и пациент, который готов изменить свои привычки, подписывают «протокол о намерениях» в двух экземплярах, копия остается у врача и пациента. В протоколах имеется дополнительная информация для домашнего изучения.

Так, если пациент при заполнении опросника оценивает себя на 1-ом уровне, его относят к группе лиц, наименее готовых для изменения своего образа жизни в области ФА. Этой группе пациентов выдаются письменные рекомендации в виде протокола «Встать со своего кресла» (Приложение 3). Ключевые рекомендации для этого типа пациентов заключаются в следующем:

- Пациент определяет потенциальную пользу ФА лично для себя;
- Пациент определяет причины, почему он не физически неактивен;
- Врач дает пациенту ясный совет подумать о том, чтобы повысить уровень ФА;
- На обратной стороне протокола содержится информация о пользе ФА и список препятствий для ФА.

Если пациент оценивает свой уровень ФА и свои намерения от 2 до 5 баллов, то его относят к числу готовых менять свои привычки, и ему выдаются рекомендации в виде буклета «Планирование первого шага» (Приложение 4). Это наиболее перспективная категория пациентов с точки зрения повышения уровня ФА. Врачи должны проводить больше времени с теми, кто готов менять свои привычки. Ключевые рекомендации для этого типа пациентов заключаются в следующем:

- Пациент определяет 2 основных причины повысить уровень собственной ФА и указывает, почему именно ему это будет полезно;
- Пациент планирует тип ФА, место для занятий, время, продолжительность занятий и думает о том, кто ему может оказать социальную поддержку;
- Врач поддерживает пациента в его намерениях (поощряет пациента);
- Врач вместе с пациентом составляют и записывают план занятий (частота, продолжительность, интенсивность, тип ФА);
- Пациент дает согласие следовать плану по ФА на некоторый период времени;
- Оба подписывают план по ФА;
- На обратной стороне буклета содержится список различных видов ФА, список препятствий и дневник занятий.

Если пациент оценивает свой уровень ФА от 5 баллов и выше, то он относится к категории физически активных и получает буклет «Не терять темп» (Приложение 5). Суть рекомендаций для этого типа пациентов заключаются в следующем:

- Врач поддерживает пациента;
- Врач анализирует уровень ФА пациента и дает рекомендации по ее оптимизации;

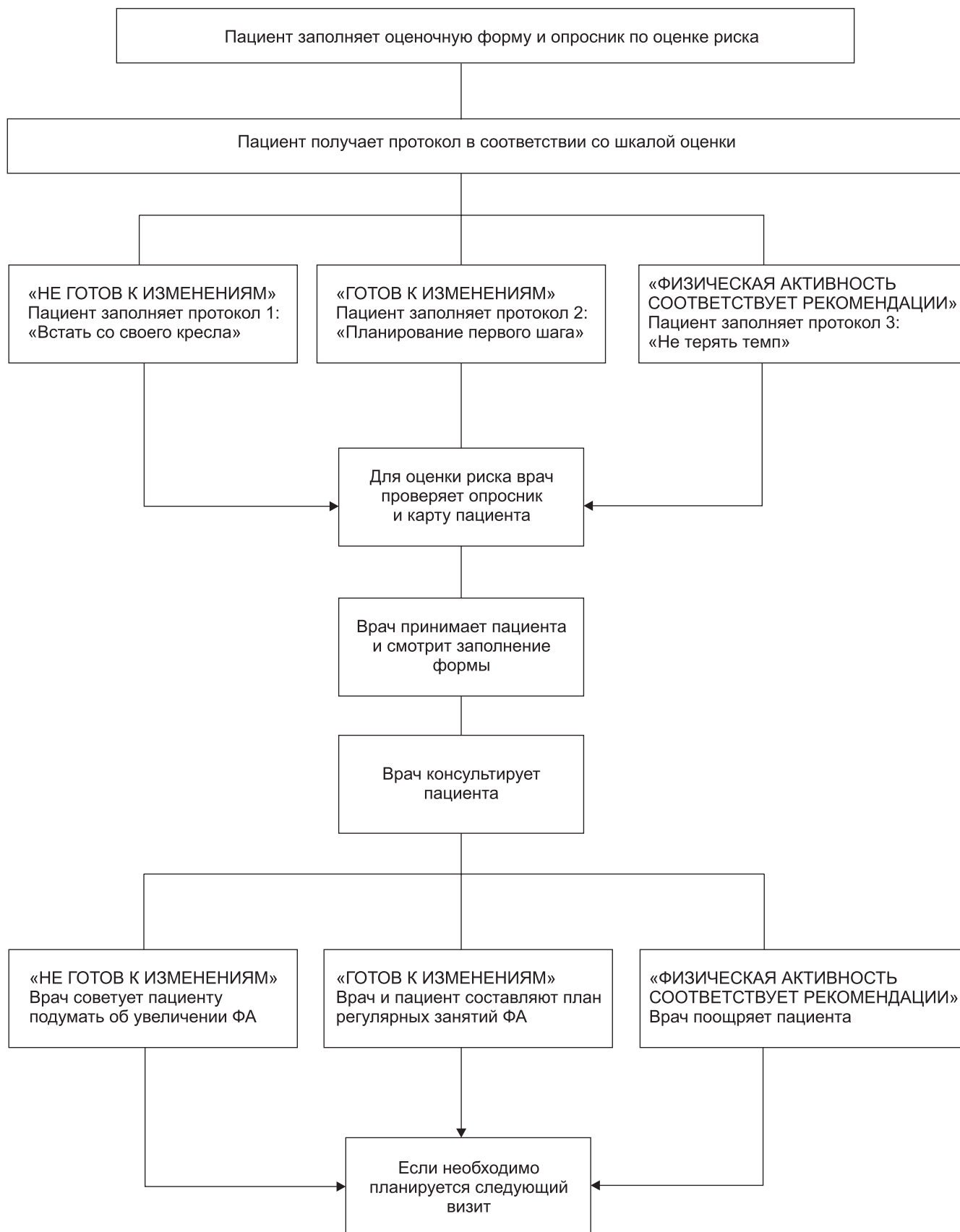


Рис. 2. Схема консультирования пациентов по вопросам физической активности.

- Оба обсуждают возможные препятствия для проявления ФА;
- На обратной стороне буклета содержится информация для профилактики перерывов в занятиях и травм.

### **9. Как организовать процесс консультирования по вопросам физической активности в медицинском учреждении**

Организация процесса применения настоящего руководства может варьировать в различных медицинских учреждениях. Ниже приводится один из возможных путей такой организации.

1. В регистратуре пациенту выдается оценочная форма, которую пациент тут же самостоятельно заполняет. Эта форма позволяет быстро оценить его уровень ФА и степень готовности ее изменить. Эта форма возвращается в регистратуру.

2. На основе оценки опросника регистратор выдает пациенту соответствующий протокол. Пациент заполняет протокол (приблизительно в течение 5 минут) пока он ожидает приема врача.

3. Заполненная оценочная форма и протокол передаются врачу вместе с картой пациента для предварительного просмотра.

4. Во время встречи с пациентом врач просматривает его оценочную форму и протокол и подчеркивает те положения в протоколе, которые важны для пациента.

Если в карте пациента содержатся сведения о сердечно-сосудистых заболеваниях или это выясняется во время беседы с пациентом, или обнаруживаются другие заболевания, при которых требуется проведение нагрузочной пробы или консультация специалистов, необходимо направить пациента к соответствующим врачам.

Если пациенту может быть оказана консультация в рамках данного руководства, то необходимо:

- Посмотреть, что написал пациент.
  - Сделать акцент на основной рекомендации, которая наиболее подходит пациенту на данной стадии готовности изменить свою ФА.
  - Обсудить и согласовать план действий, модифицировать его, если это необходимо.
  - Заполнить ту часть протокола, где написано «Заполняется врачом» (т.е. специфические рекомендации для данного пациента), поставить свою подпись.
  - Предоставить пациенту протокол для прочтения дома.
  - Предоставить пациенту памятку по ФА для прочтения дома.
- Схема консультирования по вопросам ФА представлена на рисунке 2.

*Приложение 1*

### **КАКОВ УРОВЕНЬ ВАШЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ?**

Эта анкета поможет вашему врачу правильно оценить уровень Вашей физической активности. Пожалуйста, прочтите всю анкету и после этого выберите утверждение, которое наилучшим образом описывает уровень вашей физической активности в настоящее время или Ваш интерес к физической активности.

Интенсивные упражнения включают в себя такие виды физической активности как бег, быстрая езда на велосипеде, занятия аэробикой, плавание на дистанцию, теннис и бадминтон. Любые виды физической активности, интенсивность которых приближается к бегу трусцой и продолжительность составляет, по крайней мере, 20 минут, должны быть учтены. Обычно такие виды физической активности увеличивают частоту сердечных сокращений, вызывают повышенное потоотделение и учащение дыхания. (Не считайте занятия культуризмом).

Умеренные виды физической активности включают в себя такие виды физической активности как быстрая ходьба, работа в саду или на огороде, медленная езда на велосипеде, танцы или тяжелая работа по дому. Любые виды физической активности, интенсивность которых приближается к быстрой ходьбе и продолжительность составляет, по крайней мере, 30 минут, должны быть учтены.

Обведите только один номер	Уровень физической активности в настоящее время
1.	Проявления моей физической активности нерегулярны и не относятся ни к умеренному, ни к интенсивному уровню; я не собираюсь менять состояние своей физической активности в ближайшие 6 месяцев.
2.	Проявления моей физической активности нерегулярны, но я думаю о том, чтобы повысить ее уровень в ближайшие 6 месяцев.
3.	Я пытаюсь приступить к повышению уровня своей физической активности до умеренного или интенсивного, но не делаю этого регулярно.
4.	Я проявляю интенсивную физическую активность менее 3-х раз в неделю (или) умеренную менее 5-и раз в неделю.
5.	Я проявляю умеренную физическую активность по 30 минут в день 5 дней в неделю в течение последних 1-5 месяцев.
6.	Я проявляю умеренную физическую активность по 30 минут в день 5 дней в неделю в течение последних 6 (или более) месяцев.



7.	Я проявляю интенсивную физическую активность 3 или более раз в неделю в течение 1-5 месяцев.
8.	Я проявляю интенсивную физическую активность 3 или более раз в неделю в течение последних 6 (или более) месяцев.

Приложение 2

### ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА

Для большинства людей физическая активность не должна представлять какие-либо проблемы или опасности. Настоящий опросник предназначен для того, чтобы определить небольшую группу взрослых людей, для которых физическая активность в настоящий момент не может быть рекомендована, или тех, кому необходима медицинская консультация о более подходящем виде физических нагрузок.

Пожалуйста, прочтите внимательно вопросы и отметьте «ДА» или «НЕТ» против каждого из них.

ДА  НЕТ

Говорил ли Вам когда-либо врач, что у Вас имеется заболевание сердца и рекомендовал Вам проявлять физическую активность только под наблюдением врача?

ДА  НЕТ

Бывает ли у Вас боль в грудной клетке, появляющаяся при физической нагрузке?

ДА  НЕТ

Возникали ли у Вас боли в области грудной клетки за последний месяц?

ДА  НЕТ

Имеется ли у Вас склонность к обморокам или падениям от головокружения?

ДА  НЕТ

Имеются ли у Вас заболевания костей или суставов, которые могут усугубиться при повышении физической активности?

ДА  НЕТ

Рекомендовал ли Вам когда-либо врач лекарства от повышенного кровяного давления или заболевания сердца?

ДА  НЕТ

Имеются ли у Вас какие-либо причины, основанные на собственном опыте или совете врача, не повышать физическую активность без медицинского наблюдения?

ДА  НЕТ

Примечание: Если у Вас имеется острое заболевание, такое как общая простуда или не очень хорошее самочувствие в настоящее время – отложите заполнение опросника.

Спасибо за сотрудничество!

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Имя, отчество и фамилия пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

Приложение 3

Протокол № 1 Оценка по шкале: 1

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

### ВСТАТЬ СО СВОЕГО КРЕСЛА!

В своей оценочной форме вы сказали, что вы не очень заинтересованы в повышении физической активности. Достаточно ли вы задумывались о том, какую пользу вам может принести физическая активность?

- Физическая активность поможет вам чувствовать себя лучше
- Физическая активность поможет вам выглядеть лучше
- Физическая активность поможет вам быть здоровым

Какие два наиболее важных преимущества лично вы получили бы от повышения физической активности?

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Знаете ли вы, что наибольшую пользу вы можете получить от регулярной ходьбы? Вам не нужно бегать или заниматься аэробикой, чтобы быть физически активным.

Многие обстоятельства препятствуют повышать физическую активность.

Здесь приводятся некоторые, препятствующие повышению физической активности.

Отметьте те из них, которые наиболее относятся к вам.

<ul style="list-style-type: none"><li>– Физическая активность – это тяжелая работа</li><li>– Обычно я слишком устаю от занятий физическими упражнениями</li><li>– Мне не с кем заниматься физическими упражнениями</li><li>– Очень плохая погода</li><li>– Нет подходящего места</li><li>– У меня слишком большая масса тела</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Я не получаю удовольствия от физической активности</li><li>– Я ненавижу терпеть поражения, поэтому я не начну</li><li>– У меня нет безопасного места для занятий</li><li>– Физическая активность скучна</li><li>– У меня нет времени</li><li>– Я слишком стар</li></ul>
--	---

Какие две основные причины отбивают у вас желание повышать физическую активность?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Вы можете кое-что сделать для того, чтобы повлиять на причины, препятствующие повышению физической активности. Если вы рассматриваете эти причины как препятствие между вами и физической активностью, вы можете придумать, как их обойти. Вы можете повлиять на них (я буду вставать раньше утром для того, чтобы заниматься физическими упражнениями). Вы также можете изменить свое отношение к ним (я готов найти немного времени для повышения физической активности).

Как сейчас вы можете обойти два ваших основных препятствия? Посмотрите на примеры на последней странице.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

## **ПЕРВЫЙ ШАГ НА ПУТИ К ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ – ВСТАТЬ СО СВОЕГО КРЕСЛА!**

Заполняется врачом:

Основываясь на вашем состоянии здоровья, ваш врач рекомендует вам для его улучшения выполнять следующее:

\_\_\_\_\_ Вы можете заниматься как умеренными, так и интенсивными видами физической активности.

\_\_\_\_\_ Наилучшим образом улучшить свое здоровье вы можете, начав программу регулярной ходьбы или других способов умеренной физической активности. Если вы хотите заниматься такими интенсивными видами физической активности как бег трусцой, вы должны пройти тест на толерантность к физической нагрузке.

\_\_\_\_\_ Прежде чем вы повысите уровень физической активности, вам необходимо пройти тест на толерантность к физической нагрузке.

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

Ваш врач настоятельно рекомендует вам:

– подумать о пользе, которую вы можете получить от физической активности и

– подумать о том, как вы можете устранить некоторые препятствия для проявления физической активности.

Многие люди в значительной степени могут улучшить свое здоровье с помощью ходьбы по 30 минут 3-4 раза в неделю!

**ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ:**

– УЛУЧШАЕТ ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ:

– Снижает ваш риск заболеть сердечно-сосудистыми болезнями

– Снижает ваш риск заболеть раком

– Снижает ваш риск заболеть сахарным диабетом

– Укрепляет ваши кости

– ПРИДАЕТ ВАМ ЭНЕРГИЮ

– ПОДДЕРЖИВАЕТ ИЛИ СНИЖАЕТ МАССУ ТЕЛА

– ПОВЫШАЕТ ВАШЕ НАСТРОЕНИЕ, САМООЦЕНКУ И УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ

## **КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ПРЕПЯТСТВИЯ**

Препятствия	Как их преодолеть
___ Физическая активность — это тяжелая работа	Выберите ту физическую активность, которая доставляет вам удовольствие и легка для вас. Нет достижений без боли — это миф.
___ У меня нет времени	Мы тратим на занятия только около 30 минут. Можете вы обойтись без трех 30-минутных телевизионных передач в неделю?
___ Занятия физической активностью не доставляют мне удовольствия	Не заставляйте себя проявлять физическую активность. Начните с того, что вы любите или с какого-либо вида игры, заставляющей вас двигаться.
___ Я обычно очень устаю от физической активности	Физическая активность придаст вам больше энергии. Попробуйте и увидите сами!
___ У меня нет безопасного места для занятий любыми видами физической активности	Если вокруг вас небезопасно, вы можете ходить пешком на работу, ходить с группой людей или ходить по утрам
___ Мне не с кем заниматься любыми видами физической активности	Может быть, вы не интересовались. Сосед, член семьи или коллега по работе могут быть желательными партнерами. Или вы можете выбрать такой вид физической активности, который приносит вам удовольствие
___ Нет подходящего места	Выберите такой вид физической активности, которым вы можете заниматься недалеко от вашего дома или работы. Ходите недалеко от дома или занимайтесь аэробикой дома вместе с телевизионной передачей.
___ Я боюсь травм	Ходите очень осторожно, это замечательный вид физической активности для улучшения вашего здоровья.
___ Очень плохая погода	Существует много видов занятий физической активностью, которыми вы можете заниматься дома.
___ Заниматься любым видом физической активности скучно	Слушание музыки во время занятий физической активностью займет ваши мысли. Ходьба, езда на велосипеде или бег могут сопровождаться видами интересного пейзажа.
___ У меня слишком большая масса тела	Вы можете получить пользу от занятий физической активностью, несмотря на ваш вес. Выберите такой вид физической активности, который будет удобен для вас, например, ходьба.
___ Я слишком стар	Никогда не поздно начать. Если вы больны, вам необходимо обсудить с врачом, какими видами физической активности вам лучше заниматься.

Приложение 4

Протокол № 2 Оценка по шкале: 2 – 5

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

### ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРВОГО ШАГА

Поздравляем! В своей оценочной форме вы сказали, что готовы посвящать регулярной физической активности часть вашей жизни. Вы сделали большой шаг навстречу улучшению вашего физического и умственного здоровья. Этот протокол поможет вам повысить уровень вашей физической активности, который вы сможете поддерживать.

Какие два наиболее важных преимущества вы надеетесь получить от занятий любым видом физической активности? Запишите их ниже и думайте о них чаще.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**ЗАНЯТИЯ ЛЮБЫМ ВИДОМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РЕГУЛЯРНЫМИ.**

Планируйте занятия любым видом физической активности, который вы выбрали, 3-5 раз в неделю.

**КАКИМИ ВИДАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВЫ СОБИРАЕТЕСЬ ЗАНИМАТЬСЯ?**

Некоторые виды физической активности, которые доставляют удовольствие многим людям, перечислены на обратной стороне.

– Доставляет ли вам это удовольствие? Можете ли вы себе позволить снаряжение, оборудование или занятия? Занимаются ли члены вашей семьи или ваши друзья любым видом физической активности вместе с вами? Можете ли вы заниматься этим круглый год или вам необходим еще какой-либо вид занятий?

Тип(ы) активности \_\_\_\_\_

– Где вы занимаетесь любым видом физической активности? Можете ли вы заниматься дома или рядом с домом? Нужно ли вам ходить в гимнастический зал, парк или клуб здоровья? Удобное ли это для вас место?

Место(а) для занятий \_\_\_\_\_

– Какое самое реальное время для вас заниматься этим видом физической активности 3 – 5 раз в неделю? Должны ли вы смещать другие дела для этого?

Дни и время для активности \_\_\_\_\_

– Как долго вы планируете заниматься любым видом физической активности каждый раз? Планируйте увеличение нагрузки постепенно, в течение нескольких недель. Начните с 5-10 минут занятий и увеличивайте до 30 – 60 минут умеренной физической активности или 20-40 минут интенсивных занятий.

Продолжительность занятий \_\_\_\_\_

– Кто может поддержать вас или помочь вам в повышении физической активности? Идеально заниматься любым видом физической активности с кем-либо. Вы можете попросить кого-нибудь поддержать вас или помочь вам быть физически активными.

Кто вам поможет и как? \_\_\_\_\_

Заполняется врачом:

Основываясь на вашем состоянии здоровья, ваш врач рекомендует вам для его улучшения выполнять следующее:

\_\_\_ Вы можете заниматься как умеренными, так и интенсивными видами физической активности.

\_\_\_ Наилучшим образом улучшить свое здоровье вы можете, начав программу регулярной ходьбы или других занятий, соответствующих умеренной физической активности. Если вы хотите заниматься такими интенсивными видами физической активности как бег трусцой, вы должны пройти тест на толерантность к физической нагрузке.

\_\_\_ Прежде чем вы повысите свой уровень физической активности, вам необходимо пройти тест на толерантность к физической нагрузке.

Предлагаемая программа Частота: ___ раз в неделю Интенсивность: ___ умеренная ___ интенсивная Тип физической активности _____ Время ___ минут на занятие в начале	Основные факторы риска ССЗ ___ Курение ___ Низкая физическая активность ___ Артериальная гипертония ___ Повышенный уровень липидов ___ Низкая физическая активность ___ Положительный семейный анамнез
--	--

Я согласен попробовать заниматься физической активностью по этому плану с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

### ВИДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Умеренная	Интенсивная
Ходьба (домой, на работу, на перерыв на обед)	Бег трусцой
Работа в саду (должна быть регулярной)	Занятия аэробикой
Медленная езда на велосипеде	Баскетбол
Народные, классические или популярные танцы	Быстрая езда на велосипеде
Катание на коньках или роликах	Ходьба на лыжах по ровной местности
Парный теннис	Соревнование по плаванию
Подъем по лестнице пешком	Одиночный теннис и бадминтон

### КАК ПРЕОДОЛЕТЬ ПОСЛЕДНИЕ ПРЕПЯТСТВИЯ?

Препятствия	Как их преодолеть
-------------	-------------------

<p>_____ У меня нет времени</p> <p>_____ Физическая активность не доставляет мне удовольствия</p> <p>_____ Я обычно слишком устаю от занятий любым видом физической активности</p> <p>_____ Погода слишком плохая</p> <p>_____ Заниматься физической активностью скучно</p> <p>_____ У меня возникают боли при занятиях любым видом физической активности</p>	<p>Мы тратим на занятия только около 30 минут. Можете вы обойтись без трех 30- минутных телевизионных передач в неделю?</p> <p>Не заставляйте себя проявлять «физическую активность». Начните с того, что вы любите или с того, что вам приятно, с того, что заставляет вас двигаться.</p> <p>Регулярные занятия любым видом физической активностью придадут вам больше энергии. Попробуйте и увидите сами! Существует много видов занятий любым видом физической активности, которые вы можете делать дома в любую погоду.</p> <p>Прослушивание музыки во время занятий физической активностью займет ваши мысли. Во время ходьбы, езды на велосипеде или бега можно любоваться видами окружающего пейзажа</p> <p>Слабые мышечные боли после занятий любым видом физической активности - обычное явление, когда вы начинаете. Они пройдут через 2-3 дня. Вы можете избежать этого, если будете увеличивать нагрузку постепенно и делать упражнения на растягивания после занятий.</p>
---	--

### Дневник занятий физической активностью

Ведение этого дневника поможет продолжить вам заниматься. Записывайте, как долго вы занимаетесь любым видом физической активности, так же как и положительные ощущения и опыт. Делайте пометки о помехах для занятий и о том, как их устранить. Когда вы заполните этот дневник, заведите еще один сами.

Дата	Физическая активность	Минуты	Ощущения/комментарии

**ЖЕЛАЕМ УСПЕХА И ОСТАВАТЬСЯ ФИЗИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ!**

*Приложение 5*

Протокол Оценка по шкале: 5-8

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента

\_\_\_\_\_

Дата

### НЕ ТЕРЯТЬ ТЕМП!

Поздравляем. Вы занимаетесь регулярной физической активностью. Вы можете гордиться тем, что делаете что-то очень полезное для себя. Иногда вы можете не чувствовать признаки полезного воздействия физической активности на ваше физическое и душевное состояние. Что вас мотивирует оставаться физически активным?

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

#### РАССМОТРИТЕ СВОЮ ПРОГРАММУ

При обзоре занятий физической активностью, которыми вы сейчас занимаетесь, вы можете увидеть некоторые изменения, которые необходимо внести в ваш план. Задача в том, чтобы увеличить ваши шансы оставаться физически активным.

Каким видом физической активности вы обычно занимаетесь? \_\_\_\_\_

Сколько раз в неделю? \_\_\_\_\_

Как долго каждый раз? \_\_\_\_\_

Кто вам помогает или занимается физической активностью вместе с вами? \_\_\_\_\_

Есть ли у вас какие-либо повреждения? \_\_\_\_\_

Какие части вашей программы по увеличению физической активности, которую вы планируете, наиболее вас устраивают? \_\_\_\_\_

Какие части вашей программы по физической активности, которую вы планируете, относительно вас устраивают? \_\_\_\_\_

Какие изменения вы можете сделать в вашей программе физической активности, чтобы она стала более приятной, подходящей или безопасной? \_\_\_\_\_

#### Возвращение к занятиям физической активностью

Большинство людей, занимающихся регулярно, время от времени прекращали свои занятия. Иногда они прерывались на несколько недель. Иногда проходили годы до того, как они вновь начинали заниматься физической активностью.

Планирование ответов на эти вопросы может помочь вам впоследствии преодолеть преграды на вашем пути.

– Если вы прекращали занятия физической активностью в прошлом, какие для этого были причины? \_\_\_\_\_

– Что бы вы сделали по-другому для того, чтобы оставаться физически активным или помогло бы вернуться к занятиям? \_\_\_\_\_

#### Оставаться физически активным

Насколько вы уверены в том, что вы сможете продолжать занятия регулярной физической активностью в последующие 3 месяца? Пожалуйста, обведите:

Не                      Не очень                      Почти                      Вполне  
уверен(а)            уверен(а)                      уверен(а)                      уверен(а)

Что уменьшает вашу уверенность, и что вы можете сделать, чтобы ее увеличить? \_\_\_\_\_

Заполняется врачом:

Предлагаемая программа	Основные факторы риска ССЗ
Продолжайте поддерживать ваш уровень физической активности Частота: _____ раз в неделю Интенсивность: _____ умеренная _____ интенсивная Тип физической активности _____ Время _____ минут на занятие в начале (увеличьте до _____ минут через _____ недель)	<input type="checkbox"/> Курение <input type="checkbox"/> Низкая физическая активность <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Повышенный уровень липидов <input type="checkbox"/> Низкая физическая активность <input type="checkbox"/> Положительный семейный анамнез

Подпись врача

### СОВЕТЫ ДЛЯ ПРОДОЛЖЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Повреждения мышц, суставов и костей могут быть наиболее частой причиной для прекращения занятий физической активностью. Наилучший путь предотвратить повреждения – начинать постепенно. Не занимайтесь такими видами физической активности, которые являются слишком интенсивными для вас. Если вы перезанимались, уменьшите нагрузку. Если у вас появились боли во время занятий физической активностью, остановитесь и отдохните. Наиболее серьезный риск физической активности – это сердечный приступ, но это случается редко. Если вы чувствуете боль в грудной клетке во время занятий, немедленно остановитесь и проконсультируйтесь с врачом.

Занятия умеренной физической активностью от 30 до 60 минут или интенсивной физической активностью от 20 до 40 минут обеспечивают максимальный эффект при минимальном риске. Специалисты в области физической активности для снижения риска повреждений также советуют проводить разминку перед основной нагрузкой и постепенное прекращение занятий и растягивания после физической нагрузки. Разминка и постепенное прекращение занятий могут быть небольшой частью вашей физической активности, так же как и медленная ходьба. Легкое растягивание мышц вы можете делать во время занятий физической активностью. Проводите каждое растягивание 5-10 секунд, но не резко.

Может случиться так, что вы прекратите регулярные занятия физической активностью. Это может быть связано с большими обязанностями по дому или на работе, переездами, гостями в доме или заболеваниями. Перерывы нормальны и возможны.

Главное снова начать регулярные занятия физической активностью как можно скорее!

### ПРЕДУСМОТРИТЕ ЗАРАНЕЕ ВАШИ ПРЕПЯТСТВИЯ!

Какая ситуация или какие обстоятельства наиболее вероятно могут привести к прекращению ваших занятий физической активностью? \_\_\_\_\_

Что вы можете сделать, чтобы подготовиться или предотвратить это? \_\_\_\_\_

Какой наилучший путь для возвращения к вашим занятиям физической активностью, если вы их прекратили? \_\_\_\_\_

## КАК ВЕРНУТЬСЯ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ?

– Напомните себе, что ничего страшного нет в том, что вы делаете паузу в ваших занятиях физической активностью, раз уж это случилось. Не упрекайте себя. Чувство вины затрудняет возвращение к занятиям.

– Вам может понадобиться дополнительная помощь, чтобы вернуться вновь к занятиям физической активностью. Попросите вашу семью или друзей помочь вам и поддержать вас.

– Попросите кого-нибудь заниматься с вами вместе.

– Может быть, полезно сообщить кому-нибудь о том, что вы возобновляете занятия физической активностью.

– Используйте дневник занятий физической активностью для того, чтобы поддержать себя вновь.

– Вознаграждайте себя немного каждый раз, когда вы занимаетесь физической активностью. Сделайте специальную удобную форму для оценки своих успехов в области физической активности. Поместите эту форму так, чтобы она постоянно попадалась вам на глаза (например, прикрепите магнитом на холодильнике или над столом) и ставьте себе оценки каждый день. Награждайте себя за всякие изменения. Поздравление самого себя – эффективное вознаграждение («Я это сделал, и я горжусь собой!»)

– Для разнообразия пробуйте новые виды физической активности.

– Делайте все, что помогло вам в прошлый раз начать заниматься физической активностью снова.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. PACE. Physician Manual. Physician-based Assessment and Counseling for Exercise and Nutrition. Copyright (c) 1999 by San Diego University Foundation and San Diego Centre for Health Interventions.

2. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Be active, Healthy, and Happy! [www.health.gov/paguidelines](http://www.health.gov/paguidelines).

3. Содействие физической активности в целях укрепления здоровья – основа для действий в Европейском регионе ВОЗ. Шаги по пути к физически более активной Европе // Всемирная организация здравоохранения. Европейскоерегиональноебюро, 2006.

4. Caspersen C.J., Powell K.E., Christensen G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 1985, 100: 126 – 131.

5. Потемкина Р.А., Глазунов И.С., Вартапетова Н.В., Соловьева И.М., Волкова Э.Г., Петрухин И.С., Похис К.А. Оценка существующей в России практики в области профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 1998, 2, 46 – 48.

6. Р.А. Потемкина, И.С. Глазунов, И.С. Петрухин. Изучение физической активности среди населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, N 6, 1998, 36 – 41.

7. Европейская хартия по борьбе с ожирением. <http://www.euro.who.int/Document/E89567R.pdf>.

8. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_russian\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_russian_web.pdf).

9. Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний / Доклад совместного консультативного совещания экспертов ВОЗ/ФАО // Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2003.

10. Шаги к здоровью. Основа для содействия физической активности в целях укрепления здоровья в Европейском регионе. <http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>.

11. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия, N 96 // Всемирная организация здравоохранения, 2005.

12. Московская Декларация. Первая Глобальная министрская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Москва, 28 – 29 апреля 2011 г.

13. Р.А. Потемкина. Физическая активность и питание. Руководство для врачей. Москва. Издательская группа “ГЕОТАР – Медиа”. 2011 г.

### ПРИЛОЖЕНИЕ VIII

#### ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Приказ Минфина РФ от 11 июля 2011 г. № 81н Об утверждении указаний о порядке применения целевых статей классификации расходов бюджетов для составления проектов федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов, начиная с бюджетов на 2012 год

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12 апреля 2011 г. № 302Н Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

Приказ Минздравсоцразвития России от 7 апреля 2011 г. № 271Н О внесении изменений в Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 марта 2010 г. № 203н «О порядке проведения федеральными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении федерального медико-биологического агентства, дополнительной диспансеризации работающих граждан»

ПРИКАЗ Минздравсоцразвития РФ от 11 марта 2011 г. № 187Н О нормативах затрат на проведение в 2011 году диспансеризации одного ребенка

Приказ Минздравсоцразвития России от 3 марта 2011 г. № 163Н О внесении изменений в Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 3 марта 2011 г. № 162Н О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11 марта 2011 г. № 187Н О нормативах затрат на проведение в 2011 году диспансеризации одного ребенка

Приказ ФФОМС РФ от 20 января 2011 г. № 16 Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации

Приказ ФФОМС РФ от 19 января 2011 Г. № 13 Об утверждении порядка проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан

Приказ ФФОМС РФ от 19 января 2011 г. № 12 Об утверждении порядка проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы представленных медицинскими организациями счетов на оплату расходов, связанных с проведением диспансеризации пребывающих

в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Приказ ФФОМС от 15.03.2010 г. № 51 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 2 апреля 2009 г. № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации»

Приказ Минздравсоцразвития России от 27.02.2010 г. № 114н «О нормативах затрат на проведение в 2010 году диспансеризации одного ребенка»

Приказ ФФОМС от 25.02.2010 г. « 35 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года № 1146» и

Приказ ФФОМС от 19.02.2010 г. № 32 «О внесении изменений в приказ Фомс от 14 апреля 2008 года № 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации»

Приказ ФФОМС от 15.02.2010 г. № 30 «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования медико-экономической экспертизы счетов на оплату расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Приказ Минздравсоцразвития России от 04.02.2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Приказ ФФОМС от 02.04.2009 г. № 61 «Об утверждении форм мониторинга проведения диспансеризации»

диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1228 «О порядке предоставления из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам Территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 г. № 1155 «Об утверждении правил направления в 2010 году бюджетных ассигнований федерального бюджета на финансовое обеспечение проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан федеральными

учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства»

Приказ ФФОМС от 18 января 2011 г. № 10 О реализации постановления правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1234

Приказ Минздравсоцразвития России от 15.04.2010 г. № 240н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Приказ Минздравсоцразвития России от 31.03.2010 г. № 203н «О порядке проведения федеральными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства, дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Приказ ФФОМС от 18.03.2010 г. № 56 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 марта 2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Приказ ФФОМС от 18.03.2010 г. № 55 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об

Приказ ФФОМС от 03.06.2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Приказ ФФОМС от 14.04.2008 г. № 82 «Об утверждении отчетных форм по проведению дополнительной диспансеризации»

Приказ ФФОМС от 14.03.2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

### Постановления

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1234 «О порядке предоставления субсидий из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение

учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства»

Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2010 г. № 1183 «Об утверждении правил использования бюджетных ассигнований федерального бюджета на финансовое обеспечение проведения дополнительной диспансеризации



ции работающих граждан федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства»

Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 г. № 1146 «О порядке предоставления в 2010 году из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан»

Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 г. № 945 «О порядке предоставления в 2010 году субсидий из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»

Письмо ФФОМС от 04.03.2010 г. № 905/26-2/и «Об оплате диспансеризации в 2010 году»

#### ПРИЛОЖЕНИЕ IX

### **ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ РАБОТУ МЕДРАБОТНИКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

1. Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ;

2. Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ;

3. Концепция по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (Одобрена распоряжением Прави-

тельства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р);

4. Приоритет формирования здорового образа жизни приоритетного национального проекта «Здоровье»;

5. Приказ Минздрава России от 23.09.03 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ»;

6. Приказ Минздрава России от 23.04.97 г. № И/61-119 «О временной форме статистической отчетности»;

7. Приказ Минздрава России от 31.12.03 г. № 650 «Об утверждении инструкций по заполнению отчетной и учетной документации центра, отделения (кабинета)»;

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.06.06 г. № 490 «Об организации деятельности медицинской сестры участковой»;

9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового»;

10. Приказ МЗ и СЦР от 19.08.2009 № 597Н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию ЗОЖ у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака (в редакции приказов МЗ РФ от 08.06.10г №430Н, от 19.04.2011 № 328Н, от 26.09.2011 №1074Н);

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012г № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

12. Приказ Минздрава России от 06.12.2012г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического осмотра»;

#### ПРИЛОЖЕНИЕ X

### **ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ № 455 ОТ 23.09.2003 «О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

В целях совершенствования деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного, городского центра медицинской профилактики (приложение № 1).

1.2. Положение об организации деятельности отделений (кабинетов) медицинской профилактики (приложение № 2).

1.3. Примерный табель оснащения республиканских, краевых, областных, окружных, городских центров, отделений (кабинетов) медицинской профилактики (приложение № 5).

1.4. Отчетную форму № 70 «Сведения о деятельности центра медицинской профилактики» (приложение № 3).

1.5. Учетную форму № 038/у-02 «Журнал учета работы ЛПУ по медицинской профилактике» (приложение № 4).

1.6. Форму № 70 «Сведения о деятельности центра медицинской профилактики» и № 038/у-02 «Журнал уче-

та работы ЛПУ по медицинской профилактике» ввести в действие с 01.01.2004.

2. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению подготовить инструкцию по заполнению учетной и отчетной медицинской документации, утвержденной данным приказом, до 01.12.2003.

3. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению совместно с Департаментом экономического развития здравоохранения, управления финансами и материальными ресурсами подготовить проект приказа о штатных нормативах медицинского и прочего персонала центров, отделений (кабинетов) медицинской профилактики до 01.10.2004.

4. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению совместно с Департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора (Иванов С.И.) подготовить инструкцию о порядке проведения мониторинга поведенческих факторов риска

неинфекционных заболеваний и использования этих данных в системе социально-гигиенического мониторинга.

5. Государственному научно-исследовательскому центру профилактической медицины Минздрава России и Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова Минздрава России в срок до 01.12.2003 разработать критерии оценки деятельности центров, отделений и кабинетов медицинской профилактики.

6. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

6.1. Организовать работу по профилактике инфекционных заболеваний как приоритетного направления здравоохранения, включая ее в критерии оценки качества и модели конечного результата деятельности подразделений и учреждений здравоохранения с использованием экономических стимулов.

6.2. Рассмотреть вопрос о введении должности главного (штатного, внештатного) специалиста органа управления здравоохранением по профилактике инфекционных заболеваний, возложив на него обязанность координации деятельности по вопросам преду-

ждения инфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения в субъекте Российской Федерации; обеспечить его взаимодействие с другими главными специалистами и иными заинтересованными лицами и организациями.

6.3. Рассмотреть вопрос о включении медицинских услуг по профилактике заболеваний в территориальные программы обязательного медицинского страхования.

7. Приказ Минздравмедпрома России от 22.12.95 № 364 «О мерах по развитию медицинской профилактики в Российской Федерации» и приказ Минздрава России от 06.10.97 № 295 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации» считать утратившими силу.

8. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации доложить о ходе выполнения настоящего приказа к 01.06.2004.

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Р.А. Хальфина.

Министр Ю.Л. ШЕВЧЕНКО

*Приложение № 1  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 23.09.2003 № 455*

## **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО, КРАЕВОГО, ОБЛАСТНОГО, ОКРУЖНОГО, ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

1. Республиканский, краевой, областной, окружной, городской Центр медицинской профилактики (далее Центр) является самостоятельным специализированным учреждением здравоохранения особого типа.

2. Центр возглавляет руководитель (главный врач или директор), имеющий сертификационную подготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (Социальная гигиена и организация здравоохранения), либо тематическое усовершенствование по проблеме укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

3. Штаты Центра устанавливаются в соответствии со штатными нормативами.

4. Рекомендуемая структура Центра:

4.1. Отдел организации и координации профилактической работы;

4.2. Организационно-методический отдел;

4.3. Отдел межведомственных и внешних связей;

4.4. Отдел мониторинга факторов риска инфекционных заболеваний;

4.5. Редакционно-издательский отдел;

4.6. Консультативно-оздоровительное отделение.

Указанный перечень подразделений Центра не является исчерпывающим.

5. Центр осуществляет следующие функции:

5.1. Координация организации и проведения научно-обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике инфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

- 5.2. Организация и проведение мероприятий в области гигиенического обучения и воспитания населения.
- 5.3. Проведение и анализ мониторинга неинфекционных заболеваний и их факторов риска.
- 5.4. Обеспечение организационно-методического руководства и координации (в т.ч. межведомственной) деятельности лечебно-профилактических учреждений по профилактике заболеваний, сохранению, укреплению здоровья.
- 5.5. Информационное обеспечение лечебно-профилактических учреждений и населения по вопросам профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья населения.
- 5.6. Организация, контроль и анализ деятельности отделений, кабинетов медицинской профилактики и кабинетов здорового ребенка (по разделу профилактики неинфекционных заболеваний, гигиенического обучения, воспитания и оздоровления) лечебно-профилактических учреждений.
- 5.7. Организация и проведение обучения медицинских работников в области профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья населения.
- 5.8. Участие в проведении подготовки специалистов других ведомств (работников системы образования, средств массовой информации, работников культуры и пр.) по актуальным проблемам профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья населения.
- 5.9. Взаимодействие по координации и совершенствованию профилактической работы в учреждениях системы образования.
- 5.10. Организация массовых профилактических и оздоровительных мероприятий совместно с лечебно-профилактическими учреждениями.
- 5.11. Участие в международных и национальных проектах по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья.
- 5.12. Организация, проведение и анализ медико-социальных опросов населения для определения уровня информированности о здоровом образе жизни, потребности и удовлетворенности профилактической помощью.
- 5.13. Оказание населению профилактической и консультативно-оздоровительной помощи.
- 5.14. Анализ, оценка качества и эффективности профилактической работы лечебно-профилактических учреждений и профилактической помощи населению в субъекте Российской Федерации.
- 5.15. Ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке.

*Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации от 23.09.2003 № 455*

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА)  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

1. Отделение (кабинет) медицинской профилактики является структурным подразделением амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений), поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей.
2. Заведующий отделением (кабинетом) медицинской профилактики непосредственно подчинен руководителю лечебно-профилактического учреждения или его заместителю.
3. Отделение (кабинет) медицинской профилактики возглавляет врач (фельдшер), имеющий соответствующую подготовку по проблемам профилактики заболеваний и укреплению здоровья.
4. Отделение (кабинет) медицинской профилактики осуществляет следующие функции:
  - 4.1. Организация, координация и оценка эффективности деятельности ЛПУ по оказанию профилактических услуг населению.
  - 4.2. Выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция.
  - 4.3. Гигиеническое воспитание населения.
  - 4.4. Организация и проведение совместно с территориальным центром медицинской профилактики обучения медицинских работников учреждения методам оказания медицинских профилактических услуг населению.
  - 4.5. Участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья.
  - 4.6. Проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворенности и потребности в профилактической помощи.
  - 4.7. Ведение учетной и отчетной документации.

ПРИЛОЖЕНИЕ XI

**ИЗВЛЕЧЕНИЯ  
ИЗ ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 15 МАЯ 2012 Г. № 543Н  
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ»**

**ПРАВИЛА  
ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА)  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

1. Настоящие правила устанавливают порядок организации деятельности отделения (кабинета) профилактики (далее – Отделение).
2. Отделение организуется в медицинской организации (ее структурном подразделении), оказывающей первичную медико-санитарную помощь.
3. Отделение профилактики включает в себя следующие структурные подразделения:  
анамнестический кабинет;  
кабинет функциональных (инструментальных) исследований;  
кабинет пропаганды здорового образа жизни;  
кабинет централизованного учета ежегодной диспансеризации;  
кабинет медицинской помощи при отказе от курения.
4. При организации деятельности Отделения рекомендуется предусматривать возможность проведения необходимых диагностических исследований непосредственно в Отделении.
5. Отделение возглавляет заведующий, который подчиняется непосредственно главному врачу медицинской организации (руководителю ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь.
6. Основными функциями Отделения являются:  
участие в организации и проведении диспансеризации;  
участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;  
раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний;  
контроль и учет ежегодной диспансеризации населения;  
подготовка и передача врачам медицинской документации на больных и лиц с повышенным риском заболеваний для проведения дополнительного медицинского обследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;  
санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни (борьба с курением, алкоголизмом, избыточным питанием, гиподинамией и другие).

ПРИЛОЖЕНИЕ XII

**ПРИМЕРНЫЕ НОРМАТИВЫ ВРЕМЕНИ НА ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ РАБОТ  
ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ НАСЕЛЕНИЯ (В ЧАСАХ)**

**(в соответствии с приложением 1 к инструкции о работе санитарно-эпидемиологических станций по гигиеническому воспитанию населения утвержденной начальником  
Главного санитарно-профилактического управления МЗ СССР 29.06.1990 г.)**

№ п/п	Виды работ	Часы
1.	Подготовка методического письма	До 48,0
2.	Разработка программ (без содержания к ним) по курсовой гигиенической подготовке	До 24,0
3.	Разработка текстовых программ для опроса с помощью простейших программированных устройств	До 48,0
4.	Разработка опросных карт	До 24,0
5.	Подготовка к выступлению по местному телевидению, радио, в кинолектории и др.	До 6,0
6.	Выступление по местному телевидению, радио, перед киносеансом и др.	0,5
7.	Подготовка статьи для территориальной прессы (газеты, журналы и др.)	До 6,0
8.	Подготовка к лекции в учреждениях здравоохранения	4,0
9.	Чтение лекции, проведение бесед в учреждениях здравоохранения	0,5-1,0
10.	Подготовка к лекции на объекте (в народном университете медицинских и гигиенических знаний и др.)	2,0
11.	Чтение лекции на объекте (в народном университете медицинских и гигиенических знаний и др.)	1,0

№ п/п	Виды работ	Часы
12.	Проведение занятий с общественными санитарными инспекторами	1,0
13.	Разработка тематико-экспозиционного плана выставки санитарно-просветительной направленности	1,0
14.	Разработка санитарно-просветительной памятки	6,0
15.	Разработка санитарно-просветительного лозунга	1,0
16.	Составление текста лекции с апробацией ее на заседании лекторской группы	10,0
17.	Составление текста беседы с апробацией ее на заседании лекторской группы	7,0
18.	Составление рецензии на лекцию, прочитанную в массовой аудитории	2,0
19.	Составление рецензии на беседу, проведенную в массовой аудитории	1,0
20.	Составление заметки для стенной санитарной печати и др.	1,5
21.	Оформление стенной санитарной печати и др.	4,0
22.	Изготовление фотоиллюстраций на устном материале для стенной санитарной печати и др.	4,0
23.	Оформление информационной доски вопросов и ответов, уголков здоровья и др.	3,0

Начальник отдела пропаганды профилактики заболеваний и информации Главного санитарно-профилактического управления Минздрава СССР  
 Директор ВНИЦ профилактической медицины Минздрава СССР, профессор

Н.Н Хитрова

Р.Г. Оганов

ПРИЛОЖЕНИЕ XIII

#### АНКЕТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (Д. ХОРНА)

Анкета состоит из 18 вопросов (6 блоков по 3 вопроса).  
 Ответ на каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале (1 – никогда, 2 – редко, 3 – не очень часто, 4 – часто, 5 – всегда).

	Категории вопросов	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А	Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться	5	4	3	2	1
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
Г	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
Д	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
Е	Я закуриваю автоматически, даже не замечая этого	5	4	3	2	1
Ж	Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
З	Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5	4	3	2	1
И	Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
К	Я закуриваю сигарету, когда мне не по себе и я расстроен чем-то	5	4	3	2	1
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
М	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
Н	Я закуриваю, чтобы «подстегнуть» себя	5	4	3	3	1

	Категории вопросов	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
О	Когда я курю, удовольствие я получаю, выходящая дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился	5	4	3	2	1
Р	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
С	Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить чувство голода по сигарете	5	4	3	2	1
Т	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда я закурил ее	5	4	3	2	1

**Блоки вопросов характеризуют 6 типов курительного поведения:**

А+Ж+Н = Стимуляция; Г+К+Р = Поддержка;  
 Б+З+О = «Игра с сигаретой»; Д+Л+С = Жажда;  
 В+И+П = Расслабление; Е+М+Т = Рефлекс.

Интерпретация ответов проводится по сумме трех вопросов соответствующего блока.

- Сумма баллов 11 и более указывает, что вы курите именно по этой причине.
- Сумма баллов от 7 до 11 – смешанный тип курительного поведения.
- Сумма меньше 7 говорит о том, что данный тип курения для вас не характерен.

Согласно результатам анкеты выделяют следующие типы курительного поведения:

1-й тип – **«Стимуляция»**. Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина. У них часто отмечаются симптомы астении и вегето-сосудистой дистонии.

2-й тип – **«Игра с сигаретой»**. Человек как бы «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на свой манер. В основном курят в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2-3 сигареты в день.

3-й тип – **«Расслабление»**. Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» к отдыху. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

4-й тип – **«Поддержка»**. Этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

5-й тип – **«Жажда»**. Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

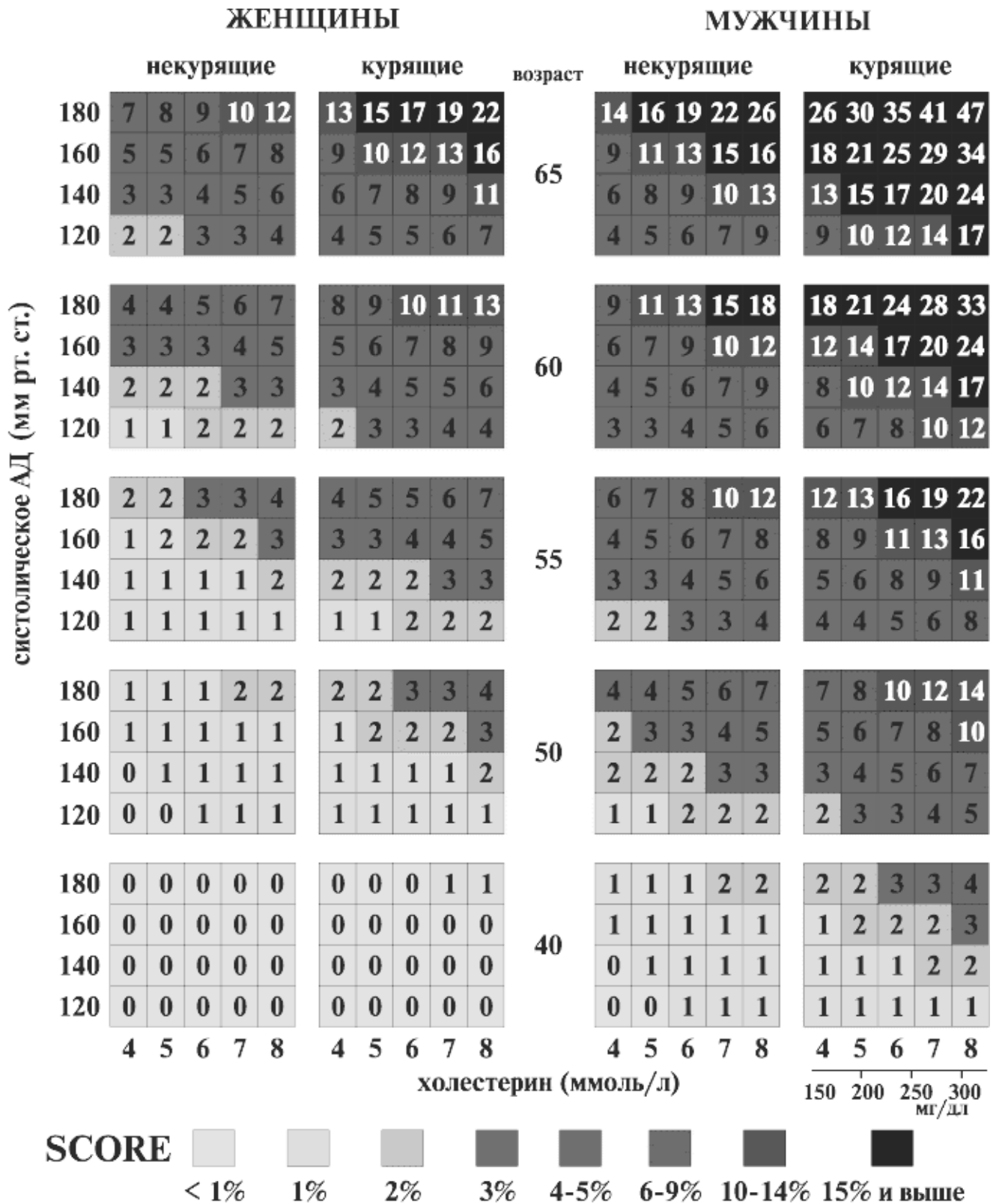
6-й тип – **«Рефлекс»**. Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Куря автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много: 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

ПРИЛОЖЕНИЕ XIV

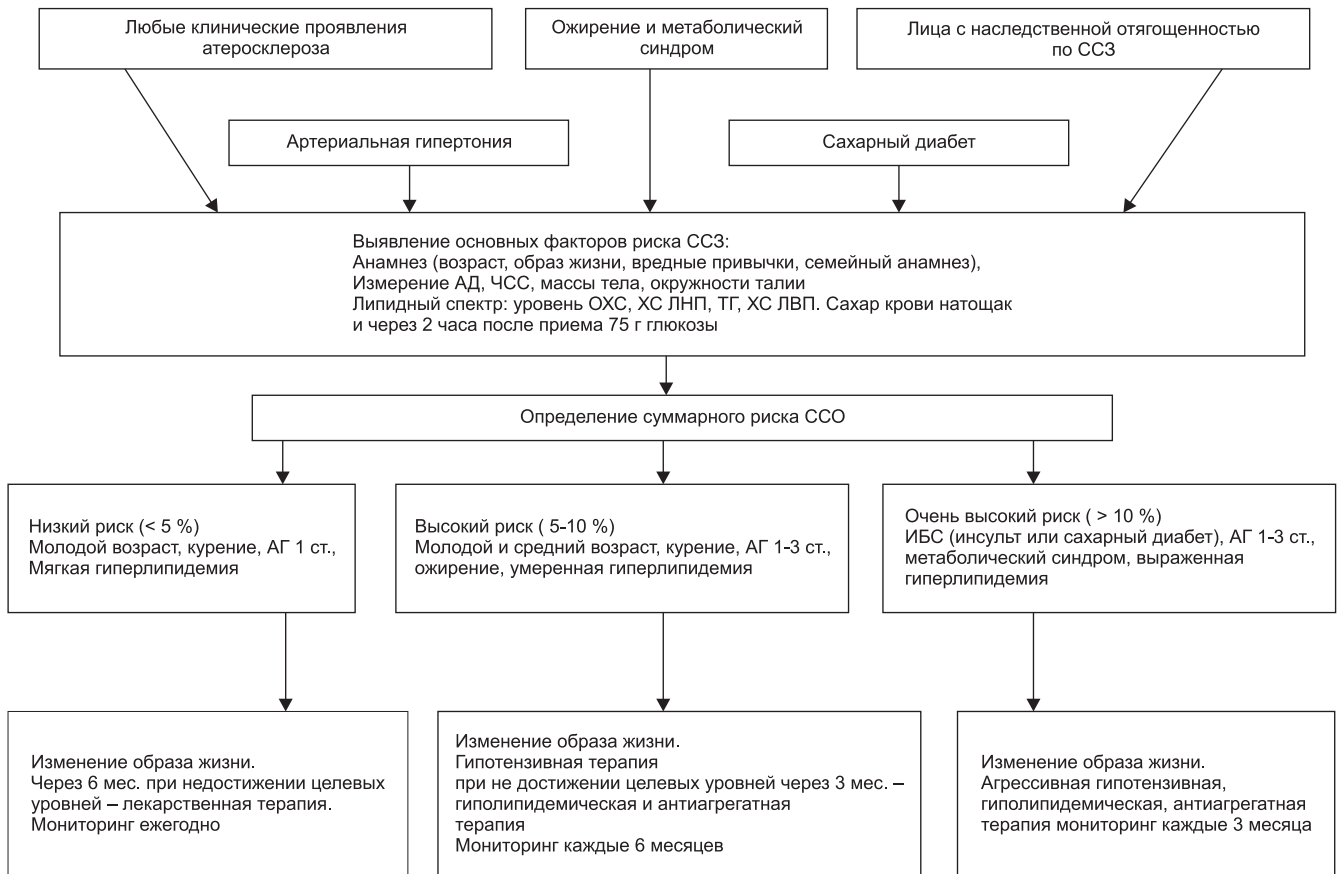
**ТЕСТ ФАГЕНСТРЕМА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

1. Как скоро вы тянетесь за сигаретой, после того как проснетесь?
  1. в течение первых 5 минут.
  2. через 6-30 минут.
  3. через 31-60 минут.
  4. более, чем через 60 минут.
2. Тяжело ли вам воздержаться от курения в тех местах, где оно запрещено?
  1. Да.
  2. Нет.

ТАБЛИЦА ОЦЕНКИ 10-ЛЕТНЕГО ФАТАЛЬНОГО РИСКА ССЗ В ЕВРОПЕЙСКИХ РЕГИОНАХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ССЗ НА ОСНОВАНИИ ПОЛА, ВОЗРАСТА САД, ОХС И СТАТУСА КУРЕНИЯ (SCORE –SYSTEMICCORONARYRISKEVALUATION)



**ОЦЕНКА И ПРОГНОЗ ПО СУММАРНОМУ РИСКУ РАЗВИТИЯ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ССЗ)**



Ильченко И.Н., 2009 год





**БАЗОВЫЙ СПЕКТР ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Рубрика	Диагностические процедуры
<p>А – обязательный минимум обследований гинекологических больных</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Исследование при помощи зеркала. Кольпоскопия. Бимануальное влагалищное исследование. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест). Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) гениталий (1 раз в год, далее – по показаниям), УЗИ молочных желез (1 раз в год, далее – по показаниям). Маммография (в 35-36 лет первая маммография, в 35-50 лет – 1 раз в 2 года, старше 50 лет – 1 раз в год).</p>
<p>Б – предоперационная подготовка больных с гинекологическими заболеваниями</p>	<p>См. рубрику А – обязательный минимум обследований гинекологических больных.                      Анализы крови (*, **, ***) и мочи. Определение группы крови и резус-фактора. Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) – 1 раз в год, электрокардиография (далее – ЭКГ).                      Консультации: врача-терапевта, смежных врачей-специалистов (по показаниям).</p>
<p>В – комплекс исследований на инфекции, передаваемые половым путем</p>	<p>Молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов (полимерная цепная реакция (далее – ПЦР)) (Chlamydia trachomatis, micropлаzma genitalis).                      Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.</p>
<p>* Анализ крови развернутый.                      ** Биохимический анализ крови: исследование уровня общего белка крови, креатинина, уровня аланин-трансаминазы (далее – АЛТ), аспартат-трансаминазы (далее – АСТ), мочевины, общего билирубина, прямого билирубина, глюкозы крови, холестерина, натрия, калия крови.                      *** Коагулограмма.</p>	

Нозологическая форма (код по МКБ-Х)	Объем обследования и лечения на амбулаторном этапе		Показания для госпитализации (код по МКБ-Х)
	диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	лечебные мероприятия	
1	2	3	4
<p>Бесплодие</p> <p>№97.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции</p> <p>№97.1 Женское бесплодие трубного происхождения</p> <p>№97.2 Женское бесплодие маточно-происхождения</p> <p>№97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения</p> <p>№97.4 Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами</p> <p>№97.8 Другие формы женского бесплодия</p> <p>№97.9 Женское бесплодие неуточненное</p> <p>Z31 Восстановление и сохранение детородной функции</p> <p>Z31.0 Тубопластика или вазопластика после ранее проведенной стерилизации</p> <p>Z31.1 Искусственное оплодотворение</p> <p>Z31.2 Оплодотворение in vitro</p> <p>Z31.3 Другие методы, способствующие оплодотворению</p> <p>Z31.4 Исследования и пробы по восстановлению детородной функции</p> <p>Z31.5 Генетическое консультирование</p> <p>Z31.6 Общее консультирование и советы по восстановлению детородной функции</p> <p>Z31.8 Другие меры по восстановлению детородной функции</p> <p>Z31.9 Мера по восстановлению детородной функции неуточненная</p> <p>№99.4 Послеоперационные спайки в малом тазу</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Анализ крови биохимический общетерапевтический.</p> <p>Анализ мочи общий.</p> <p>Микроскопическое исследование влагалищных мазков.</p> <p>Коагулограмма (оригентивочное исследование системы гемостаза).</p> <p>Гистеросальпингография.</p> <p>Гистероскопия офисная.</p> <p>Биопсия эндометрия (пул, пайпель).</p> <p>УЗИ молочных желез.</p> <p>УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез.</p> <p>УЗИ почек и надпочечников.</p> <p>Магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) головы.</p> <p>Исследование уровня пролактина в крови.</p> <p>Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (далее – ФСГ) в сыворотке крови.</p> <p>Исследование уровня лютеинизирующего гормона (далее – ЛГ) в сыворотке крови.</p> <p>Исследование уровня общего и свободного тестостерона, антимюллерова гормона (далее – АМГ) в крови.</p> <p>Исследование уровня свободного тироксина (далее – свободный Т4) сыворотки крови.</p> <p>Исследование уровня тиреотропного гормона (далее – ТТГ) плазмы крови.</p> <p>Исследование уровня прогестерона в крови.</p> <p>Исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в крови.</p> <p>По показаниям исследование общего эстрадиола в крови.</p> <p>Оценка нарушений липидного обмена биохимическая.</p> <p>Маммография.</p> <p>ПЦР диагностика на хламидии.</p> <p>Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на уреаплазму.</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус простого герпеса 1, 2.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на цитомегаловирус.</p> <p>Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды.</p> <p>Паразитологическое исследование влагалищного отделяемого на атрофозоиы трихомонад.</p> <p>Микроскопическое исследование эякулята партнера.</p>	<p>Лечение инфекций, передаваемых половым путем (антибактериальные препараты с учетом возбудителя), регуляция менструального цикла (природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена и прегнадиена комбинированные оральные контрацептивы), стимуляция овуляции (кломифен, менотропины), искусственная инсеминация спермой мужа (донора), стимуляция суперовуляции (ангионадотропинрилизинг гормоны, фоллиotropин альфа, фоллитропин бета, менотропины), агонисты гонадотропинрилизинг гормонов, экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и перенос эмбриона.</p>	<p>Необходимость проведения эндоскопического обследования.</p> <p>Осложнения стимуляции овуляции (гиперстимуляция средней и тяжелой степени). Интраоперационный забор яйцеклетки (при лапароскопии).</p> <p>При наличии гинекологической патологии госпитализация для оперативного лечения (см. соответствующий раздел).</p>
1	2	3	4

<p>Воспалительные заболевания женских половых органов  N70 Сальпингит и оофорит  N70.0 Острый сальпингит и оофорит  N70.1 Хронический сальпингит и оофорит  N70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные  N71.0 Острые воспалительные болезни матки  N71.1 Хронические воспалительные болезни матки  N71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная  N72 Воспалительные болезни шейки матки  N73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит  N73.2 Параметрит и тазовый целлюлит  N73.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин  N73.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов  N73.9 Воспалительная болезнь женских тазовых органов неуточненная  N74.2* Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями  A54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования перитретальных или придаточных желез  A54.9 Гонококковая инфекция неуточненная  A56 Другие хламидийные болезни,</p>	<p>Консультации врачей-специалистов:  а) врача-терапевта (при подготовке к программе экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) и к оперативному лечению,  б) врача-эндокринолога (при наличии эндокринологической патологии),  в) врача-фтизиатра.</p> <p>Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения с рубрикой Б.  Комплекс В.  С-реактивный белок  По показаниям в процессе обследования и лечения повторно: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический, анализ мочи общий, цитологическое исследование тканей матки (цервикса), комплекс В (не ранее чем через 1 месяц после отмены антибиотиков), УЗИ матки и придатков  Обследование на инфекции, передаваемые половым путем (далее – ИППП), полового партнера (врач-уролог).  Осмотр (консультация) врача-хирурга (для исключения острой хирургической патологии), врача-физиотерапевта (по показаниям).</p>	<p>Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительности к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения, нестероидные противовоспалительные препараты.  Физиотерапевтические методы лечения и воздействия.  Нестероидные противовоспалительные препараты.</p>	<p>Необходимость в стационарном лечении по тяжести заболевания и общего состояния.  Для проведения эндоскопического обследования и лечения.  Коды МКБ:  N71.1 Хронические воспалительные болезни матки  N71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная  N70.0 Острый сальпингит и оофорит  N73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит  N73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит  N73.2 Параметрит и тазовый целлюлит  N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин  N73.4 Хронический тазовый перитонит у женщин  N73.5 Тазовый перитонит у женщин  N73.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин  N73.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов  N73.9 Воспалительная болезнь женских тазовых органов неуточненная  N76.4 Абсцесс вульвы  N75.1 Абсцесс бартолиновой железы (большой железы преддверия влагалища)  A54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием перитретальных и придаточных желез  A54.2+ Гонококковая инфекция перитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов</p>
--	--	--	---

<p>A56. Другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем Включено: болезни, передающиеся половым путем, вызванные <i>Chlamydia trachomatis</i> A56.1 + Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов A56.2 Хламидийная инфекция мочевого тракта неуточненная</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения с рубрикой Б. Комплекс В. Бактериологическое исследование отделяемого кисты / абсцесса + чувствительность к антибиотикам. По показаниям в процессе обследования и лечения повторно: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический, анализ мочи общий, гистологическое исследование препарата. Осмотр (консультация) – врача-физиотерапевта.</p>	<p>Удаление кисты бартолиновой железы. Марсуپیализация. Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения, нестероидные противовоспалительные препараты. Физиотерапевтические методы лечения.</p>	<p>При направлении на плановую госпитализацию с рубрикой Б.  Невозможность выполнить оперативное лечение в амбулаторных условиях.</p>
<p>Болезни бартолиновой железы (большой железы преддверия влагалища) N75.0 Киста бартолиновой железы N75.1 Абсцесс бартолиновой железы N75.8 Другие болезни бартолиновой железы N75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения с рубрикой В. Комплекс В. Бактериологическое исследование отделяемого кисты / абсцесса + чувствительность к антибиотикам. По показаниям в процессе обследования и лечения повторно: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический, анализ мочи общий, гистологическое исследование препарата. Осмотр (консультация) – врача-физиотерапевта.</p>	<p>Удаление кисты бартолиновой железы. Марсуپیализация. Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения, нестероидные противовоспалительные препараты. Физиотерапевтические методы лечения.</p>	<p>При направлении на плановую госпитализацию с рубрикой Б.  Невозможность выполнить оперативное лечение в амбулаторных условиях.</p>
<p>Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы Иъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках N76.0 Острый вагинит N76.1 Подострый и хронический вагинит N76.2 Острый вульвит N76.3 Подострый и хронический вульвит N76.4 Абсцесс вульвы N76.5 Изъязвление влагалища N76.6 Изъязвление вульвы N76.8 Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы N77.0* Изъязвление вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках N77.1* Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и пара-</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Обследование в соответствии с рубрикой В. Общий анализ крови и мочи. Реакция Вассермана (далее – RW), ВИЧ, HBsAg, HCV. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) при первичном обращении. ИПЦР с эрозивно-язвенных поверхностей на вирус простого герпеса. Кровь венозная на антиген или ДНК вируса. Серологическая диагностика: IgG, М, индекс avidности IgG. Консультации смежных врачей-специалистов: а) врача-терапевта, б) врача-дерматовенеролога, в) врача-инфекциониста, г) врача-онколога (при N77.8)</p>	<p>Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения, нестероидные противовоспалительные препараты.</p>	<p>Абсцесс вульвы.</p>

1	2	3	4
<p>зитарных болезнях, классифицированных в других рубриках N77.8* Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при других болезнях, классифицированных в других рубриках</p> <p>Доброкачественные заболевания шейки матки</p> <p>N84.1 Полип шейки матки</p> <p>N86 Эрозия и эктропион шейки матки</p> <p>N87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки</p> <p>N87.1 Умеренная дисплазия шейки матки</p> <p>N87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки</p> <p>N88.0 Лейкоплакия шейки матки</p> <p>N88.1 Старый разрыв шейки матки</p> <p>N88.2 Стриктурa и стеноз шейки матки</p> <p>N88.3 Недостаточность шейки матки</p> <p>N88.4 Гипертрофическое удлинение шейки матки</p> <p>N88.8 Другие уточненные невоспалительные болезнн шейки матки</p> <p>N88.9 Невоспалительная болезнн шейки матки неуточненная</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. Комплекс В (кроме N84.1, N88.1- N88.3).</p> <p>Кольпоскопия контроль через 3 месяца.</p> <p>Цитологический контроль через 3 месяца</p> <p>Контроль ПЦР отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus).</p> <p>УЗИ матки и придатков через 3 месяца (N87.2).</p> <p>Пайпель-биопсия.</p> <p>Биопсия эндометрия.</p> <p>Биопсия прицельная под контролем кольпоскопии.</p> <p>Гистологическое исследование удаленного препарата.</p> <p>Консультация врача-онколога (при обнаружении атипических клеток).</p>	<p>1. Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения, интерфероны.</p> <p>2. Манипуляции и оперативные вмешательства:</p> <p>электрокоагуляция / радиоволновая хирургия шейки матки (при наличии);</p> <p>тампонирование лечебное влагаллица;</p> <p>фотодинамическая терапия при новообразованиях женских половых органов (при наличии);</p> <p>лазерная вапоризация при новообразованиях женских половых органов (при наличии);</p> <p>криодеструкция (при наличии);</p> <p>зондирование матки;</p> <p>офисная гистероскопия;</p> <p>диагностическое выскабливание стенок полости матки;</p> <p>диагностическое выскабливание стенок цервикального канала;</p> <p>биопсия шейки матки.</p>	<p>Невозможность проведения лечения в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара.</p>
<p>Другие невоспалительные болезнн влагаллица</p> <p>N89.0 Слабовыраженная дисплазия влагаллица</p> <p>N89.1 Умеренная дисплазия влагаллица</p> <p>N89.2 Резко выраженная дисплазия влагаллица, не классифицированная в других рубриках</p> <p>N89.3 Дисплазия влагаллица неуточненная</p> <p>N89.4 Лейкоплакия влагаллица</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. Комплекс В.</p> <p>Кольпоскопия контроль через 3 месяца.</p> <p>Цитологический контроль через 3 месяца.</p> <p>Контроль ПЦР отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus).</p> <p>УЗИ матки и придатков через 3 месяца.</p> <p>Гистологическое исследование удаленного препарата.</p> <p>Консультация врача-онколога (при обнаружении атипических клеток).</p>	<p>1. Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительности к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения. Интерфероны.</p> <p>2. Манипуляции и оперативные вмешательства:</p> <p>тампонирование лечебное влагаллица;</p>	<p>Невозможность проведения лечения в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара.</p>

<p>№89.5 Структура и агрезия влагалища        №89.8 Другие невоспалительные болезни влагалища        №89.9 Невоспалительная болезнь влагалища неуточненная</p>		<p>фотодинамическая терапия при новообразованиях женских половых органов (при наличии);        лазерная вапоризация при новообразованиях женских половых органов (при наличии);        электрокриохирургия / радиоволновая хирургия;        криодеструкция (при наличии);        диагностическое выскабливание стенок цервикального канала (дисплазия верхней трети влагалища, дисплазия влагалища неуточненная).</p>	<p>Невозможность проведения лечения в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара.</p>
<p>Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности        №90.0 Слабовыраженная дисплазия вульвы        №90.1 Умеренная дисплазия вульвы        №90.2 Резко выраженная дисплазия вульвы, не классифицированная в других рубриках        №90.3 Дисплазия вульвы неуточненная        №90.4 Лейкоплакия вульвы        №90.5 Атрофия вульвы        №90.6 Гипертрофия вульвы        №90.7 Киста вульвы        №90.8 Другие уточненные невоспалительные болезни вульвы и промежности        №90.9 Невоспалительная болезнь вульвы и промежности неуточненная</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.        Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. Комплекс В.        Кольпоскопия / расширенная вульвоскопия контроль через 3 месяца.        Цитологический контроль через 3 месяца.        Контроль ПЦР отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus).        УЗИ матки и придатков через 3 месяца.        Гистологическое исследование удаленного препарата.        Консультация врача-онколога (при обнаружении атипических клеток).</p>	<p>1. Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения. Интерфероны.        2. Манипуляции и оперативные вмешательства:        тампонирование лечебное влагалища;        фотодинамическая терапия при новообразованиях женских половых органов (при наличии);        лазерная вапоризация при новообразованиях женских половых органов (при наличии);        криодеструкция (при наличии);        электрокриохирургия;        микроклизмирование влагалища; удаление кондилом.</p>	
<p>Лейомиома матки        D25.0 Подслизистая лейомиома матки        D25.1 Интрамуральная лейомиома матки        D25.2 Субсерозная лейомиома матки        D25.9 Лейомиома матки неуточненная        D26 Другие доброкачественные новообразования матки</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.        Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. Пайпель-биопсия (аспират из полости матки).        При быстром росте опухоли и невозможности исключить онкопроцесс: УЗИ + цветное доплеровское картирование (далее – ЦДК), исследование уровня антигена аденогенных раков СА19-9, исследование уровня антигена аденогенных раков Са 125 в крови.        УЗИ почек, мочевого пузыря, мочевыводящих путей (при клинических проявлениях нарушения пассажа мочи).        Офисная гистероскопия.        Консультации врачей-специалистов (по показаниям):</p>	<p>Гормоны гноталамуса, гипофиза, гонадотропины и их антагонисты. Введение агонистов гонадотропинрилизинг-гормона (далее – агонисты ГН-РГ) (однократно, депо-форма) с целью подготовки к операции (при крупных миоматозных субмукозных узлах, необходимость отсроченно-го оперативного лечения).</p>	<p>Оперативное лечение в условиях стационара.</p>

1	2	3	4
<p>D26.0 Шейки матки D26.1 Тела матки D26.7 Других частей матки D26.9 Матки неуточненной части</p>	<p>а) врача-хирурга, б) врача-уролога. По показаниям и при невозможности исключить опухоль яичника: колоноскопия / ирригоскопия; зоофагогастродуоденоскопия. По показаниям: цистоскопия (при назначении врачом-урологом); экскреторная урография при низком и интралигаментарном росте опухоли (при назначении врачом-урологом).</p>	<p>Диспансерное наблюдение после оперативного лечения при первом посещении, через 3 и 6 месяцев.</p>	<p>Для обследования и лечения в условиях стационара.</p>
<p>Доброкачественное новообразование яичника D27 Доброкачественное новообразование яичника</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. УЗИ почек, мочевого пузыря, мочевыводящих путей (при симптомных опухолях). При быстром росте опухоли и невозможности исключить онкопроцесс: УЗИ+ЦДК; исследование уровня антигена аденогенных раков СА19-9; исследование уровня антигена аденогенных раков Са 125 в крови; реоэнцефалография (по показаниям); колоноскопия (ирригоскопия) по показаниям; зоофагогастро-дуоденоскопия (по показаниям). УЗИ забрюшинного пространства (при интралигаментарном расположении опухоли).</p>		<p>Для обследования и лечения в условиях стационара.</p>
<p>Доброкачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов D28.0 Вульвы D28.1 Влагалища D28.2 Маточных труб и связок D28.7 Других уточненных женских половых органов D28.9 Женских половых органов неуточненной локализации</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. Топическое УЗИ новообразования. Биопсия новообразования (при возможности гистологического исследования). При невозможности исключить злокачественный процесс: исследование уровня антигена аденогенных раков СА19-9; исследование уровня антигена аденогенных раков Са 125 в крови; реоэнцефалография. Просмотр гистологического препарата. МРТ органов малого таза (уточнение топика).</p>		<p>Для обследования и лечения в условиях стационара.</p>
<p>Эндометриоз матки (аденомиоз) N80.0 Эндометриоз матки (аденомиоз)</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. Офисная гистероскопия. Гистероскопия + раздельное диагностическое выскабливание (далее – РДВ) с возможностью гистологического исследования. МРТ.</p>	<p>Медикаментозная терапия: Нестероидные противовоспалительные препараты. Прогестагены (оральные, внутримышечные, внутриматочные), Комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Введение агонистов ГН-РГ.</p>	<p>Для лечения и обследования в условиях стационара.</p>
<p>N80.1 Эндометриоз яичников N80.2 Эндометриоз маточной трубы N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Для оперативного лечения с рубрикой А и Б. При инфилтративных формах: УЗИ почек, мочевого пузыря, мочевыводящих путей. УЗИ забрюшинного пространства.</p>	<p>Хирургические методы: РДВ эндометрия; гистероскопия. Физиотерапевтические методы: переменное магнитное поле при</p>	<p>Для лечения и обследования в условиях стационара.</p>



<p>N80.4 Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища  N80.5 Эндометриоз кишечника  N80.6 Эндометриоз кожного рубца  N80.8 Другой эндометриоз  N80.9 Эндометриоз неуточненный</p>	<p>МРТ органов малого таза.  Компьютерная томография органов малого таза.  Консультации врачей-специалистов (при вовлечении в инфильтративный процесс смежных органов):  а) врача-хирурга;  б) врача-уролога.  При назначении смежными врачами-специалистами:  колоскопия;  ирригоскопия;  биопсия прямой кишки с помощью эндоскопии;  цистоскопия;  УЗИ почек и надпочечников;  УЗИ забрюшинного пространства;  МРТ забрюшинного пространства;  ретроградная уретеропиелография;  цистография;  эскреторная урография;  исследование кала на скрытую кровь;  уретероцистография.  При подозрении на blastomatosный процесс:  исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови;  исследование уровня антигена аденогенных раков СА19-9;  исследование уровня антигена аденогенных раков Са 125 в крови.  8. Остеоденситометрия</p>	<p>заболеваниях женских половых органов;  электрофорез лекарственных средств при заболеваниях женских половых органов.  Медикаментозная терапия:  гормоны гипоталамуса, гипофиза, гонадотропины и их антагонисты (Гонадотропинрилизинг гормона аналог);  пропионовой кислоты производные;  нестероидные противовоспалительные;  гестагены;  агонисты ГН-РГ или блокаторы ароматазы в послеоперационном периоде.</p>	
<p>Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок, тела и шейки матки. Другие врожденные аномалии [пороки развития] женских половых органов  Неопределенность пола и псевдогермафродитизм  Q50.0 Врожденное отсутствие яичника Q50.1 Кистозная аномалия развития яичника  Q50.2 Врожденный перекрут яичника  Q50.3 Другие врожденные аномалии яичника  Q50.4 Эмбриональная киста фаллопиевой трубы  Q50.5 Эмбриональная киста широкой связки  Q50.6 Другие врожденные аномалии фаллопиевой трубы и широкой связки  Q51.0 Агенезия и аплазия матки</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.  По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б.  Зондирование или осмотр влагалища в детских зеркалах.  УЗИ почек, мочевого пузыря, мочевыводящих путей, надпочечников.  Консультации врачей-специалистов (при наличии клинических проявлений):  а) врача-хирурга;  б) врача-уролога;  в) врача-генетика.  На базе областной больницы или перинатального центра (в условиях стационара):  эскреторная урография;  фистулография (в условиях стационара);  колоскопия (по назначению врачей-специалистов);  цистоскопия (по назначению врачей-специалистов);  МРТ органов малого таза (в условиях стационара);  МРТ забрюшинного пространства;  гистеросальпингография;  ретроградная ретропиелография (по назначению врачей-специалистов);  цистография (по назначению врачей-специалистов);  уретроцисто-графия (по назначению врачей-специалистов);  бактериологическое исследование содержимого влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам;</p>	<p>Медикаментозная терапия (гормональная).  Рассечение атрезированного (плотного) гимена.  Вскрытие и опорожнение гематокольпоса.  Пункция гематокольпоса при атрезии части влагалища (дополнительного замкнутого влагалища).  Рассечение перегородки влагалища.</p>	<p>Для лечения и обследования в условиях стационара.</p>

1	2	3	4
<p>Q51.1 Удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища</p> <p>Q51.2 Другие удвоения матки</p> <p>Q51.3 Двуроговая матка</p> <p>Q51.4 Однорогая матка</p> <p>Q51.5 Агенезия и аплазия шейки матки</p> <p>Q51.6 Эмбриональная киста шейки матки</p> <p>Q51.7 Врожденный свищ между маткой и пищеварительным и мочепускательным трактами</p> <p>Q51.8 Другие врожденные аномалии тела и шейки матки</p> <p>Q51.9 Врожденная аномалия тела и шейки матки неутонченная</p> <p>Q52.0 Врожденное отсутствие влагалища</p> <p>Q52.1 Удвоение влагалища</p> <p>Q52.2 Врожденный ректовагинальный свищ</p> <p>Q52.3 Девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище</p> <p>Q52.4 Другие врожденные аномалии влагалища</p> <p>Q52.5 Сращение губ</p> <p>Q52.6 Врожденная аномалия клитора</p> <p>Q52.7 Другие врожденные аномалии вульвы</p> <p>Q52.8 Другие уточненные врожденные аномалии женских половых органов</p> <p>Q52.9 Врожденная аномалия женских половых органов неутонченная</p> <p>Q56.0 Гермафродитизм, не классифицированный в других рубриках</p> <p>Q56.1 Мужской псевдогермафродитизм, не классифицированный в других рубриках</p> <p>Q56.2 Женский псевдогермафродитизм, не классифицированный в других рубриках</p> <p>Q56.3 Псевдогермафродитизм неутонченный</p>	<p>определение кариотипа (по назначению врача-генетика); гормоны крови (у больных с нарушением формирования пола): ЛГ, ФСГ, АМГ, эстрадиол, тестостерон свободный и общий, прогестерон; пробы с аналогом адренокортикотропного гормона (далее – АКТГ) (по показаниям); молекулярно-генетическое исследование своротки крови на маркеры врожденной дисфункции коры надпочечников (далее – ВДКН) (при неопределенности пола по показаниям).</p>		4

<p>Q56.4 Неопределенность пола неуточненная Q43.7 Сохраняющаяся клоака N89.6 Плотная девственная плева N89.7 Гематокольпос Q52.3 Девственная плева зарращенная</p>			
<p>Опушение и выпадение внутренних половых органов в сочетании с недержанием мочи или без N81.0 Уретроцеле у женщин N81.1 Цистоцеле N81.2 Неполное выпадение матки и влагалища N81.3 Полное выпадение матки и влагалища N81.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное N81.5 Энтероцеле влагалища N81.6 Ректоцеле N81.8 Другие формы выпадения женских половых органов N81.9 Выпадение женских половых органов неуточненное</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б. Консультация врача-уролога при (наличии жалоб со стороны мочевого пузыря и мочеполювой диафрагмы). Консультация врача-хирурга (при наличии жалоб со стороны аноректального отдела диафрагмы таза). УЗИ почек (по назначению врача-уролога). Экскреторная урография (по назначению врача-уролога). Комбинированное уродинамическое исследование при недержании мочи различного генеза (по показаниям).</p>	<p>Экстракорпоральная магнитная стимуляция органов малого таза (10 сеансов). Тренировка мышц тазового дна, в том числе в режиме биологической обратной связи. Лечение (при наличии декубитальной язвы). Медикаментозное лечение недержания мочи.</p>	<p>Оперативное лечение.</p>
<p>Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия N85.2 Гипертрофия матки N85.3 Субинволюция матки N85.4 Неправильное положение матки N85.6 Внутриматочные синехии N85.7 Гематометра N85.8 Другие уточненные невоспалительные болезни матки N85.9 Невоспалительная болезнь матки неуточненная</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б. В послеродовой период с рубрикой А и Б, В. Консультация врача-терапевта (по показаниям). Гистологическое исследование удаленного новообразования женских половых органов.</p>	<p>Природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена, производные прегнадена, производные эстроена. Гормоны гипоталамуса, гипофиза, гонадотропины и их антагонисты. Нестероидные противовоспалительные препараты. Комбинированные оральные контрацептивы. Манипуляции и оперативные вмешательства: раздельное диагностическое выскабливание; гистероскопия; гистологическое исследование удаленного новообразования женских половых органов.</p>	<p>Невозможность лечения в амбулаторных условиях.</p>
<p>Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации N91.0 Первичная аменорея N91.1 Вторичная аменорея N91.2 Аменорея неуточненная N91.3 Первичная олигоменорея N91.4 Вторичная олигоменорея</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б. Гормональная проба с гестагенами, эстрогенами + гестагенами. Гистеросальпинго-графия. По показаниям исследование уровня: 17-гидроксипрогестерона в крови;</p>	<p>Бигуаниды, гестагены, природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена производные эстроена, стимуляторы овуляции синтетические, допаминных рецепторов стимуляторы, половые гормоны и их аналоги.</p>	<p>Необходимость в проведении эндоскопического обследования и лечения.</p>

1	2	3	4
<p> N91.5 Олигоменорея неуточненная  E28.2 Синдром поликистоза яичников  E28.3 Преждевременная менопауза  E28.8 Другие виды дисфункций яичников (метаболический синдром)  N88.8 Другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки (атрезия цервикального канала)  N88.9 Невоспалительная болезнь шейки матки неуточненная  N85.6 Внутриматочные синехии </p>	<p> ДГА сульфата в крови;  протестерона в крови;  общего эстрадиола в крови;  дигидротестостерона в крови;  глобулина, связывающего половые гормоны;  пролактин в крови;  ТТГ, свободного трийодтиронина (далее свободный Т3), свободный Т4 общего / свободного тестостерона в крови;  хорионического гонадотропина в крови;  ЛГ в сыворотке крови;  Исследование уровня ФСГ в сыворотке крови АМГ.  Липидный спектр (E28.2, E28.3, E28.8)  Исследование уровня:  общих липидов в крови;  триглицеридов в крови;  холестерина в крови;  липопротеинов в крови.  Глюкозо-толерантный тест.  Консультации врачей-специалистов (по показаниям):  а) врача-невролога;  б) врача-офтальмолога;  в) врача-психиатра;  г) врача-терапевта;  д) врача-фтизиатра;  е) врача-эндокринолога;  ж) врача-генетика.  Комплекс исследований пробанда  УЗИ:  щитовидной железы;  надпочечников;  мочевыводящих путей;  печени.  МРТ и рентгенологические исследования по показаниям:  рентгенография основания черепа;  МРТ головы;  МРТ органов малого таза.  рентгеноденситометрия позвоночника.  Обследование в соответствии с рубрикой А.  По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б.  По показаниям обследование в соответствии с рубрикой В (при подозрении на хронический эндометрит).  Комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии.  Взятие аспирата из полости матки и его гистологическое исследование (пайпель-биопсия).  ПАП-тест </p>	<p> Природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена, производные прегнадиена, производные эстрена.  Гормоны гипоталамуса, гипофиза, гонадотропины и их антагонисты.  Препараты железа для перорального приема.  Манипуляции и оперативные вмешательства. </p>	<p> Невозможность лечения и обследования в амбулаторных условиях.  Тяжелое состояние больной. </p>
<p> Обильные, частые и нерегулярные менструации  N92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле  N92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле  N92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде  N92.3 Овуляторные кровотечения </p>			

<p>№92.4 Обильные кровотечения в предменопаузном периоде  №92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций  №92.6 Нерегулярные менструации неуточненные</p>	<p>Консультации врачей-специалистов:  а) врача-терапевта;  б) врача-эндокринолога.</p>	<p>РДВ;  гистероскопия;  разделение внутриматочных сращений;  абляция при новообразованиях женских половых органов;  выскабливание стенок цервикального канала;  гистологическое исследование удаленного новообразования женских половых органов.</p>	<p>Невозможность лечения и обследования в амбулаторных условиях.  Тяжелое состояние больной.</p>
<p>№92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде</p>	<p>УЗИ органов малого таза.  Исследование уровня: свободного Т4 крови; ТТГ; хорионического гонадотропина в крови; прогестерона в крови; общего эстрадиола в крови.</p>	<p>Природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена, производные прегнадена, производные эстрена, препараты железа для перорального приема.</p>	
<p>Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища  №93.0 Посткоитальные или контактные кровотечения  №93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища  №93.9 Аномальное и неуточненное влагалищное кровотечение</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.  По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б.  По показаниям обследование в соответствии с рубрикой В.  Взятие аспирата из полости матки и его гистологическое исследование (пайпель-биопсия).  Биопсия новообразования шейки матки / влагалища с гистологическим исследованием.  Консультации врачей-специалистов:  а) врача-терапевта;  б) врача-эндокринолога;  в) врача-онколога.  Комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии.  Исследование уровня:  а) свободного Т4 крови;  б) ТТГ плазмы крови;  в) бета-субъединицы хорионического гонадотропина (далее – бета-ХГ) в крови.</p>	<p>Природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена, производные прегнадена, производные эстрена, препараты железа для перорального приема.  Манипуляции и оперативные вмешательства:  РДВ и гистероскопия;  разделение внутриматочных сращений;  абляция при новообразованиях женских половых органов;  выскабливание стенок цервикального канала;  биопсия новообразования шейки матки / влагалища с возможностью гистологического исследования;  гистологическое исследование удаленного новообразования женских половых органов.</p>	
<p>Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом  №94.0 Боли в середине менструального цикла</p>	<p>УЗИ гениталий  При исключении апоплексии яичника:  Обследование в соответствии с рубрикой А.  По показаниям обследование в соответствии с рубрикой В.</p>	<p>Антибактериальные препараты системного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам (по показаниям),</p>	<p>При подозрении на апоплексию яичника госпитализация в стационар в экстренном порядке.  Неэффективность консервативной терапии.</p>

1	2	3	4
<p>N94.1 Диспареуния N94.2 Вагинизм N94.4 Первичная дисменорея N94.5 Вторичная дисменорея N94.6 Дисменорея неуточненная N94.8 Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом N94.9 Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточненные</p>	<p>Консультации врачей-специалистов по показаниям: а) врача-гинеколога; б) врача-эндокринолога; в) врача-невролога. По показаниям исследование уровня: а) бета-ХГ крови; б) прогестерона в крови; в) общего эстрадиола в крови.</p> <p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой В. По показаниям обследование в соответствии с рубрикой В. Консультации врачей-специалистов по показаниям: а) врача-гинеколога; б) врача-эндокринолога; в) врача-невролога; (N94.1 , N94.2) г) врача-психиатра; (N94.1 , N94.2) д) врача-уролога; е) врача-хирурга.</p>	<p>нестероидные противовоспалительные препараты, комбинированные эстроген-гестагенные препараты.  Нестероидные противовоспалительные препараты. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Агонисты гонадотропин релизинг гормона. Прогестагены. Физиотерапевтические методы лечения.</p>	<p>Неэффективность консервативной терапии. Необходимость обследования в условиях стационара.</p>
<p>N94.3 Синдром предменструального напряжения</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. Гормоны крови Исследование уровня: прогестерона в крови; серотонина в крови. Консультации врачей-специалистов: а) врача-невролога; б) врача-психиатра; в) врача-гинеколога. УЗИ: щитовидной железы; почек и надпочечников; печени; молочных желез. МРТ головного мозга с контрастированием.</p>	<p>Природные и полусинтетические эстрогены, производные прегнена, производные прегнадиена, производные эстроена, нестероидные противовоспалительные препараты, комбинированные оральные контрацептивы. Производные спиронолактона. Физиотерапевтические методы лечения. Агонисты лолиберина. Фитопрепараты.</p>	
<p>Свищи с вовлечением женских половых органов N82.0 Пузырно - влагалищный свищ N82.1 Другие свищи женских мочеполовых путей N82.2 Свищ влагалищно - тонкокнищечный N82.3 Свищ влагалищно - толстокишечный</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б. Зондирование свищевого хода. Ректовагинальное двуручное исследование (N82.2- N82.4). Анализ влагалищных выделений на флору, степень чистоты. Бактериологический посев влагалищных выделений + чувствительность к антибиотикам. Бактериологический посев мочи + чувствительность к антибиотикам. Фистулография, вагинография (по показаниям).</p>	<p>1. Санация свища / влагалища. 2. Антибактериальные препараты системного и местного применения с учетом возбудителя и чувствительностью к антибиотикам, прочие противомикробные препараты, противогрибковые препараты системного и местного применения. Интерфероны</p>	<p>Для лечения и обследования в условиях стационара. Ухудшение состояния больной.</p>

<p>№82.4 Другие кишечно-генитальные свищи у женщин</p> <p>№82.5 Свищи генитально-кожные у женщин</p> <p>№82.8 Другие свищи женских половых органов</p> <p>№82.9 Свищ женских половых органов неуточненный</p>	<p>УЗИ мочевого пузыря, почек, мочеточников. УЗИ матки.</p> <p>Гистероскопия.</p> <p>Гистеросальпингография.</p> <p>МРТ малого таза и компьютерная томография по показаниям.</p> <p>Ирригоскопия (колоноскопия), ирригография (№82.2- №82.4).</p> <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-уролога;</p> <p>б) врача-хирурга.</p> <p>По назначению врача-уролога: экскреторная урография; цистоскопия / хромоцистоскопия; ретроградная цистоскопия / уретероскопия.</p>	<p>3. Манипуляции и оперативные вмешательства:</p> <p>микроклизмирование влагалища; тампонирование лечебное влагалища;</p> <p>гистероскопия;</p> <p>цистоскопия;</p> <p>фистулография, вагинография (по показаниям);</p> <p>гистеросальпингография.</p>	
<p>Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки</p>			
<p>№83.1 Киста желтого тела (разрыв / кровоизлияние)</p>	<p>УЗИ гениталий.</p>	<p>При подозрении на разрыв кисты желтого тела (кровоизлияние в кисту) госпитализация в стационар в экстренном порядке.</p>	<p>Подозрение на апоплексию яичника / кровоизлияние в кисту желтого тела.</p>
<p>№83.0 Фолликулярная киста яичника</p> <p>№83.1 Киста желтого тела</p> <p>№83.2 Другие и неуточненные кисты яичника</p> <p>№83.8 Другие невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки</p> <p>№83.9 Невоспалительная болезнь яичника, маточной трубы и широкой связки матки неуточненная</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой Б.</p> <p>Контроль УЗИ в динамике.</p>	<p>Динамическое наблюдение.</p>	<p>Для планового оперативного лечения.</p> <p>№83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы.</p>
<p>Нарушения менопаузы и другие нарушения в околomenопаузном периоде</p> <p>№95.1 Менопаузное и климактерическое состояние у женщин</p> <p>№95.2 Постменопаузный атрофический вагинит</p> <p>№95.3 Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой</p> <p>№95.8 Другие уточненные нарушения менопаузного и перименопаузного периода</p> <p>№95.9 Менопаузные и перименопаузные нарушения неуточненные</p> <p>M81.0 остеопороз постменопаузный</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. По показаниям и при направлении на плановую госпитализацию с рубрикой А и Б.</p> <p>Денситометрия.</p>	<p>Заместительная гормональная терапия (трансдермальные и пероральные формы).</p> <p>Витамины и витаминоподобные средства в комбинациях.</p> <p>Корректоры метаболизма костной и хрящевой ткани в комбинациях.</p>	

	2	3	4
<p>№62 Гипертрофия молочной железы</p> <p>№63 Остеопороз постменопаузальный с патологическим Переломом между позвонками</p> <p>№64 Заболевание молочной железы в состоянии, связанное с истощением, вызванным постменопаузальными Мастодиния</p>			
<p>№64.4 Мастодиния (диффузная Мастодиния), связанные с искусственным оплодотворением</p> <p>№98.0 Инфекция, связанная с искусственным оплодотворением</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.</p> <p>Осмотр и пальпация молочных желез.</p> <p>УЗИ молочных желез + доплерография.</p> <p>Рентгеномаммография.</p>	<p>Заместительная гормональная терапия (трансдермальные и пероральные).</p> <p>Корректоры метаболизма костной ткани.</p> <p><b>Иммуномодуляторы.</b></p> <p>Фитотерапия</p> <p>Комбинированные оральные контрацептивы.</p> <p>Ингибиторы пролактина.</p>	
<p>№98.1 Патологические изменения связанные с попыткой имплантации оплодотворенной яйцеклетки после экстракорпорального оплодотворения</p> <p>№98.3 Осложнения, связанные с попыткой имплантации эмбриона</p> <p>№98.8 Другие осложнения, связанные с искусственным оплодотворением</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения с рубрикой Б.</p> <p>Осмотр и пальпация молочных желез.</p> <p>УЗИ молочных желез + доплерография.</p> <p>Рентгеномаммография.</p> <p>ФСГ, ЛГ, ТТГ, свободный Т4, пролактин, эстрадиол, прогестерон.</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого из соска.</p> <p>Консультация врача-эндокринолога.</p> <p>МРТ с контрастом.</p>	<p>Прогестагены.</p> <p>Ингибиторы пролактина.</p>	<p>Неэффективность консервативной терапии в амбулаторных условиях.</p> <p>Ухудшение течения заболевания.</p>
<p>№98.9 Осложнение, связанное с искусственным оплодотворением, неуточненное</p>			
<p>Доброкачественная дисплазия молочной железы.</p> <p>Гипертрофия молочной железы.</p> <p>Образование в молочной железе неуточненное</p> <p>№60.0 Солитарная киста молочной железы</p> <p>№60.1 Диффузная кистозная мастопатия</p> <p>№60.2 Фиброаденоз молочной железы</p> <p>№60.3 Фибросклероз молочной железы</p> <p>№60.4 Эктазия протоков молочной железы</p> <p>№60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы</p> <p>№60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы</p>	<p>При кистозно-узловой форме направление в онкологический диспансер.</p> <p>Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения – с рубрикой Б.</p> <p>Осмотр и пальпация молочных желез.</p> <p>УЗИ молочных желез + доплерография.</p> <p>Рентгеномаммография / дуктография.</p> <p>ФСГ, ЛГ, ТТГ, свободный Т4, пролактин, эстрадиол, прогестерон.</p> <p>Биопсия после менструации.</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого из соска.</p> <p>Гистологическое исследование препарата.</p> <p>Консультация врача-онколога.</p> <p>УЗИ щитовидной железы, надпочечников.</p> <p>Кортизол крови, 17-кетостероиды</p>	<p>Препараты, содержащие прутняк.</p> <p>Фитотерапия.</p> <p>Йодид калия.</p> <p>Прогестагены.</p> <p>Ингибиторы пролактина.</p> <p>Антиэстрогены.</p> <p>Подбор заместительной гормональной терапии.</p> <p>Комбинированные оральные контрацептивы.</p>	<p>Невозможность лечения и обследования в амбулаторных условиях.</p>



## ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ВОЗРАСТЕ ДО 17 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

### Базовый спектр обследования в амбулаторных условиях

Рубрика		Диагностические процедуры	
А – обязательный минимум обследований гинекологических больных	<p>Анамнез и жалобы; визуальное исследование кожных покровов (стрии, акне, гиперпигментация, распределение и выраженность оволосения), ротоглотики, молочных желез; наружных половых органов; пальпаторное исследование молочных желез, щитовидной железы, наружных половых органов; оценка степени развития молочных желез (В1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру; измерение артериального давления (далее – АД); измерение температуры тела (по показаниям); антропометрия; подсчет индекса массы тела (далее – ИМТ); оценка соответствия физического развития и ИМТ возрасту пациентки; заполнение повозрастной центильной шкалы роста и массы тела.</p> <p>УЗИ органов малого таза трансабдоминальное (предпочтительно на 3-5 день менструального цикла) по показаниям и при углубленной диспансеризации в возрасте 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет. Бимануальное ректоабдоминальное (по показаниям) или влагалищное исследование. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест) у девочек, имеющих сексуальные контакты. УЗИ молочных желез (по показаниям).</p> <p>См. рубрику А – обязательный минимум обследований гинекологических больных.</p> <p>Анализ крови (*; **, ***) и мочи. Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) – 1 раз в год, ЭКГ.</p> <p>Консультации: врача-педиатра или врача-терапевта подросткового, смежных врачей-специалистов (по показаниям).</p>		
Б – предоперационная подготовка больных с гинекологическими заболеваниями	<p>См. рубрику А – обязательный минимум обследований гинекологических больных.</p> <p>Анализ крови (*; **, ***) и мочи. Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) – 1 раз в год, ЭКГ.</p> <p>Консультации: врача-педиатра или врача-терапевта подросткового, смежных врачей-специалистов (по показаниям).</p>		
* Анализ крови развернутый ** Биохимический анализ крови: исследование уровня общего белка крови, креатинина, уровня АЛТ, АСТ, мочевины, общего билирубина, глюкозы крови, холестерина, натрия, калия крови. *** Коагулограмма			
Нозологическая форма (код по МКБ-Х)	Объем обследования и лечения на амбулаторном этапе		
	диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	лечебные мероприятия	Показания для госпитализации (код по МКБ-Х)
1  Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы Иъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках N76.0 Острый вагинит N76.1 Подострый и хронический вагинит N76.2 Острый вульвит N76.3 Подострый и хронический вульвит N76.4 Абсцесс вульвы N76.5 Изъязвление влагалища N76.6 Изъязвление вульвы	2  Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения – с рубрикой Б. Общий анализ крови и мочи. Вульвоскопия и вагиноскопия. Микробиологическое исследование отделяемого (соскоба) со стенок влагалища на аэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы, в том числе грибы, и их чувствительность к антибиотикам и другим препаратам. Исследование влагалищного отделяемого с помощью ПЦР – диагностика мов для хламидий, трихомонад, гонореи, вируса простого герпеса 1,2 типа, цитомегаловируса, уреаплазмы, микоплазмы, вируса папилломы человека (при указании на подобные заболевания в семье, при изнасиловании или иных действиях сексуального характера).	3  Ультрафиолетовое облучение (далее – УФО) или светолечение (поляризованным светом) области вульвы. Фитовоздействие на область промежности. Введение лекарственных средств интравагинально (с антисептиками, антибиотиками, антипротозойными средствами, антигитмикотиками). Спринцевание влагалища растворами антисептиков.	4  Отсутствие эффекта от лечения в амбулаторных условиях. Подозрение на инородное тело влагалища или органическую патологию внутренних половых органов. Необходимость хирургического разделения грубого или полного сращения малых половых губ, удаления кондилом вульвы и влагалища. Абсцесс вульвы.

<p>76.8 Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы N77.0* Изъязвление вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках</p> <p>N77.1* Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках</p> <p>N77.8* Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при других болезнях, классифицированных в других рубриках</p>	<p>Комплекс исследований для выявления аллергена (при наличии проявлений атопического дерматита).</p> <p>Исследование уровня сывороточного иммуноглобулина E в крови аллергена (при наличии проявлений атопического дерматита).</p> <p>Микроскопия соскоба с кожи (при выявлении лейкоплакии и гиперкератоза кожи больших и малых половых губ).</p> <p>Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности периаанальных складок на яйца гельминтов.</p> <p>Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи периаанальных складок на яйца астриц (<i>Enterobius vermicisligis</i>).</p> <p>Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов.</p> <p>УЗИ мочевого пузыря.</p> <p>Консультация врачей-специалистов (по показаниям);</p> <p>а) врача-педиатра (при отсутствии врачей-специалистов в соответствии с выявленными сопутствующими воспалительными заболеваниями);</p> <p>б) врача-оториноларинголога (при указании на недавно перенесенное или имеющееся воспаление носа и ротоглотки);</p> <p>в) врача-уролога (при указании на недавно перенесенное или имеющееся воспаление мочевого пузыря и почек);</p> <p>г) врача-аллерголога-иммунолога (при наличии проявлений атопического дерматита);</p> <p>д) врача-дерматовенеролога (при подозрении на кожное заболевание вульвы и промежности);</p> <p>е) врача-физиотерапевта.</p> <p>15. При подготовке к госпитализации:</p> <p>а) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (и при подозрении на туберкулез).</p> <p>б) RW (и при подозрении на сифилому).</p> <p>в) Определение антител класса M, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1 и HIV 2, антигена HBsAg Hepatitis B virus, антител класса M, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus.</p>	<p>Нажное применение лекарственных средств (мазевые, кремы или гелевые аппликации на наружные половые органы с бактериостатическими, антибактериальными, анестезирующими, вяжущими и десенсибилизирующими веществами).</p> <p>По показаниям – лечение глистной инвазии, хламидиоза, уреаплазмоза, герпетических и папилломавирусных образований, применение иммуномодуляторов.</p> <p>При сочетании с синехиями малых половых губ – аппликации крема с эстриолом и противорубцовыми комплексными препаратами.</p> <p>Антимикотики (при грибковых поражениях вульвы и влагалища и в сочетании с антибиотиками).</p> <p>Антигистаминные препараты (при указаниях и проявлениях местных и системных аллергических реакций).</p> <p>Эубиотики или пробиотики (после окончания антибиотикотерапии и при подтверждении дисбактериоза влагалища и кишечника).</p> <p>Лазеротерапия при болезнях наружных женских половых органов.</p>	<p>Уточнение диагноза, в том числе проведение диагностической стимуляционной пробы с ГН-РГ, МРТ головного мозга с выключением сознания с помощью внутривенной анестезии.</p> <p>Необходимость нейрохирургического лечения.</p>
<p>Преждевременное половое развитие (далее – ППР) E 30.1</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.</p> <p>При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения – с рубрикой Б.</p> <p>Прием (осмотр и консультация) врача-акушера-гинеколога.</p> <p>Вульвоскопия.</p> <p>Вагиноскопия.</p> <p>Цитологическое исследование влагалищных мазков для выявления повреждений эпителиальных клеток.</p> <p>Определение костного возраста по данным рентгенографии кистей и запястьев рук (летам в возрасте 2 лет и более).</p> <p>УЗИ молочных желез.</p> <p>УЗИ щитовидной железы.</p> <p>УЗИ надпочечников.</p> <p>Гормональный профиль: ЛГ, ФСГ, эстрадиол, пролактин, ТТГ, свободный Т4, свободный Т3, кортизол, 17-гидрокси-прогестерон (далее – 17-ОП),</p>	<p>При полной форме ППР – терапия депонированными, содержащими агонисты ЛГ-РГ (при костном возрасте не более 11,5 лет), либо назначением гестагенов (производным прегнена с андрогенным свойством) в непрерывном режиме, либо назначением блокаторов ароматазы (при синдроме Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева).</p> <p>При фолликулярных кистах яичников динамическое наблюдение в течение 3-х месяцев, при персистирующих кистах – оперативное лечение.</p>	<p>Уточнение диагноза, в том числе проведение диагностической стимуляционной пробы с ГН-РГ, МРТ головного мозга с выключением сознания с помощью внутривенной анестезии.</p> <p>Необходимость нейрохирургического лечения.</p>

1	2	3	4
<p>Задержка полового развития</p> <p>E23.0</p> <p>E28.3</p> <p>E30.0</p> <p>E34.5</p> <p>E89.3</p> <p>E89.4</p> <p>Q50.0-3</p> <p>Q56.0-4</p> <p>Q87.1</p> <p>Q96.1-4,8-9</p> <p>Q97.2, 8-9</p> <p>Q97.3</p> <p>Q 99.0</p> <p>Q99.1</p>	<p>дегидро-эпандростерона сульфат (далее - ДЭГА-сульфат), андростендион, тестостерон, АМГ, антитела к тиреопероксидазе (далее – антитела к ТПО) и тирео-глобулину (далее – антитела к ТГ).</p> <p>Исследование уровня микроэлементов сыворотки крови (натрий, калий, хлор).</p> <p>Медикаментозные пробы с агонистами ГН-РГ при подозрении на полную форму ППР или с аналогом АКТП при завышенном содержании 17-ОП и гипокортизолемии.</p> <p>Молекулярно-генетическое исследование сыворотки крови на маркеры ВДКН (по показаниям).</p> <p>Эхо-энцефалография.</p> <p>МРТ головного мозга с контрастированием.</p> <p>Электронцефалограмма.</p> <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-педиатра (при отсутствии врачей-специалистов в соответствии с выявленными сопутствующими заболеваниями);</p> <p>б) врача-детского эндокринолога;</p> <p>в) врача-невролога;</p> <p>г) врача-нейрохирурга (по показаниям).</p> <p>При подготовке к госпитализации:</p> <p>а) Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перинальных складок на яйца гелиминтов.</p> <p>б) Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гелиминтов.</p> <p>в) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.</p> <p>г) ЭКГ.</p> <p>д) RW.</p> <p>е) Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1 и HIV 2, антигена HBsAg Hepatitis B virus, антител класса М, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus.</p>	<p>При нарушении функции щитовидной железы (субклинический, манифестный гипотиреоз, диффузный зутиреоидный зоб) – назначение препаратов йода или препаратов тиреоидных гормонов.</p> <p>Диуретики (при внутривенной гипертензии).</p> <p>Препараты, улучшающие мозговое кровообращение, психостимуляторы и ноотропы, противопилептические препараты (по показаниям).</p> <p>При гетеросексуальном ППР на фоне ВДКН без потери соли – заместительная терапия глюкокортикоидными препаратами; с потерей соли – компенсация электролитного дисбаланса.</p>	
<p>E23.0</p> <p>E28.3</p> <p>E30.0</p> <p>E34.5</p> <p>E89.3</p> <p>E89.4</p> <p>Q50.0-3</p> <p>Q56.0-4</p> <p>Q87.1</p> <p>Q96.1-4,8-9</p> <p>Q97.2, 8-9</p> <p>Q97.3</p> <p>Q 99.0</p> <p>Q99.1</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А.</p> <p>При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения – с рубрикой Б.</p> <p>Прием (осмотр и консультация) врача-акушера-гинеколога.</p> <p>Вульвоскопия.</p> <p>Вагиноскопия.</p> <p>Ректоабдоминальное исследование (после опорожнения кишечника или очистительной клизмы).</p> <p>Определение костного возраста (рентгенография кистей и запястья рук).</p> <p>УЗИ молочных желез.</p> <p>УЗИ щитовидной железы.</p> <p>УЗИ надпочечников.</p> <p>Гормональный профиль (сыворотка венозной крови): хорионический гонадотропин, ЛГ, ФСГ, гормон роста, эстрадиол, пролактин, ТТГ, свободный Т4, свободный Т3, кортизол, 17-ОП, ДЭГА-сульфат, андростендион, тестостерон, АМГ, антитела к ТПО, антитела к ТГ, антитела к рецепторам ТТГ.</p> <p>Определение содержания раково-эмбрионального антигена, СА-125, альфа-фетопротеина, С-19-9 (при подозрении на злокачественную опухоль гонад).</p>	<p>Развивающаяся и поддерживающая гормональная терапия препаратами, содержащими эстрадиол и гестагены в постоянном последовательном режиме или в составе комбинированных оральных контрацептивов.</p> <p>Препараты, улучшающие мозговое кровообращение.</p> <p>Психостимуляторы и ноотропные препараты.</p> <p>Противоэпилептические препараты (по показаниям).</p> <p>Средства, улучшающие периферическое кровообращение.</p> <p>При нарушении функции щитовидной железы (субклинический, манифестный гипотиреоз, диффузный зутиреоидный</p>	<p>Уточнение диагноза, в том числе проведение диагностической стимуляционной пробы с ГН-РГ.</p> <p>Необходимость лапароскопического удаления гонад у девочек с хромосомой Y.</p>

<p>Определение кариотипа. Идентификация генов. Денситометрия с определением Z-критерия. Медикаментозные пробы с агонистами ГН-РГ при заниженном или нормативном содержании ЛГ и ФСГ или с аналогом АКТП при повышенном содержании ЛГ и гипокорти-золемии. Исследование уровня микроэлементов сыворотки крови (натрий, калий, хлор). Глюкозотолерант-ный тест (с пищевой нагрузкой - постпрадиальный или с нагрузкой 75 мг глюкозы) с определением уровня глюкозы и иммунореактивного инсулина натощак и спустя 2 часа после пробы. Эхо-энцефалография. Допплерометрия сосудов головного мозга (по показаниям). МРТ головного мозга с контрастированием (по показаниям). Электроэнцефало-грамма. Микроскопическое и цитологическое исследование влагалищных мазков. Консультации врачей-специалистов: а) врача-педиатра или врача-терапевта подросткового (при отсутствии врачей-специалистов в соответствии с выявленными сопутствующими заболеваниями); б) врача-эндокринолога; в) врача-генетика; г) врача-невролога (по показаниям); д) врача-психотерапевта (по показаниям); е) врача-физиотерапевта (по показаниям). При подготовке к госпитализации: а) Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перинальных складок на яйца гельминтов. б) Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. в) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки. г) ЭКГ. д) RW. е) Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1 и HIV 2, антигена HBsAg Hepatitis B virus, антител класса М, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus.</p>	<p>зоб) назначение препаратов йода или препаратов тиреоидных гормонов. Восполнение дефицита минеральной плотности костей. Препараты, восстанавливающие микробиоценоз влагалища. Поливитаминовые препараты. Фитовоздействие. Воздействие преформированными физическими факторами. Иглорефлексотерапия.</p>	<p>Необходимость уточнения диагноза с помощью гистероскопии и лапароскопии. Отсутствие положительного эффекта на фоне проводимой терапии. Необходимость хирургической коррекции порока матки и (или) влагалища.</p>
<p>Дисменорея N94.4-6</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой А. При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения – с рубрикой Б. Вульвоскопия. Вагиноскопия. Ректоабдоминальное исследование (после опорожнения кишечника или очистительной клизмы). УЗИ органов малого таза трансабдомина-льное (повторное) за 3-5 дней до ожидаемой менструации. УЗИ молочных желез. Гормональный профиль (сыворотка венозной крови): эстрадиол и прогестерон за 3-5 дней до ожидаемой менструации. Определение содержания СА-125.</p>	<p>Нестероидные противовоспалительные средства. Аналгетики. Витамин Е. Препараты магния. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (по показаниям). Гестагены. Комбинированные оральные контрацептивы. Ноотропные препараты (по показаниям).</p>

1	2	3	4
<p>Дисфункция гипоталамуса, неклассифицированная в других рубриках, несвязанная с беременностью. E23.3</p>	<p>Определение уровня С-реактивного белка.  Определение вегетативного статуса.  Эхокардиография.  Подсчет выраженности признаков дисплазии соединительной ткани в баллах.  Медикаментозные пробы: проба с нестероидными противовоспалительными средствами в дни болезненной менструации.  МРТ органов малого таза (по показаниям).  Исследование уровня микроэлементов сыворотки крови (кальций, железо, магний).  Микроскопическое исследование влагалищных мазков.  Микробиологическое исследование влагалищного отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам. ПЦР-диагностика соскоба влагалищной стенки на микробиоценоз.  ПЦР-диагностика соскоба цервикального канала на хламидии, микоплазмы, цитомегаловирус, вирус простого герпеса 1, 2 типа, папилломавирус (по показаниям).  Серологические реакции на инфекции, вирусы.  Консультации врачей-специалистов:  а) врача-терапевта подросткового (при отсутствии врачей-специалистов в соответствии с выявленными сопутствующими заболеваниями);  б) врача-невролога (по показаниям);  в) врача-психотерапевта (по показаниям);  г) врача-физиотерапевта (по показаниям);  д) врача-хирурга (по показаниям);  е) врача-фтизиатра (по показаниям).  При подготовке к госпитализации:  а) Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перинальных складок на яйца гельминтов.  б) Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов.  в) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.  г) ЭКГ.  д) RW.  е) Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1 и HIV 2, определение антигена HBsAg Hepatitis B virus, определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus.  Обследование в соответствии с рубрикой А.  При направлении на плановую госпитализацию для оперативного лечения – с рубрикой Б.  Оценка менструального календаря.  Ректоабдоминальное исследование (после опорожнения кишечника или очистительной клизмы).  Определение костного возраста.  УЗИ молочных желез.  УЗИ щитовидной железы.  УЗИ надпочечников.  Биохимия крови с исследованием микроэлементов (натрий, кальций, калий, хлор, железо, магний).</p>	<p>Седативные препараты.  Транквилизаторы (по показаниям).  Дофаминергические препараты (при выявлении гиперпролактинемии).  Средства, улучшающие периферическое кровообращение.  Агонисты ГН-РГ (при выявлении эндометриоза половых органов).  Воздействие преформированными физическими факторами.  Массаж при заболеваниях женских половых органов.  Фитовоздействие.  Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры цервикального канала (при выявлении воспалительной болезни матки).</p>	<p>Отсутствие эффекта от проводимой терапии в амбулаторных условиях.  Для проведения дополнительного обследования и уточнения диагноза.  Необходимость проведения интенсивного курса терапии.</p>

	<p>Гормональное исследование крови: бета-ХГЧ, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, пролактин, тестостерон, кортизол; ГТТ, свободный Т4, антитела к ТПО, антитела к Г, антитела к рецепторам ТТГ, ДЭГА-сульфат, 17-ОП, андростендион, АМГ на 2-3 день естественного менструального цикла или менструально-подобной реакции на применение гестагенов в течение 8-10 дней.</p> <p>Определение ночной секреции ПРЛ в 3.00 (по показаниям).</p> <p>Денситометрия с определением Z-критерия.</p> <p>Постспиральный или глюкозотолерантный тест с определением уровня глюкозы и иммунореактивного инсулина натощак и спустя 2 часа после пробы.</p> <p>Эхо-энцефалография.</p> <p>МРТ головного мозга с контрастированием.</p> <p>Электроэнцефало-грамма.</p> <p>Доплерометрия сосудов головного мозга.</p> <p>Реоэнцефалография (по показаниям).</p> <p>Микроскопическое и цитологическое исследование влагалищных мазков.</p> <p>Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-педиатра или врача-терапевта подросткового (при отсутствии врачей-специалистов в соответствии с выявленными сопутствующими заболеваниями);</p> <p>б) врача-эндокринолога;</p> <p>в) врача-психотерапевта;</p> <p>г) врача-невролога (по показаниям);</p> <p>д) врача-физioterapeuta (по показаниям).</p> <p>При подготовке к госпитализации:</p> <p>а) Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перианальных складок на яйца гельминтов.</p> <p>б) Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов.</p> <p>в) Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.</p> <p>г) ЭКГ.</p> <p>д) RW.</p> <p>е) Определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Human immunodeficiency virus HIV 1 и HIV 2, определение антигена HBsAg Hepatitis B virus, определение антител класса М, G (IgM, IgG) к Hepatitis C virus.</p>	<p>Гестагены с целью регуляции ритма менструаций и профилактики кровотечения.</p> <p>Комбинированные оральные контрацептивы (монофазные, микродозированные).</p> <p>Физиотерапевтическое воздействие.</p>	
--	--	---	--

**СХЕМА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОДЛЕЖАЩИМИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Нозологическая форма	Частота наблюдения, ведущий специалист	Осмотр врачей других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации и снятия с диспансерного наблюдения
	2	3	4	5	6
Дизентерия и другие острые кишечные инфекции	Частота наблюдения – для работников отдельных профессий, производств и организаций – 1 раз в мес. Срок наблюдения – 1 мес. Частота наблюдения – больные хронической дизентерией – 1 раз в мес. Срок наблюдения – 3 мес.	Терапевт, эпидемиолог (совместно с инфекционистом) для решения вопроса о переводе на другую работу, не связанную с продуктами питания, при стойком бактериовыделении (3 мес. и более).	Для работников отдельных профессий, производств и организаций – бактериологическое исследование кала 2-хкратно с интервалом 2-3 дня. Больные хронической дизентерией – бактериологическое исследование кала 1 раз в мес.	– Диетотерапия. – Ферментные препараты по показаниям. – Лечение сопутствующих заболеваний. – Режим труда и отдыха. – Биопрепараты для восстановления микрофлоры кишечника.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты бактериологического исследования кала.
Сальмонеллез	Частота наблюдения – работники отдельных профессий, производств и организаций – 1 раз в 15 дней. Срок наблюдения – 3-12 мес.	Терапевт, эпидемиолог (совместно с инфекционистом) для решения вопроса о переводе на другую работу, не связанную с продуктами питания при стойком бактериовыделении (3 мес. и более).	Однократное бактериологическое обследование кала в течение 15 дней. При положительном результате бактериологического обследования кала 1 раз в 15 дней в течение 3 мес. При выделении сальмонелл в течение 3 мес. наблюдение на срок до 1 года и в конце наблюдения 3-х кратное бактериологическое исследование кала и желчи на наличие сальмонелл с интервалом 1-2 дня.	При отрицательном результате лица допускаются к основной работе. При положительном результате перевод на другую работу, не связанную с производством продуктов питания, на 15 дней. При выделении сальмонелл в течение 3 мес. отстранение от основной работы на срок до 1 года. При получении отрицательных результатов обследования допуск к основной работе. При получении хотя бы одного положительного результата отстранение от работы, где они могут представлять эпидемиологическую опасность. – Диетотерапия. – Ферментные препараты по показаниям. – Лечение сопутствующих заболеваний. – Режим труда и отдыха. – Биопрепараты для восстановления микрофлоры кишечника.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты бактериологического исследования кала.
Брюшной тиф и паратифы	Частота наблюдения - не относящиеся к категории работников отдельных профессий, производств и организаций 1 раз в неделю в течение первого мес.,	По показаниям.	Термометрия при врачебных осмотрах. В конце наблюдения – 2-х кратное бактериологическое исследование кала (с интервалом 1-2 дня) и однократное	Не допускаются в течение первого мес. наблюдения к основной работе с переводом на рабочие места, где они не представляют эпидемиологической опасности.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты

	в последующем – 1 раз в 2 нед. Срок наблюдения – 3 мес. Частота наблюдения – для работников отдельных профессий, производств и организаций 1 раз в неделю в течение первого мес., в последующем – 1 раз в 2 нед. Срок наблюдения – 3 мес. В дальнейшем до 12 мес. ежеквартально.		серологическое исследование сыворотки крови (РПГА с Ви-антигеном). Термометрия при врачебных осмотрах. В течение первого мес. – 3-х кратное бактериологическое (с интервалом 1-2 дня) и однократное серологическое (РПГА с Ви-антигеном) обследование. Затем на протяжении последующих 3-х мес. ежемесячно 2-х кратное бактериологическое обследование (фекалии, моча). На протяжении последующих 12 мес. ежеквартальное бактериологическое обследование (фекалии и моча) 1 раз в квартал. В конце наблюдения однократное бактериологическое исследование дуоденального содержимого (желчи) и серологическое исследование крови РПГА с Ви-антигеном).	Переболевшие допускаются к основной работе при отрицательных результатах обследования.  – Режим труда и отдыха. – Диетотерапия. – Биопрепараты для восстановления микрофлоры кишечника (линекс, экофемин, бифиформ).	бактериологического и серологического обследования.  Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты бактериологического и серологического обследования.
Амебиаз	Частота наблюдения – 1 раз в неделю в течение 1 мес., затем 1 раз в мес. Срок наблюдения 6 мес.	Терапевт – по показаниям.	Овоскопическое исследование фекалий при наличии кишечных расстройств (для работников отдельных профессий, производств и организаций – 1 раз в течение 3 мес., затем – 1 раз в 3 мес.)	– Режим труда и отдыха. – Диетотерапия. – Биопрепараты для восстановления микрофлоры кишечника (линекс, экофемин, бифиформ).	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты овоскопического исследования фекалий.
Вирусные гепатиты: А	Частота наблюдения – через 1 мес. (через 10 дней для перенесших тяжелые формы болезни) после выписки из стационара – врачом того же стационара. Срок наблюдения – 1-3 мес.	Терапевт, гастроэнтеролог – по показаниям.	Билирубин крови (общий, прямой, непрямой), АЛАТ, тимоловая проба – через 1, 3 мес. По показаниям – АСАТ, протеинограмма, HBs-антиген и антитела к нему, антитела HCV и др. исследования.	– Режим труда и отдыха. – Диетотерапия. – Биопрепараты для восстановления микрофлоры кишечника (линекс, экофемин, бифиформ).	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Вирусные гепатиты: В, С, Д, Е	Частота наблюдения – первое обследование (через 10 дней – 1 мес. после выписки) – врачом стационара. В дальнейшем – через 1, 3, 6 12 мес.	Терапевт, гастроэнтеролог – по показаниям.	Те же через 1, 3, 6, 12 мес.	– Реконвалесценты временно нетрудоспособны – в течение 4-5 нед. в зависимости от тяжести перенесенной болезни. – Реконвалесценты освобождаются от тяжелой физической работы,	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. При сохранении клинико-лабораторных признаков



1	2	3	4	5	6
	врачом КИЗ. Срок наблюдения – 1 год.			командировок, спортивных занятий на 12 мес. – Диетотерапия, витамины. – Желчегонные травы, гепатопротекторы по показаниям.	заболевания наблюдение продолжается.
Менингококковая инфекция	Частота наблюдения – 1 раз в месяц в течение первых 3 мес., затем 1 раз в 3 мес. в течение года.	Невропатолог, окулист, терапевт – по показаниям (но не реже 1 раз в год).	Бактериологическое обследование на менингококк из носоглотки не ранее 5 дней после окончания законченного курса лечения. Общие анализы крови, мочи – 1 раз в год. ЭЭГ, ЭКГ и др. – по показаниям.	Допускаются в организованные коллективы с отрицательными результатами бактериологического обследования, после исчезновения остаточных явлений. – Трудоустройство. – Режим труда и отдыха. – Средства для восстановления микроциркуляции в сосудах головного мозга (трентал, актовегин) для нормализации тканевого и клеточно-го обмена нервной ткани (ноотропы) и др.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты бактериологического обследования на менингококк.
Ангина	Частота наблюдения – 1 раз в неделю. Срок наблюдения – 1 мес.	ЛОР, кардиолог, ревматолог, нефролог – по показаниям.	Через 1 и 4 недели – анализ крови (СОЭ, лейкоциты, формула), мочи. ЭКГ по показаниям (нарушение самочувствия, повышение температуры тела и др.)	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены. – Закаливание.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Лептоспироз	Частота наблюдения – 1 раз в 2 мес. Срок наблюдения – 6 мес.	Невролог, нефролог, окулист, терапевт – по показаниям и перед снятием с учета.	Общие анализы крови, мочи, ЭКГ – 1 раз в 2 мес.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Псевдотуберкулез	Частота наблюдения – 1 раз в мес. Срок наблюдения – 1-6 мес. (после легких форм – 1 мес., после среднетяжелых – 3 мес., после тяжелых – 6 мес.)	Терапевт, невропатолог – по показаниям.	Общие анализы крови, мочи, ЭКГ – ежемесячно. Функциональные пробы печени и др. исследования – по показаниям.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Богулизм	Частота наблюдения – 1 раз в 3 мес. Срок наблюдения – 1 год.	Терапевт, невропатолог – по показаниям и перед снятием с учета.	Анализы крови, мочи, ЭКГ – 1 раз в 3 мес.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Клещевой энцефалит	Частота наблюдения – 1 раз в мес. – первые 3 мес., затем 1 раз в 3 мес. Срок наблюдения – 1 год. После менингеальной и очаговой формы не менее 3 лет.	Невропатолог – при резидуальных явлениях (парезы, тики и др.).	Анализы крови, мочи, ЭКГ, ЭЭГ – по показаниям.	– Трудоустройство, режим труда и отдыха. – Лечебная физкультура, массаж. – Средства для восстановления микроциркуляции в сосудах головного мозга (трентал, актовегин) для нормализации тканевого и клеточного обмена нервной ткани (ноотропы) и др. – Санаторно-курортное лечение.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.

Корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит	Частота наблюдения – 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в мес. Срок наблюдения – 3 мес.	Терапевт, невропатолог – по показаниям (при наличии осложнений).	Анализ крови, мочи через 2 и 4 нед., затем 1 раз в мес. ЭКГ и др. специальные исследования – по показаниям.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Малярия	Частота наблюдения – 1 раз в месяц в эпидсезон (с апреля по октябрь), 1 раз в 3 мес. во внеэпидемический период. Срок наблюдения – 1 год.	Терапевт, гематолог – по показаниям.	Исследование мазков и «толстой» капли крови на малярийный плазмодий 1 раз в мес. в эпидсезон, затем 1 раз в квартал во внеэпидемический период, а также при возникновении любой лихорадки.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены. По показаниям: – противомаларийные препараты, препараты, содержащие железо.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты исследования мазков и «толстой» капли крови.
Рожа	Частота наблюдения – 1 раз в 3 мес. Срок наблюдения – до 2-х лет.	Терапевт, хирург – по показаниям.	Анализ крови, мочи. ЭКГ 1 раз в 3 мес.	– Трудостройство. – Витамины, биопрепараты, иммуномодуляторы. – По показаниям курс антибактериальной терапии. – Санация очагов хронической инфекции.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях, рецидивов заболевания.
Дифтерия	Частота наблюдения – 1 раз в 2 нед. Срок наблюдения – 1 мес.	Терапевт, невропатолог, ЛОР – по показаниям	Общий анализ крови, ЭКГ – через 2-4 нед. Посев с миндалины на коринебактерии дифтерии – перед снятием с учета.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях. Отрицательные результаты посева с миндалин.
Грипп и ОРЗ	Частота наблюдения – 1 раз в 2 нед. Срок наблюдения – 1 мес. (при осложненных формах – 3-6 мес.)	Терапевт, невропатолог, ЛОР – по показаниям (при наличии осложнений).	Общие анализы крови, мочи – через 2 и 4 нед. ЭКГ – по показаниям.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Орнитоз	Частота наблюдения – 1, 3, 6 мес. Срок наблюдения – 6 мес. (для работников птицеобрабатывающих предприятий – не менее 12 мес.)	Терапевт, невропатолог, ЛОР – по показаниям	Анализ крови, мочи, пневмометрия, ЭКГ – через 1, 3, 6 мес.	– Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	Частота наблюдения – 1 раз в мес. в течение первых 3 мес., затем 1 раз в 3 мес. Срок наблюдения – 6-12 мес. (для легких форм – 6 мес., среднетяжелых и тяжелых – 12 мес.)	Терапевт, невропатолог – по показаниям.	Общие анализы крови, мочи, пробы Зимницкого, Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, ЭКГ – 1 раз в 3 мес. По показаниям (в стационаре) – радиоизотопное исследование, пункционная биопсия почек и др.	– Противопоказаны физические нагрузки. – Режим труда и отдыха. – Витамины, адаптогены. – Санаторно-курортное лечение.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.

1	2	3	4	5	6
Инфекционный мононуклеоз	Частота наблюдения – 1 раз в 10 дней, 30 дней, затем 1 раз в мес. Срок наблюдения – 6 мес.	По показаниям: гематолог (длительные, более 6 мес. остаточные изменения периферической крови), невропатолог (полиневриты).	Общий анализ крови 1 раз в 10 дней, 30 дней, затем 1 раз в мес.	– Режим труда и отдыха. – Противопоказаны физические нагрузки. – Витамины, адаптогены.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях.
Бруцеллез	Частота наблюдения – 1-й год – 1 раз в 3 мес. 2-й год – 1 раз в 4 мес. 3-й год – 1 раз в 6 мес. Срок наблюдения – 3 года.	Ортопед, невропатолог, терапевт, уролог – 1 раз в год.	Общие анализы крови, мочи при очередном врачебном осмотре.	– Трудоустройство: противопоказаны физические нагрузки, психоэмоциональные нагрузки. – Режим труда и отдыха. По показаниям: – Нестероидные противовоспалительные средства. – Лечебная физкультура, физиотерапия водные процедуры, массаж. – Санаторно-курортное лечение.	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, изменений в лабораторных показателях, рецидивов заболевания.

ПРИЛОЖЕНИЕ XX

**СХЕМА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ, ПОЛУЧИВШИМИ ВЫСОКО ТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ПОЗВОНОЧНИКА, ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Нозологическая форма	Частота наблюдения, ведущий специалист	Осмотр врачей других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации и снятия наблюдения
1	2	3	4	5	6
Дегенеративные заболевания крупных суставов, состояние после эндопротезирования (коленный, тазобедренный, локтевой, плечевой)	Сразу после выписки из стационара осмотр травматолога-ортопеда по месту жительства; Через три месяца после операции; Через шесть месяцев после протезирования (специализированный прием в ННИИТО)	Физioterapeut; Врач ЛФК	По показаниям, пациенты, принимающие варфарин – контроль МНО; Рентгенологический контроль через 6 месяцев	– Соблюдение ортопедического режима; – Лечебная гимнастика, направленная на восстановление локаторной функции, формирование оптимального двигательного стереотипа. – Электромиостимуляция ослабленных мышц; – Симптоматическая физиотерапия, по показаниям – Массаж мышц поясничного отдела позвоночника и массаж оперированной конечности не раньше 6 месяцев с момента операции (после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов); массаж мышц шейно-воротниковой области и массаж оперированной конечности	Отсутствие жалоб, клинических и рентгенологических проявлений заболевания.

<p>Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника в зависимости от метода оперативной коррекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Декомпрессивные – удаление грыжи диска,</li> <li>– резекция остеофитов,</li> <li>– парциальная фасэктомия);</li> <li>– Декомпрессивно-стабилизирующие (с динамической фиксацией, с ригидной фиксацией);</li> <li>– Реконструктивно-пластические (ламинопластика);</li> </ul>	<p>Наблюдение невролога, хирурга по месту жительства сразу после выписки из стационара.</p> <p>После декомпрессивных операций контрольный осмотр через 3, 12 месяцев (специализированный прием нейроортопеда, осмотр невролога).</p> <p>После декомпрессивно-стабилизирующих, реконструктивно-пластических – через 3,6,12 месяцев. (специализированный прием нейроортопеда, осмотр невролога).</p>	<p>Врач ЛФК и физиотерапевт.</p>	<p>Рентгенологический контроль – через 12 месяцев</p>	<p>по лимфодренажной методике после снятия иммобилизации (если таковая существует) после эндотригизирования плечевого и локтевого суставов,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Механотерапия для коленного, локтевого, плечевого суставов после снятия ортопедических ограничений</li> <li>– Режим труда и отдыха.</li> <li>– Санаторно-курортное лечение через 6 месяцев после операции</li> </ul>	<p>Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания.</p>
<p>Артроскопические операции на суставах конечностей.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– сопровождающиеся резекцией/ удалением части поврежденного мениска, удаление свободных внутрисуставных тел,</li> <li>– реконструктивно-пластические (хондропластика, связочная пластика)</li> </ul>	<p>Осмотр травматолога-ортопеда через 1, 3,6, 12 месяцев</p>	<p>Врач ЛФК, физиотерапевт</p>	<p>После хондропластики контроль МСКТ или МРТ через 2-3 месяца, по показаниям</p>	<p>– соблюдение ортопедического режима</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– симптоматическая физиотерапия.</li> <li>– Массаж мышц конечностей по показаниям не ранее, чем через три месяца после операции;</li> <li>– с первых дней при удалении/резекции мениска, удалении свободных внутрисуставных тел, используется механотерапия, индивидуальные занятия лечебной гимнастикой, для разработки и восстановления объема движений в оперированных суставах</li> <li>– при реконструктивно-пластических операциях, в зависимости от вида оперативного вмешательства</li> </ul>	<p>Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, функциональный результат</p>

1	Сколиотическая болезнь, деформации позвоночника (посттравматические, болезнь Бехтерева),	2	3	4	5	6
	Контроль через 6, 12 месяцев	Врач физиотерапевт, врач ЛФК, педиатр (у детей)	Рентген-контроль через 6, 12 месяцев Антропометрический контроль через 6, 12 месяцев Топографический контроль по показаниям	разработка объема движений в оперированном суставе начинается с 1 по 6 недели; – санаторно-курортное лечение через 6 месяцев после операции	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания, функциональный результат	
	Контроль через 3, 6, 12 месяцев	Врач физиотерапевт, врач ЛФК, невролог, уролог	Рентген-контроль через 6, 12 месяцев	– Соблюдение ортопедического режима; – Лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышечного корсета (комплекс упражнений формируется согласно послеоперационным срокам), дыхательная гимнастика – Электромиостимуляция ослабленных мышц; – Симптоматическая физиотерапия. – Массаж мышц спины не ранее чем через три месяца после операции; – Массаж конечностей по показаниям; – остеотропные препараты – Посещение бассейна через три месяца после операции; – Режим труда и отдыха. – Санаторно-курортное лечение через 3 месяцев после операции	Функциональный результат, отсутствие осложнений	
Осложненные переломы позвоночника					– Соблюдение ортопедического режима; – Позапанная вертикализация – Лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышечного корсета (комплекс упражнений формируется согласно послеоперационным срокам), дыхательная гимнастика – механотерапия, направленная на поэтапное формирование компенсаторного двигательного стереотипа, – обучение навыкам самообслуживания – профилактика осложнений (соудитые, урологические, легочные, трофических нарушений) – Специфическая и симптоматическая физиотерапия (ТКМС, лимфодренажная терапия, электромиостимуляция)	

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Массаж мышц спины не ранее чем через три месяца после операции;</li> <li>- Массаж конечностей в раннем послеоперационном периоде;</li> <li>- Санаторно-курортное лечение в специализированных центрах по показаниям</li> </ul>	
Неосложненные переломы позвоночника	Контроль через 3-4 месяца, через 6, 12 месяцев	Врач ЛФК, физиотерапевт	Рентген-контроль через 3-4, месяца, через 12 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Соблюдение ортопедического режима;</li> <li>- Лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышечного корсета</li> <li>- Симптоматическая физиотерапия по показаниям</li> <li>- Массаж мышц спины не ранее чем через три месяца после операции;</li> <li>- Массаж конечностей по показаниям</li> <li>- Санаторно-курортное лечение через 12 месяцев после операции</li> </ul>	Отсутствие жалоб, клинических проявлений заболевания.	
Опухоли головного и спинного мозга	Контроль через 3-6 месяцев	Врач ЛФК	МРТ через 6 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Лечебная гимнастика направленная на укрепление мышечного корсета, дыхательная гимнастика</li> </ul>	.	

ПРИЛОЖЕНИЕ XXI

**РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
1	2	3
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРА ОХВАТА ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ</b>		
Доля здоровых (I группа), практически здоровых (II группа) и больных (III группа), состоящих на диспансерном наблюдении от общей численности населения на участке (%)	Число здоровых лиц, состоящих на диспансерном наблюдении ----- X 100 Общая численность населения, проживающего на участке (в районе обслуживания поликлиники)	Ф. 030/у-04,
Полнота охвата населения диспансерным наблюдением	Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года ----- x 100 Среднегодовая численность прикрепленного населения	Ф - 025-12/у ПБД
Доля больных, состоящих на диспансерном учете	Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года ----- x 100 Общее число зарегистрированных больных с данным заболеванием на конец отчетного года	Ф - 025-12/у

1	2	3
Структура больных, состоящих на диспансерном учете	Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года ----- x 100 Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	Ф - 025-12/у
Своевременность взятия больных на диспансерный учет	Число больных, взятых на диспансерный учет в течение года из числа лиц с впервые установленным диагнозом ----- x 100 Число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом	Ф - 025-12/у Ф. 030/у-04
<b>ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ</b>		
Охват диспансерным наблюдением впервые выявленных больных по нозологическим формам (%)	Число больных, впервые выявленных и взятых под диспансерное наблюдение ----- X 100 Общее число вновь выявленных больных данным заболеванием	Ф. 030/у-04, Ф - 025-12/у
Полнота охвата диспансерным наблюдением больных	Число больных данной нозологической формой, состоящих на учете на начало года + вновь взятые под диспансерное наблюдение - ни разу не явившиеся ----- x 100 Число зарегистрированных больных данным заболеванием	Ф. 030/у-04, Ф - 025-12/у
Соблюдение сроков диспансерных осмотров	Число диспансеризированных, соблюдавших сроки явки на диспансерное наблюдение ----- x 100 Общее число диспансеризированных	Ф. 030/у-04, Ф - 025-12/у
Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (%)	Прошли за год данный вид лечения (оздоровления) ----- x 100 Нуждались в данном виде лечения (оздоровления)	Ф. 030/у-04
Показатель госпитализации диспансеризованных больных	Госпитализировано из числа диспансеризированных ----- x 100 Подлежало госпитализации	Ф. 030/у-04
Удовлетворение потребности диспансеризованных в санаториях и домах отдыха (в процентах к нуждающимся)	Направлено в санатории и дома отдыха ----- x 100 Подлежало направлению в них	Ф. 030/у-04
Изменение характера работы диспансеризованных больных (в процентах к нуждающимся в этом)	Переведено на другую работу ----- x 100 Нуждалось в таком переводе	Ф. 030/у-04
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ</b>		
Эффективность диспансеризации	Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года ----- x 100 Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года	Ф - 025-12/у Ф. 030/у-04
Охват декретированного населения вакцинацией	Число лиц определенной возрастной группы, охваченных вакцинацией ----- x 100 Общее число лиц данной возрастной группы подлежащих вакцинации	Ф. 063/у, Ф. 064/у прививочная картотека

Число случаев (дней) временной нетрудоспособности на диспансерном учете	ф. 025-12/у
Число случаев (дней) временной нетрудоспособности у работающих, состоящих на диспансерном учете	----- X 100
Общее число работающих, состоящих на диспансерном учете	
Доля больных, состоящих на диспансерном учете, переведенных на инвалидность	----- X 100
Общее число больных, состоящих на диспансерном учете	
Показатель первичной инвалидности диспансеризуемых за год (на 100 диспансеризуемых)	ф. 030/у-04, ф. 12
Доля больных, состояние которых улучшилось в течение года (%)	----- X 100
Общее число хронических больных, состоящих на диспансерном учете (III группа)	
Число умерших из состоящих на диспансерном учете	ф. 030/у-04, ф. 12
Общее число умерших на диспансерном учете	
<b>АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ И УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ, ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ</b>	
Охват комплексными медосмотрами инвалидов ВОВ (%)	ф. 030/у-04, ф. 12
Число инвалидов ВОВ, охваченных комплексными медосмотрами за год	----- X 100
Число инвалидов ВОВ, состоящих на диспансерном учете	
Структура по группам инвалидности (I, II, III группы), состоящих на диспансерном наблюдении (%)	ф. 030/у-04, ф. 12
Число инвалидов всех групп, состоящих на диспансерном учете	----- X 100
Число инвалидов ВОВ, получивших стационарное лечение в течение года	
Число инвалидов ВОВ, нуждающихся в стационарном лечении	----- X 100
Число инвалидов ВОВ, получивших санаторно-курортное лечение в течение года	
Число инвалидов ВОВ, нуждающихся в санаторно-курортном лечении	----- X 100
Число умерших инвалидов ВОВ за год	
Общее число инвалидов ВОВ, состоящих на диспансерном наблюдении	ф. 030/у-04, ф. 12



## ЛИТЕРАТУРА

- Агаджанян Н.А. Ритмы жизни и проблема адаптации / Н.А. Агаджанян // Циркадные ритмы человека и животных. – Фрунзе: Илим, 1975. – С. 11-14.
- Агаджанян Н.А., Шабатура Н.Н. Биоритмы, спорт, здоровье/У/Ф/ Агаджанян, У/У/ Шабатура. – М.: Физкультура и спорт, 1989. – 208 с.
- Аганбегян А. Г. Управление и эффективность / А. Г. Аганбегян. – М.: Экономика, 1981. – 71 с.
- Агиров А.Х. Золотым стандартом врачевания должна стать профилактика / А.Х. Агиров // Здоровоохранение. – 2011. – № 4. – С. 153-158.
- Адилев В.Б. Основные бальнеологические группы минеральных вод / В.Б. Адилев, Г.Н. Плотникова, Г.Н. Петрова // В кн.: Курортология и физиотерапия (руководство) под ред. В.М. Боголюбова: в 2-х томах. Т. 1. – М.: Медицина, 1985. – С. 116-127.
- Айзман Р.И. Методика комплексной оценки физического и психического здоровья, физической подготовленности студентов высших и средних профессиональных учебных заведений / Р.И. Айзман, Н.И. Айзман, В.Б. Рубанович, А.В. Лебедев. – Новосибирск: Изд. ООО Рекламно-издательская фирма «Новосибирск», 2009. – 98 с.
- Айзман Р.И. Методика комплексной оценки физического и психического здоровья педагога / Р.И. Айзман, Н.И. Айзман, И.В. Габер, Н.О. Герьянская, А.В. Лебедев, В.Б. Рубанович. – Новосибирск: Изд. ООО Рекламно-издательская фирма «Новосибирск», 2011. – 107 с.
- Айрапетова Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких: лечение, реабилитация, профилактика / Н.С. Айрапетова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2009 – № 2. – С. 3-10.
- Аксенов В. А. Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? / В. А. Аксенов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 2. – С. 40-47.
- Александров В.В. Аспекты использования вращающегося магнитного поля при лечении заболеваний / В.В. Александров, Ю.И. Озорнин, Д.Г. Маслов, С.А. Щеглова // Журнал «Медицинская техника». – 2007. – № 4. – С. 23-26.
- Александрова О.Ю. Правовые основы Российского здравоохранения (институциональная модель) / О.Ю. Александрова [и др.]. – М.: «Дело», – 2012. – 296 с.
- Алексеева В.М. Правовые основы дополнительной диспансеризации работающего населения в рамках национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения / В.М. Алексеева, И.В. Шастиа // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 7-10.
- Алмазова Е.Г. Математическая модель оценки эффективности профилактических осмотров населения / Е.Г. Алмазова, В.С. Микшина // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 7. – С. 79-83.
- Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Молодая гвардия, 1987. – 63 с.
- Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб / Под ред. Н. Г. Шамшуриной. – М.: Грантъ, 2002. – 504 с.
- Андреева И.М. Диспансеризация – резервы ее совершенствования / И.М. Андреева, Н.Т. Комарницкая. – Киев «Здоровья». – 1989. – 197 с.
- Антрейкина Л.И. Профилактика употребления психоактивных веществ. Методическое пособие для родителей и специалистов, работающих с молодежью / Л.И. Антрейкина. – Новосибирск. – 2013. – 33 с.
- Апанасенко Г.Л. Физическое здоровье индивида: Методические аспекты / У/К/ Апанасенко // Бюлл. СО АМН СССР, 1988. – № 2. – С. 5-9.
- Апанасенко Г.Л. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида / Г.Л. Апанасенко, Р.Т. Науменко // Теория и практика физической культуры. – 1988. – № 6. – С. 29-30.
- Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко. – СПб.: МГП «Петрополис», 1992. – 123 с.
- Артюнина Г.П. Основы медицинских знаний / Г.П. Артюнина, С.А. Игнаткова – М.: Академический проект, 2004. – 560 с.
- Арунянц Г.Г. Информационные технологии в медицине и здравоохранении / Г.Г. Арунянц, Д.Н. Столбовский, А.Ю. Калинин. – Ростов-на-Дону «Феникс», 2009. – 381 с.
- Аршавский И.А. Энергетическое правило скелетных мышц и его значение в обосновании теории индивидуального развития / // Материалы восьмой научной конференции по возрастной морфологии, физиологии и биохимии (апрель 1967 г.). Часть 2. Возрастная физиология и биохимия. – М., 1967 – С. 24-26.
- Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития / И.А. Аршавский. – М.: Наука, 1982. – 269 с.
- Аршавский И.А. Ваш малыш может не болеть / И.А. Аршавский. – М.: Советский спорт, 1990. – 29 с.
- Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте / И.В. Аулик. – М.: Медицина, 1990. – 192 с.
- Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский – М.: Медицина, 1979. – 294 с.
- Баевский Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Барсеньева. – М., 1997. – 298 с.
- Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии/ Р.М. Баевский. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
- Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии/ Р.М. Баевский. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
- Баевский Р.М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации/ Р.М. Баевский// Вестник АМН СССР. – 1989. – № 8. – С. 73-78.
- Байбикова Л.С. Физическая работоспособность школьников с различным уровнем двигательной активности / Л.С. Байбикова // Гигиенические основы физического воспитания и спорта детей и подростков: Материалы Всесоюзной научной конференции. – Таллин, 1975. – С. 19-20.
- Балмасов А.А. Диспансеризация / А.А. Балмасов, А.В. Свешников. – М.: Медицина. – 1982. – 189 с.
- Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 207 с.
- Беккер Г. Человеческое поведение: экономический подход, М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 672 с.

- Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
- Битран Р. Разработка базового пакета медицинских услуг государственных программ здравоохранения: мировой опыт / Р. Битран, Х. Вонг. – Вашингтон – Москва: Всемирный банк, Институт экономического развития, 1997. – 165 с.
- Блинова Е.Г. Рациональное питание и оценка пищевого статуса организма. – Омск, Омский гос. пед. ун-т, 1998. – 97 с.
- Богданова Л.А. Персонализированный учет медикаментов в ГУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1 на основе применения системы ДОКА+ / Л.А. Богданова, А.Г. Герец, В.В. Солодовников, О.Н. Шекалова // Врач и информационные технологии. – 2009. – № 5. – С. 22-30.
- Боголюбов В.М., Зубкова СМ. Пути оптимизации параметров физиотерапевтических воздействий / В.М. Боголюбов, С.М. Зубкова. // Вопр. курортол. – 2004. – № 2. – С. 3-6.
- Боголюбов В.М. Курортология и физиотерапия: Руководство/ В.М. Боголюбов, 2 тома, М.:«Медицина», 2003. – 762 с.
- Боголюбов В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – М.: «Медицина», 2003. – 455 с.
- Боголюбов В.М. Техника и методики проведения физиотерапевтических процедур: Справочник / В.М. Боголюбов. – М.: «Медицина», 2004. – 198 с.
- Борисенко О.В. Оценка эффективности методов скрининга/ О.В. Борисенко // Заместитель главного врача. – 2011. – № 3. – С. 22-29.
- Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
- Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М.: ФиС, 1990. – 207 с.
- Вагнер В.Д. Должностные инструкции персонала / В.Д. Вагнер. – М.: Медицинская книга. – 2002. – 627 с.
- Вайнбаум Я.С. Гигиена физического воспитания. – М.: Просвещение, 1986. – 207 с.
- Введение в экономику здравоохранения для стран Восточной Европы и СНГ / Под ред. С. Виттер и Т. Енсора. – М.: ТАСИС, 1998. – 184 с.
- Веселовский В.П. Проблемы вертеброневрологии – проблемы цереброспинальной и периферической нервной системы// Вертеброневрология. – 1998. – № 1. – С. 8-9.
- Виноградов А.В. Активное формирование здоровья – главная задача валеологии / А.В. Виноградов, А.К. Мазепов // Материалы 2 Всерос.науч.-практ. конф. «Здоровье и образование». – СПб.: 1997. – С. 34-36.
- Вишняков Н.И. Проблемы диспансеризации работающего населения / Н.И. Вишняков, К.С. Клюковкин, В.Д. Бойнич // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – № 4. – С. 21 –23.
- Вишняков Я.Д. Инновационный менеджмент / Я.Д. Вишняков, К.А. Кирсанов, С.П. Киселев. – М.: ООО «КноРус», 2011. – 328 с.
- Власов В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В.В. Власов, Н.А. Захаров, Н.В. Косолапова. – М.: Триумф, 2001. – 191 с. Власов В.В. Диспансеризация / В.В. Власов // Гл. врач. – 2003. – №4. – С. 39-46.
- ВОЗ: Задачи по достижению здоровья для всех / Копенгаген.– 1985. – 24 с.
- ВОЗ: Планирование и оценка служб санитарного просвещения / Женева, доклад Комитета экспертов ВОЗ. – 1970. – 24 с.
- Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение / Б.А. Войцехович. – Ростов-на-Дону «Феникс», 2007. – 125 с.
- Воронцов И.М. Значение компьютерных технологий в профилактической педиатрии / И.М. Воронцов, В.В. Шаповалов, А.Е. Иориш, Т.И. Иванова, Л.И. Миронова, М.Д. Рожнов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1999. – № 4. – С. 7-13.
- Вялков А.И. Современные проблемы состояния здоровья населения Российской Федерации / А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 1-2. – С. 10-12.
- Гаджиев Р.С. Основы сестринского дела / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина. – 2008. – 430 с.
- Гаспарян С. А. Медико-социальный мониторинг в управлении здравоохранением / С. А. Гаспарян – М.: РГМУ – 2003. – 39 с.
- Гаспарян С. А. О модели обобщенной оценки здоровья населения / С. А. Гаспарян, И. И. Коверный, Ю.М. Комаров // Теория, методология и практика системных исследований. Тезисы докладов. Секция 11. – М., 1984. – С. 45-46.
- Галстян А.Ш. Профилактическое обучение пациентов в «Школе профилактики ишемической болезни сердца» / А.Ш. Галстян // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 1. – С. 43-44.
- Герасименко М.Ю. Физические факторы в комплексной реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения / М.Ю. Герасименко, С.А. Афошин, Н.Н. Лазаренко // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 6. – С. 51-56.
- Герасименко Н.Ф. Проблемы реализации государственной политики в области здравоохранения на региональном уровне/ Н.Ф. Герасименко, О.Ю. Александрова, И.Ю. Григорьев // Научные труды I Всероссийского съезда по медицинскому праву. Том I. – М., 2003. – С. 9-10.
- Глазатов М.В. Значение информационных технологий в повышении безопасности пациентов и эффективности лечения / М.В. Глазатов, А.Г. Микшин, Д.Ю. Пшеничников, Г.З. Рот, Е.И. Шульман, Г.Я. Яновский //Врач и информационные технологии. – 2004. – № 1. – С. 22-26.
- Головской Б.В. Роль фельдшера в системе общеврачебной практики / Б.В. Головской, О.А. Артамонова, Я.Б. Хоаева, Л.И. Котлова // Здравоохранение РФ. – 2004, № 1, С. 43-44.
- Горбунов Ф.Е. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона в ранней реабилитации больных после острых нарушений мозгового кровообращения/ Ф.Е. Горбунов, А.В. Кочетков, А.А. Миненков. – М.: НППЦ «Техника», 2003. – 17 с.
- Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» // принята Распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р.
- Гундаров И.А. Актуальные вопросы практической валеологии. // Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. /И.А. Гундаров, В.А. Полеский. – СПб.: Наука, 1993. – С.25-32.
- Даминов В.Д. Роботизированная локомоторная терапия в нейрореабилитации // Вестник восстановительной медицины. – 2012. – № 1. – С. 54-59.
- Денисов В.Н. Муниципальное здравоохранение / В.Н. Денисов, В.М. Чернышев, А.Н. Лайвин. – Новосибирск, 2004. – 286 с.
- Денисов Э.И. Профессионально обусловленная заболеваемость: основы методологии / Э.И. Денисов, П.В. Чесалин // Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 8. – С. 5-10.

- Денисов Э.И. Информационные и когнитивные технологии прогнозирования и каузации для управления профессиональными рисками / Э.И. Денисов, И.В. Степанян, М.Ю. Челищева // Инновационные технологии в медицине труда: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск, 2011. – С. 81-83.
- Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров. / О.П. Щепин [и др.] // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 3-7.
- Дифференцированная оплата труда в здравоохранении / В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, А.Л. Заиграев, О.В. Пушкарев, Л.В. Парамонова, А.Ю. Гендлин – Новосибирск – ООО «Альфа Ресурс» – 2011. – 122 с.
- Дробышев В.А. ДЭНС-терапия алгических синдромов при патологии периферической нервной системы / В.А. Дробышев, В.В. Чернышев, В.В. Малахов // Мед. вестник. – Екатеринбург, 2003. – Т.П, вып. 3. – С. 24-31.
- Друкер П. Эффективный руководитель. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 240 с.
- Елфимова Е.В. Как повысить приверженность к лечению и сделать большого союзником врача / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимов // Заместитель главного врача. – 2011. – № 4. – С. 100-108.
- Ермаков С.П. Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинко. – Москва: Проект ТАСИС «Система профилактических мер и здоровье населения России», 2000. – 96 с.
- Жаркович Г. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах / Г. Жаркович [и др.]. – М. Федеральный фонд ОМС, 1998. – 424 с.
- Жижин К.С. Медицинская статистика / К.С. Жижин. – Ростов-на-Дону «Феникс», 2006. – 160 с.
- Жилина Н.М. Анализ интегрированных и фактических показателей здоровья трудящегося населения г. Новокузнецка за период 2008-2010 гг. / Н.М. Жилина, В.А. Юнусова, Н.М. Рычагова, С.А. Соседко // Роль информатизации в модернизации здравоохранения: состояние, проблемы, перспективы: сборник трудов под редакцией д-ра мед.наук, проф. Г.И. Чеченина, д-ра тех. наук Н.М. Жилиной. – Новокузнецк: МОУ ДПО ИПК. – 2011. – С. 84-108.
- Жулев Н.М. Остеохондроз позвоночника: Руководство для врачей / Н.М. Жулев, Ю.Д. Бадгарадзе., С.Н. Жулев. – СПб.: Изд-во «Лань», 2000. – 592 с.
- Зайцева В.В. Зачем учиться физкультуре. — М.: Вентана-Граф, 2002. – 40 с.
- Заликина Л.С. Общий уход за больными / Л.С. Заликина. – М.: Медицина. – 1979. – 287 с.
- Золотухина Е.И. Сравнение эффективности применения некоторых аппаратов общей магнитотерапии у больных артериальной гипертензией. // Материалы конференции «Медэлектроника 2002». – Минск, 2002. – С. 276-278.
- Зыятдинов К.Ш. Направления реформирования первичной медико-санитарной помощи населению / К.Ш. Зыятдинов // Здравоохранение. – 1997. – № 6. – С. 7-10.
- Иванова Г.Е., Ранняя реабилитация больных с церебральным инсультом / Г.Е. Иванова, Е.А. Петрова, В.И. Скворцова // Врач. – 2007. – № 9. – С. 4-8.
- Кадыков А.С. Реабилитация неврологических больных/ А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 560 с.
- Кадыров Ф.Н. Медико-экономические проблемы здравоохранения на современном этапе / Ф. Н. Кадыров, И. П. Петриков. – СПб.: Ривьера, 1995. – 347 с.
- Казаринова Н.В. Лекарственные растения Сибири для лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Н.В. Казаринова [и др.]. – Новосибирск: Наука, 1991. – 240 с.
- Казначеев В.П. Выживание населения России / В.П. Казначеев, А.И. Акулов, А.А. Кисельников, И.Ф. Мингазов. – Новосибирск: НГУ, 2002. – 463 с.
- Канеп В.В. Применение автоматизированных систем при диспансеризации населения. / В.В. Канеп // Советское здравоохранение. – 1984. – № 11. – С. 3-7.
- Кириллова А.В. Совершенствование диспансеризации больных ишемической болезнью сердца / А.В. Кириллова, Т.Ю. Кузнецова, Н.В. Русских, А.В. Гусев, И.П. Дуданов // Медицинский академический журнал. – 2005. – № 1. – С. 93-98.
- Клюев М.А. Лекарственные средства, применяемые в медицинской практике в СССР / М.А. Клюев [и др.]. М.: Медицина, 1989. – 512 с.
- Комаров Ю.М. О министерской концепции развития здравоохранения до 2020 г. /Ю.М. Комаров// Глав. Врач. – 2012. – № 7. – С. 61-65.
- Князева Т.А. Физиобальнеотерапия сердечно-сосудистых заболеваний / Т.А. Князева, Т.А. Бадтиева. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
- Комплексный подход к модернизации муниципального здравоохранения / С.Е. Квасов [и др.] // Глав.Врач. – 2011. – № 5. – С. 41-45.
- Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения //Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2011 № 364. Режимдоступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/27>
- Крылов Г.В. Растения здоровья / Г.В. Крылов, Н.Ф. Казакова, А.А. Лагерь. – Новосибирск: Новосибирское книжное издательство, 1989. – 304 с.
- Куликов В.П. Трехмерная модель здоровья. Сангивность и пассивность. – Валеология. – 2000. - №1. – С.15-21.
- Кулишова Т.В. Воздействие общей магнитотерапии на организм человека // Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация». – 2003. – № 4. – С. 27-28.
- Кулишова Т.В. Биофизическая характеристика общей магнитотерапии/ Т.В. Кулишова, Д.В. Кулишов, В.А. Пуценко // XI Междунар. Симпозиум «Новые технологии восстановительной медицины и курортологии»: Тез. докл. – Греция, Салоники, 2006. – С. 75-76.
- Кулишова Т.В. Общая магнитотерапия у женщин с климактерическим синдромом/ Т.В. Кулишова, Д.Г. Маслов, Л.Д. Аккер, В.В. Александров // Журнал «Физиотерапия, бальнеология и реабилитация». – 2007. – № 2. – С. 43-45.
- Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 192 с.
- Кучеренко В.З. Проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения / В.З. Кучеренко, Л.Е. Сырцова // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 1. – С. 42-46.
- Кучеренко В.З. Дополнительная диспансеризация работающего населения как здоровьесберегающая технология и основной компонент сохранения трудового потенциала/ В.З. Кучеренко, В.М. Алексеева, Н.Г. Шамшурина, И.В. Шастин // Здравоохранение. – 2010. – № 4. – С. 15-24.

- Леонов С.А. Статистический анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений / С.А. Леонов, И.М. Сон. – Москва, 2008. – 215 с.
- Лещенко Я.А. Общественное здоровье как важнейшая составляющая человеческого капитала / Я.А. Лещенко, Е.В. Данилина, О.Г. Батура и др. – Иркутск: Репротцентр, 2005. – 206 с.
- Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М. – 2002. – С. 90-99.
- Лисицын Ю.П., Здоровье человека – социальная ценность Ю.П. Лисицын, А.В. Сахно – М. –1998. – 134с.
- Лузан Н.В. Основы знаний о профилактике наркозависимости, ВИЧ/СПИД, ИППП / Н.В. Лузан [и др.] – Новосибирск. – 2002. – 86 с.
- Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. – М.: Практическая медицина, 2005. – 416 с.
- Мансур Д. Автоматизированная система профилактических осмотров детей (АСПОН-Д): состояние и перспективы / Д. Мансур, В.М. Ахутин, В.В. Шаповалов // Известия ЛЭТИ. – 1990. – № 428. – С. 3-6.
- Маркин С.П. Реабилитация больных, перенесших инсульт // Вопр. курортологии, физиотерапии и леч. физкультуры. – 2006. – № 6. – С. 39-43.
- Мартыненко В.Ф. Информационные технологии в управлении здравоохранением Российской Федерации / В.Ф. Мартыненко [и др.]. Под редакцией А.И. Вялкова. – М.: «Геотар-Медиа», 2009. – 248 с.
- Малахова Н.Г. Маркетинг в здравоохранении / Н.Г. Малахова. – Ростов-на-Дону «Феникс», 2010. – 222 с.
- Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.И. Лисицын, М.С. Токмачев. – М.: Геотар-Медиа, 2012. – 608 с.
- Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Геотар-Медиа, 2012. – 400 с.
- Медицинская реабилитация: руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
- Меерсон Ф.З. Адаптация, дезадаптация и недостаточность сердца. – М., 1978. – 251 с.
- Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: Механизмы и защитные эффекты адаптации. – М.: Нурохиа Medical LTD, 1993. – 331 с.
- Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф.З. Меерсон, И.Г. Пшеничкова. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
- Медицинская реабилитация (руководство)/ Под ред. В.М. Боголюбова. В 3-х томах. Т. 3. – Пермь, 1998. – 596 с.
- Мельникова Л.С. Законодательство об охране здоровья граждан и его совершенствование / Л.С. Мельникова // Правовое просвещение медицинских работников. Правовые вопросы охраны здоровья: Материалы семинара. – М., 2000. – С. 36-43.
- Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения / Под ред. Н.Б. Окушко. – Кемерово: СибформС, 2000. – 160 с.
- Методические рекомендации по оценке профессионального риска по данным периодических медицинских осмотров. Утв. Научным Советом Минздравсоцразвития России и РАМН «Медико-экологические проблемы здоровья работающих» 13.06.2006. – М., – 24 с.
- Методические рекомендации по оценке медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений /Тюков Ю.А [и др.] – М., 2001. – 15 с.
- Моделирование в управлении здравоохранением / Под ред. С.А. Гаспаряна. – М., 1990. – 317 с.
- Москвин С.В. Эффективность лазеротерапии / С.В. Москвин. – Москва.: НПЦ «Техника», 2003. – 256 с.
- Мочалов А.И. Новая опасность: Методическое пособие / А.И. Мочалов, Е.С. Булгакова, Л.И. Антерейкина, С.В. Габрусенко. – Новосибирск: ООО «Арт»>, 2010 – 32 с.
- Мюррей К.Дж.Л. Доказательная политика здравоохранения – уроки исследования мировой картины заболеваемости / К.Дж. Л. Мюррей, А.Д. Лопез. – М.: ИЭПП, 2002. – 36 с.
- Мюррей К.Дж.Л. Расходы на национальную систему здравоохранения: глобальный анализ / К. Дж. Л. Мюррей // Бюллетень ВОЗ. – 1994. – Т. 72, № 4. – С. 5-48.
- Николаева Л.Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца /Л.Ф. Николаева, Е.И. Сорокина. // В кн.: Медицинская реабилитация /Под ред. В.М. Боголюбова. – М. : Медицина, 2007. – Т.3. – С. 3-93.
- Новгородцев Г.А. Диспансеризация населения в СССР. – М.: Медицина, 1979. – 360 с.
- Овчаров Е.А. Здоровье: аксиологический, медико-социальный и экологический анализ: Учебное пособие. – Нижневартовск: Изд-во Нижневартовского пед. института, 2002. – 799 с.
- Оганов Р.Г. Первичная профилактика заболеваний в системе общественного здоровья / Р.Г. Оганов, А.И. Вялков // Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. – 2000. – № 5. – С. 5-8.
- Оганов Р.Г. Актуальные вопросы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями/ Р.Г. Оганов, Д.М. Аронов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2002. – № 1. – С. 10-15.
- Олефиренко В.Т. Водолечение. – М.: Медицина, 1986. – 285 с.
- Организация работы Школы здоровья для больных артериальной гипертонией/ А.С. Аронов [и др.] // Заместитель главного врача. – 2011. – № 2. – С. 22-27.
- Орешкин Ю.А. К здоровью через физкультуру. – М.: Физкультура и спорт, 1990, 175 с.
- Отраслевой стандарт Российской Федерации «Клинико-экономические исследования. Общие положения» (ОСТ 91500. 14.0001-2002) / Утвержден Приказом МЗ РФ от 27 мая 2002 г. № 163. – 19 с.
- Пальцев А.И. Образ жизни и здоровье человека / А.И. Пальцев. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2008. – 340 с.
- Полторанов В.В. Руководство по медицинскому отбору и направлению больных на курорты и в местные санатории. – М.: Профиздат, 1983. – 398 с.
- Попов Г.С. Медико-экономическая эффективность системы КАСМОН / Г.С. Попов, С.Л. Соломонов, Л.Ф. Яблонская // Здравоохранение Российской Федерации. – 1989. – № 4. – С. 14-18.
- Постановление Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» от 22 мая 2004 г. № 249.
- Применение клинической информационной системы ДОКА+. Сборник статей. Выпуск II (2011) / Под редакцией Е.И. Шульмана и Г.З. Рота // Новосибирск. – 2011. – 158 с.
- Прогнозирование воздействия вредных факторов условий труда и оценка профессионального риска для здоровья работников. Метод. рекомендации. / Под ред. А.Л. Сафонова, Измерова Н.Ф., Денисова Э.И. – М., 2010. – 55 с.

- Протокол ведения больных «Хроническая обструктивная болезнь легких» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2009 – № 1. – С. 5-27.
- Профессиональный риск для здоровья работников (Руководство) / Под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. – М.: Травант, 2003. – 430 с.
- Профилактика профессиональных заболеваний пылевой этиологии. Сб. научных трудов под ред. Л.Т. Еловской и В.Н. Ожигановой. Вып. 44. – М.: НИИГТПЗ АМН СССР. – 1991. – С. 145-156.
- Прохоров Б.Б. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья / Б.Б. Прохоров, Д.И. Шмаков // Проблемы прогнозирования. – 2002. – № 3. – С. 125-135.
- Пушкарёв О.В. Критерии и количественная оценка эффективности управления здравоохранением / О.В. Пушкарёв // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 2. – С. 23-27.
- Пушкарёв О.В. Математическая модель анализа эффективности затрат для выбора оптимальных медицинских программ с целью увеличения человеческого капитала / О. В. Пушкарёв // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 78-84.
- Разработка стратегий по достижению здоровья для всех к 2000 году: руководящие принципы и основные вопросы / Женева, Исполнительный комитет ВОЗ. – 1989. – 24 с.
- Ранняя диагностика злоупотребления психоактивными веществами в практике военно-врачебной экспертизы: Методические указания / под ред. Куликова В.В., Егорова В.Ф. и др. – Москва, 2000. – 21 с.
- Рот Г.З. Проблемы организации и перспективы внедрения компьютерных технологий в многопрофильной больнице / Г.З. Рот, В.Н. Денисов, Е.И. Шульман // Бюллетень Сибирского Отделения РАМН. – 1998. – № 1. – С. 134-140.
- Рот Г.З. Значение клинических информационных систем для реформирования здравоохранения / Г.З. Рот, Е.И. Шульман // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 2. – С. 58-62.
- Рубанович В.Б. Врачебно-педагогический контроль при занятиях физической культурой. – Новосибирск: Изд-во НИПКИПРОР, 1998. – 283 с.
- Рубанович В.Б. Основы здорового образа жизни: учеб. Пособие / В.Б. Рубанович, Р.И. Айзман. – Новосибирск: АРТА, 2011. – 224 с.
- Руководство для средних медицинских работников / Под ред. Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева – М.– ГЭОТАР – Медиа. – 2006. – С. 895-913.
- Руководство по диспансеризации взрослого населения для специалистов со средним медицинским образованием / Н.А. Галанова, В.М. Чернышев [и др.]. – Новосибирск. – 2009. – 288 с.
- Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Р 2.2.2006 – 05. – М., 2005.
- «Руководство по инфекционным болезням» под ред. М.В. Семенова, издательство «Медицинское информационное агентство», 2009 г.
- Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки. Руководство Р 2.2.1766 – 03.
- Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду Р 2.1.10.1920 – 04. – М., 2004.
- Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / под ред. Н.А. Виноградова, в 2 томах. – М.: Медицина, 1974. – 848 с.
- Садовничий В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. – 286 с.
- Сергеев Ю.Д. Становление и развитие медицинского права в современной России / Ю.Д. Сергеев // Научные труды I Всероссийского съезда по медицинскому праву. Том I. – М., 2003. – С. 5-8.
- Сергеев Ю.Д. Некоторые особенности правового регулирования оказания медицинской (стоматологической) услуги в ГК РФ / Ю.Д. Сергеев, Б.В. Кашко, Е.Г. Кашко // Медицинское право. – 2004. – № 2 (6). – С. 16-20.
- Серебряна В.В. Водолечение / В.В. Серебряна, Г.Л. Кенц, Г.А. Горчакова. – Киев: «Здоровье», 1993. – 235 с.
- Серенко А.Ф. Основы организации поликлинической помощи населению / А.Ф. Серенко, В.В. Ермаков, Б.Д. Петраков. – М.: Медицина. – 1982. – 384 с.
- Сидякин В.Г. Магнитные поля и радиорезистентность организмов / Сидякин В.Г. [и др.]. – Симферополь: Таврида, 1999. – 310 с.
- Синявский В.М. О системе статистического учета и управления в амбулаторно-поликлинической службе / В.М. Синявский // Главврач. – 2011. – № 5. – С. 67-76.
- Ситель А.Б. Формирование рефлекторных и компрессионных синдромов при дискогенной болезни поясничного отдела позвоночника / А.Б. Ситель [и др.] // Ж. им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 10. – С. 25-28.
- Сосин И.Н. Физиотерапия в травматологии / И.Н. Сосин, Ю.В. Ландман. – Томск, 1991. – 148 с.
- Соколов С.Я. Справочник по лекарственным растениям / С.Я. Соколов, И.П. Замотаев. – М.: Медицина, 1988. – 464 с.
- Сопина З.Е. Управление качеством сестринской помощи / З.Е. Сопина, И.А. Фомушкина. – М.: «Геотар-Медиа», 2011. – 176 с.
- Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Ю.П. Лисицын, [др.], под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: 1998. – 698 с.
- Социально-экономические аспекты инвалидности / Под редакцией Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 136 с.
- Стародубов В.И. Реформа здравоохранения и ее законодательное обеспечение / В.И. Стародубов, В.Б. Цыбульский // Научные труды I Всероссийского съезда по медицинскому праву. Том I. – М., 2003. – С. 11-13.
- Стародубов В.И. Проблемы нормативного обеспечения медицинской профилактики / В.И. Стародубов, Л.А. Сковердяк, Н.П. Соболева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – № 5. – С. 4-7.
- Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: методические рекомендации / А.М. Садовой, В.В. Степанов, В.М. Чернышев, Н.В. Гапиенко. – Новосибирск. – 2009. – 147 с.
- Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии / Н.И. Стрелкова. – М.: «Медицина», 1996. – 154 с.
- Столбов А.П. Автоматизированная обработка и защита персональных данных в медицинских учреждениях / А.П. Столбов, П.П. Кузнецов // Москва: ИД «Менеджер здравоохранения». – 2010. – 172 с.
- Стрельченко О.В. Рейтинговая система, как наиболее объективный критерий оценки деятельности

- структурных подразделений ЛПУ / О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, А.В. Подергин // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право: Материалы международного форума / под общей редакцией: И.О. Маринкина, М.А. Садового. – Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2012. – С. 122-126.
- Субботин В.В. Проблема критериев профессионального риска и оценки компенсаций работникам / В.В. Субботин, Э.И. Денисов, Н.Н. Молодкина, О.Е. Орлова // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 5. – С. 28-32.
  - Пути совершенствования профилактической работы руководителя лечебно-профилактического учреждения муниципального образования / В.Ю. Семенов [и др.] // ГлавВрач. – 2011. – № 2. – С. 70-76.
  - Труханович Л.В. Кадры медицинских учреждений / Л.В. Труханович, А.К. Рюмина, 2002. – М.: Издательств «Дело и сервис». – 640 с.
  - Улащик В.С. Общая магнитотерапия и ее применение / В.С. Улащик, Е.И. Золотухина. // Здравоохранение. – 2000. – № 8. – С. 44-46.
  - Улащик В.С. Введение в теоретические основы физической терапии / В.С. Улащик. – Минск, 1999. – 88 с.
  - Улащик В.С. Ультразвуковая терапия / В.С. Улащик, А.А. Чиркин. – Минск, 1993. – 121 с.
  - Улащик В.С. Новые методы и методики физической терапии / В.С. Улащик. – Минск, 1996. – 152 с.
  - Управление и экономика здравоохранения / А.И. Вялков [и др.]. – М.: Геотар-Медиа, 2009. – 664 с.
  - Физиологические основы здоровья / Коллектив авторов. Отв. ред. Р.И. Айзман, А.Я. Тернер / Новосибирск, Изд-во «Лада», 2001. – 524 с.
  - Физиотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта / Шиман А.Г., Шабров А.В., Максимов А.В., Крылов А.А. – СПб., 1999. – 208 с.
  - Физиотерапия и курортология (руководство) / Под ред. В.М. Боголюбова: в 3-х томах. Т. 2. – М.: Издательство БИНОМ, 2009. – 560 с.
  - Физические методы лечения в пульмонологии / Л.М. Клячкин, Г.Н. Пономаренко. – СПб.: СЛП, 1997. – 316 с.
  - Фомичева М.Л. Организация работы отделений (кабинетов) медицинской профилактики в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях / М.Л. Фомичева, Е.Г. Винкевич – Новосибирск. – 2005. – 34 с.
  - Харди И. Врач, сестра, больной / И. Харди. – Будапешт. – 1973. – 286 с.
  - Хостикова З. С. Физические факторы в реабилитации больных после инсульта // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. – № 4. – С. 43-53.
  - Хромов А.С. Реформы амбулаторно-поликлинических учреждений в ряде зарубежных стран / А.С. Хромов, В.Я. Березнев, Н.Н. Купина // Повышение эффективности служб здравоохранения РФ: Материалы 5 ежегодной науч.-практич. конференции. – НПО Медсоцэкономинформ. – М., 1998. – С. 327-328.
  - Чернышев В.М. Современные подходы в организации амбулаторно-поликлинической службы крупного города / В.М. Чернышев, Н.Н. Болтенко, Я.В. Зулин. – Новосибирск, 2002. – 92 с.
  - Чернышев В.М. Некоторые итоги оптимизации лечебно-диагностического процесса в хирургическом отделении Центральной районной больницы на основе внедрения новых медицинских и компьютерных технологий / В.М. Чернышев, Е.М. Блажитко, С.Б. Усов // «Сибирский консилуим». – № 2. – Новосибирск. – 2006. – С. 56-60.
  - Чернышев В.М. Фитотерапия на фельдшерско-акушерском пункте / В.М. Чернышев, В.Е. Митрохин, В.В. Степанов, Л.С. Шалыгина. – Новосибирск. – 2008. – 63 с.
  - Чернышев В.М. Этикет медицинского работника / В.М. Чернышев, В.В. Степанов, Л.С. Шалыгина. – Новосибирск. – 2008. – 58 с.
  - Чернышев В.М. Организационно-методическая работа в центральной районной больнице: методические рекомендации / В.М. Чернышев, В.В. Степанов, И.А. Цыкорина, Л.С. Шалыгина, В.И. Крокус. – Новосибирск. – 2008. – 194 с.
  - Чучалин А.Г. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков. – М., 2001. – 212 с.
  - Шадрин А.П. Охрана здоровья граждан старшего поколения в г. Новокузнецке / А.П. Шадрин, Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин, А.Е. Фадеева, Н.Н. Максимова, Е.Н. Тодышева, Колесникова Н.В. // Роль информатизации в модернизации здравоохранения: состояние, проблемы, перспективы: сборник трудов под редакцией д-ра мед. наук, проф. Г.И. Чеченина, д-ра тех. наук Н.М. Жилиной. – Новокузнецк: МОУ ДПО ИПК. – 2011. – С. 109-145.
  - Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении / Н. Г. Шамшурина. – М.: МЦФЭР, 2005. – 320 с.
  - Шапарь В.Б. Практическая психология: инструментарий. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 768 с.
  - Шаяхметов С.Ф. Оценка профессионального риска нарушений здоровья работников предприятий химической промышленности / С.Ф. Шаяхметов, М.П. Дьякович, Н.М. Мещакова // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 8. – С. 27-33.
  - Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И.М. Шейман. – М.: Издатцентр, 1998. – 337 с.
  - Шоферова С.Д. ДЭНСтарепия в лечении больных деформирующим остеоартрозом / С.Д. Шоферова [и др.]. – Матер. междунар. юбил. симпозиума, посвящ. 5-летию корпорации «ДЭНАС МС» / под ред. В.В. Малахова. – Екатеринбург, 2003. – С. 49-51.
  - Шульман Е.И. Информационная поддержка лечебно-диагностических процессов: требования и интранет-реализация базовой системы / Е. Шульман // Вычислительные технологии. – 2004. – Т. 9. – Специальный выпуск. – С. 351-358.
  - Шульман Е.И. Структурная модель клинической информационной системы / Е.И. Шульман, М.В. Глазатов, Д.Ю. Пшеничников, А.Г. Микшин, Г.З. Рот // Информационные технологии. – 2004. – № 8. – С. 35-40.
  - Шульман Е. Аксиома проактивности медицинских информационных систем / Е. Шульман // PCWeek/RE. – 2008. – № 13. Режим доступа: [http://pcweek.ru/spheres/detail.php?ID=108929&SPHERE\\_ID=13906](http://pcweek.ru/spheres/detail.php?ID=108929&SPHERE_ID=13906).
  - Шульман Е.И. Настоящее и будущее клинических информационных систем: функции, свойства и распространение / Е.И. Шульман // ГлавВрач. – 2010. – № 8. – С. 16-23.
  - Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья / А.Г. Щедрина. Методологические аспекты. – Новосибирск: Наука, 1989. – 136 с.
  - Щедрина А.Г. Понятие индивидуального здоровья – центральная проблема валеологии (лекция) / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: Изд-во НГМИ, 1996. – 49 с.
  - Щепин В.О. Диспансеризация населения в России / В.О. Щепин, О.Е. Петручук. – М., 2006. – 325 с.

- Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск – ООО «Альфа Ресурс» – 2012. – 312 с.
- Эльштейн Н.В. Диалог о медицине / Н.В. Эльштейн. – Таллин «Валгус», 1986. – 256 с.
- Якобсон Л.И. Экономические методы управления в социально-культурной сфере / Л.И. Якобсон. – М.: Экономика, 1991. – 134 с.
- Becker G. Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis / G. Becker. – New York: Economics, 1964. – 342 p.
- Binhi V.N., Chernavskii D.S. Stochastic dynamics of magnetosomes in cytoskeleton // *Europhysics Lett.* – 2005. – V.70(6). – P. 850-856.
- Binhi V.N., Savin A.V. Molecular gyroscopes and biological effects of weak extremely low-frequency magnetic fields // *Phys. Rev. E.* – 2002. – V.65. – P. 519-527.
- Cook C.M., Thomas A.W., Prato F.S. Human electrophysiological and cognitive effects of exposure to ELF magnetic and ELF modulated RF and microwave fields: A review of recent studies // *Bioelectromagnetics.* – 2002. – V. 23. – P. 144-157.
- Dowd G.C., Rusich G.P., Connolly E.S. Herniated lumbar disc evaluation and management // *Neurosurg. Quart.* – 1998. – Vol. 8. – N 2. – P. 140-160.
- Drummond M. Methods for the economic evaluation of health care programs / M. Drummond, B. O'Brien, G.L. Stoddart, G. Torrance. – Oxford: Oxford University Press, 1997. – 569 p.
- Kirschvink J.L., Kobayashi-Kirschvink A., Woodford B. J. Magnetite biomineralization in the human brain // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* – 89(16). – P. 7683-7687.
- McGuire A. The Economics of Health Care / A. McGuire, J. Henderson, G. Mooney. – London – New York, 1988. – 578 p.
- Murray C. J. L. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study / C. I. L. Murray, A. Lopez // *Lancet.* – 1997. – Vol. 349. – P. 1498-1504.
- Murray C. J. L. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study / C. I. L. Murray // *Science.* – 1996. – V. 274. – P. 740-743.
- Pantazi S. The usability axiom of medical information systems / S. Pantazi, A. Kushniruk, J. Moehr // *International Journal of Medical Informatics.* – 2005. – V. 75. – P. 829-839.
- Pushkarev O. Optimization model of the cost-effectiveness analysis in public health services / O.Pushkarev // *KORUS-2003. The 7<sup>th</sup> Korean-Russian International Symposium on Science and Technology / University of Ulsan.* – Ulsan, Republic of Korea, 2003. – P. 69-76.
- Rogers E.M. Diffusion of Innovations/E.M.Rogers // New York. – Free Press. – 2003. – 512 P.
- Sackett D. L. Clinical Epidemiology: a Basic Science for Clinical Medicine / D. L. Sackett, R. B. Haynes, G.H. Guyatt – New York: Brown & Co., 1991. – 406 p.
- Schultheiss-Grassi P.P., Dobson J. Magnetic analysis of human brain tissue // *BioMetals.* 1999. – V. 12.– P. 67-72.
- Torrance G. W. Measurement of health state utilities for economic appraisal / G. W. Torrance. – *Journal of Health Economics.* – 1986. – Vol. 5. – P. 1-30.

**РУКОВОДСТВО ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Под общей редакцией В.М. Чернышева

Книга издана в авторской редакции

Художник обложки В.И. Шумаков

Оператор компьютерной верстки С.А. Косолапова

Подписано в печать 29.07.2013. Формат 60x84 1/8. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Times New Roman.

Печ. л. 68. Учет-изд.л. 71,87. Тираж 500.

Издательство ЗАО ИПП «Офсет» г. Новосибирск, ул. Арбузова, 4/27.

Отпечатано в типографии ИП «Жидков», 630091, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, 35



