Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Иркутский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра профильных гигиенических дисциплин

И. Г. Погорелова

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ). ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Учебное пособие

Иркутск
ИГМУ
2024

УДК 616-036.12-084(075.8)
ББК 53.05я73
П43

Рекомендовано ЦКМС ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по образовательной программе высшего образования – программе специалитета по специальности Медико-профилактическое дело (протокол №3 от 29.02.2024 г.)

Авторы:

И. Г. Погорелова – канд.мед. наук, доцент кафедры профильных гигиенических дисциплин ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России

Рецензенты:

Т. А. Баянова – к.м.н., доцент, кафедры эпидемиологии ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Е. В. Ненахова – к.м.н., доцент кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Погорелова, И. Г.

П43 Профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Организация профилактического консультирования: учебное пособие / И. Г. Погорелова – Иркутский государственный медицинский университет, Кафедра профильных гигиенических дисциплин. – Иркутск: ИГМУ, 2024. – 53 с. – Текст : непосредственный.

В учебном пособии рассмотрены основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний. Представлены основные направления профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Рассмотрены методические аспекты организации профилактического консультирования. Дана характеристика основных вариантов профилактического консультирования (индивидуального, группового, массового). Для закрепления представленного материала предложены тестовые задания с эталонами ответов.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов, обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ специалитета по специальности «Медико-профилактическое дело», при изучении дисциплины «Гигиеническое воспитание и обучение. Профилактическое консультирование»

УДК 616-036.12-084(075.8)
ББК 53.05я73

© Погорелова И. Г., 2024
© ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ..... 4
ВВЕДЕНИЕ……5
1.ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 6
1.1. Понятие факторов риска……6
1.2. Классификация факторов риска 6
1.3. Группы риска..... 9
1.4. Диагностические критерии факторов риска развития ХНИЗ. 10
2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 11
2.1. Медицинская профилактика 12
2.2. Стратегии профилактики..... 15
2.3. Методические аспекты проведения скрининга..... 17
2.4.Диспансеризация населения, понятие, цели, задачи, этапы……..20
3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ 24
3.1. Варианты профилактического консультирования 25
3.2. Методические принципы организации группового профилактического. консультирования (школы здоровья)……29
3.3. Приоритетная тематика школ здоровья (школы здоровья)..... 35
4. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ..... 36
4.1. Особенности проведения профилактического консультирования детей и подростков 36
4.2. Особенности проведения профилактического консультирования лиц среднего возраста 40
4.3. Особенности проведения профилактического консультирования лиц пожилого и старческого возраста..... 41
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ 43
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ 51
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА..... 52

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

РФ – Российская Федерация

ФР – факторы риска

SCORE – шкала (Systematic coronary risk evaluation) оценки сердечно-сосудистого риска

ВВЕДЕНИЕ

Согласно Федеральному закону «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации (РФ) профилактика заболеваний, являющихся основной причиной преждевременной смертности населения и утраты трудоспособности, должна стать центральным направлением в деятельности системы здравоохранения.

В России хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются причиной 75 % всех смертей взрослого населения. При этом на долю болезней системы кровообращения приходится около 57 %, а на долю онкологических заболеваний более 14 % всех смертельных исходов. Одной из причин такого положения дел является недостаточное развитие мер профилактики ХНИЗ. Опыт большого числа стран показал, что реализация научно-обоснованных профилактических и лечебных мер позволяет в течение 15−20 лет снизить смертность от хронических неинфекционных заболеваний в два и более раз.

Установлено, большинство ХНИЗ тесно взаимосвязаны, прежде всего, единством факторов риска (ФР), представляющих собой взаимодействующие кластеры, определяющие развитие и прогрессирование целого ряда ХНИЗ, имеющих общие ФР.

Современная парадигма профилактической медицины, ориентированная не только на выявление заболеваний, в том числе и на ранних стадиях, но и на оценку риска их развития, позволяет оптимизировать тактику управления эти риском, прогнозировать социально-экономический ущерб от заболеваний и определять пути снижения этого ущерба.

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

1.1. Понятие фактора риска

Обычно под *фактором риска* понимают модель поведения или другие состояния, связанные с повышенной вероятностью развития определенной болезни, ухудшением здоровья.

ВОЗ определяет ***фактор риска*** как «какое-либо свойство или особенность человека, или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы». Однако в этом определении отсутствует характеристика механизма действия факторов риска.

Наиболее полным является определение ***факторов риска как элементов социальной и природной среды, а также особенностей поведения людей и (или) состояния внутренних систем организма, которые нарушают действие компенсаторно-приспособительных механизмов, тем самым, способствуя возникновению и развитию патологии.***

Основные факторы риска (ФР) соответствуют *трем критериям:*

- высокая распространенность в большинстве популяций,
- достоверный независимый вклад в риск развития ХНИЗ,
- снижение риска развития ХНИЗ при контроле этих факторов.

1.2. Классификация факторов риска

Существует несколько классификаций факторов риска. Так, ВОЗ обращает особое внимание на:

- ***первичные*** – курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гиподинамия, психоэмоциональный стресс,
- ***вторичные*** – нарушение толерантности к углеводам, артериальная гипертензия, липидемия, холестеринемия, аллергические состояния, иммунодефициты.

Первичные факторы риска, как правило, относятся к вредным привычкам и зависят от самих людей, их поведения, их образа и условий жизни. Но к этой группе также относятся и факторы, обусловленные загрязнением окружающей среды, отягощенная наследственность, неудовлетворительная работа служб здравоохранения. Состояния, которые отнесены к группе вторичных являются патологией (преморбидными состояниями) и имеют свои первичные факторы риска.

Факторы риска разделяют на:

- ***не модифицируемые*** (возраст, пол, генетическая предрасположенность);
- ***модифицируемые*** (табакокурение, гиподинамия, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем).

Не модифицируемые факторы используют для стратификации риска. Например, чем старше возраст, тем выше риск развития ХНИЗ. Для целей профилактики наибольший интерес представляют модифицируемые факторы, поскольку их коррекция приводит к снижению риска ХНИЗ и их осложнений.

Факторы риска делят также на:

- ***внешние***, которые являются элементами социальной и природной среды;
- ***внутренние***, связанные с особенностями поведения человека или состояния внутренних систем его организма;
- ***субъективные***, зависящие от поведения и состояния человека;
- ***объективные***, которые от человека не зависят;
- ***облигатные***, которые провоцируют развитие патологии более чем у 50 % лиц, подвергшихся их воздействию;
- ***факультативные***, провоцирующие развитие патологии менее чем у 50 % лиц, подвергшихся их воздействию.

Интересно отметить, что облигатные факторы риска, как правило, самодостаточны (например, курение табака провоцирует развитие рака легкого почти у 80 % курильщиков), тогда как факультативные обычно действуют в

комплексе и усиливают влияние друг друга по «принципу резонанса». Так, гиперхолестеринемия, гиподинамия, ожирение, действуя в отдельности, повышают риск смертности от ишемической болезни сердца более чем на 30 %.

Сочетанное же влияние этих факторов, а данные факторы обычно взаимодействуют друг с другом, увеличивает риск смертности от данного заболевания более чем в 3 раза.

Наконец, факторы риска классифицируют на:

- ***корригируемые (управляемые),*** воздействие на которые возможно в результате профилактических программ индивидуальной или общественной профилактики;
- ***некорригируемые (неуправляемые),*** воздействие на которые невозможно.

Следует отметить, что в экономически развитых странах, в том числе и в России, большинство случаев преждевременных смертей связаны с одними и теми же причинами: сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, внешние причины смерти, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения.

Они имеют сходные доказанные факторы риска, что позволяет построить единую стратегию профилактики и лечения данных болезней. К таким факторам риска относятся в первую очередь:

- повышенное артериальное давление,
- курение табака,
- злоупотребление алкоголем,
- повышение уровня холестерина крови,
- избыточная масса тела,
- низкий уровень потребления фруктов и овощей,
- гиподинамия,
- сахарный диабет (дополнительный фактор риска для сердечно-сосудистых заболеваний).

При этом обычно каждый из перечисленных факторов риска является общим, как минимум, для двух заболеваний. С другой стороны, каждое заболевание связано не менее чем с двумя перечисленными факторами риска.

Перечисленные факторы риска по-разному действуют на каждого человека. Результат воздействия определяется как индивидуальными характеристиками (наследственность, пол, возраст, расово-этническая принадлежность, социально экономическое положение и другие), так и состоянием системы здравоохранения, и уровнем жизни.

1.3. Группы риска – это часть населения, в большей степени предрасположенная к различным заболеваниям.

В практическом здравоохранении принято выделять 5 групп риска для здоровья по следующим признакам:

1. Демографические:

- дети;
- пожилые;
- одинокие;
- вдовы, вдовцы;
- мигранты, беженцы.

2. Производственные, профессиональные – работающие на вредных для здоровья производствах (тяжелое машиностроение, химическая, металлургическая промышленность, транспорт и тому подобное).

3. Функциональные, патологические состояния:

- беременные,
- недоношенные дети, родившиеся с малой массой тела;
- лица с генетическим риском, врожденными аномалиями, дефектами;
- инвалиды детства.

4. Материальный уровень жизни:

- бедные, необеспеченные;
- безработные;

- лица без определенных занятий и места жительства.

5. Девиантное поведение:

- лица, злоупотребляющие алкогольсодержащей продукцией;
- наркоманы;
- токсикоманы;
- лица с сексуальными отклонениями.
- лица с деформациями психического здоровья и поведения (невропатии, психопатии и т.д.).

1.4. Диагностические критерии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний:

1. Повышенный уровень артериального давления – систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст. либо проведение гипотензивной терапии.

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

3. Повышенный уровень глюкозы в крови – уровень глюкозы плазмы натощак более 6,1 ммоль/л или проведение гиполикемической терапии.

4. Курение табака – ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

5. Нерациональное питание – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление соленостей, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4–6 порций в сутки).

6. Избыточная масса тела – индекс массы тела 25–29,9 кг/м^2, ожирение – индекс массы тела более 30 кг/м^2.

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

8. Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача определяется с помощью опроса (анкетирования)

9. Суммарный сердечно-сосудистый риск устанавливается при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом.

2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В реализации мер профилактики ХНИЗ в России выделяется два основных направления действий:

- формирование здорового образа жизни населения
- ранняя диагностика ХНИЗ и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией.

Реализация первого направления возможна только на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, бизнеса и общественных структур, главная задача которых заключается в обеспечении условий для ведения здорового образа жизни.

Второе направление действий реализуется в рамках системы здравоохранения, при этом особая роль возлагается на врачей первичного звена здравоохранения – участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики и семейных врачей, в деятельности которых правильно организованная профилактическая работа должна занимать не менее 30–40 % их рабочего времени.

Роль врачей-специалистов, оказывающих специализированную медицинскую помощь, как в поликлиниках, так и в стационарах, в реализации мер профилактики ХНИЗ тоже очень велика. Это обусловлено тем, что назначение даже самых действенных лекарственных средств, выполнение

самых современных интервенционных и оперативных вмешательств будет существенно менее эффективным при сохранении у больных тех факторов риска, которые послужили основными пусковыми и поддерживающими механизмами для развития и прогрессии ХНИЗ.

2.1. Медицинская профилактика

Профилактика заболеваний – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения, классифицируется как медицинская профилактика. Медицинская профилактика по отношению к населению возможна:

- *индивидуальная* – профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами;
- *групповая* – профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы);
- *популяционная (массовая)* – профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом.

Популяционный уровень профилактики, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями – это коммунальные программы профилактики или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Профилактика первичная – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний у здоровых лиц.

Первичная профилактика может, включает в себя различные компоненты:

- 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 других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;
- формирование здорового образа жизни;
- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии всех негативных факторов на здоровье возможностях его снижения;
- санитарно-гигиеническое воспитание;
- снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;
- привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления;
- меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и других;
- выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения уровня факторов риска;
- проведение иммунопрофилактики различных групп населения;

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

Вторичная профилактика – проводится у лиц, имеющих факторы риска, с целью предотвращения развития определенной болезни, а также у пациентов, имеющих начальные стадии хронических заболеваний, чтобы замедлить сроки прогрессирования заболевания, увеличить сроки ремиссии.

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 остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде;

- создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например, производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений и создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями так далее).

Третичная профилактика – предназначается для пациентов с хроническими заболеваниями. В стадии ремиссии проводится с целью уменьшения числа рецидивов, их продолжительности, тяжести, замедления сроков прогрессирования заболевания, а в стадии обострения (манифестации) основной задачей третичной профилактики является скорейшее восстановление пациентов и социальная адаптация.

Реабилитация (восстановление здоровья) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

2.2. Стратегии профилактики

Основные направления действий, предпринимаемых для достижения целей профилактических программ, направленных на все население или отдельные целевые группы (популяционная и высокого риска) принято называть *стратегиями профилактики хронических неинфекционных заболеваний.*

Сегодня для профилактики ХНИЗ используются *три основных стратегии*:

1. *Популяционная стратегия* – воздействие через средства массовой информации на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ХНИЗ, среди всего населения.

Эта стратегия имеет ряд преимуществ:

- воздействие охватывает все население, как лиц, имеющих разную степень риска развития ХНИЗ, так и уже страдающих ХНИЗ;

- стоимость ее внедрения относительно невысокая, нет необходимости экстенсивно усиливать систему здравоохранения, ее дорогостоящую материально-техническую базу.

Однако реализация этой стратегии находится, в основном, вне сферы деятельности системы здравоохранения и эффект от ее внедрения появится тогда, когда население отреагирует изменением образа жизни, что потребует достаточно длительного периода времени и комплекса мер. Тем не менее, роль врачей, медицинских работников в реализации этой стратегии достаточно большая. Они должны быть идеологами и авторами информационных материалов для средств массовой информации, инициаторами, пропагандистами и «катализаторами» процессов в обществе, направленных на профилактику ХНИЗ.

Большую координирующую функцию в практической реализации популяционной стратегии профилактики ХНИЗ на уровне субъектов Российской Федерации призваны выполнять центры медицинской профилактики.

2. *Стратегия высокого риска* – выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции. Реализация этой стратегии находится, в основном, в сфере здравоохранения и в первую очередь в ее первичном звене. Затраты на ее реализацию при правильной организации медицинской и профилактической помощи по экспертной оценке могут достигать 30 % от общей суммы средств, идущих на борьбу с ХНИЗ, что может обусловить 20 % вклада в снижение смертности населения от ХНИЗ.

Учитывая то, что Россия относится к категории государств с высоким риском и большой долей популяции, имеющей высокий сердечно-сосудистый риск, реализация данной стратегии имеет особенное значение для нашей страны.

3. *Стратегия вторичной профилактики* – заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования заболевания как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих ФР, так и за счет

своевременного проведения современного лечения, в том числе с использованием высокотехнологических вмешательств.

В отличие от популяционной стратегии, реализация стратегии высокого риска и вторичной профилактики могут обеспечить сравнительно быстрое снижение уровня корригируемых ФР у значительной части населения, снизить заболеваемость и смертность.

В то же время эти стратегии не следует противопоставлять, они взаимно дополняют друг друга и наилучший эффект может быть достигнут при комплексном внедрении всех 3-х стратегий.

2.3. Методические аспекты проведения скрининга

Для выявления лиц с ФР проводится скрининг с помощью простых и быстрых методов обследования

Скрининг (от англ. screening *массовый* (универсальный) − «отбор, сортировка») − обследование населения, направленное на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции, а также риска развития заболеваний.

Цель скрининга − раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения и снижение смертности. Скрининговые исследования должны обладать достаточной чувствительностью и допустимым уровнем специфичности.

Выделяют *массовый* (универсальный) скрининг – обследование всех лиц при их обращении к врачу или в медицинское учреждение и *селективный* скрининг – обследование лиц, имеющих большую вероятность наличия ФР (например: обследование лиц с ожирением для выявления диабета и артериальной гипертонии). После выявления у пациента ФР ему проводится оценка суммарного риска с учетом совокупного влияния имеющихся у данного пациента ФР.

Примеры скрининговых исследований:

- кожная туберкулиновая проба (реакция Манту) – для выявления случаев туберкулёза;

- шкала депрессии Бека – для диагностики депрессии;
- альфа-фетопротеиновый тест используется с целью исключения патологии плода;
- тест Папаниколау – для выявления потенциально предраковых изменений и профилактики рака шейки матки;
- маммография – для выявления случаев рака молочной железы;
- колоноскопия – для исключения колоректального рака;

Оценку суммарного риска среди лиц, не имеющих клинических проявлений заболеваний, проводится с использованием различных шкал (для сердечно-сосудистых заболеваний – шкала SCORE, для ХНИЗ – шкала «Орискон» – Оценка РИСКа Основных Неинфекционных заболеваний).

Шкала SCORE (Systematic coronary risk evaluation)

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания – основная причина инвалидности среди жителей экономически развитых стран. Стоит отметить, что доля этих заболеваний в структуре смертности составляет 40–60 %, при этом рост заболеваемости постоянно увеличивается и затрагивает людей всё более молодого возраста.

Однозначных причин развития сердечно-сосудистых заболеваний не существует, однако установлены предрасполагающие факторы. Их принято называть факторами риска (ФР). Выделяют 2 группы факторов риска (неуправляемые и управляемые), играющих ключевую роль в возникновении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Факторы риска взаимосвязаны и усиливают действие друг друга, поэтому врачи определяют абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск. Сделать это можно по Шкале SCORE, которая применяется во всех европейских странах, в том числе в России. Шкала SCORE позволяет оценить риск смерти человека от сердечно-сосудистых заболеваний в течение ближайших 10 лет. Рекомендуется использовать Шкалу SCORE для людей в возрасте 40 лет и старше.

Для определения сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE необходимо знать возраст и пол человека, уровень общего холестерина и уровень систолического (верхнего) артериального давления, а также курит человек или нет.

Шкада Орискон – экспертная система определения абсолютного и относительного индивидуального совокупного риска основных неинфекционных заболеваний в ближайшие 10 лет, которая позволяет:

- выделить факторы, имеющие наибольшее значение для формирования индивидуального совокупного риска;
- сформировать рекомендации по тактике управления этим риском, составленные экспертным методом на основе алгоритма приоритетов выявленных факторов и их сочетаний, влияющих на индивидуальное здоровье конкретного индивидуума.

Медицинская технология «ОРИСКОН» предназначена для использования в ходе профилактических обследований в первичном звене здравоохранения (в структурах медицинской профилактики, центрах здоровья), в блоках врачей общей практики, в медико-санитарных частях предприятий, в мобильных бригадах и может выполняться как врачебным, так и средним медицинским персоналом.

Основные параметры, включенные в оценку риска: возраст, пол, уровень образования, уровень систолического и диастолического давления, частота сердечных сокращений, уровень общего холестерина, триглицеридов, индекс массы тела, наличие болей в грудной клетке при напряжении, инфаркт миокарда, инсульт и сахарный диабет в анамнезе, курение, потребление алкоголя.

Способ оценки риска, представленный в технологии, положен в основу компьютерной программы, имеющей государственную регистрацию.

Важность оценки суммарного риска обусловлена следующими моментами:

- ХНИЗ многофакторные заболевания;

- существует синергизм во взаимодействии ФР;
- часто у человека имеется несколько ФР, которые со временем могут измениться в разных направлениях.

Основной путь снижения смертности вне стационаров – это информирование пациентов, имеющих ХНИЗ, особенно сердечно-сосудистые заболевания, а также пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском об основных симптомах жизнеугрожающих состояний обучение их принципам здорового образа жизни и применению неотложных мер доврачебной помощи, а также самопомощи и взаимопомощи.

2.4. Диспансеризация населения, понятие, цели, задачи, этапы

Диспансеризация вносит значительный вклад в развитие профилактического направления деятельности первичного звена здравоохранения и проводится путем обследования населения в целях:

- раннего выявления ХНИЗ (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения страны, основных ФР 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 лиц, имеющих заболевания (состояния) или ФР их развития, а также для здоровых лиц;
- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для пациентов с высоким и очень высоким суммарным СС риском;
- определения группы диспансерного (динамического) наблюдения граждан с выявленными заболеваниями (состояниями), а также

здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный СС риск.

Основными принципами диспансеризации являются:

- участковость;
- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения на ее руководителя и на отделение медицинской профилактики или 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);
- этапность:

первый этап диспансеризации (скрининг) проводится для выявления признаков ХНИЗ, 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 врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования;

второй этап проводится для дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает проведение целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов по показаниям, определенным на первом этапе;

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

- обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции ФР уже в процессе медицинского осмотра в рамках диспансеризации.

В соответствии с утвержденным Порядком проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (Приказ МЗ РФ №404 от 27 .04. 2021 г.) одной из основных задач является установление *диспансерного (динамического) наблюдения* пациентов врачом-терапевтом участковым или врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики).

Диспансерному наблюдению подлежат пациенты с ХНИЗ, а также имеющие высокий риск их развития, пациенты, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений). Диспансерное наблюдение должны осуществлять участковый врач, врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина). Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики (осуществляют диспансерное наблюдение пациентов без доказанных сердечно-сосудистых заболеваний с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском), а также фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него функций лечащего врача.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) включает:

- оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- назначение и оценку лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- проведение краткого профилактического консультирования;
- назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую

помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделении (кабинета) медицинской профилактики или Центре Здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента);

- разъяснение пациентам с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил доврачебных действий и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи при их развитии.

Профилактический медицинский осмотр – медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Основной целью профилактического медицинского осмотра является выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, 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.

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).

Различают следующие виды профилактических медицинских осмотров:

Целевые профилактические медицинские осмотры – медицинские обследования, предпринятые с целью выявления определенных заболеваний на ранней стадии (новообразования, туберкулез, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и другие), охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения.

Углубленные профилактические медицинские осмотры – медицинское обследование организованных контингентов несколькими специалистами (терапевтом, окулистом, невропатологом, оториноларингологом и другими) для выявления заболеваний, патологических процессов, отклонений от нормы и так далее.

Предварительный медицинский осмотр – медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению.

Периодический медицинский осмотр – медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы.

В медицинской профилактике неинфекционных заболеваний одним из ключевых методов является профилактическое консультирование.

3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование должно носить адресный характер. Вот почему именно врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), 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 не директивных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых. По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

3.1. Варианты профилактического консультирования.

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

а) 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).

Алгоритм краткого профилактического консультирования.

1. Информировать пациента, как о выявленных заболеваниях, так и об имеющихся у него факторах риска, величине суммарного сердечно-сосудистого риска, уровнях артериального давления (АД), частоте сердечных сокращений, уровнях общего холестерина (при определении липидного спектра, о показателях липидных фракций), глюкозы крови, о результатах клинико-инструментальных исследований, установленной группе здоровья и, при показаниях, о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения.

Сообщить пациенту 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 так далее).

2. Объяснить пациенту с факторами риска их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа

жизни, повышения ответственности за здоровье, важность постоянного контроля факторов риска.

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

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

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

б) углубленное профилактическое консультирование как обязательный компонент диспансеризации проводится лицам 2 и 3 группы здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком консультировании.

Углубленное профилактическое консультирование по времени более продолжительно, чем краткое (до 45 минут), возможно, повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

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

Алгоритм углубленного профилактического консультирования.

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

1. Спросить пациента о факторах риска (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность и других) и информировать пациента о выявленных факторах риска. Оценить суммарный сердечно-сосудистый риск, дать пациенту объяснение риска.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Групповое профилактическое консультирование (школа здоровья) 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 2 и 3 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).

3.2. Методические принципы организации группового профилактического консультирования (школ здоровья)

Основной целью здравоохранения на современном этапе является повышение доступности и качества медицинской помощи. Современная концепция здоровья считает необходимым привлечение пациента к решению его собственных проблем. Эти задачи решают «Школы здоровья».

Школа здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

К приоритетным задачам школ здоровья относятся:

- повышение информированности отдельных групп населения в вопросах общественного и собственного здоровья и степени влияния на него факторов окружающей среды и иных рисков;
- формирование ответственности за здоровье и определение степени участия системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья;
- повышение уровня знаний, умений и навыков по самоконтролю за здоровьем и оказанию помощи самому себе в случаях, не требующих медицинского вмешательства;
- создание мотивации для здорового образа жизни и предупреждения развития отклонения и осложнений в состоянии здоровья, утраты трудоспособности и дезадаптации в обществе;
- формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих реакций и здоровьесберегающих технологий;

- привлечение к вопросам сохранения и укрепления здоровья и иных заинтересованных организаций и специалистов;
- снижение непрофильной нагрузки на учреждения и специалистов первичной медико-санитарной помощи.

***Основные принципы проведения школ здоровья*:**

1. Формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками, например:

- больные с не осложненным течением артериальной гипертонии, 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 тому подобное.

Такое формирование групп создает атмосферу *социальной поддержки*, что немаловажно для эффективного консультирования и получения долгосрочного устойчивого результата.

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

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

4. Организация группового консультирования должна проводиться в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и прочее).

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

В итоге обучения пациент должен обрести навыки управлять течением заболевания и лечебным процессом в активном сотрудничестве с врачом.

Процесс обучения предполагает высокий профессионализм обучающих кадров как с точки зрения медицинской составляющей обучения, так и в связи с психолого-педагогическими аспектами проведения школ. Именно поэтому обучающим медицинским работникам нужны собственные программы обучения и руководства по методикам проведения занятий с пациентами.

Для информационно-методического обеспечения школ здоровья необходимо предусмотреть следующие информационные ресурсы.

Издания для обучающихся пациентов:

- руководство для пациента по тематике школы здоровья, включающее всю нужную для пациента информацию, в том

числе памятки по доврачебной помощи при опасных для жизни состояниях;

- рабочие тетради для пациентов, занимающихся в школах здоровья;
- средства индивидуального самонаблюдения в виде дневников;
- индивидуальные средства наглядной агитации по ведению правильного образа жизни и соблюдению врачебных рекомендаций: плакаты, календари и тому подобное;
- информационные материалы (памятки, брошюры) по сопутствующим проблемам, не относящимся к основной теме школы здоровья.

Издания для медицинских работников (врача, медицинской сестры с высшим сестринским образованием или фельдшера), проводящего занятия в школе здоровья:

- методические руководства по проведению занятий в рамках одной школы здоровья;
- наглядные материалы по темам занятий: плакаты, альбомы с иллюстрациями;
- электронные презентации (слайды) для демонстрации во время занятий с использованием проектора;
- средства наглядной агитации, информирующие пациента о проведении в лечебном учреждении школ здоровья.

Методические руководства по проведению занятий в Школах здоровья должны включать следующие разделы.

1. *Введение* (рассказывается о цели издания, обосновывается необходимость проведения школы здоровья по данному заболеванию или медицинской проблеме, требующей со стороны пациента систематизированных знаний, освещаются психолого-педагогические аспекты обучения в школе здоровья, даются рекомендации по стилю и манере преподавания, взаимоотношениях врача и пациента).

2. *Организация процесса обучения* (количество и длительность занятий, рекомендуемое количество пациентов, возможные проблемы (отсутствие мотивации, неадекватная оценка состояния, отказ от лечения и другие), пути их решения).

3. *Программа обучения.* По конкретному заболеванию руководство должно содержать следующие разделы и соблюдать логику и структуру изложения аналогичного руководства для пациентов:

- *теоретическая часть курса:* начальные сведения о заболевании; медицинские термины и понятия, знание которых необходимо при данном заболевании; влияние данного заболевания на образ жизни (питание, физическая нагрузка, алкоголь и др.); симптомы данного заболевания; осложнения заболевания, приводящие к инвалидизации и/или смерти пациента; лабораторные показатели, за которыми должен следить пациент; основные сведения о методах лечения и лекарственных средствах, применяемых при данном заболевании;
- *практическая часть:* обучение пациента навыкам, необходимым для самоконтроля, и интерпретация результатов; действия пациента в зависимости от полученных данных; информация о признаках и оказании доврачебной помощи при возникновении у пациента неотложных состояний.

Наглядные материалы по темам занятий (плакаты, альбомы с иллюстрациями) должны быть сгруппированы в соответствии с планом занятий в конкретной школе и наглядно иллюстрировать темы занятий. Все материалы обязательно должны быть одобрены профессиональными медицинскими обществами.

Электронные презентации (слайды) для демонстрации во время занятий с использованием проектора должны быть сгруппированы в соответствии с планом занятий в конкретной школе и наглядно иллюстрировать темы занятий.

Все материалы обязательно должны быть одобрены профессиональными медицинскими обществами.

Средства наглядной агитации, информирующие пациента о проведении в лечебном учреждении школ здоровья, должны содержать два информационных блока:

- сведения о месте, сроке и условиях проведения школы здоровья;
- информацию, мотивирующую пациентов к участию в школах.

3.3. Приоритетные тематики школ здоровья

В настоящее время в профилактических целях рекомендуется проводить следующие школы здоровья для больных:

- сахарным диабетом;
- артериальной гипертензией
- с сердечной недостаточностью
- находящихся на хроническом гемодиализе (хроническая почечная недостаточность);
- с бронхиальной астмой;
- с заболеваниями суставов и позвоночника

Перечень расширяется за счет следующих хронических проблем медицинского характера:

- ишемическая болезнь сердца;
- стенокардия напряжения;
- жизнь после инфаркта;
- жизнь после острого нарушения мозгового кровообращения;
- жизнь после операций на сердце и магистральных сосудах;
- аллергические заболевания (аллергошколы);
- глаукома;
- ожирение/избыточная масса тела;
- атеросклероз/дислипидемия;
- курение и др.

Медицинские работники, проводящие школы для пациентов, могут работать в следующих медицинских учреждениях:

- центры медицинской профилактики;
- амбулаторно-поликлинические (кабинеты медицинской профилактики);
- женские консультации;
- дневные стационары;
- медико-санитарные части;
- стационары;
- профильные диспансеры;
- санатории-профилактории;
- курорты; санатории;
- оздоровительные центры.

4. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ

Современные концепции профилактики предполагают, прежде всего, дифференцированный подход к организации и проведению профилактических мероприятий с учетом возрастных особенностей целевой группы.

Особенности профилактики среди детей и подростков.

ВОЗ определила семь приоритетных направлений профилактических мероприятия для детей и подростков:

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

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

1. Предоставление консультаций, оказание антенатальной помощи.

2. Профилактика дефицита нутриентов (железо, йод, фолиевая кислота и других) путем их дополнительного введения в пищу в виде витаминов или пищевых добавок.

3. Ограничение (оптимально – прекращение) курения, употребления алкоголя.

4. Проведение дородовой диагностики наличия/отсутствия инфекционных заболеваний, которые могут оказать влияние на здоровье плода (инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), цитомегаловирусная инфекция, гепатит В и др.).

5. Проведение дородовой ультразвуковой оценки развития плода.

6. При необходимости – проведение генетической оценки риска развития наследственных заболеваний

Обеспечение рационального питания. Рациональное питание лежит в основе формирования здоровья матери и ребенка. Первые годы жизни ребенка имеют решающее значение для нормального физического и умственного развития. Дети раннего возраста особенно чувствительны к последствиям неправильного питания, так как в этот период рост происходит более интенсивно, чем в любое другое время.

После рождения проводится консультирование матерей о необходимости грудного вскармливания. Оптимально, если грудное вскармливание продолжается хотя бы до 6 месяцев, поскольку все необходимые нутриенты, включая витамины и минеральные вещества, ребенок получает с грудным молоком.

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

краснухи всех женщин детородного возраста. Санитарно-эпидемиологические мероприятия имеют профилактическое значение относительно инфекционных заболеваний на популяционном уровне. Соблюдение правил личной гигиены – эффективная мера профилактики для индивидуумов. Поэтому важно обучение родителей правильному гигиеническому уходу за новорожденным.

По мере взросления детей их обучение гигиеническим навыкам проводится как родителями, так и медицинскими работниками.

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

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

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

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

Уличный травматизм во многом предотвратим, если дети и их родители соблюдают правила дорожного движения. Для профилактики дорожно-транспортных происшествий могут использоваться светоотражающие полоски.

В подростковом возрасте возрастает вероятность спортивных травм. Для их профилактики необходим контроль состояния здоровья подростков перед началом занятий спортом, а также проведение занятий с опытным тренером.

Обеспечение психосоциального развития и психического здоровья.

Основными направлениями профилактики являются:

во-первых, как можно более раннее выявление детей и подростков групп риска развития девиантного поведения и последующая коррекционная работа с ними;

во-вторых, общепрофилактическая работа по формированию физического, психического и духовного здоровья, направленная на всю популяцию детей и подростков.

Одним из основных требований к профилактическому воздействию является соблюдение принципа когнитивной адекватности, то есть максимального соответствия форм и методов обеспечения психосоциального развития и психического здоровья специфическим особенностям возрастного развития конкретных групп детей. В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста наибольший эффект может принести комбинированное использование элементов различных методов психологического воздействия – арттерапии, сказкотерапии, «классических» дидактических методов и приемов,

таких как беседа, дидактические игры, а также метода групповой дискуссии и ролевых игр, адаптированных для нужд профилактической работы.

Наиболее оптимальной формой профилактической работы с подростками и молодежью является интерактивный семинар-тренинг. Во время занятий по многим темам следует учитывать психологические трудности аудитории при обсуждении интимных вопросов. Для преодоления этих сложностей важно стимулировать различного рода дискуссии и применять различные игровые методики. Во время проведения занятий целесообразно использовать такие технические приемы, как «мозговой штурм», групповая дискуссия, ролевые игры, наглядные методы обучения.

4.2. Особенности профилактики среди лиц среднего возраста

По мнению ВОЗ в среднем возрасте основное бремя хронических неинфекционных заболеваний реализуется за счет предотвращаемых заболеваний четырех групп:

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

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

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

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

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

Профилактические мероприятия проводятся путем просвещения и обучения. Целью подобных программ является изменение поведения индивидуума. Схема программ укрепления здоровья для лиц среднего возраста Важнейшим направлением профилактики среди лиц среднего возраста является сохранение репродуктивного здоровья и планирование семьи.

Планирование семьи рассматривается сегодня как основополагающее право человека для сохранения человеческого достоинства.

Для женщин это возможность предупреждения нежелательной беременности и осложнений абортов. Мужчины считают, что возможность планировать количество и время появления детей на свет позволяет им обеспечить более высокий уровень жизни своим семьям. На этапе планирования беременности женщина и её партнер должны пройти обследование у специалистов, получить информацию о факторах, которые могут неблагоприятно воздействовать на беременность.

Главная цель – рождение здорового ребенка и сохранение здоровья матери. Решающее значение для правильного выбора метода контрацепции имеет консультирование, которое помогает женщинам сделать и свой выбор, касающийся репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Консультирование должно быть индивидуальным и учитывать потребности каждой пары. Правила консультирования подразумевают обязательное ознакомление с эффективностью методов контрацепции, преимуществами и недостатками, побочными эффектами и осложнениями, способами применения, возможностью профилактики инфекций, передаваемых половым путем, порядком повторных визитов к врачу. В настоящее время при консультировании используется 6 шагов, которые легко запомнить с помощью слова «ПОМОГИ»:

П – приветливость,

О – о чем следует рассказать клиенту,

М – методы контрацепции,

О – о выборе метода,

Г – главное объяснить, как пользоваться методом,

И – информация о повторном визите.

4.3. Особенности профилактики среди лиц пожилого и старческого возраста

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

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

Основной проблемой для лиц пожилого возраста является инвалидность, приводящая к полной или частичной потере возможности ухаживать за собой самостоятельно.

Доказанными факторами риска развития инвалидности являются:

- депрессия;
- курение;
- низкая частота социальных контактов, социальная изоляция;
- гиподинамия;
- ограничение функции нижних конечностей;
- деменция;
- повышение или снижение индекса массы тела;
- ухудшение зрения;
- низкая самооценка качества жизни.

Также в развитии инвалидности существенную роль могут играть:

- артериальная гипертензия;

- нарушения липидного обмена;
- остеопороз;
- сахарный диабет 2 типа
- злоупотребление алкоголем и лекарственными средствами.

Сохранение физической активности играет существенную роль в профилактике инвалидизации лиц пожилого возраста. Даже незначительная физическая активность позволяет замедлять развитие инвалидности. Кроме того, физическая активность способствует замедлению прогрессирования хронических заболеваний.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ − ЭТО

1) медицинская профилактика
2) физическая профилактика
3) духовная профилактика

2. СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЛИДИРУЕТ

1) качество медицинской помощи
2) образ жизни
3) биологические

3. ВОЗДЕЙСТВИЕ ЧЕРЕЗ СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ХНИЗ НАСЕЛЕНИЯ ЭТО СТРАТЕГИЯ

1) высокого риска
2) вторичной профилактики
3) популяционная

4. ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) устранение факторов риска
2) повышение эффективности деятельности служб здравоохранения
3) создание позитивных для здоровья факторов

5. ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ХНИЗ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ КОРРЕКЦИИ – ЭТО СТРАТЕГИЯ

1) вторичной профилактики
2) популяционная стратегия
3) стратегия высокого риска

6. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ЗА СЧЕТ ФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА, ТАК И ЗА СЧЕТ СВОЕВРЕМЕННОГО ПРОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИИ – ЭТО СТРАТЕГИЯ

1) вторичной профилактики
2) высокого риска
3) стратегия

7. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
2) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний
3) проведение иммунопрофилактики

8. К МЕТОДАМ И СРЕДСТВАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

1) оздоровление окружающей среды
2) профилактическую госпитализацию
3) иммунопрофилактику

9. ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

1) острых заболеваний
2) хронических заболеваний
3) несчастных случаев

10. ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И МОТИВАЦИИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО МЕРОПРИЯТИЯ

1) убеждающие
2) не направленные на вред пациентов
3) профилактические

11. ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

1) краткое
2) массовое
3) углубленное групповое
4) углубленное индивидуальное

12. ЧИСЛЕННОСТЬ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДОЛЖНА БЫТЬ

1) 1 человек
2) 100 человек
3) 25 человек
4) не более 10 – 12 человек.

13. КЛЮЧЕВОЕ МЕСТО В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЗАНИМАЕТ

1) решение пациента
2) совет врача

3) совместный выбор пациента и его родственников;

4) современные рекомендации.

14. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) обретение навыков по спасению пациентов с остановкой сердца;

2) обретение специальных навыков по оказанию первой помощи самому себе в неотложной ситуации;

3) повышение приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений;

4) способность пациентов самостоятельно менять схему лечения и диеты без врачебного вмешательства с целью снижения нагрузки на участкового врача.

Выберите несколько правильных ответов

15. СЕГОДНЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СТРАТЕГИИ

1) популяционная

2) высокого риска

3) вторичной профилактики

4) профилактическая

5) индивидуальная

16. ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЕТ

1) повышение материального благосостояния

2) воспитание навыков здорового образа жизни

3) информирование населения о факторах риска

17. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) выявление заболеваний
2) проведение иммунопрофилактики
3) снижение уровня воздействия неблагоприятных факторов
4) формирование здорового образа жизни
5) выявление факторов риска

18. АЛГОРИТМАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) углубленного профилактического консультирования
2) краткого профилактического консультирования
3) частичного профилактического консультирования
4) группового профилактического консультирования
5) общего профилактического консультирования

19. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
2) проведение иммунопрофилактики
3) выявление заболеваний
4) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
5) улучшение условий труда и отдыха
6) повышение материального благосостояния

20. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ

1) безоговорочного подчинения пациента предписаниям врача
2) доверия
3) зрительного контакта

4) физического контакта
5) языка тела

21. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВАЖНО

1) использовать в общении с пациентом научную и медицинскую терминологию с целью придания собственным словам большей убедительности в отношении пациента
2) не перегружать пациента ненужной информацией
3) предоставить пациенту в письменной форме схему лечения
4) при необходимости повторять важную информацию по принципу «обратной связи»

22. ЕДИНСТВО ТРЕХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1) информирование пациента о появлении новых более эффективных лекарственных препаратах
2) информирование пациента об имеющихся у него факторах риска и методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендаций врача по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания
3) мотивирование пациента к соблюдению врачебных рекомендаций и активным действиям по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни
4) обучение пациента практическим навыкам с использованием преимущественно не директивных советов и активных форм их обсуждения

23. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ ВКЛЮЧАЮТ

1) контроль за посещаемостью

2) наличие специально оборудованного помещения
3) проведение цикла занятий по плану и графику
4) формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками+
5) численность целевой группы не более 10 – 12 человек.

24. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1) избыточная масса тела
2) курение+
3) переохлаждение
4) повышенное употребление поваренной соли
5) сидячий образ жизни
6) хронические инфекционные заболевания.

25. ПАЦИЕНТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ДОЛЖЕН УМЕТЬ

1) владеть навыками оказания помощи другим пациентам в неотложных ситуациях
2) контролировать АД в домашних условиях
3) контролировать физическую нагрузку
4) регулярно принимать препараты, предписанные врачом

26. ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1) исключения из школы здоровья в качестве наказания за нарушения предписания врача
2) обучения навыкам, демонстрации наглядных материалов
3) предоставления пациентам специальной медицинской информации

4) формирования изменений поведения

27. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Группы факторов риска

1. Первичные

2. Вторичные

Факторы риска

а) курение

б) липедемия

в) нерациональное питание

г) гиподинамия

д) артериальная гипертензия

28. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

Виды профилактик:

1. Первичная

2. Вторичная

Элементы профилактики

а) формирование здорового образа жизни

б) гигиеническое воспитание

в) проведение диспансерных медицинских осмотров

г) групповое консультирование

29. СПЕЦИАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ (ЦИКЛ ОБУЧАЮЩИХ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ) ЭТО – _____

30. ПРОЦЕСС ИНФОРМИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЕГО ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ И ФОРМИРОВАНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАВЫКОВ,

СПОСОБСТВУЮЩИХ СНИЖЕНИЮ РИСКА И ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТО − _____

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1 – 1	7 – 2	13 – 2	19 – 1,2,4,5	25 – 2,3,4
2 – 2	8 – 1	14 – 3	20 – 2,3,4,5	26 – 2,3,4
3 – 3	9 – 2	15 – 1,2,3	21 – 2,3,4	27 1а, в, г;2 б, д
4 – 3	10 – 3	16 – 2,3	22 – 2,3,4	28.1 а, б; 2 в, г
5 – 3	11 – 3	17 – 2,3.4,5	23 – 1,2,3,4,5	29. школа здоровья
6 – 1	12 – 4	18– 1,2,4	24 – 1,2,4,5	30 профилактическое консультирование

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Гигиена детей и подростков : учебник / В. Р. Кучма. — 3-е изд. , доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-4940-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https:// https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970449400.html
- Режим доступа : по подписке.

2. Гигиена детей и подростков : руководство к практическим занятиям : учеб. пособие / под ред. В. Р. Кучмы. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-7422-8. - Текст : электронный // ЭБС"Консультант студента" : [сайт]. - URL :https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970474228.html - Режим доступа : по подписке

Дополнительная:

1. Амлаева, К. Р. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html (дата обращения: 25.10.2023). - Режим доступа : по подписке.

2. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий : учебное пособие / С. И. Двойников, Ю. А. Тарасова, И. А. Фомушкина, Э. О. Костюкова ; под ред. С. И. Двойникова. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-7345-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473450.html (дата обращения: 25.10.2023). - Режим доступа : по подписке.

3. Герасименко, Н. Ф. Руководство по диспансеризации взрослого населения / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 664 с. - ISBN 978-5-9704-4167-1. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html (дата обращения: 25.10.2023). - Режим доступа : по подписке.

4. Лобыкина Е. Н. Гигиеническое воспитание : учебно-методическое пособие / Е. Н. Лобыкина, Л. А. Проскурякова, Ю. В. Юрзаев. – Новокузнецк : 2009, – 190 с. – Текст : непосредственный.

5. Царик, Г. Н. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 912 с. – ISBN 978-5-9704-6044-3. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970460443.html (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа : по подписке.

Учебное издание

Погорелова Ирина Геннадьевна

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ХНИЗ). ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Учебное пособие