

Рабочая программа



Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное учреждение  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

УТВЕРЖДАЮ



Директор ФГБУ «ГНИЦПМ»  
Минздравсоцразвития России

(подпись)

/Бойцов С.А./  
(ФИО)

**УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА  
И УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ  
по направлению  
«ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»**

МОСКВА - 2012



Учебная программа и учебно-тематический план дополнительного профессионального образования по направлению «Формирование здорового образа жизни» разработаны сотрудниками отделов Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»: вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний (руководитель отдела- профессор Погосова Н.В.), последиplomного образования (руководитель отдела- к.м.н. Кукушкин С.К.).

**Рецензенты:**

- профессор Н.Г. Гончаров, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья Российской медицинской академии последиplomного образования Минздравсоцразвития России.
- С.Ю. Астанина, начальник учебно-методического отдела Российской медицинской академии последиplomного образования Минздравсоцразвития России.



Рабочая программа



Рабочая программа учебной дисциплины «Формирование здорового образа жизни» одобрена Ученым Советом ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России от «20» декабря 2011г. Протокол № 9

Председатель  
Ученого совета ФГБУ «ГНИЦПМ»  
Минздравсоцразвития России



(С.А.Бойцов)

Рабочая программа учебной дисциплины «Формирование здорового образа жизни» рекомендована Координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздравсоцразвития России

Протокол № 7 от 23 марта 2012 г.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
ОГЛАВЛЕНИЕ**

Состав рабочей группы по разработке типовой программы и учебно-тематического плана дополнительного профессионального образования врачей по направлению «Формирование здорового образа жизни».....	5
Введение.....	6
Содержание программы «Формирования здорового образа жизни» .....	7
Учебный план цикла (ТУ) «Формирование здорового образа жизни» .....	14
Учебно-тематический план цикла (ТУ) «Формирование здорового образа жизни» .....	16
Методические рекомендации по изучению курса (ТУ) «Формирование здорового образа жизни» .....	27
Контрольные задания.....	29
Литература .....	46

**Состав рабочей группы**  
по разработке программы  
дополнительного профессионального образования врачей по направлению  
**«Формирование здорового образа жизни»**

№/№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Погосова Н.В.	Доктор медицинских наук, профессор	Руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ ГНИЦ ПМ	ФГБУ ГНИЦ ПМ
2.	Сапунова И.Д.	Кандидат медицинских наук	Руководитель лаборатории «Формирование здорового образа жизни» координационно-методического центра здоровья ФГБУ «ГНИЦПМ»	ФГБУ ГНИЦ ПМ
3.	Юферева Ю.М.	Кандидат медицинских наук	Руководитель клинического отделения координационно-методического центра здоровья ФГБУ «ГНИЦПМ»	ФГБУ ГНИЦ ПМ
4.	Кукушкин С.К.	Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник	Руководитель отдела последипломного образования ФГБУ ГНИЦ ПМ	ФГБУ ГНИЦ ПМ
5.	Маношкина Е.М.	Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник	Ведущий научный сотрудник отдела последипломного образования ФГБУ ГНИЦ ПМ	ФГБУ ГНИЦ ПМ



## ВВЕДЕНИЕ

Формирование здорового образа жизни - это комплекс мероприятий, реализуемых на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, направленных на сохранение здоровья 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.

Формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается государственными органами, органами местного самоуправления, медицинскими организациями и подразделениями, в том числе специально созданными для этих целей центрами здоровья.

Настоящая программа предназначена для повышения квалификации врачей центров здоровья (далее центров здоровья).

Для выполнения поставленных задач в программу включены вопросы приобретение слушателями знаний об основных аспектах здорового образа жизни и факторах риска ХНИЗ; обучение слушателей современной методологии выявления факторов риска и оценки суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений (основной причины смертности населения); обучение слушателей современной методологии выявления доклинических маркеров ХНИЗ, в том числе маркеров доклинического атеросклероза; приобретение слушателями теоретических знаний и практических навыков по коррекции выявленных факторов риска ХНИЗ; приобретение слушателями навыков профилактического консультирования по вопросам формирования здорового образа жизни, отказа от курения и чрезмерного потребления алкоголя и другим аспектам профилактики ХНИЗ; обучение слушателей навыкам построения взаимоотношений с пациентом на основе заинтересованного сотрудничества, при необходимости и с привлечением членов семьи и социального окружения пациентов.

В программе представлены учебный и учебно-тематический план цикла «Формирование здорового образа жизни», продолжительностью 72 учебных часа.

В учебно-тематическом плане указаны лекционные и практические часы обучения. Практические занятия проводятся на оборудовании, предназначенном для реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан.

В конце цикла проводится итоговый контроль знаний, полученных слушателями на цикле.

В конце программы приводится список необходимой литературы.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ «Формирование здорового образа жизни»

КОД	Наименование тем, элементов и т.д.
1	2
<b>1.</b>	<b>Проблема профилактики на современном этапе</b>
<b>1.1.</b>	Здоровый образ жизни – как основа профилактики заболеваемости ХНИЗ, инвалидности и преждевременной смертности. Отечественный и зарубежный опыт разработки профилактических программ. Вклад лечебных и профилактических мероприятий в снижение смертности населения от ССЗ и других НИЗ.
<b>1.2.</b>	Стратегии профилактики НИЗ. Использование средств массовой коммуникации для формирования здорового образа жизни.
<b>2.</b>	<b>Организация медицинской профилактики. Приоритеты. Задачи.</b>
<b>2.1.</b>	Основные положения приоритетного национального проекта «Здоровье». Комплекс мероприятий по формированию здорового образа жизни, включая потребление алкоголя и табака. Нормативные документы. Факторы риска, определяющие риск смерти и нетрудоспособности населения России.
<b>2.2.</b>	Обязанности врача, установленные основами законодательства об охране здоровья граждан и иными федеральными законами. Основные положения Федерального закона Российской Федерации N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
<b>3.</b>	<b>Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики. Стратегии профилактики. Понятие о суммарном риске.</b>
<b>3.1.</b>	Факторы риска: определение. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний. Что такое суммарный кардиоваскулярный риск? Понятие об абсолютном и относительном риске.
<b>3.2.</b>	Калькуляторы риска. Система оценки суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE. Методика использования. Практические аспекты. Различная тактика ведения пациентов в зависимости от величины риска. Понятие о целевых уровнях факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Основные цели профилактики в клинической практике.



<b>4.</b>	<b>Организационные принципы деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ</b>
<b>4.1.</b>	Нормативно- правовое обеспечение деятельности центра здоровья в соответствии с законодательством РФ. Положение о ЦЗ. Основные цели и задачи деятельности центра здоровья. Функции ЦЗ. Структура и оснащение ЦЗ. Штатное расписание ЦЗ. Возможности Центра здоровья в пропаганде здорового образа жизни у населения.
<b>4.2.</b>	Принципы массовой пропаганды здорового образа жизни. Организация общественных акций по пропаганде здорового образа жизни. Разработка материалов по профилактике с учетом особенностей региона. Взаимодействие центра здоровья с другими подразделениями системы здравоохранения. Возможности Интернета для пропаганды здорового образа жизни. Организация работы Школ здоровья. Опыт работы центров здоровья по РФ
<b>5.</b>	<b>Автоматизация профилактического скрининга в ЦЗ</b>
<b>5.1.</b>	Цели создания и внедрения ФК ЦЗ. Поддержка ФК «Учет пациентов ЦЗ». Автоматизация учета скрининговой информации. Варианты организации работы. Пути развития автоматизации профилактического скрининга для повышения его эффективности. Модернизация аппаратно-программного комплекса. Введение дополнительных видов обследований.
<b>5.2.</b>	Особенности ведения документации центра здоровья. Электронный документооборот. - учетная форма № 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья», - учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни», - учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», - отчетная форма № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья».
<b>6.</b>	<b>Курение как фактор риска, методы коррекции.</b>
<b>6.1.</b>	Эпидемиология курения. Курение как фактор риска НИЗ, механизмы реализации вреда. Курение и ССЗ. Курение и заболевания периферических сосудов. Курение и патология органов дыхания. Курение и онкологические заболевания. Другие ассоциированные с курением заболевания. Пассивное курение. Курение и вред здоровью детей. Состав табачного дыма.
<b>6.2.</b>	Сбор анамнеза курения. Методы объективизации курения (моноксид углерода в выдыхаемом воздухе, котинин в моче). Спирометрия. Методика проведения. Основные показатели, оцениваемые при проведении спирометрии. Спирометрия на практике.

	Отказ от курения: краткосрочное и долгосрочное снижение риска НИЗ. Алгоритм контроля курения среди пациентов первичного звена здравоохранения. Помощь при отказе от курения: программа 5А.
6.3.	Определение степени никотиновой зависимости по тесту Фагестрема. Повышение мотивации к отказу от курения. Методы отказа от курения. Принципы поведенческого консультирования по отказу от курения. Типовые рекомендации пациентам по отказу от курения.
6.4.	Фармакологические методы отказа от курения. Никотинзаместительная терапия, препараты, режим дозирования, безопасность. Антиникотиновые препараты. Эффективность сочетания психологических и фармакологических методов лечения табачной зависимости.
7.	<b>Гиперхолестеринемия и другие нарушения липидного обмена как фактор риска ССЗ, возможные пути коррекции.</b>
7.1.	Эпидемиология нарушений липидного обмена. Связь между уровнем липидов крови, сердечно-сосудистым риском и развитием атеросклероза. Классификация дислипидемий
7.2.	Стратегия профилактических мероприятий в зависимости от уровня суммарного сердечно-сосудистого риска и ХС ЛНП. Методики определения липидов крови на базе ЦЗ Целевые уровни липидов крови для лиц с разным уровнем риска
7.3.	Методы коррекции. Гиполипидемическая диета: ключевые положения, эффективность. Принципы медикаментозной терапии. Основные классы препаратов. Оценка эффективности и безопасности лечения.
8.	<b>Основные принципы здорового питания.</b>
8.1.	Ключевые положения. Принцип энергетического равновесия. Принцип сбалансированности питания по содержанию основных пищевых веществ. «Пирамида здорового питания». Оценка пищевых привычек. Методы сбора диетологического анамнеза и объективизации питания.
8.2.	Жиры в рационе (холестерин, насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, транс-изомеры жирных кислот). Рекомендованный уровень потребления. Выбор конкретных продуктов. Рекомендации по потреблению рыбы. Vegetарианские источники омега 3 и омега 6 – полиненасыщенных жирных кислот. Потребление овощей и фруктов. Рекомендуемые нормативы. Углеводы в рационе. Понятие о гликемическом индексе. Принцип использования цельнозерновых продуктов. Обеспечение потребности организма в белке
8.3.	Потребление поваренной соли и конкретные советы по снижению ее потребления.

	<p>Фитостеролы и фитостанолы: эффективность, потенциальные проблемы, рекомендации.</p> <p>Алкоголь. Основные риски, связанные с избыточным потреблением алкоголя. Эпидемиология алкоголь-ассоциированных проблем. Кардиопротективное действие малых доз алкоголя: есть ли основания для рекомендаций? Границы безопасного потребления. Возможности ЦЗ в выявлении лиц с избыточным потреблением алкоголя.</p>
<b>9.</b>	<b>Избыточная масса тела и ожирение как факторы риска НИЗ, возможные пути коррекции.</b>
<b>9.1.</b>	<p>Эпидемиология нарушений жирового обмена. Причины развития ожирения. Связь между избыточной массой тела/ожирением и другими НИЗ.</p> <p>Методы оценки избыточной массы тела и ожирения.</p> <p>Анализатор оценки баланса водных секторов организма "ABC10.22 01 МЕДАСС" с базовой программой оценки состава тела ABC10.22 0361.</p> <p>Классификация избыточной массы тела и ожирения.</p>
<b>9.2.</b>	<p>Окружность талии: методика измерения. Нормативы.</p> <p>Понятие о метаболическом синдроме.</p> <p>Ожидаемая польза от снижения массы тела. Алгоритм обследования лиц с избыточной массой тела и ожирением. Сбор диетanamнеза..Оценка готовности к лечению</p>
<b>9.3.</b>	<p>Объективное обследование пациента с избыточной массой тела.</p> <p>Определение противопоказаний к лечению. Целесообразность направления на консультацию к специалисту (диетолог, эндокринолог).</p> <p>Методы оценки углеводного обмена (оценка гликемии, оральный глюкозотолерантный тест, гликированный гемоглобин). Показания к скринингу и методика его проведения.</p> <p>Критерии сахарного диабета.</p>
<b>9.4.</b>	<p>Основные подходы к снижению массы тела. Как снизить калорийность рациона (диетотерапия ожирения).</p> <p>Популярные «модные» диеты (попеременная диета, разгрузочные дни, диета Аткинса, раздельное питание).</p> <p>Самоконтроль пациента. Фармакологические методы снижения массы тела.</p> <p>Хирургическое лечение ожирения. Понятие о бариатрической хирургии.</p> <p>Психологические методы поддержки.</p>
<b>10.</b>	<b>Недостаточная физическая активность как фактор риска НИЗ, методы коррекции.</b>
<b>10.1.</b>	<p>Эпидемиология гиподинамии. Медицинские последствия недостаточной физической активности.</p> <p>Недостаточная физическая активность и риск ССЗ. Недостаточная физическая активность и риск метаболического синдрома. Ожидаемая польза от повышения физической активности. Оценка уровня физической активности. Сбор анамнеза.</p>
<b>10.2.</b>	<p>Методы объективной оценки физической активности и тренированности.</p> <p>Выявление объективных и субъективных препятствий для повышения физической активности. Оценка риска, связанного с физической активностью.</p> <p>Пробы с физической нагрузкой, показания. Классификация видов физической</p>

	активности. Объективизация интенсивности физической активности Тренировочный пульс, методы вычисления.
<b>10.3.</b>	Классификация видов спорта в зависимости от выраженности статического и динамического компонентов. Рекомендации по уровню физической активности для населения и для отдельных категорий больных (подростки, женщины, пожилые люди и пр.). Противопоказания к физической активности и основные правила обеспечения безопасности тренировок.
<b>10.4.</b>	Рекомендации по повышению физической активности у детренированных лиц. Рекомендованная структура тренировок. Физическая активность при ССЗ. Рекомендации. Безопасность.
<b>11.</b>	<b>Артериальная гипертензия (АГ) как медико-социальная проблема и фактор риска ССЗ. Принципы коррекции.</b>
<b>11.1.</b>	Эпидемиология АГ. Классификация АГ (стадии, степени) Стратификация риска. Факторы, влияющие на прогноз пациента с АГ и оценка общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска. Правила измерения АД (положение больного, условия измерения АД, оснащение, кратность измерения, техника измерения). Измерение АД в домашних условиях.
<b>11.2.</b>	Алгоритм обследования пациента с впервые выявленной АГ: сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования, исследование состояния органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, почки, сосуды, глазное дно, головной мозг). Стратификация риска у пациентов с АГ и показания к началу немедикаментозных и медикаментозных вмешательств. Целевые уровни артериального давления.
<b>11.3.</b>	Немедикаментозные методы снижения артериального давления. Мероприятия по изменению образа жизни. Влияние изменений образа жизни на величину АД. Медикаментозная антигипертензивная терапия. Основные принципы лечения. Особенности лечения АГ у отдельных групп больных (у лиц пожилого возраста, при сахарном диабете, метаболическом синдроме, цереброваскулярной болезни, ИБС, у женщин, при болезнях почек, легких) АГ и синдром обструктивного апноэ во время сна. Рефрактерная АГ. Проблема приверженности пациентов лечению и возможные пути ее решения.
<b>12.</b>	<b>Чрезмерное употребление алкоголя как фактор риска неинфекционных заболеваний</b>
<b>12.1.</b>	Законодательные основы профилактики пьянства и алкоголизма. Основные патофизиологические механизмы влияния алкоголя на организм человека и возникновение зависимости. Современные методы, формы и средства антиалкогольной пропаганды.
<b>13.</b>	<b>Метаболический синдром. Сахарный диабет (СД) как фактор риска ССЗ. Особенности целевых уровней других ФР при сахарном диабете.</b>
<b>13.1.</b>	<i>Метаболический синдром (МС), его распространенность. Критерии МС. Немедикаментозные мероприятия у пациентов с МС, направленные на формирование здорового образа жизни. Медикаментозная коррекция МС. МС у детей и подростков. Повышение риска МС у женщин в постменопаузе. Распространенность и прогнозируемый рост заболеваемости СД.</i>

13.2.	<i>СД, определение, критерии. Немедикаментозные методы профилактики и лечения СД. Критерии компенсации сахарного диабета Целевые уровни липидов и АД у больных СД.</i>
14.	<b>Психосоциальные факторы риска и принципы их коррекции.</b>
14.1.	Психосоциальные детерминанты здоровья. Эпидемиология психосоциальных факторов. Скрининг психосоциальных факторов. Понятие о стрессе. Стресс острый и хронический. Методы оценки и коррекции. Низкая социальная поддержка и социальная изоляция. Негативные эмоциональные состояния, в том числе гнев и враждебность Тревожные и депрессивные состояния как барьеры к оздоровлению образа жизни. Признаки тревожных расстройств. Генерализованное тревожное расстройство. Паническое расстройство. Депрессивное расстройство. Диагностические критерии депрессивного расстройства
14.2.	Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Оценка качества жизни. Система контроля уровня стресса СКУС Методы психогигиены. Принципы немедикаментозной и медикаментозной помощи при тревоге и депрессии. Алкоголь и психоактивные вещества, их влияние на здоровье.
15.	<b>Основные принципы профилактического консультирования.</b>
15.1.	Врач центра здоровья как ключевая фигура медицинской профилактики. Диалог с пациентом и установление партнерских отношений. Определение готовности пациента к переменам. Поэтапное планирование оздоровления образа жизни. Возможные проблемы и методы их решения.
15.2.	Мониторинг факторов риска и лечебно-оздоровительных мероприятий. Немедикаментозные подходы к коррекции факторов риска Школа здоровья: основные принципы организации и проведения Школа здоровья как эффективная мотивационная технология Особенности проведения Школы здоровья по коррекции отдельных факторов риска Эффективность Школы здоровья: ближайшая и на отдаленном этапе. Возможности Школы здоровья в отношении повышения эффективности медикаментозного лечения
15.3.	Групповое профилактическое консультирование в Школах (например, Школах по профилактике ССЗ, Школах по отказу от курения, Школах для больных АГ, Школах для больных СД, Школах для больных ИБС).
16.	<b>Основные скрининговые методы выявления ХНИЗ</b>
16.1.	Работа аппаратно-программного комплекса для скрининг- оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития.
16.2.	Системная информация. ПО «Ритм- Экспресс»; ПО «PCNT1»; ПО «Здоровье- Экспресс» для взрослых ЦЗ; Обновление для ПО «PCNT1»; ПО «EScreen»; ПО «Варикард- Экспресс» ПО «Cardiovisor»; ПО «Antropo1009»; ПО «СКУС»

16.3.	Работа спирографа. Методики: Петля поток- объем форсированного выдоха; Спирография; Максимальная вентиляция легких. Оценка результатов Многофункциональный биоимпедансный анализатор. Параметры импеданса. Биоимпедансная оценка ожирения и избыточной массы тела.
16.4.	Допплер Ангиодин- ПК-портативный доплеровский прибор для исследования периферического кровообращения с автоматической регистрацией уровней систолического и диастолического артериального давления и автоматический расчёт плече-лодыжечного индекса. Критерии оценки полученных результатов
17.	<b>Основы профилактической стоматологии.</b>
17.1.	Основные принципы профилактической стоматологии. Алгоритм диагностики стоматологического статуса пациента в ЦЗ. Воспалительные заболевания полости рта как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Диагностика кариеса зубов
17.2.	Диагностика болезней пародонта. Диагностика некариозных поражений. Диагностика болезней слизистой оболочки. Регистрация стоматологического статуса пациента. Тактика ведения пациентов в ЦЗ.
18.	<b>Основы профилактической офтальмологии</b>
18.1.	Основные принципы профилактической офтальмологии Алгоритм диагностики офтальмологического статуса пациента в ЦЗ. Проверка остроты зрения. Значение, диагностика в ЦЗ.
18.2.	Рефрактометрия. Значение, диагностика в ЦЗ. Тонометрия. Значение, диагностика в ЦЗ. Исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма. Значение, диагностика в ЦЗ. Тактика ведения пациентов ЦЗ.

## УЧЕБНЫЙ ПЛАН

тематического усовершенствования (ТУ) по направлению  
**"Формирование здорового образа жизни"**

**Цель:** освоение теоретических и профессиональных практических навыков по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у взрослого населения Российской Федерации.

**Категория слушателей:** руководители, заместители руководителей, врачи Центров здоровья.

**Срок обучения:** 72 часа, 2 недели, 0,5 мес.

**Режим занятий:** 6 часов в день.

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего, час.	в том числе		Форма контроля
			лекции	практические семинарские лабораторные занятия	
1	2	3	4	5	6
1.	Проблема профилактики на современном этапе	2	2	-	
2.	Организация медицинской профилактики. Приоритеты. Задачи.	2	2	-	
3.	Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики. Стратегии профилактики. Понятие о суммарном риске.	2	2	-	зачет
4.	Организационные принципы деятельности центров здоровья по	2	2	-	

	формированию здорового образа жизни у граждан РФ				
5.	Автоматизация профилактического скрининга в ЦЗ	2	1	1	
6.	Курение как фактор риска, методы коррекции.	4	2	2	зачет
7.	Гиперхолестеринемия и другие нарушения липидного обмена как фактор риска ССЗ, возможные пути коррекции.	6	4	2	зачет
8.	Основные принципы здорового питания.	6	4	2	зачет
9.	Избыточная масса тела и ожирение как факторы риска НИЗ, возможные пути коррекции.	4	2	2	зачет
10.	Недостаточная физическая активность как фактор риска НИЗ, методы коррекции.	4	2	2	зачет
11.	Артериальная гипертензия (АГ) как медико-социальная проблема и фактор риска ССЗ. Принципы коррекции.	6	4	2	зачет
12.	Чрезмерное употребление алкоголя как фактор риска неинфекционных заболеваний	2	2	-	
13.	Метаболический синдром. Сахарный диабет (СД) как фактор риска ССЗ. Особенности целевых уровней других ФР при сахарном диабете.	4	2	2	зачет
14.	Психосоциальные факторы риска и принципы их коррекции.	4	2	2	
15.	Основные принципы профилактического консультирования.	6	2	4	зачет
16.	Основные скрининговые методы выявления ХНИЗ	8	4	4	зачет
17.	Основы профилактической стоматологии.	2	1	1	зачет
18.	Основы профилактической офтальмологии	2	1	1	
19.	Итоговый контроль	4	-	4	зачет
	<b>ИТОГО:</b>	<b>72</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	-



**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН**  
 тематического усовершенствования (ТУ) по направлению  
**"Формирование здорового образа жизни"**

**Цель:** освоение теоретических и профессиональных практических навыков по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у взрослого населения Российской Федерации.

**Категория слушателей:** руководители, заместители руководителей, врачи Центров здоровья.

**Срок обучения:** 72 часа, 2 недели, 0,5 мес.

**Форма обучения:** очная.

**Режим занятий:** 6 часов в день.

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего, час.	в том числе		Форма контроля
			лекции	практические семинарские лабораторные занятия	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>1.</b>	<b>Проблема профилактики на современном этапе</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>зачёт</b>
<b>1.1.</b>	Здоровый образ жизни – как основа профилактики заболеваемости ХНИЗ, инвалидности и преждевременной смертности. Отечественный и зарубежный опыт разработки профилактических программ.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	

	Вклад лечебных и профилактических мероприятий в снижение смертности населения от ССЗ и других НИЗ.				
1.2.	Стратегии профилактики НИЗ. Использование средств массовой коммуникации для формирования здорового образа жизни.	1	1	-	
2.	<b>Организация медицинской профилактики. Приоритеты. Задачи.</b>	2	2	-	зачёт
2.1.	Основные положения приоритетного национального проекта «Здоровье». Комплекс мероприятий по формированию здорового образа жизни, включая потребление алкоголя и табака. Нормативные документы. Факторы риска, определяющие риск смерти и нетрудоспособности населения России.	1	1	-	
2.2.	Обязанности врача, установленные основами законодательства об охране здоровья граждан и иными федеральными законами. Основные положения Федерального закона Российской Федерации N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".	1	1	-	
3.	<b>Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики. Стратегии профилактики. Понятие о суммарном риске.</b>	2	2	-	зачет
3.1.	Факторы риска: определение. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний. Что такое суммарный кардиоваскулярный риск? Понятие об абсолютном и относительном риске.	1	1	-	
3.2.	Калькуляторы риска. Система оценки суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE. Методика использования. Практические аспекты. Различная тактика ведения пациентов в	1	1	-	

	зависимости от величины риска. Понятие о целевых уровнях факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Основные цели профилактики в клинической практике.				
<b>4.</b>	<b>Организационные принципы деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	зачет
<b>4.1.</b>	Нормативно- правовое обеспечение деятельности центра здоровья в соответствии с законодательством РФ. Положение о ЦЗ. Основные цели и задачи деятельности центра здоровья. Функции ЦЗ. Структура и оснащение ЦЗ. Штатное расписание ЦЗ. Возможности Центра здоровья в пропаганде здорового образа жизни у населения.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	
<b>4.2.</b>	Принципы массовой пропаганды здорового образа жизни. Организация общественных акций по пропаганде здорового образа жизни. Разработка материалов по профилактике с учетом особенностей региона. Взаимодействие центра здоровья с другими подразделениями системы здравоохранения. Возможности Интернета для пропаганды здорового образа жизни. Организация работы Школ здоровья. Опыт работы центров здоровья по РФ	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	
<b>5.</b>	<b>Автоматизация профилактического скрининга в ЦЗ</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	зачет
<b>5.1.</b>	Цели создания и внедрения ФК ЦЗ. Поддержка ФК «Учет пациентов ЦЗ». Автоматизация учета скрининговой информации. Варианты организации работы. Пути развития автоматизации профилактического скрининга для повышения его эффективности. Модернизация аппаратно-программного комплекса.	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	

	Введение дополнительных видов обследований.				
<b>5.2.</b>	Особенности ведения документации центра здоровья. Электронный документооборот. - учетная форма № 025-ЦЗ/у «Карта центра здоровья», - учетная форма № 002-ЦЗ/у «Карта здорового образа жизни», - учетная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», - отчетная форма № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья».	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	
<b>6.</b>	<b>Курение как фактор риска, методы коррекции.</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>6.1.</b>	Эпидемиология курения. Курение как фактор риска НИЗ, механизмы реализации вреда. Курение и ССЗ. Курение и заболевания периферических сосудов. Курение и патология органов дыхания. Курение и онкологические заболевания. Другие ассоциированные с курением заболевания. Пассивное курение. Курение и вред здоровью детей. Состав табачного дыма.	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	
<b>6.2.</b>	Сбор анамнеза курения. Методы объективизации курения (монооксид углерода в выдыхаемом воздухе, котинин в моче). Спирометрия. Методика проведения. Основные показатели, оцениваемые при проведении спирометрии. Спирометрия на практике. Отказ от курения: краткосрочное и долгосрочное снижение риска НИЗ. Алгоритм контроля курения среди пациентов первичного звена здравоохранения. Помощь при отказе от курения: программа 5А.	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	
<b>6.3.</b>	Определение степени никотиновой зависимости по тесту Фагестрема. Повышение мотивации к отказу от	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	

	курения. Методы отказа от курения. Принципы поведенческого консультирования по отказу от курения. Типовые рекомендации пациентам по отказу от курения.				
<b>6.4.</b>	Фармакологические методы отказа от курения. Никотинзаместительная терапия, препараты, режим дозирования, безопасность. Антиникотиновые препараты. Эффективность сочетания психологических и фармакологических методов лечения табачной зависимости.	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	
<b>7.</b>	<b>Гиперхолестеринемия и другие нарушения липидного обмена как фактор риска ССЗ, возможные пути коррекции.</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>7.1.</b>	Эпидемиология нарушений липидного обмена. Связь между уровнем липидов крови, сердечно-сосудистым риском и развитием атеросклероза. Классификация дислипидемий.	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	
<b>7.2.</b>	Стратегия профилактических мероприятий в зависимости от уровня суммарного сердечно-сосудистого риска и ХС ЛНП. Методики определения липидов крови на базе ЦЗ Целевые уровни липидов крови для лиц с разным уровнем риска	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	
<b>7.3.</b>	Методы коррекции. Гиполипидемическая диета: ключевые положения, эффективность. Принципы медикаментозной терапии. Основные классы препаратов. Оценка эффективности и безопасности лечения.	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	
<b>8.</b>	<b>Основные принципы здорового питания.</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>8.1.</b>	Ключевые положения. Принцип энергетического равновесия. Принцип сбалансированности питания по содержанию основных пищевых веществ.	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	

	«Пирамида здорового питания». Оценка пищевых привычек. Методы сбора диетологического анамнеза и объективизации питания.				
8.2.	Жиры в рационе (холестерин, насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, транс-изомеры жирных кислот). Рекомендованный уровень потребления. Выбор конкретных продуктов. Рекомендации по потреблению рыбы. Вегетарианские источники омега 3 и омега 6 – полиненасыщенных жирных кислот. Потребление овощей и фруктов. Рекомендуемые нормативы. Углеводы в рационе. Понятие о гликемическом индексе. Принцип использования цельнозерновых продуктов. Обеспечение потребности организма в белке	2	2	-	
8.3.	Потребление поваренной соли и конкретные советы по снижению ее потребления. Фитостеролы и фитостанолы: эффективность, потенциальные проблемы, рекомендации. Алкоголь. Основные риски, связанные с избыточным потреблением алкоголя. Эпидемиология алкоголь-ассоциированных проблем. Кардиопротективное действие малых доз алкоголя: есть ли основания для рекомендаций? Границы безопасного потребления. Возможности ЦЗ в выявлении лиц с избыточным потреблением алкоголя.	2	-	2	
9.	<b>Избыточная масса тела и ожирение как факторы риска НИЗ, возможные пути коррекции.</b>	4	2	2	зачет
9.1.	Эпидемиология нарушений жирового обмена. Причины развития ожирения. Связь между избыточной массой тела/ожирением и другими НИЗ. Методы оценки избыточной массы тела и ожирения.	1	1	-	

	Анализатор оценки баланса водных секторов организма "ABC10.22 01 МЕДАСС" с базовой программой оценки состава тела ABC10.22 0361. Классификация избыточной массы тела и ожирения.				
9.2.	Окружность талии: методика измерения. Нормативы. Понятие о метаболическом синдроме. Ожидаемая польза от снижения массы тела. Алгоритм обследования лиц с избыточной массой тела и ожирением. Сбор диетanamнеза..Оценка готовности к лечению	1	-	1	
9.3.	Объективное обследование пациента с избыточной массой тела. Определение противопоказаний к лечению. Целесообразность направления на консультацию к специалисту (диетолог, эндокринолог). Методы оценки углеводного обмена (оценка гликемии, оральный глюкозотолерантный тест, гликированный гемоглобин). Показания к скринингу и методика его проведения. Критерии сахарного диабета.	1	1	-	
9.4.	Основные подходы к снижению массы тела. Как снизить калорийность рациона (диетотерапия ожирения). Популярные «модные» диеты (попеременная диета, разгрузочные дни, диета Аткинса, раздельное питание). Самоконтроль пациента. Фармакологические методы снижения массы тела. Хирургическое лечение ожирения. Понятие о бариатрической хирургии. Психологические методы поддержки.	1	-	1	
10.	<b>Недостаточная физическая активность как фактор риска НИЗ, методы коррекции.</b>	4	2	2	зачет
10.1.	Эпидемиология гиподинамии. Медицинские последствия недостаточной физической активности. Недостаточная физическая активность и	1	1	-	

	риск ССЗ. Недостаточная физическая активность и риск метаболического синдрома. Ожидаемая польза от повышения физической активности. Оценка уровня физической активности. Сбор анамнеза.				
<b>10.2.</b>	Методы объективной оценки физической активности и тренированности. Выявление объективных и субъективных препятствий для повышения физической активности. Оценка риска, связанного с физической активностью. Пробы с физической нагрузкой, показания. Классификация видов физической активности. Объективизация интенсивности физической активности Тренировочный пульс, методы вычисления.	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	
<b>10.3.</b>	Классификация видов спорта в зависимости от выраженности статического и динамического компонентов. Рекомендации по уровню физической активности для населения и для отдельных категорий больных (подростки, женщины, пожилые люди и пр.). Противопоказания к физической активности и основные правила обеспечения безопасности тренировок.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	
<b>10.4.</b>	Рекомендации по повышению физической активности у детренированных лиц. Рекомендованная структура тренировок. Физическая активность при ССЗ. Рекомендации. Безопасность.	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	
<b>11.</b>	<b>Артериальная гипертензия (АГ) как медико-социальная проблема и фактор риска ССЗ. Принципы коррекции.</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>11.1.</b>	Эпидемиология АГ. Классификация АГ (стадии, степени) Стратификация риска. Факторы, влияющие на прогноз пациента с АГ и оценка общего (суммарного) сердечно-сосудистого	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	



	риска. Правила измерения АД (положение больного, условия измерения АД, оснащение, кратность измерения, техника измерения). Измерение АД в домашних условиях.				
11.2.	Алгоритм обследования пациента с впервые выявленной АГ: сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования, исследование состояния органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, почки, сосуды, глазное дно, головной мозг). Стратификация риска у пациентов с АГ и показания к началу немедикаментозных и медикаментозных вмешательств. Целевые уровни артериального давления.	2	2	-	
11.3.	Немедикаментозные методы снижения артериального давления. Мероприятия по изменению образа жизни. Влияние изменений образа жизни на величину АД. Медикаментозная антигипертензивная терапия. Основные принципы лечения. Особенности лечения АГ у отдельных групп больных (у лиц пожилого возраста, при сахарном диабете, метаболическом синдроме, цереброваскулярной болезни, ИБС, у женщин, при болезнях почек, легких) АГ и синдром обструктивного апноэ во время сна Рефрактерная АГ Проблема приверженности пациентов лечению и возможные пути ее решения.	2	-	2	
12.	<b>Чрезмерное употребление алкоголя как фактор риска неинфекционных заболеваний</b>	2	2	-	<b>зачет</b>
12.1.	Законодательные основы профилактики пьянства и алкоголизма. Основные патофизиологические механизмы влияния алкоголя на организм человека и возникновение зависимости. Современные методы,	2	2	-	

	формы и средства антиалкогольной пропаганды.				
<b>13.</b>	<b>Метаболический синдром. Сахарный диабет (СД) как фактор риска ССЗ. Особенности целевых уровней других ФР при сахарном диабете.</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>13.1.</b>	Метаболический синдром (МС), его распространенность. Критерии МС. Немедикаментозные мероприятия у пациентов с МС, направленные на формирование здорового образа жизни. Медикаментозная коррекция МС. МС у детей и подростков. Повышение риска МС у женщин в постменопаузе. Распространенность и прогнозируемый рост заболеваемости СД.	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	
<b>13.2.</b>	СД, определение, критерии. Немедикаментозные методы профилактики и лечения СД. Критерии компенсации сахарного диабета. Целевые уровни липидов и АД у больных СД.	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	
<b>14.</b>	<b>Психосоциальные факторы риска и принципы их коррекции.</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>14.1.</b>	Психосоциальные детерминанты здоровья. Эпидемиология психосоциальных факторов. Скрининг психосоциальных факторов. Понятие о стрессе. Стресс острый и хронический. Методы оценки и коррекции. Низкая социальная поддержка и социальная изоляция. Негативные эмоциональные состояния, в том числе гнев и враждебность. Тревожные и депрессивные состояния как барьеры к оздоровлению образа жизни. Признаки тревожных расстройств. Генерализованное тревожное расстройство. Паническое расстройство. Депрессивное расстройство. Диагностические критерии депрессивного расстройства	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	
<b>14.2.</b>	Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Оценка качества жизни. Система контроля уровня стресса СКУС	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	

	Методы психогигиены. Принципы немедикаментозной и медикаментозной помощи при тревоге и депрессии. Алкоголь и психоактивные вещества, их влияние на здоровье.				
<b>15.</b>	<b>Основные принципы профилактического консультирования.</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>зачет</b>
<b>15.1.</b>	Врач центра здоровья как ключевая фигура медицинской профилактики. Диалог с пациентом и установление партнерских отношений. Определение готовности пациента к переменам. Поэтапное планирование оздоровления образа жизни. Возможные проблемы и методы их решения.	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	
<b>15.2.</b>	Мониторинг факторов риска и лечебно-оздоровительных мероприятий. Немедикаментозные подходы к коррекции факторов риска Школа здоровья: основные принципы организации и проведения Школа здоровья как эффективная мотивационная технология Особенности проведения Школы здоровья по коррекции отдельных факторов риска Эффективность Школы здоровья: ближайшая и на отдаленном этапе. Возможности Школы здоровья в отношении повышения эффективности медикаментозного лечения	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	
<b>15.3.</b>	Групповое профилактическое консультирование в Школах (например, Школах по профилактике ССЗ, Школах по отказу от курения, Школах для больных АГ, Школах для больных СД, Школах для больных ИБС)	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	
<b>16.</b>	<b>Основные скрининговые методы выявления ХНИЗ</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>зачет</b>
<b>16.1.</b>	Работа аппаратно-программного комплекса для скрининг- оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	

	оборудования для измерения параметров физического развития.				
<b>16.2.</b>	Системная информация. ПО «Ритм-Экспресс»; ПО «PCNT1»; ПО «Здоровье- Экспресс» для взрослых ЦЗ; Обновление для ПО «PCNT1»; ПО «EScreen»; ПО «Варикард- Экспресс» ПО «Cardiovisor»; ПО «Antropo1009»; ПО «СКУС»	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>16.3.</b>	Работа спирографа. Методики: Петля поток- объем форсированного выдоха; Спирография; Максимальная вентиляция легких. Оценка результатов Многофункциональный биоимпедансный анализатор. Параметры импеданса. Биоимпедансная оценка ожирения и избыточной массы тела.	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>16.4.</b>	Допплер Ангиодин- ПК-портативный доплеровский прибор для исследования периферического кровообращения с автоматической регистрацией уровней систолического и диастолического артериального давления и автоматический расчёт плече-лодыжечного индекса. Критерии оценки полученных результатов	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>17.</b>	<b>Основы профилактической стоматологии.</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>зачет</b>
<b>17.1.</b>	Основные принципы профилактической стоматологии. Алгоритм диагностики стоматологического статуса пациента в ЦЗ. Воспалительные заболевания полости рта как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Диагностика кариеса зубов	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	
<b>17.2.</b>	Диагностика болезней пародонта. Диагностика некариозных поражений. Диагностика болезней слизистой оболочки. Регистрация стоматологического статуса пациента. Тактика ведения пациентов в ЦЗ.	<b>11</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	
<b>18.</b>	<b>Основы профилактической офтальмологии</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>зачет</b>
<b>18.1.</b>	Основные принципы профилактической	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	

	офтальмологии Алгоритм диагностики офтальмологического статуса пациента в ЦЗ. Проверка остроты зрения. Значение, диагностика в ЦЗ.				
<b>18.2.</b>	Рефрактометрия. Значение, диагностика в ЦЗ. Тонometрия. Значение, диагностика в ЦЗ. Исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма. Значение, диагностика в ЦЗ. Тактика ведения пациентов ЦЗ.	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	
<b>19.</b>	<b>Итоговый контроль</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>зачет</b>
	<b>ИТОГО:</b>	<b>72</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>-</b>

#### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:**

Обучение складывается из аудиторных занятий (72 час.), включающих лекционный курс и практические занятия. Основное учебное время выделяется на практическую работу.

Практические занятия проводятся в виде приема больных на базе координационно-методического центра здоровья ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, демонстрации типовых аппаратно-программных комплексов, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Центра и отдела последипломного образования.

Написание реферата, способствуют формированию целостного представления по отдельным аспектам формирования здорового образа жизни.

Работа слушателя в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение слушателей способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов.

Исходный уровень знаний слушателей определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.



## **КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ**

**Для входного контроля (ВК)**

*ОТВЕЧАЯ НА ВОПРОСЫ ВЫБИРАЙТЕ:*

**ОДИН НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ** В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА ОТВЕТЫ НА ВОПРОС ПРЕДСТАВЛЕНЫ А, Б, В, Г, Д.

**ОТВЕЧАЙТЕ ПО КОДУ**

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
- Е) если правильны ответы 1, 2, 3, 4

## **СИСТЕМА ОЦЕНКИ СУММАРНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА**

### **1. ПОНЯТИЕ «ВЫСОКИЙ РИСК» ПО ШКАЛЕ SCORE ОЗНАЧАЕТ**

- А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 5% до 9%
- Б) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет менее 1%
- В) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет 10% и более
- Г) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет менее 1%

### **2. ПОНЯТИЕ «ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК» ПО ШКАЛЕ SCORE ОЗНАЧАЕТ**

- А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет более 5%
- Б) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет 10% и более
- В) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 10% и более
- Г) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 5% и более

### **3. ПОНЯТИЕ «УМЕРЕННЫЙ РИСК» ПО ШКАЛЕ SCORE ОЗНАЧАЕТ**

- А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет более 1%
- Б) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 10% и более
- В) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 1% до 5%
- Г) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 5% и более

### **4. ПОНЯТИЕ «СТРАТЕГИЯ ВЫСОКОГО РИСКА» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- А) выявление лиц с факторами риска
- Б) определение степени суммарного риска
- В) коррекция суммарного риска
- Г) все вышеперечисленное

**5. К КАТЕГОРИИ «ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА» ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ**

- А) доказанный атеросклероз любой локализации
- Б) сахарный диабет II и I типа с поражением органов-мишеней (микроальбуминурией)
- В) хроническую болезнь почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>)
- Г) риск SCORE  $\geq 10$  %
- Д) все выше перечисленное

**6. К КАТЕГОРИИ «ВЫСОКОГО РИСКА» ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ**

- А) значительно повышенные уровни отдельных факторов риска, например пациенты с артериальной гипертонией высокой степени тяжести или семейной дислипидемией
- Б) риск SCORE > 5 % и < 10 %
- В) все выше перечисленное

**7. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛИЦАМ С НИЗКИМ (< 1 %) И УМЕРЕННЫМ (>1 % и < 5 %) РИСКОМ ПО ШКАЛЕ SCORE**

- А) не курить
- Б) соблюдать принципы здорового питания
- В) физическая активность: 30 мин умеренной физической нагрузки в день большинство дней в неделю
- Г) индекс массы тела < 25 кг/м<sup>2</sup> и отсутствие центрального ожирения,
- Д) АД < 140/90 мм рт.ст.,
- Е) ОХС < 5 ммоль/л (< 190 мг/дл),
- Ж) ХС-ЛНП < 3 ммоль/л (<115 мг/дл),
- З) глюкоза в крови < 6 ммоль/л (<110 мг/дл).
- И) все вышеперечисленное.

**8. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛИЦАМ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ (5–10 % ПО ШКАЛЕ SCORE) ИЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННЫМИ УРОВНЯМИ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА:**

- А) АД < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний,
- Б) ОХС < 4,5 ммоль/л (<175 мг/дл), предпочтительнее < 4 ммоль/л (<155 мг/дл), при отсутствии противопоказаний,
- В) ХС-ЛНП < 2,5 ммоль/л (<100 мг/дл),
- Г) уровень глюкозы в крови натощак < 6,0 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5 %, при отсутствии противопоказаний.
- Д) все вышеперечисленное.

**9. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЛИЦАМ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ (У БОЛЬНЫХ С**



**УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ АТЕРОСКЛЕРОЗА ЛЮБОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ; СД II И I ТИПА С МИКРОАЛЬБУМИУРИЕЙ; ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК; СУММАРНЫМ РИСКОМ  $\geq 10\%$  ПО ШКАЛЕ SCORE):**

- А) АД < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний
- Б) ХС-ЛНП < 1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) и/или снижение на 50 % от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня
- В) уровень глюкозы в крови натощак < 6,0 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5 %, при отсутствии противопоказаний
- Г) все вышеперечисленное

### **КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА**

#### **1. ГАЗОАНАЛИЗАТОР ОПРЕДЕЛЯЕТ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ**

- А) концентрацию угарного газа (монооксид углерода CO)
- Б) концентрацию углекислого газа (диоксид углерода CO<sub>2</sub>)

#### **2. КОЛИЧЕСТВО МОНООКСИДА УГЛЕРОДА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ, НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЕ О КУРЕНИИ**

- А) 10-20 ppm
- Б) 7-10 ppm
- В) 0-6 ppm
- Г) 20 ppm + звуковой сигнал

#### **3. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ В РОССИИ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

- А) никотинзаместительные или никотинсодержащие (никотин) препараты в виде жевательной резинки, ингалятора, назального спрея, пластыря и таблеток (сублингвальных)
- Б) антеникотинный препарат: частичный агонист (активатор) и антагонист (блокатор) никотиновых холинэргических рецепторов варениклин в виде таблеток;
- В) антидепрессант (бупропиона гидрохлорид)

для текущего контроля (ТК)

### **ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ И ДРУГИЕ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА КАК ФАКТОР РИСКА ССЗ**

#### **1. НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЕМАЯ ГРУППА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

- А) препараты никотиновой кислоты
- Б) статины

- В) фибраты
- Д) секвестранты желчных кислот

**2. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС-ЛНП У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ**

- А) <3,5 ммоль/л
- Б) <3,0 ммоль/л
- В) <2,5 ммоль/л
- Г) <1,8 ммоль/л
- Д) <1,5 ммоль/л

**3. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС-ЛНП У БОЛЬНЫХ ИБС**

- А) <3,5 ммоль/л
- Б) <3,0 ммоль/л
- В) <2,5 ммоль/л
- Г) <1,8 ммоль/л
- Д) <1,5 ммоль/л

**4. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХС-ЛНП У БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННЫМ СУММАРНЫМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ**

- А) <3,0 ммоль/л
- Б) <2,5 ммоль/л
- В) <2,0 ммоль/л
- Г) <1,7 ммоль/л
- Д) <1,0 ммоль/л

**5. КАКИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ БОЛЬНОМУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 2 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С ЛИПИДНЫМ ПРОФИЛЕМ ОХС – 283 мг/дл (7,3 ммоль/л), ТГ – 266 мг/дл (3,0 мг/дл), ХС ЛНП – 191 мг/дл (4,9 мг/дл), ХС ЛВП – 39 мг/дл (1,0 мг/дл), ИНДЕКС АТЕРОГЕННОСТИ – 6,3?**

- А) Холестирамин или колестипол
- Б) Флувастатин
- В) Аторвастатин или розувастатин
- Г) Омега-3 жирные кислоты
- Д) Эзетимиб

**6. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ЛЕЧЕНИЕ СТАТИНАМИ?**

- А) При выраженных миалгиях
- Б) Любом повышении активности КФК
- В) Повышении активности КФК в 5 раз и более
- Г) Повышении активности трансаминаз в 3 раза и более

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ**

### **1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ 8 ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

### **2. ЭНЕРГОТРАТЫ ОРГАНИЗМА СОСТОЯТ ИЗ**

- А) энерготрат, необходимых для поддержания жизнедеятельности организма
- Б) энерготрат, необходимых для движения
- В) всего вышеперечисленного

### **3. ОСНОВНОЙ ОБМЕН ЗАВИСИТ ОТ**

- А) пола
- Б) возраста
- В) уровня артериального давления
- Г) всего вышеперечисленного

### **4. ОСНОВНОЙ ОБМЕН ДЛЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА (40-59 ЛЕТ) СРЕДНЕГО ВЕСА РАВЕН, СООТВЕТСТВЕННО 1500 И 1300 ККАЛ, А КОЭФФИЦИЕНТ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА СОСТАВЛЯЕТ 1,4. РАССЧИТАЙТЕ КАЛОРИЙНОСТЬ РАЦИОНА У ЛИЦ УМСТВЕННОГО ТРУДА (ОТДЕЛЬНО ДЛЯ МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ)**

### **5. РАЦИОН СЧИТАЕТСЯ СБАЛАНСИРОВАННЫМ, ЕСЛИ**

- А) белками обеспечивается 10-15%, жирами – 20-30%, а углеводами – 55-70% калорийности.
- Б) белками обеспечивается 20-25%, жирами – 20-30%, а углеводами – 45-60% калорийности
- В) белками обеспечивается 10-15%, жирами – 40-45%, а углеводами – 50-60% калорийности.

### **6. ПОТРЕБЛЕНИЕ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ**

- А) менее 30% от калорийности
- Б) менее 20% от калорийности
- В) менее 10% от калорийности

**7. ВЕРНО ЛИ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ РАЦИОНА С СОДЕРЖАНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНА МЕНЕЕ 300 мг В ДЕНЬ, А ПРИ ИБС И ЕЕ ЭКВИВАЛЕНТАХ – МЕНЕЕ 200 мг В ДЕНЬ?**

- А) да
- Б) нет

**8. РАССЧИТАЙТЕ НЕОБХОДИМОЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА И ЖИРА (В ГРАММАХ) ПРИ РАЦИОНЕ СРЕДНЕЙ КАЛОРИЙНОСТИ В 2000 ККАЛ, ЕСЛИ УЧЕСТЬ, ЧТО 1 ГРАММ БЕЛКА ДАЕТ 4 ККАЛ, А 1 ГРАММ ЖИРА – 9 ККАЛ.**

**9. УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ (БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)**

- А) 200 г
- Б) 300 г
- В) 500 г
- Д) 800 г

**10. ОВОЩИ И ФРУКТЫ СОДЕРЖАТ**

- А) витамины
- Б) микро- и макроэлементы
- В) клетчатку
- Г) все вышеперечисленное

**11. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ОРГАНИЗМА В ЙОДЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 10 мкг
- Б) 100-200 мкг
- В) 100-200 мг

**12. УКАЖИТЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ЙОДА В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

- А) эндемический зоб
- Б) йодиндуцированный тиреотоксикоз
- В) эндемический кретинизм
- Г) врожденный гипотиреоз
- Д) аутоиммунный тиреоидит

**13. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗБЫТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ЙОДА**

- А) эндемический зоб
- Б) йодиндуцированный тиреотоксикоз
- В) эндемический кретинизм
- Г) врожденный гипотиреоз

**ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ХНИЗ**

**1. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОТОМСТВА, ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЯ У ОБОИХ РОДИТЕЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:**

- А) 30-40%;
- Б) 50-60%;
- В) 60-70%;
- Г) 80%

**2. ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:**

- А) наличием сбалансированного регулярного питания;
- Б) недостатком в рационе питания белка;
- В) избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;
- Г) недостатком в рационе питания клетчатки;
- Д) недостатком витаминов группы В и Д.

**3. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А) Отложение жира в области бедер
- Б) Отложение жира в области талии
- В) Отложение жира в области бедер и ягодиц

**4. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А) Отложение жира в области бедер
- Б) Отложение жира в области талии
- В) Отложение жира в области бедер и ягодиц

**5. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ:**

- А)  $\geq 94$  см у мужчин
- Б)  $\geq 80$  см у женщин
- В)  $\geq 96$  см у мужчин
- Г)  $\geq 98$  см у женщин

**6. ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ УВЕЛИЧИВАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ:**

- А. Артериальной гипертензии
- Б. Ишемической болезни сердца
- В. Инсулинорезистентности
- Г. Нарушений липидного обмена
- Д. Эндотелиальной дисфункции
- Е. Всего вышеперечисленного

**7. УКАЖИТЕ АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ (5 ШАГОВ)**

1.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### **8. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ РАЦИОНА ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ:**

1. Резкое ограничение потребление легкоусвояемых углеводов
2. Частый прием пищи, но в небольших количествах
3. Ограничение крахмалосодержащих продуктов
4. Снижение потребления овощей и фруктов
5. Снижение потребления белковых продуктов
6. Потребление соли в прежнем режиме

### **9. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ РАЦИОНА ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ:**

1. Достаточное потребление белковых продуктов
2. Потребление большого количества овощей и фруктов
3. Ограничение потребления жира
4. Ограничение потребления поваренной соли
5. Снижение потребления алкоголя
6. Прием пищи в удобном для пациента режиме

### **10. НЕОБХОДИМО ПОДОБРАТЬ СООТВЕТСТВИЕ:**

1. Нормальная масса тела
2. Ожирение II степени
3. Ожирение I степени
4. Избыточная масса тела

- А)  $> 40,0 \text{ кг/м}^2$   
Б)  $18,5-24,9 \text{ кг/м}^2$   
В)  $35,0-39,9 \text{ кг/м}^2$   
Г)  $25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$   
Д)  $16,5-23,9 \text{ кг/м}^2$   
Е)  $32,0-36,9 \text{ кг/м}^2$   
Ж)  $30,0-34,9 \text{ кг/м}^2$   
З)  $33,0-37,9 \text{ кг/м}^2$

#### **Задачи**

#### **1. ЗАДАЧА**

Больная 48 лет обратилась в ЛПУ с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости), обильное и частое мочеиспускание, особенно ночью, зуд в промежности. Считает себя больной на протяжении последних 3-х месяцев.

При осмотре: повышенного питания. Рост 166 см. Вес 88 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, в легких везикулярное дыхание. ЧСС 74 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой. Живот спокойный. Отеков нет.

Каков предварительный диагноз и дальнейшая тактика?

## **2. ЗАДАЧА**

У больной 42 лет, находившейся в стационаре по поводу СД 1 типа, через 2 часа после еды появились дрожь в теле, потливость, снижение остроты зрения. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. На вопросы отвечать отказывается, агрессивна. В легких везикулярное дыхание. Пульс 98 ударов в мин, АД 90/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот спокойный. В крови уровень глюкозы 2,8 ммоль/л.

Каков предварительный диагноз и дальнейшая тактика?

**Для промежуточного контроля (ПК)**

## **НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ХНИЗ**

### **1. УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ СЧИТАЕТСЯ**

- А) физическая активность длительностью 150 минут в неделю (2 часа и 30 минут) средней интенсивности
- Б) 75 минут (1 час и 15 минут) интенсивной аэробной физической активности
- В) эквивалентная комбинация умеренной и интенсивной физической активности
- Г) все вышеперечисленное

### **2. ИНТЕНСИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ СЧИТАЕТСЯ**

- А) аэробная физическая активность умеренной интенсивности до 300 минут в неделю (5 часов)
- Б) 150 минут в неделю интенсивной физической активности
- В) эквивалентной комбинации умеренной и интенсивной ФА.
- Г) все вышеперечисленное.

### **3. УМЕРЕННАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДОСТИГНУТОЙ ЧСС И СОСТАВЛЯЕТ:**

- А) 40-50% от максимальной ЧСС (МЧСС)
- Б) 50-70 % от МЧСС
- В) >70 % МЧСС

### **4. ИНТЕНСИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ОЦЕНИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДОСТИГНУТОЙ ЧСС И СОСТАВЛЯЕТ:**

- А) 40-50% от максимальной ЧСС (МЧСС)
- Б) 50-70 % от МЧСС
- В) >70 % МЧСС

**5. ЛИЦА, КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ:**

- А) Курящие;
- Б) Пациенты с гипертонией;
- В) Пациенты с диабетом;
- Г) Лица с ожирением;
- Д) Мужчины старше 40 лет и женщины старше 50 лет;
- Е) все вышеперечисленные.

**6. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОСТРОЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ**

- 1. Разминка
- 2. Активная фаза
- 3. Период остывания
- 4. Расслабление
- 5. Фаза максимальной нагрузки
- 6. Адаптационный период

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА И ФАКТОР РИСКА ССЗ**

**1. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЗАВИСИТ ОТ:**

- А) Уровня АД
- Б) Наличия факторов риска
- В) Ассоциированных клинических состояний
- Г) Поражения органов-мишеней
- Д) Суммарного кардиоваскулярного риска
- Е) Всего вышеперечисленного

**2. У БОЛЬНОГО ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИЗНАКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННОЙ АРТЕРИИ. В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ЭТОГО ДОСТАТОЧНО, ЧТОБЫ ДИАГНОСТИРОВАТЬ:**

- А) I стадию заболевания
- Б) II стадию заболевания
- В) III стадию заболевания
- Г) IV стадию
- Д) указанный признак не имеет значения

**3. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

- А) <140 мм.рт.ст.



- Б) <130 мм.рт.ст.
- В) <120 мм.рт.ст.
- Г) <110 мм.рт.ст.
- Д) правильного ответа нет

**4. ПОРОГОВЫМ УРОВНЕМ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРТОНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) систолическое АД >140 и/или диастолическое >90 мм рт.ст.
- Б) систолическое АД >150 и/или диастолическое >100 мм рт.ст.
- В) систолическое АД >160 и/или диастолическое >110 мм рт.ст.
- Г) систолическое АД >180 и/или диастолическое >120 мм рт.ст.
- Д) правильного ответа нет

**5. ДИАГНОЗУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОТИВОРЕЧИТ НАЛИЧИЕ**

- А) перемежающейся хромоты
- Б) сжимающих болей в икроножных мышцах при ходьбе
- В) отечности одной из конечностей с резкой болезненностью по ходу вен
- Г) чувства «замерзание» нижних конечностей
- Д) судорог нижних конечностей, преимущественно в ночное время

**6. ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) первичный гиперальдостеронизм
- Б) феохромоцитома
- В) заболевания почек
- Г) коарктация аорты
- Д) синдром Иценко-Кушинга

**7. СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 180/110 ММ РТ.СТ. И САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОЗВОЛЯЕТ ОТНЕСТИ ПАЦИЕНТА К ГРУППЕ РИСКА**

- А) низкий
- Б) умеренный
- В) высокий
- Г) очень высокий

**8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОСНОВАНО НА:**

- А) признаках поражения органов-мишеней
- Б) резистентности к проводимой терапии
- В) уровне АД
- Г) наличии ассоциированных клинических состояний
- Д) правильного ответа нет

**9. ФИЗИОЛОГИЧНЫМ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АД**

- А) снижение в ночные часы на 0-10%
- Б) снижение в ночные часы на 10-20%
- В) снижение в ночные часы на 20-30%
- Г) повышение в ночные часы
- Д) уровень дневных и ночных показателей не изменяется

**10. ПРИ НАЛИЧИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ I СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА СОННОЙ АРТЕРИИ УКАЗЫВАЕТ НА ГИПЕРТОНИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ КАКОЙ СТАДИИ:**

- А) I
- Б) II
- В) III

**11. КРИТЕРИЕМ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) <120 мм.рт.ст.
- Б) 120-129 мм.рт.ст.
- В) 130-139 мм.рт.ст.
- Г) <140 мм.рт.ст.
- Д) правильного ответа нет

**12. КРИТЕРИЕМ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) <80 мм.рт.ст.
- Б) 80-84 мм.рт.ст.
- В) 85-89 мм.рт.ст.
- Г) >90 мм.рт.ст.
- Д) правильного ответа нет

**13. У БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КРЕАТИНИН СЫВОРОТКИ СТОЙКО ПОВЫСИЛСЯ ДО 300 МКМОЛЬ/Л. ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ ВЫСТАВИТЬ ЕМУ ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:**

- А) III стадии
- Б) II стадии
- В) I стадии
- Д) на уровень креатинина не ориентируются

**14. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНОГО С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЧАСТЫМИ ДЕКОМПЕНСАЦИЯМИ, НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) дилтиазема
- Б) метопролола
- В) эналаприла
- Г) лозартана

Д) телмисартана

**15. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ВАЗОРЕНАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение активности ренина в плазме крови
- Б) экскреторная урография
- В) ультразвуковое исследование почечных артерий
- Г) контрастная ангиография почечных артерий
- Д) радионуклидная сцинтиграфия почек

**16. РАЗНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ РУКЕ СВЫШЕ 20 ММ РТ. СТ. ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) для болезни Такаясу
- Б) для коарктации аорты
- В) для злокачественной формы гипертонической болезни

**17. ПОВЫШЕНИЕ АД МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:**

- 1. Гормональные контрацептивы;
- 2. Аноректики центрального действия;
- 3. Глюкокортикоиды;
- 4. Нитраты;
- 5. Сердечные гликозиды.

**18. РАЗВИТИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ФЕОХРОМАЦИТОМОЙ СПОСОБСТВУЮТ**

- 1. Эмоциональное перенапряжение;
- 2. Обильная пища;
- 3. Неудобное положение тела;
- 4. Пальпация опухолей;
- 5. Без видимых причин.

**19. К ЧИСЛУ НАЧАЛЬНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ У БОЛЬНОГО ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СТОЙКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ**

- 1) ультразвуковое исследование почек
- 2) радиоренографию
- 3) электрокардиографию
- 4) офтальмоскопию
- 5) почечную ангиографию

**25. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:**

- 1) тиреотоксикоза
- 2) артериовенозной фистулы

- 3) феохромоцитомы
- 4) коарктации аорты
- 5) гипертензии у беременных
- 6) артериальной гипертензии при стенозе почечной артерии

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

### **1. КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ИНСУЛИН:**

- А) альфа-клетки
- Б) бета-клетки
- В) дельта-клетки
- Г) клетки ацинусов

### **2. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕХАРАКТЕРНЫ**

- А) полидипсия
- Б) полиурия
- В) нормогликемия
- Г) глюкозурия

### **3. НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК В ММОЛЬ/Л ПО МЕТОДУ ХАГЕДОРНА-ИЕНСЕНА:**

- А) 10 - 15
- Б) 1,3-3,1
- В) 4,4-6,6
- Г) 6,6- 7,8

### **4. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НЕ ХАРАКТЕРНО:**

- А) наследственная предрасположенность
- Б) начало заболевания острое в молодом возрасте
- В) начало заболевания старше 40 лет у лиц с ожирением
- Г) проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

### **5. УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ "НАГРУЗКИ" ГЛЮКОЗОЙ ПРИ ЯВНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ (В ММОЛЬ/Л) СОСТАВЛЯЕТ:**

- А) 4,6
- Б) 5,5
- В) 6,4
- Г) 11,1

### **6. ВЕЛИЧИНА ГЛИКЕМИИ В ММОЛЬ/Л, ПРИ КОТОРОЙ ГЛЮКОЗА НАЧИНАЕТ ЭКСКРЕТИРОВАТЬСЯ С МОЧОЙ СОСТАВЛЯЕТ:**

- А) 8
- Б) 9
- В) 10

**7. ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПОКАЗАН ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ:**

- А) содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л
- Б) лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом
- В) при наличии сахарного диабета у кровных родственников
- Г) женщинам, родившим живой или мертвый плод весом более 4 кг
- Д) при 2-х кратном обнаружении глюкозы крови натощак больше 7 ммоль/л

**8. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОГТГ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ?**

- А) Натощак > 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л
- Б) Натощак < 6,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л
- В) Натощак < 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 7,8 ммоль/л, но < 11,1 ммоль/л
- Г) Натощак > 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л
- Д) Ничего из представленного

**9. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ:**

- А) Уровне глюкозы капиллярной крови натощак >6,1 ммоль/л
- Б) Уровне глюкозы капиллярной крови натощак > 5,5 ммоль/л
- В) Уровне глюкозы плазмы крови натощак > 7,0 ммоль/л
- Г) Уровне глюкозы плазмы крови натощак > 6,7 ммоль/л

**10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СО СТОРОНЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ**

- А) катаракта
- Б) глаукома
- В) ретинопатия.
- Г) эндокринная офтальмопатия.

**11. УКАЖИТЕ НЕОБХОДИМУЮ ЧАСТОТУ ОСМОТРОВ ОКУЛИСТОМ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ:**

- А) 3-4 раза в год
- Б) Не менее 1 раза в год
- В) Не менее 2 раз в год

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА**

**1. К ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ**

- А) Курение
- Б) Низкий социально-экономический статус
- В) Избыточный вес
- Г) Депрессивные и тревожные состояния

- Д) Хронический стресс
- Е) Гиподинамия
- Ж) Социальная изоляция

**2. МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ ОСТРОГО СТРЕССА СЛЕДУЮЩИЕ СОБЫТИЯ В ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА**

- А) Смерть близкого человека
- Б) Известие о тяжелом заболевании
- В) Участие в военных действиях
- Г) Лишение имущества
- Д) Все вышеперечисленное

**3. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) Раздражительность, нервозность, беспокойство, страх смерти
- Б) Сниженное настроение, неспособность испытывать удовольствие
- В) Нарушение сна и аппетита, слезливость
- Г) Необычные идеи и обманы восприятия

**4. ВЛИЯЕТ ЛИ НАЛИЧИЕ ДЕПРЕССИИ НА ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА?**

- А) Никак не влияет
- Б) Облегчает течение основного заболевания
- В) Увеличивает вероятность смертельного исхода
- Г) Не известно

**5. БЕЗОПАСНЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- А) Трициклические антидепрессанты (ТЦА)
- Б) Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- В) Ингибиторы МАО
- Г) Все вышеперечисленные
- Д) Никакие из вышеперечисленных

**1. ЗАДАЧА**

*Мужчина 30 лет*, работает начальником отдела в страховой компании, работа ответственная, связана с общением с людьми, ведением переговоров, в основном сидячая, рабочий день ненормированный. Наследственность: у родителей с 40-50 лет – ГБ, у бабушки по материнской линии – СД 2 типа. С юности занимался спортом: бег, лыжи, футбол, бокс. Последнее время занимается нерегулярно, на фоне чего прибавил в весе на 10 кг за последние 3 года. Режим питания нерегулярный, в рационе преобладают жиры и белки. Калорийность рациона - высокая. Курит по 1-5 сигарет в день. Умеренно употребляет слабые и крепкие алкогольные напитки 2-3 раза в неделю. Комплексное обследование проводил последний раз в 2007 г., выявлен хронический гастрит.

Обратился в ЦЗ самостоятельно по рекомендации друзей с жалобами на эпизодическое повышение АД до 160/100 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, сердцебиением, прибавку массы тела.

**Показатели крови:** ОХС 5,62 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л. ИМТ – 28,9 кг/м<sup>2</sup>

Силовой индекс - 55,1%. **Кардиовизор:** Умеренные изменения миокарда желудочков.

**СКУС:** Функциональный уровень системы – средний, устойчивость реакции – средняя, уровень функциональных возможностей – средний.

**Спирометрия:** Жизненная емкость легких – 96%, форсированная жизненная емкость легких – 68%, объем форсированного выдоха за 1 сек – 81%, индекс Тиффно – 68%.

**Смокелайзер:** Карбоксигемоглобин – 1,12%, СО (ppm) – 7.

**Пульсоксиметр:**

Насыщение гемоглобина крови кислородом (сатурация) – 97%, частота пульса – 86 уд/мин.

**Плече-лодыжечный индекс:** справа – 1,14, слева – 1,01

АД 130/90 мм рт.ст.

**Тонометрия:** внутриглазное давление справа – 14 мм рт.ст., слева – 12 мм рт.ст.

**HADS:** Т – 7. Д – 4.

**AUDIT** – 3,0

**Стоматолог-гигиенист, ЗАКЛ:** В санации полости рта не нуждается. Даны рекомендации по гигиене.

### Ответьте на вопросы:

- 1) Какие выявлены факторы риска?
- 2) Какие дообследования рекомендовать пациенту?
- 3) Какие школы необходимо посетить?
- 4) Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

## 2. ЗАДАЧА

**Женщина 55 лет**, по профессии – экскурсовод, работает в летнее время, в основном на ногах, рабочий день нормированный. Наследственность: у матери – варикозное расширение вен нижних конечностей, узловой зоб. Режим питания регулярный, в рационе преобладают углеводы и белки, соблюдает диету с ограничением животных жиров. Калорийность рациона - средняя. Не курит. Алкогольные напитки употребляет умеренно, 1-2 раза в год. Хронические заболевания: ГБ II стадии, II степени. Узловой зоб, гипертиреоз, медикаментозная субкомпенсация. Хронический гастрит.

Обратилась в ЦЗ самостоятельно по рекомендации друзей с жалобами на бессонницу, эпизодически ощущение нехватки воздуха, чаще в общественном транспорте, сопровождающееся чувством страха, похолоданием конечностей.

**Показатели крови:** ОХС 5,23 ммоль/л, глюкоза 4,4 ммоль/л. ИМТ – 23,2 кг/м<sup>2</sup>

Силовой индекс – 37,2%

**Кардиовизор:** Значимых изменений нет.

**СКУС:** Функциональный уровень системы – ниже среднего, устойчивость реакции – ниже среднего, уровень функциональных возможностей – ниже среднего.

**Спирометрия:** Жизненная емкость легких – 125%, форсированная жизненная емкость легких – 109%, объем форсированного выдоха за 1 сек – 114%, индекс Тиффно – 78%.

**Смокелайзер:** Карбоксигемоглобин – 0%, СО (ррм) – 0.

**Пульсоксиметр:**

Насыщение гемоглобина крови кислородом (сатурация) – 98%, частота пульса – 70 уд/мин.

**Плече-лодыжечный индекс:** справа – 1,24, слева – 1,10

АД 160/90 мм рт.ст.

**Тонометрия:** внутриглазное давление справа – 21 мм рт.ст., слева – 23 мм рт.ст.

**HADS:** Т – 14. Д – 6.

**AUDIT** – 0,5

**Стоматолог-гигиенист, ЗАКЛ:** Нуждается в консультации стоматолога-ортопеда. Даны рекомендации по гигиене полости рта.

### **Ответьте на вопросы:**

- 1) Какие выявлены факторы риска?
- 2) Какие выявлены заболевания?
- 3) Какие дообследования рекомендовать пациенту?
- 4) Какие школы необходимо посетить?
- 5) Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

## **ЛИТЕРАТУРА**

### **Основная литература**

1. Национальное руководство по кардиологии/ под ред. Ю.Н.Беленкова и Р.Г.Оганова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Руководство по медицинской профилактике/ под ред. Р.Г.Оганова, Р.А.Хальфина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-464 с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии/ под ред. Ю.Н.Беленкова, Р.Г.Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-399 с.
4. Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов Клинические рекомендации. Кардиология. 2-е издание исправленное и дополненное. «ГЭОТАР –Медиа» 2009, 912с.
5. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса ; пер. с англ. под ред. Е. В. Шляхто. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1480 с. : ил.

### **Дополнительная литература**

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у



- граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 16 марта 2010г. №152н "О мерах, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака"
  3. Приказ Минздравсоцразвития России №328н от 19 апреля 2011 г. «О внесении изменений в приложения № 1-5 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н».
  4. Проект приказа от 20.09.2011 о внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»
  5. WHO Global InfoBase (<http://www.infobase.who.int>)
  6. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации, Москва, 2008.
  7. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».  
<http://minzdravsoc.ru/project>.
  8. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28-29 апреля 2011 г.). <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>
  9. Заболеваемость населения России в 2007 году. Статистические материалы, Москва, 2008.
  10. Bertuccio P, Levi F, Lucchini F, et al. Coronary heart disease and cerebrovascular disease mortality in young adults: recent trends in Europe European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation August 2011 18: 627-634.
  11. Статистический сборник “Краткосрочные экономические показатели Российской Федерации”, Госкомстат России. Москва, 2008.
  12. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики. Профилактическая медицина том 12 №6 2009 3-7.
  13. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Стратегии профилактики профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология 2007; 12: 4-9.
  14. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и соавт. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. Кардиология 2007;3: 28-37.
  15. Бойцов С.А., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. и соавт. Сравнительный анализ данных Российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома. Кардиологический вестник 2010; 1: 82-86.
  16. Yusuf S, Hawken S, Ounpu S, et al., on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Published online September, 3 2004.

17. O'Donnell M, Xavier D, Liu L, Zhang H. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE Study): a case-control study Reference: Lancet 2010; 376:112-123.
18. Rose G. The strategy of preventive medicine/ Oxford: Oxford University Press 1992.
19. Global strategy for prevention and control of non-communicable diseases. WHO (Geneva) 2008.
20. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European Atherosclerosis Society (EAS). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007 Sep;14 Suppl 2:S1-113.
21. Bertuccio P, Levi F, Lucchini F, et al. Coronary heart disease and cerebrovascular disease mortality in young adults: recent trends in Europe European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation August 2011 18: 627-634.
22. Wood D, De Backer G, Faergeman O, et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J. 1998 Oct;19(10):1434-503.
23. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2003 Aug;10(4):S1-S78.
24. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010 Oct;17(5):530-40.