

Министерство здравоохранения Оренбургской области  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Оренбургский  
областной центр медицинской профилактики»



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ «ООЦМП»

А.М. Болomoжнов

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА  
И УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ  
«ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И  
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ»

**Аннотация:**

Учебная программа и учебно-тематический план дополнительного профессионального образования врачей-терапевтов по направлению «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения» разработаны сотрудниками ГБУЗ «ООЦМП»: А.Н Варламовым, В.А Трубниковым.

## Введение

Здоровый образ жизни — это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей. Способствует здоровому образу жизни гигиенический режим труда и отдыха, а вот мешает такие вредные привычки, как курение, употребление алкоголя и наркотиков. По утверждению специалистов ВОЗ, здоровье на 50-55% зависит от образа жизни человека, на 20-23% — от наследственности, на 20-25% — от состояния окружающей среды (экологии) и на 8- 12% — от работы национальной системы здравоохранения. Итак, в наибольшей степени здоровье человека зависит от образа жизни, значит можно считать, что генеральной линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Формирование установки на ЗОЖ лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных программ, направленных на повышение здоровья общества. Пропаганда ЗОЖ является важнейшей функцией и задачей всех органов здравоохранения (особенно учреждений первичной медико-санитарной помощи), центров здоровья, учреждений образования, органов социальной защиты и т. д.

Настоящая программа предназначена для повышения квалификации врачей-терапевтов и врачей по медицинской профилактике, участвующих в диспансеризации определенных групп взрослого населения. Представленная программа разработана во исполнение положений приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

В программу включены основные темы, с которыми сталкиваются участковые терапевты и врачи по медицинской профилактики при проведении диспансеризации взрослого населения.

В программе представлены учебный и учебно-тематический план цикла «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни», продолжительностью 40 учебных часа. В учебно-тематическом плане указаны лекционные и практические часы обучения. В конце цикла проводится итоговый контроль знаний, полученных слушателями на цикле.

## Содержание программы «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения»

<i>КОД</i>	<i>Наименование тем, элементов и т.д.</i>
<b>1</b>	<b>2</b>
<b>1.</b>	<b><i>Актуальность профилактики основных неинфекционных заболеваний на современном этапе</i></b>
<b>1.1.</b>	Понятие об эпидемиологическом переходе. Основопологающие документы о здоровье населения. Основные положения Федерального закона Российской Федерации N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Правовая ответственность в сфере охраны здоровья, гражданская ответственность за личное здоровье.
<b>1.2.</b>	Современные стратегии профилактики НИЗ в России. Формирование здорового образа жизни - задача всего общества. Межведомственное взаимодействие.
<b>2.</b>	<b><i>Организация медицинской профилактики в медицинских организациях.</i></b>
<b>2.1.</b>	Организация лечебно-профилактической помощи населению. Первичная медико-санитарная помощь: принципы, элементы, структура, стратегия развития. Обязанности врача в сфере профилактики заболеваний, установленные основами законодательства об охране здоровья граждан и иными федеральными законами. Профилактическая помощь – вид профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения. Качество профилактической помощи. Основные нормативно-правовые акты в сфере медицинской профилактики.
<b>2.2.</b>	Структура и задача службы медицинской профилактики в России. Организация работы подразделений медицинской профилактики в медицинских организациях. Роль врачей в повышении медицинской грамотности населения. Организационные принципы деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ
<b>2.3.</b>	Диспансеризация – основное мероприятие медицинской профилактики на современном этапе. Основные положения приказа МЗ России от 03.02.2015г, №36ан. Этапы, принципы и функциональные обязанности участников. Организационные особенности, методическое сопровождение. Учетно-отчетная документация.
<b>3.</b>	<b><i>Теоретические основы профилактики основных неинфекционных заболеваний</i></b>
<b>3.1.</b>	Понятие о здоровье и здоровом образе жизни. Компоненты и условия ЗОЖ. Способы и методы определения резервов здоровья человека.

3.2.	<p>Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики неинфекционных заболеваний.</p> <p>Определение ФР. Основные факторы риска развития НИЗ. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска,</p> <p>Суммарный кардиоваскулярный риск. Понятие об абсолютном и относительном риске.</p> <p>Практические аспекты оценки суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE.</p>
3.3.	<p>Курение как фактор риска, методы коррекции.</p> <p>Эпидемиология курения, курение как фактор риска НИЗ.</p> <p>Курение и социальная политика в России. Пассивное курение. Состав табачного дыма.</p> <p>Методы объективизации курения в выборе тактики профилактики табакокурения.</p> <p>Типовые рекомендации пациентам, медикаментозные и немедикаментозные средства помощи при отказе от курения.</p> <p>Принципы поведенческого консультирования по отказу от курения.</p>
3.4.	<p>Алкоголь. Основные риски, связанные с избыточным потреблением алкоголя.</p> <p>Законодательные основы профилактики пьянства и алкоголизма.</p> <p>Основные патофизиологические механизмы влияния алкоголя на организм человека и возникновение зависимости. Современные методы, формы и средства антиалкогольной пропаганды.</p>
3.5.	<p>Биологические факторы риска: гиперхолестеринемия, гипергликемия, гиперурикемия и др. Маркеры риска, пути коррекции.</p> <p>Эпидемиология нарушений липидного обмена. Целевые уровни липидов крови для лиц с разным уровнем риска.</p> <p>Стратегия профилактических мероприятий в зависимости от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС ЛНП.</p> <p>Методы коррекции.</p>
3.6.	<p>Избыточная масса тела и ожирение как факторы риска НИЗ, возможные пути коррекции.</p> <p>Причины развития ожирения. Связь между избыточной массой тела/ожирением и другими НИЗ. Классификация избыточной массы тела и ожирения. Понятие о метаболическом синдроме.</p> <p>Роль избыточной массы тела в развитии сахарного диабета.</p>
3.7.	<p><b><i>Принципы- рационального питания.</i></b></p> <p>Ключевые положения: энергетическое равновесие, сбалансированность по пищевым ингредиентам и правильный режим.</p> <p>Жиры в рационе (холестерин, насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, транс-изомеры жирных кислот).</p> <p>Рекомендуемые нормативы потребления овощей и фруктов, значение для здоровья.</p> <p>Потребление поваренной соли и конкретные советы по снижению ее потребления.</p>

3.8.	<p><b><i>Принципы- рационального питания.</i></b>  Оценка пищевого поведения. Методы сбора диетологического анамнеза и объективизации питания. Методы оценки избыточной массы тела и ожирения. Целесообразность направления на консультацию к специалисту (диетолог, эндокринолог). <b><i>Принципы составления суточного рациона.</i></b></p>
3.9.	<p>Недостаточная физическая активность как фактор риска НИЗ, методы коррекции. Медицинские последствия недостаточной физической активности. Недостаточная физическая активность и риск НИЗ. Методы объективной оценки физической активности и тренированности. Объективизация интенсивности физической активности. Рекомендации по повышению физической активности у детренированных лиц. Рекомендованная структура тренировок.  Физическая активность при ССЗ.</p>
3.10.	<p>Психосоциальные факторы риска и принципы их коррекции.  Психосоциальные детерминанты здоровья.  Понятие о стрессе. Стресс острый и хронический.  Тревожные и депрессивные состояния как универсальная основа нарушения вегетативной регуляции организма.  Диагностические критерии тревожных и депрессивных расстройства, показания для специализированной помощи. Скрининг психосоциальных факторов. Оценка качества жизни.  Негативные последствия потребления алкоголя и психоактивных вещества при тревожно- депрессивных расстройствах.</p>
3.11.	<p>Методы психогигиены. Принципы немедикаментозной и медикаментозной помощи при тревоге и депрессии.</p>
4.	<p><b><i>Основные принципы профилактического консультирования.</i></b></p>
4.1.	<p>Врач по медицинской профилактики и инструктор по гигиеническому воспитанию - ключевые фигуры повышения медицинской грамотности населения. Методы, формы и средства гигиенического воспитания населения. Виды и содержание профилактического консультирования. Отличия краткого и углубленного профилактического консультирования.</p>
4.2.	<p>Углубленное групповое профилактическое консультирование (школы здоровья).  Основные принципы организации и проведения школ здоровья для лиц с факторами риска и для пациентов.</p>
4.3.	<p>Медицинская информатика, знакомство с основными интернет-ресурсами ( в помощь организации и проведению профилактических мероприятий).</p>

## **УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

тематического усовершенствования (ТУ) по  
направлению  
«ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ»

**Цель:** освоение теоретических и практических навыков по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения Оренбургской области.

**Категория слушателей:** врачи-терапевты, врачи по медицинской профилактике

**Срок обучения:** 40 часов, 1 неделя.

**Режим занятий:** 8 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.	Актуальность профилактики основных неинфекционных заболеваний на современном этапе	4	4	-	Фронтальный устный
2.	Организация медицинской профилактики в медицинских	8	6	2	Фронтальный устный
3.	Теоретические основы профилактики основных неинфекционных заболеваний	20	14	6	Фронтальный устный
4.	Основные принципы профилактического консультирования.	6	4	2	Фронтальный устный
5.	Итоговый зачет	2	-	2	Зачет
6.	ИТОГО	40	28	12	

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН**  
 тематического усовершенствования (ТУ) по  
 направлению  
**«ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ  
 ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ»**

**Цель:** освоение теоретических и практических навыков по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения Оренбургской области.

**Категория слушателей:** врачи-терапевты, врачи по медицинской профилактике

**Срок обучения: 40 часов, 1 неделя.**

**Режим занятий:** 8 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
<b>1.</b>	<b>Актуальность профилактики основных неинфекционных заболеваний на современном этапе</b>	4	4	-	Фронтальный устный
<b>1.1.</b>	Понятие об эпидемиологическом переходе. основополагающие документы о здоровье населения.	2	2	-	
<b>1.2.</b>	Современные стратегии профилактики НИЗ в России. Формирование здорового образа жизни	2	2	-	
<b>2.</b>	<b>Организация медицинской профилактики в медицинских организациях.</b>	8	6	2	Фронтальный устный
<b>2.1.</b>	Организация лечебно-профилактической помощи населению.	2	2	-	
<b>2.2.</b>	Структура и задача службы медицинской профилактики в России.	2	2	-	
<b>2.3.</b>	Диспансеризация – основное мероприятие медицинской	4	2	2	
<b>3.</b>	<b>Теоретические основы профилактики основных неинфекционных заболеваний</b>	20	14	6	Фронтальный устный

<b>3.1.</b>	<p>Понятие о здоровье и здоровом образе жизни. Компоненты и условия ЗОЖ. Способы и методы определения резервов здоровья человека.</p>	2	1	1	
<b>3.2.</b>	<p>Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики неинфекционных заболеваний. Определение ФР. Основные факторы риска развития НИЗ. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска, Суммарный кардиоваскулярный риск. Понятие об абсолютном и относительном риске. Практические аспекты оценки суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE.</p>	1	1	-	
<b>3.3.</b>	<p>Курение как фактор риска, методы коррекции. Эпидемиология курения, курение как фактор риска НИЗ. Курение и социальная политика в России. Пассивное курение. Состав табачного дыма. Методы объективизации курения в выборе тактики профилактики табакокурения. Типовые рекомендации пациентам, медикаментозные и немедикаментозные средства помощи при отказе от курения.</p>	2	1	1	
<b>3.4.</b>	<p>Алкоголь. Основные риски, связанные с избыточным потреблением алкоголя. Законодательные основы профилактики пьянства и алкоголизма. Основные патофизиологические механизмы влияния алкоголя на организм человека и возникновение зависимости. Современные методы, формы и средства антиалкогольной пропаганды.</p>	2	2	-	

3.5.	<p>Биологические факторы риска: гиперхолестеринемия, гипергликемия, гиперурикемия и др. Маркеры риска, пути коррекции.</p> <p>Эпидемиология нарушений липидного обмена. Целевые уровни липидов крови для лиц с разным уровнем риска.</p> <p>Стратегия профилактических мероприятий в зависимости от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС ЛНП.</p> <p>Методы коррекции.</p>	2	2	-	
3.6.	<p>Избыточная масса тела и ожирение как факторы риска НИЗ, возможные пути коррекции.</p> <p>Причины развития ожирения. Связь между избыточной массой тела/ожирением и другими НИЗ.</p> <p>Классификация избыточной массы тела и ожирения. Понятие о метаболическом синдроме.</p> <p>Роль избыточной массы тела в развитии сахарного диабета.</p>	2	2	-	

Контрольные вопросы для оценки уровня полученных знаний слушателей цикла:

**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.

**КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА**

**1. ГАЗОАНАЛИЗАТОРОПРЕДЕЛЯЕТ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ**

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

**2. 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) антеникотининовый препарат: частичный агонист (активатор) и антагонист (блокатор) никотиновых холинергических рецепторов варениклин в виде таблеток;

В) антидепрессант (бупропиона гидрохлорид)

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

#### ***1. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ В 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

#### ***2. 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

### ***ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ***

#### ***1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ 3 ПРИНЦИПА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ***

1.

2.

3.

#### ***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%

**1. 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.

**2. 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

**3. 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

**4. 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

**5. 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

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

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**7. 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)  $30,0-34,9 \text{ кг/м}^2$

3) 33,0-37,9 кг/м<sup>2</sup>

### ***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 ГИПЕРТОНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА И  
ФАКТОР РИСКА ССЗ**

**1. 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

**2. 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

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

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

**4. 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

**5. 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

**6. 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

**15. 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

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

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

**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. 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

**6. 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

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

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

**8. 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