

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>
1	2
1.	<i>Актуальность профилактики основных неинфекционных заболеваний на современном этапе</i>
1.1.	Понятие об эпидемиологическом переходе. основополагающие 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.
1.2.	Современные стратегии профилактики НИЗ в России. Формирование здорового образа жизни - задача всего общества. Межведомственное взаимодействие.
2.	<i>Организация медицинской профилактики в медицинских организациях.</i>
2.1.	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.
2.2.	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
2.3.	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.
3.	<i>Теоретические основы профилактики основных неинфекционных заболеваний</i>
3.1.	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>Принципы- рационального питания.</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><i>Принципы- рационального питания.</i> 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). <i>Принципы составления суточного рациона.</i></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><i>Основные принципы профилактического консультирования.</i></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
1.	Актуальность профилактики основных неинфекционных заболеваний на современном этапе	4	4	-	Фронтальный устный
1.1.	Понятие об эпидемиологическом переходе. основополагающие документы о здоровье населения.	2	2	-	
1.2.	Современные стратегии профилактики НИЗ в России. Формирование здорового образа жизни	2	2	-	
2.	Организация медицинской профилактики в медицинских организациях.	8	6	2	Фронтальный устный
2.1.	Организация лечебно-профилактической помощи населению.	2	2	-	
2.2.	Структура и задача службы медицинской профилактики в России.	2	2	-	
2.3.	Диспансеризация – основное мероприятие медицинской	4	2	2	
3.	Теоретические основы профилактики основных неинфекционных заболеваний	20	14	6	Фронтальный устный

3.1.	<p>Понятие о здоровье и здоровом образе жизни. Компоненты и условия ЗОЖ. Способы и методы определения резервов здоровья человека.</p>	2	1	1	
3.2.	<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	-	
3.3.	<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	
3.4.	<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/1,73м²)
- Г) риск SCORE ≥ 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/м² 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 CO₂)

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) ≥ 94 см у мужчин
- Б) ≥ 80 см у женщин
- В) ≥ 96 см у мужчин
- Г) ≥ 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/м²

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