

УДК 616.1/8-084

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

И.В. Караулько, к.м.н., доцент

Кафедра поликлинической терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Лекция по первичной профилактике неинфекционной патологии предназначена для студентов медицинских вузов и врачей амбулаторной практики (участкового врача-терапевта и врача общей практики) и содержит перечень мероприятий, направленных на предупреждение выявления и диагностическое наблюдение за лицами с факторами риска среди обслуживаемого населения в целях предупреждения и снижения заболеваемости.

Ключевые слова: первичная профилактика, неинфекционные заболевания, факторы риска, врач первичного звена (участковый врач-терапевт и врач общей практики).

The lecture on primary prophylaxis of noninfectious pathology is designed for students of higher medical institutions and outpatient physicians (district therapists and general practitioners) and lists the measures aimed at disease prophylaxis and diagnostic observation of the local population at risk in an effort to prevent and reduce morbidity.

Key words: primary prophylaxis, noninfectious diseases, risk factors, primary care physician (district therapist and general practitioner).

Конец XX – начало XXI века – эра неинфекционных заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни и ухудшающих демографическую ситуацию. Удельный вес их в структуре общей смертности населения Республики Беларусь в 2007 году составил 77,3%. Причины большинства заболеваний общеизвестны: курение, гиподинамия, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, стрессы, экологическое неблагополучие [3].

Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а путем снижения заболеваемости через первичную профилактику. Так, 20-летнее употребление низкокалорийной пищи в Финляндии привело к снижению заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) на 57%. Анализ работы медицинских организаций РБ показал, что в стране приемлемо развита профилактика неинфекционной патологии, вторичная (диагностика и лечение неинфекционной патологии) и третичная (реабилитация пациентов) профилактика. Первичная профилактика неинфекционной патологии (ППНИП) находится в зародышевом состоянии, хотя курс на нее был взят еще в 1925г. Профилактика в современном ее понимании имеет много сходного с диспансеризацией. Н.А. Семашко в 1925г. писал «Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация – метод решения профилактических задач». Профилактика и диспансеризация – стратегические рычаги демографической безопасности и декларированы в нашей стране перспективным направлением.

ППНИП – это совокупность мероприятий, направленных на устранение неблагоприятных для здоровья факторов и причин болезни, усиление благотворно влияющих факторов. Успешной может быть только комплексная медико-социально-экологическая профилактика, предусматривающая реализацию мероприятий системой здравоохранения, самим обществом и государством. Технологии ППНИП состоят из: формирования групп риска, проведения скрининга; консультирования по образу жизни и его модификации; комплексной системы мер по предупреждению заболеваний; интеграции работы различных служб и ведомств, участвующих в ППНИП; вакцинации и химиопрофилактики; контроля за состоянием здоровья, повышения уровня здоровья, ответственности за здоровье самого человека [3, 4].

Наиболее глобальными проблемами сегодняшнего дня являются профилактика ишемической болезни сердца, заболеваний мозга, почек, желудочно-кишечного тракта и конечностей: артериальной гипертензии, сахарного диабета, аллергической и онкологической патологии, а также профилактика смерти от внешних причин (травм, отравлений, стангуляционной асфиксии, утопления). Общеизвестно, что заболевания внутренних органов, артериальная гипертензия и сахарный диабет в значительной степени обусловлены: развитием атеросклероза, дислипидемии, гипергликемии, ожирения; злоупотреблением солью, углеводами и алкоголем; недостаточным употреблением овощей и фруктов; низкой физической активностью; курением и экологическим неблагополучием. Общеизвестно также, что атеросклероз начинает развиваться в утробе матери. Поэтому профилактику его также, как и аллергии, алкоголизма и другой патологии у населения надо начинать с пре-перинатального периода и продолжать всю жизнь. ППНИП должна быть не проектом, а повседневной работой врача первичного звена и занимать в ней не менее 30% рабочего времени.

Профилактическая направленность работы поликлиник и медико-санитарных частей включает первичную профилактику (ПП), направленную на предотвращение возникновения заболеваний и раннюю диагностику, в которой особая роль принадлежит профилактическим осмотрам, а также вторичную профилактику рецидивов уже возникших хронических заболеваний [5, 9, 11].

Важная роль в профилактической работе принадлежит предварительным медицинским осмотрам, основная цель которых заключается в оценке состояния здоровья, решении вопроса о возможности использования рабочих и служащих в определенных производствах. Данные профилактического медицинского осмотра имеют важное значение для дальнейшего динамического наблюдения за работающими, а также для решения вопроса о связи возникшего заболевания с профессией.

Задачами профилактических медицинских осмотров являются:

- раннее выявление начальных признаков предполагаемых заболеваний;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, подвергавшихся воздействию неблагоприятных производственных факторов;

- выявление заболеваний, неблагоприятно протекающих под воздействием определенных факторов, а также патологии, которая может способствовать развитию профессиональных заболеваний;

- разработка рекомендаций, направленных на улучшение условий труда, устранение или значительное уменьшение воздействия неблагоприятных производственных факторов;

- проведение индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий.

Министерством Здравоохранения Республики Беларусь издано постановление от 08.08.2000 г. № 33 «О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работников» [9].

Таким образом, участковый (цеховой) терапевт активно занимается первичной профилактикой, которая подразумевает комплекс мероприятий, направленных на предупреждение самого факта возникновения заболевания [11, 12].

Важная роль в первичной профилактической работе участкового терапевта принадлежит санитарному просвещению населения (чтение лекций, проведение бесед, выступления в средствах массовой информации).

Задачи амбулаторно-поликлинической службы:

- ♦ Выявление факторов риска среди обслуживаемого населения, их ежегодная регистрация [10].

- ♦ Проведение комплекса мер по профилактике и коррекции факторов риска, особенно среди лиц с высоким уровнем их развития [1, 10].

- ♦ Активное выявление больных с клиническими проявлениями заболевания, их динамическое наблюдение, длительное лечение, включая коррекцию факторов риска [1, 2, 6, 10].

Можно выделить две основные задачи участкового терапевта по проведению мероприятий первичной профилактики:

- ♦ Предупреждение перехода различных форм функционального напряжения организма человека в донологические, преморбидные и патологические состояния.

- ♦ Укрепление здоровья человека.

Факторы риска

Факторы риска (ФР) – это характеристики обследуемого лица или среды его обитания, которые связаны с вероятностью развития ИБС, сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний у этого лица. Основываясь на концепции факторов риска, врач может прогнозировать возникновение заболевания.

В настоящее время известны сотни факторов риска основных неинфекционных заболеваний. При этом условно выделяются:

первичные факторы риска – непосредственно отражающие неблагоприятно действующие на здоровье людей факторы (несбалансированное питание, курение, алкоголь, гиподинамия);

вторичные факторы риска – заболевания и патологические синдромы, способствующие развитию тех или иных основных неинфекционных заболеваний, (например, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет).

Курение – фактор риска возникновения ряда заболеваний

«После ядерной войны, голода и чумы самая большая опасность для здоровья людей – это курение» – так определяет влияние курения на здоровье один из известных исследователей этой проблемы К. Баль.

В среднем заядлый курильщик сокращает свою жизнь

на 7 лет. Каждая выкуриваемая сигарета оценивается в 14 мин. жизни. В Республике Беларусь из-за смерти от болезней, вызванных курением, продолжительность жизни в возрастной группе 35-69 лет сократилась на 21 год.

Во всех возрастных группах риск смерти от ИБС находится в прямой зависимости от количества ежедневно выкуриваемых сигарет. Смертность от ИБС среди мужчин моложе 45 лет, ежедневно выкуривающих больше 25 сигарет, в 15 раз выше, чем среди некурящих мужчин того же возраста. Особенно большую опасность в отношении заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний представляет курение сигарет для молодых женщин, длительно пользующихся пероральными противозачаточными средствами, содержащими эстрогены. ИБС встречается у них в 10 раз чаще.

Помимо того, что курение относится к наиболее распространенным среди трудоспособного населения факторам риска ИБС, у курящих, по данным ВОЗ, чаще развиваются не только сердечно-сосудистые, но и онкологические (рак легкого, мочевого пузыря), бронхолегочные заболевания, а также язвенная болезнь.

По данным ВОЗ, если бы люди на земле отказались от курения, смертность от заболеваний можно было бы снизить на 19%.

Минздравом Республики издан приказ № 603 от 28.12.2000 г. «О запрещении курения в учреждениях здравоохранения и учебных учреждениях» [8].

Таким образом, борьба с курением является одной из первоочередных задач участкового терапевта.

Гиподинамия

Бурное развитие техники, автоматизации, транспорта, телевидения привело к снижению двигательной активности, причем не только у лиц умственного, но и у лиц физического труда. Физическая активность значительно уменьшилась не только на работе, но и в домашних условиях, что отрицательно сказывается на состоянии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, обмена веществ и др.

По данным Фремингемского проспективного исследования, риск смерти от коронарной болезни у физически малоактивных в 3 раза выше, чем у лиц, ведущих активный образ жизни. Риск внезапной смерти у лиц, занимающихся регулярно физическими упражнениями, на 59% меньше, чем у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни [7].

Участковый врач-терапевт должен выявить двигательный режим каждого обследуемого с учетом его профессиональной деятельности (на работе, в домашних условиях, в выходные и праздничные дни и т.д.). Это позволит правильно организовать двигательный режим, его коррекцию в динамике.

Профилактика гиподинамии:

- повышение физической активности в виде дозированной физической нагрузки – ходьба в быстром темпе не менее 2-х раз в неделю по 30 минут (120 шагов в минуту) [7];

- физические упражнения аэробного циклического характера (ходьба, бег, плавание, утренняя гимнастика).

Ожирение

Ожирение признано ВОЗ неинфекционной эпидемией нашего времени в связи с его широкой распространенностью среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью [11, 7].

За последние 20 лет показатели распространенности ожирения возросли почти в 3 раза. Численность людей,

страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет на 10%.

В ноябре 2006 г. в Стамбуле состоялась Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением, которая приняла документ «Европейская хартия по борьбе с ожирением» – это главный политический документ, в котором дается описание ключевых действий, способствующих формированию здоровых привычек питания и физически активного образа жизни. Цель – обуздать эпидемию ожирения в Европейском регионе и обратить существующую тенденцию вспять. В конце XX века стало очевидным, что эпидемия ожирения в Европе представляет собой беспрецедентное явление, которое недооценивается, плохо изучено и не полностью осознано как огромная государственная проблема, имеющая значительные экономические последствия. Плохое питание, недостаточная физическая активность и вызванное ими ожирение с сопутствующими болезнями вносят значительный вклад в заболеваемость и преждевременную смертность населения. Принятая Хартия должна оказать ощутимое воздействие на решение проблемы ожирения в Европейском регионе и за его пределами.

По данным ВОЗ, более 1 млрд. человек по всему миру страдает от избыточного веса. Ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким экономическим уровнем жизни. Так, примерно каждый пятый житель Великобритании страдает ожирением [7].

Ожирение ассоциируется с ИБС, артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом, холелитиазом, остеоартрозом и подагрой. Известно, что избыточная масса тела повышает риск развития ИБС в 1,3-3,2 раза (при увеличении массы тела на 30% – в 2 раза). Смертность от ИБС у лиц с избыточной массой в 1,7 раза больше, чем у лиц с нормальной массой.

Участковому терапевту, занимающемуся активным выявлением лиц с избыточной массой, необходимо знать нормальные величины индекса массы тела, который можно определить с помощью индекса Кетле (ИК), который рассчитывается по формуле:

$$\text{масса тела в кг} / \text{рост в м}^2$$

Согласно классификации ВОЗ (1997), во всем диапазоне вариаций ИК у взрослых выделяют 4 уровня:

- менее 18,5 кг/м² – недостаточная масса тела;
- 18,5-24,9 кг/м² – нормальная масса тела;
- 25-29,9 кг/м² – избыточная масса тела;
- 30 кг/м² – 34,9 кг/м² ожирение I степени;
- 35 кг/м² – 39,9 кг/м² – ожирение II степени;
- 40 кг/м² и более – ожирение III степени.

Особую опасность представляет собой центральный тип ожирения с преимущественным отложением жира в абдоминальной области. Частое сочетание висцерального ожирения, нарушений углеводного, липидного обмена, нарушений дыхания во время сна и АГ, а также наличие тесной патогенетической связи между ними послужило основанием для выделения их в самостоятельный синдром – «метаболический» (МС). Выделение МС имеет большое клиническое значение, поскольку, с одной стороны, это состояние является обратимым, т.е. при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений, а с другой стороны, оно предшествует возникновению таких болезней, как сахарный диабет 2 типа и атеросклероз – заболеваний, которые в настоящее время являются основными причинами повышенной смертности населения.

Ожирение I степени увеличивает риск развития СД 2 типа в 3 раза, II ст. – в 5 раз и III ст. – в 10 раз.

Помимо ИК для определения ожирения используется индекс талия/бедро (ИТБ) = ОТ/ОБ [7].

Окружность талии (ОТ) – наименьшая окружность, измеренная ниже грудной клетки над пупком. Окружность бедер (ОБ) – измеряется на уровне больших вертелов бедренной кости.

При ожирении с гиперхолестеринемией рекомендуется:

- не употреблять более 3 яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи;
- меньше есть субпродуктов (печень, почки);
- ограничить потребление всех видов колбас, жирных окороков, сливочного и топленого масла, жирных сортов молока и молочных продуктов;
- при приготовлении пищи глубокое прожаривание на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке;
- отдать предпочтение рыбным блюдам, морепродуктам, готовить на растительных маслах.
- использовать обезжиренные сорта молочных продуктов, есть больше овощей, фруктов.

Алкоголь – фактор риска возникновения соматических заболеваний

Алкоголь поражает:

- печень (цирроз печени, алкогольный гепатит);
- нервную систему (токсическая энцефалопатия);
- поджелудочную железу (острый и хронический панкреатит);
- нарушает гормональную регуляцию организма, влияя на содержание в крови вазопрессина и Na –уретического гормона, что способствует повышению АД и нарушению водно-электролитного баланса;
- поражает сердце (алкогольная кардиомиопатия);
- поражает почки (алкогольный гломерулонефрит);
- способствует развитию рака пищевода, глотки и гортани.

Поэтому важная роль в первичной профилактике вышеперечисленных заболеваний принадлежит борьбе со злоупотреблением алкоголем [1].

Артериальная гипертензия

Артериальная гипертензия по своей социально-медицинской значимости представляет одну из важнейших проблем здравоохранения.

В индустриально развитых странах мира АГ страдают около 15% взрослого населения. По данным 1999 г., в Беларуси на долю ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней – основных осложнений АГ – в структуре смертности от болезней системы кровообращения приходится, соответственно, 64,5% и 26,6% [7].

Одним из важных условий раннего распознавания АГ является проведение комплексного обследования. Главные задачи комплексного обследования следующие:

1. Активное выявление здоровых лиц, но имеющих факторы риска развития АГ.
2. Активное выявление клинически манифестированных форм АГ и своевременное распознавание обострений и осложнений АГ.
3. Активное выявление ранних субклинических и латентных форм заболевания.

Выявление АГ проводится двумя основными путями: активным (при активном медицинском обследовании) и пассивным – при обращении больных за медицинской помощью. Наиболее эффективным является активный метод выявления факторов риска АГ.

Факторы риска АГ:

экзогенные – длительные и частые психоэмоциональные перенапряжения; перенесенные травмы черепа и контузии; перенесенные в прошлом заболевания почек; курение; злоупотребление алкоголем; чрезмерное употребление соли; избыточное питание, особенно у лиц, склонных к ожирению; гиподинамия; различные профвредности;

эндогенные – наследственная предрасположенность; личностные особенности, проявляющиеся с детских и юношеских лет; психоэмоциональная лабильность с выраженными симпатико-адреналовыми реакциями на небольшие раздражители; вегето-сосудистая дистония; беременность; климактерический период и менопауза у женщин; снижение функции половых желез у мужчин; нарушение функции эндокринной системы; возраст человека.

Цель первичной профилактики – устранение или ослабление отрицательного воздействия факторов риска АГ, предотвращение или замедление развития заболевания.

Факторы риска возникновения ИБС

Ишемическая болезнь сердца продолжает оставаться доминирующей как по распространенности, так и по летальности в нашей республике и в большинстве экономически развитых странах [11, 12].

Успех в снижении заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний во многом зависит от эффективности первичной профилактики ИБС, и в частности, от правильного подхода к определению контингента лиц, нуждающихся в первоочередных профилактических воздействиях. Современная превентивная кардиология базируется на концепции о факторах риска.

Факторы риска ИБС:

социально-культурные (экзогенные) – избыточное потребление высококалорийной, богатой легкоусвояемыми углеводами, насыщенной жирами и холестерином пищи; гиподинамия; психоэмоциональное перенапряжение; курение; алкоголизм; длительное применение оральных контрацептивов (у женщин);

эндогенные (внутренние) – артериальная гипертензия; повышение уровня липидов; нарушение толерантности к углеводам; ожирение; гиперурикемия; нарушение обмена электролитов и микроэлементов; гипотиреоз; желчекаменная болезнь; особенности личности и поведения; наследственность; возрастной, половой факторы.

При оценке величины риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) по модели SCORE учитывается пол, возраст, статус курения, величина АД и ОХС. По системе SCORE низкому риску соответствует вероятность смерти в течение ближайших 10 лет < 5%, среднему риску – 5-9%, высокому – 10-14% и очень высокому риску ≥ 15%. Особого внимания требуют пациенты с высоким риском развития ССО [7].

Пациенты с высоким и очень высоким риском:

- ♦ САД ≥ 180 мм рт. ст. и/или ДАД 110 мм рт. ст.
- ♦ САД > 160 мм рт. ст. при низком ДАД (< 70 мм рт. ст.)
- ♦ Сахарный диабет
- ♦ Метаболический синдром
- ♦ ≥ 3 факторов риска
- ♦ Поражение органов-мишеней (ПОМ):

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), по данным ЭКГ или ЭхоКГ; УЗИ признаки утолщения стенки сонной артерии (ТИМ > 0,9 мм или атеросклеротическая бляшка); увеличение жесткости стенки артерии; умерен-

ное повышение сывороточного креатинина; уменьшение СКФ или клиренса креатинина; микроальбуминурия или протеинурия.

♦ Ассоциированные клинические состояния.

При гиперхолестеринемии следует руководствоваться показателями:

- желаемый уровень – холестерин < 5,17 ммоль/л, а при наличии у больного сахарного диабета – менее 4,2 ммоль/л;
- пограничный уровень – холестерин 5,17-6,18 ммоль/л;
- повышенный уровень – холестерин 6,21 ммоль/л.

Факторы риска возникновения неспецифических заболеваний легких (НЗЛ)**Экзогенные факторы:**

курение; травмы и врожденные деформации грудной клетки; неблагоприятные климатические условия (резкие колебания температуры окружающей среды, повышение влажности и т.д.); неблагоприятные производственные условия (запыленность, загазованность, длительный контакт с вредными газами и ядохимикатами).

Эндогенные факторы:

частые или длительно протекающие респираторные заболевания (ОРЗ три и более раз в год или по 14-20 дней 2-3 раза в год); наличие очагов хронической инфекции в организме (в первую очередь в придаточных пазухах носа, носоглотке и верхних дыхательных путях); перенесенный туберкулез легких; перенесенная острая пневмония (не менее 2 раз); наследственная предрасположенность (наличие у пациента или у его родственников туберкулеза легких, бронхиальной астмы, муковисцидоза и т.д.).

Высокая степень угрожаемости развития НЗЛ определяется, когда у человека имеется 5 и более ФР или 3 таких значимых ФР, как курение, наличие очагов хронической инфекции, перенесенный туберкулез.

Средняя степень угрожаемости – при наличии 2-3 ФР.

Минимальная степень угрожаемости при наличии одного ФР.

Основная работа по выявлению и профилактике НЗЛ осуществляется участковым врачом и цеховым терапевтом [10].

Таким образом, главные элементы первичной профилактики НЗЛ – борьба с запыленностью и загазованностью рабочих мест в промышленности и сельском хозяйстве, пропаганда вреда курения, закаливание организма и ЛФК, рациональное трудоустройство и профессиональная ориентация, полноценное лечение острых заболеваний респираторного тракта (ОРЗ, острый бронхит и острая пневмония). Указанные мероприятия необходимо осуществлять комплексно.

Факторы риска возникновения заболеваний органов пищеварения**Факторы риска:**

1. Отягощенная наследственность.
2. Функциональные нарушения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с тенденцией к повышению секреторной и кислотообразующей функции.
3. Частые стрессовые ситуации.
4. Нерациональное питание, злоупотребление пряностями, кофе, спиртными напитками.

Отягощенная наследственность. Частота язвенной болезни достигает 5-43%. У больных с наследственной предрасположенностью язвенная болезнь возникает на

8-10 лет раньше, чаще наблюдаются её рецидивы, более высокие показатели желудочной секреции. Ещё большее значение имеет сочетание отягощенной наследственности с 1-й группой крови, при наличии которой пациенты чаще заболевают язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Курение. Снижает антисекреторный эффект антагонистов H_2 -рецепторов, способствует патологическим рефлексам, замедляет скорость заживления язв, уменьшает сроки ремиссии.

При первичной профилактике важную роль играют массовые обследования населения, при этом хорошим методическим приемом является анкетирование.

Первичная профилактика направлена на проведение у лиц с факторами риска развития язвенной болезни ряда предупреждающих мероприятий, в первую очередь лечение сопутствующих заболеваний внутренних органов, таких как хронический колит, хронический аппендицит, как источник рефлексорных раздражений гастродуоденальной зоны, санацию полости рта. Большое значение имеет борьба с вредными привычками, седативная и общеукрепляющая терапия. При повышенной секреции и кислотности – соответствующая диета, а иногда и краткий курс антацидов. Лицам с предязвенным состоянием необходимо провести противорецидивное лечение, включающее немедикаментозные методы лечения – диета, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия, ЛФК, психотерапия [10].

Заключение

Таким образом, первичная профилактика неинфекционной патологии предусматривает:

– **стратегию массовой профилактики** – мероприятия среди населения в целом, направленные на его образование, формирование установки в отношении здорового образа жизни и создание условий для его реализации; последнее условие является очень важным.

– **стратегию высокого риска** – выявление лиц с высоким уровнем риска развития ХНЗ, ФР и их коррекцию. Эти мероприятия требуют не только проведения массовых профилактических обследований, но и специальной подготовки медицинского персонала по методам оздоровления и индивидуальной профилактики.

Литература

1. Александров, А.А. Принципы консультирования пациентов с избыточным потреблением алкоголя / А.А. Александров // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 20-25.
2. Булгак, А.Г. Методы функциональной диагностики в амбулаторной практике / А.Г. Булгак // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 31-35.
3. Воронко, Е.А. Роль врача первичного звена в профилактике неинфекционной патологии / Е.А. Воронко // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 36-42.
4. Демографическая безопасность в Республике Беларусь: место и роль амбулаторно-поликлинической помощи / В.П. Подпалов [и др.] // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 134-138.
5. Жилевич, Л.А. Первичная медико-санитарная помощь в Республике Беларусь и перспективы развития / Л.А. Жилевич // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 5-13.
6. Камышников, В.С. Стратегия и технологии осуществления лабораторно-диагностических исследований при первичном контакте с пациентом / В.С. Камышников // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 67-72.
7. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) / Всероссийское научное общество кардиологов. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины // научно-практический рецензируемый медицинский журнал. – Москва, 2008. – № 6. – Приложение 2.
8. О запрещении курения в учреждениях здравоохранения и учебных учреждениях: приказ МЗ РБ № 603 от 28.12.2000 г.
9. О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работников: постановление МЗ РБ № 33 от 08.08.2000 г.
10. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения РБ: постановление МЗ РБ № 92 от 12.10.07 г.
11. Поликлиническая терапия: пособие для студентов медицинских вузов / В.И. Бразулевич [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2007. – С. 21-51.
12. Поликлиническая терапия: учебник / Под ред. В.А. Галкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Медицина, 2008. – С. 14-17.

Поступила 04.11.09