

УДК 616.1/8-085

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА*И.В. Караулько, к.м.н., доцент*

Кафедра поликлинической терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Лекция посвящена вопросам вторичной профилактики неинфекционных заболеваний, включающей комплекс мероприятий, направленных на своевременное выявление и лечение уже имеющейся патологии для предупреждения прогрессирования, возникновения осложнений, сокращение временной и стойкой утраты трудоспособности и снижение смертности. Лекция рассчитана на студентов медицинских вузов и врачей амбулаторной практики.

Ключевые слова: диспансеризация, вторичная профилактика обострений неинфекционных заболеваний, лечение, реабилитация

The lecture is devoted to the problems of secondary prophylaxis of noninfectious diseases including a set of actions aimed at early detection and treatment of the present pathology in order to prevent disease progression and development of complications as well as to reduce temporal and constant disability and mortality. The lecture is designed for the students of higher medical institutions and outpatient physicians.

Key words: prophylactic medical examination, secondary prophylaxis of noninfectious diseases exacerbations, treatment, rehabilitation.

Вторичная профилактика – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на своевременное выявление и лечение уже имеющихся заболеваний. Она предусматривает использование специфических мер, осуществляемых медицинскими учреждениями по предупреждению прогрессирования уже имеющихся заболеваний, раннему их выявлению, проведению действенного лечения и реабилитации [8].

Цель вторичной профилактики – предотвратить возможность обострения или осложнения течения уже возникших заболеваний, т.е. замедлить прогрессирование заболеваний.

Вторичная профилактика предусматривает проведение диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь. Организация диспансерного наблюдения определяется постановлением Министерства здравоохранения РБ № 92 от 12 октября 2007 г [8].

Диспансерное наблюдение взрослого населения РБ представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина РБ, которая включает:

- диспансерный осмотр;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Диспансерный осмотр выполняется в объеме исследований, определенных для каждой возрастной группы взрослого населения. Результаты диспансерного осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного (форма 025/у), карте учета диспансерного наблюдения.

С учетом результатов проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследований и с целью планирования проведения необходимых медицинских мероприятий врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения определяется принадлежность гражданина к группе диспансерного динамического наблюдения:

Группы диспансерного наблюдения

Д (I) – здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых в анамнезе или во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций отдельных

органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияние на трудоспособность.

Д (II) – практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе острые заболевания или факторы риска хронических заболеваний.

Д (III) – граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функции органов и систем организма, с периодическими обострениями и снижением работоспособности, кратность диспансерных осмотров которым определяется в соответствии с примерной схемой диспансерного динамического наблюдения.

Из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) выделяют граждан:

- не имеющих группы инвалидности по заболеванию – Д (III) а;
- имеющих группу инвалидности по заболеванию – Д (III) б.

Для граждан, состоящих в группе диспансерного динамического наблюдения Д (II), врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения составляется индивидуальная программа профилактики факторов риска заболеваний.

Граждане, состоящие в группе диспансерного динамического наблюдения Д (III), перенесшие некоторые острые заболевания, операции, травмы, имеющие повышенный риск возникновения различных заболеваний и подвергающиеся воздействию вредных условий труда, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего диспансерного динамического наблюдения у участковых врачей-терапевтов, врачей-специалистов соответствующего профиля (врача общей практики).

Диспансеризация больных АГ

Основу профилактической доктрины АГ составляет положение о факторах риска (ФР) развития заболевания, устранение воздействия которых способно оказать влияние на процесс возникновения и развития заболевания, его прогноз. ФР много, но наиболее значимым является наличие у больного пограничной гипертензии, т.к. известно, что в 20-25% случаев последняя переходит в устойчивые формы АГ [2, 9].

Осуществление вторичной профилактики не ограничивается применением гипотензивных препаратов [12],

а предусматривает использование комплекса мероприятий, применяемых для первичной профилактики. Большую роль в профилактике АГ играет создание при промышленных предприятиях ночных и дневных профилакториев. Немаловажную роль играют немедикаментозные методы профилактики и лечения АГ: уменьшение массы тела путем снижения калорийности питания и повышения физической активности; ограничение потребления поваренной соли до 3-5 г в сутки; исключение употребления алкоголя; уменьшение содержания в рационе насыщенных жиров и повышение – ненасыщенных; регулярные физические упражнения с постепенным увеличением нагрузок и исключением статических нагрузок; психотерапевтические методы; борьба с курением; нормализация режима дня; физиотерапевтические методы лечения [7, 8, 11].

Определение эффективности вторичной профилактики:

показатели временной и стойкой утраты трудоспособности; показатели летальности; наличие или отсутствие обострений заболевания и их частота; нормализация или значительное снижение и стабилизация АД; наличие или отсутствие осложнений; переход заболевания из стадии более тяжелого клинического течения в более легкую.

Профилактические мероприятия, направленные на изменение жизненных привычек и связанных с ними факторов риска, только тогда могут стать успешными, когда они будут проводиться среди всего населения как можно раньше, с детского возраста.

Диспансерное наблюдение за больными АГ и лицами с факторами риска

Все лица, у которых выявлены артериальная гипертензия, факторы риска, должны быть взяты под диспансерное наблюдение специалистами поликлиники, с заполнением на них контрольной карты диспансерного наблюдения (форма 30). В каждом случае следует разработать конкретный план комплексных профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в условиях поликлиники, стационара, санатория, определить сроки повторных врачебных наблюдений и обследований (Приказ Минздрава РБ № 225 от 3.09.2001 г. «О совершенствовании организации выявления, динамического наблюдения и лечения больных с артериальной гипертензией») [7, 13].

Больные с тяжелыми формами АГ (часто обостряющиеся, осложненные, быстро прогрессирующие (злокачественные формы заболевания) должны находиться на диспансерном наблюдении у врача-кардиолога, лица с доброкачественным течением, ранними формами заболевания, факторами риска АГ – у участковых терапевтов.

Регулярность врачебных осмотров больных АГ и лиц с факторами риска должна определяться с учетом степени заболевания и риска, наличия осложнений.

Больные артериальной гипертензией I ст. должны активно осматриваться участковым терапевтом, окулистом не менее одного раза в шесть месяцев, при необходимости проводится осмотр и другими специалистами (неврологом, эндокринологом).

В целях контроля за динамикой заболевания, определения эффективности проводимого лечения необходимо: при первичном обследовании, а затем один раз в 6-12 месяцев проводить исследования с использованием инструментальных методов – ЭКГ, РЭГ, ЦГД;

- лабораторных методов исследования (анализ мочи

по Ничипоренко, анализ крови на холестерин, креатинин, глюкозу).

При артериальной гипертензии II ст. частота осмотров участковым терапевтом и проводимых инструментальных и лабораторных методов исследования такая же, как и при I ст. При необходимости проводят дообследование (УЗИ почек, сердца, ВЭМ, компьютерная томография). Если в условиях поликлиники нет возможности проводить сложные инструментальные и лабораторные методы исследования, то больных направляют в областной кардиологический диспансер, областной диагностический центр.

Частота осмотра больных с III ст. артериальной гипертензии участковым терапевтом зависит от клинического состояния пациента. По показаниям больных осматривает невролог, нефролог, кардиолог. Объем и частота инструментальных и биохимических исследований должны определяться с учетом динамики заболевания, характера лечения, переносимости лекарственных средств. При этом особое внимание необходимо уделять исследованию функции почек (определение креатинина, азота мочевины, электролитов крови, исследование мочи по Зимницкому и др.), органов зрения. Частота наблюдения 1 раз в квартал.

По Фремингемской модели оценивается риск заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых осложнений следующим образом [2, 9]:

Риск 1 или группа низкого риска означает, что возможность развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет в этой группе составляет менее 15 %.

Риск 2 или группа среднего риска – риск развития осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15-20%.

Риск 3 или группа высокого риска – 20-30%.

Риск 4 или группа очень высокого риска означает, что в ближайшие 10 лет риск развития осложнений превышает 30%.

Особенно резко возрастает риск при сочетании гипертонии, ожирения, гиперхолестеринемии и гипергликемии, известных как «смертельный квартет».

Частота динамического наблюдения за больными АГ с факторами риска индивидуальна.

Диспансерное наблюдение ИБС

В Республике Беларусь создана стройная система специализированной кардиологической службы, на которую возложены основные функции по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Важная роль в этой системе принадлежит не столько врачам-кардиологам, сколько участковым врачам-терапевтам (врачам общей практики) [4, 8].

У лиц с нарушением липидного обмена коррекцию следует осуществлять с учетом типа гиперлипидемии. У лиц с I типом гиперлипидемии атеросклероз возникает редко, коррекция липидного обмена осуществляется в основном за счет уменьшения в пищевом рационе жиров (до 30 г в сутки), белки и углеводы принимаются в пределах физиологической потребности. Гиполипидемические лекарственные средства обычно не назначаются.

При втором типе гиперлипидемии следует ограничить потребление пищи, богатой холестерином, насыщенными жирными кислотами, жиры употреблять преимущественно растительного происхождения, белки в пище не ограничиваются.

При гиперлипидемии II Б следует ограничивать потребление углеводов и общую энергетическую

ценность пищи. У людей с гиперлиппротеидемией типа II A энергетическую ценность пищи и потребление углеводов можно не ограничивать, при этом поддерживать нормальную массу тела.

При гиперлиппротеидемии II A и B целесообразно назначать курсовое лечение с применением ингибиторов всасывания холестерина (холестирамин 12-36 г в день курсами по 2-3 месяца, никотиновая кислота, бета-ситостерин), ингибиторы синтеза холестерина и триглицеридов (безофибрат). Холестирамин является препаратом выбора для лечения больных гиперлиппротеидемией 2 типа и его применение противопоказано при других типах нарушения липидов. По механизму действия к холестирамину близок колистипол, его применяют при втором типе гиперлиппротеидемии. Пробукол угнетает эндогенный синтез холестерина и тормозит его абсорбцию из кишечника, показания к назначению – гиперлиппротеидемии 2 типа. Липостабил, ловастатин (мевикур) ингибиторы эндогенного синтеза холестерина, снижают содержание холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Эффективным гиполиподемическим средством, позволяющим корректировать гиперхолестеринемия при повышенном содержании атерогенной фракции холестерина, ЛПНП является симвастатин (закор) и флувастатин (лескол). Новый препарат из группы статинов – аторвастатин (гуарем, сортис, торвакард), его действие направлено на предотвращение повторного всасывания желчных кислот и холестерина из кишечника, а также на удаление продуктов его распада.

Назначением статинов не всегда удается достичь желаемого результата в плане снижения холестерина, ЛПНП, а также снижения уровня триглицеридов. В таких случаях рекомендуют к лечению статинами добавлять препарат омакор (омега-3 – полиненасыщенные жирные кислоты), а также эзетимиб (эзетрол) – препарат, блокирующий всасывание жиров в кишечнике.

При ГЛП III типа следует ограничить потребление пищи, богатой холестерином, жирами (предпочтительнее растительные жиры), легкоусвояемыми углеводами. Количество белков в пищевом рационе не ограничивают. Очень важно следить за поддержанием нормальной массы тела, рекомендуется проводить курсовое лечение клофибратом, никотиновой кислотой. При IV типе ГЛП также целесообразно ограничение потребления пищи, богатой холестерином, углеводами. Жиры предпочтительно растительные, белок не ограничивают. Рекомендуют препараты полиненасыщенных жирных кислот. При V типе ГЛП следует ограничить жиры, легкоусвояемые углеводы (до 5 г/кг веса). Из лекарственных препаратов показаны препараты никотиновой кислоты.

Задачей участкового терапевта является проведение профилактических лечебно-реабилитационных мероприятий у больных ИБС и лиц с факторами риска.

Объективные критерии эффективности проводимых мероприятий:

1. Показатели временной и стойкой утраты трудоспособности.
2. Переход заболевания из стадии более тяжелого клинического течения в более легкую (или наоборот).
3. Наличие обострений и осложнений заболевания.
4. Случаи летальных исходов.

Критерий улучшения состояния здоровья должен быть обязательно подтвержден данными общеклинических, инструментальных (ЭКГ, ЭхоКГ, реография и др.), биохимических исследований (триглицериды, холестерин, липопротеиды, КФК, ЛДГ, электролиты крови, коагулограмма).

Критериями эффективности лечебных мероприятий у лиц с ФР ИБС является стойкая нормализация ранее измененных тех или иных показателей, уменьшение количества ФР, отсутствие или развитие у этих лиц ИБС в процессе диспансерного наблюдения (ДН). В заключение следует отметить, что изменением образа жизни, уменьшением уровня ФР можно добиться существенного снижения смертности от ИБС. В то же время стало очевидным, что изменять образ жизни взрослого человека трудно, поэтому профилактику сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) необходимо начинать с детского возраста, когда закладываются основы образа жизни. Надо отметить, что создание условий для выполнения профилактических рекомендаций выходит за рамки медицинской службы. Первичная профилактика ССЗ – проблема не только медицинская, но в большей степени социальная и общегосударственная [4, 10, 11].

Критерии определения больных ИБС и лиц с ФР

С целью формирования контингента больных ИБС для дальнейшего диспансерного наблюдения целесообразно по результатам первичного обследования выделить две группы (**основную** – больные ИБС, и группу лиц, **подозрительных на наличие ИБС**).

После первичного обследования к **группе больных ИБС** следует отнести лиц, имеющих:

- ИМ в анамнезе, установленный на основании анамнестических данных о перенесенном ИМ, подтвержденных медицинской документацией, и (или) признаков рубцовых изменений миокарда на ЭКГ, обнаруженных при обследовании;
- стенокардию напряжения, установленную с помощью стандартного опросника для выявления стенокардии напряжения;
- безболевую форму ИБС – при выявлении у обследованных без стенокардии напряжения и ИМ изменений на ЭКГ (снижение сегмента ST горизонтальной или нисходящей формы на 0,5 мм и более ниже изолинии, отрицательного зубца T при отсутствии ЭКГ – признаков гипертрофии миокарда);
- нарушение ритма и проводимости;
- наличие хронической сердечно-сосудистой недостаточности (ХСН).

После первичного обследования к **группе лиц с возможной ИБС** следует отнести лиц:

- с болью в грудной клетке, возникающей при физической нагрузке, но атипичной для стенокардии по данным стандартного опроса (т.е. если пациент при боли продолжает идти, не снижая темпа, или боль не исчезает при остановке, или проходит в покое более чем через 10 мин., или возникает только в левой половине грудной клетки без иррадиации в левую руку, или имеет другую атипичную локализацию).
- со следующими изменениями на ЭКГ, но не имеющими других признаков ИБС (ИМ в анамнезе, стенокардии напряжения, безболевой формы):
 - а) более и/или отрицательного зубца T на 1 мм или более при наличии ЭКГ признаков гипертрофии миокарда;
 - б) снижение сегмента ST нисходящей формы до 0,5 мм и/или изоэлектрического, двухфазного или отрицательного зубца T до 1 мм.
 - в) нарушение А-В проводимости II-III степени, полная блокада левой ножки пучка Гиса, мерцательная аритмия.

Все больные, выявленные при массовом обследова-

нии, должны быть осмотрены врачом, имеющим подготовку в области кардиологии, для уточнения диагноза и решения вопроса о характере и объеме мероприятий по вторичной профилактике. В первую очередь осматривают больных с ИБС, во вторую – с подозрением на ИБС.

Согласно постановлению № 92, на диспансерный учет берутся лица со всеми формами ИБС, при этом частота наблюдения зависит от тяжести состояния больного и проводится от 2 до 4 раз в год.

Больные после перенесенного ИМ первые 3 месяца наблюдаются ежемесячно, затем 1 раз в квартал в течение первого года, в последующем 1-2 раза в год по показаниям.

План обследования таких больных включает ЭКГ при каждом посещении, ЭХО-КГ – 1 раз в год, липидограмму, ОАК, ОАМ, сахар крови, показатели свертывающей системы крови 2 раза в год, при необходимости консультацию кардиолога.

При нарушениях ритма и проводимости помимо выше указанных обследований проводится холтеровское мониторирование ЭКГ 1 раз в год, чреспищеводное электрофизиологическое исследование по медицинским показаниям.

Только совместные усилия медиков, населения, государственных и общественных организаций позволит добиться существенных успехов в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Вторичная профилактика заболеваний органов дыхания

Основным методом вторичной профилактики является правильно организованная диспансеризация пульмонологических больных с учетом формы ХЗЛ, степени выраженности бронхиальной обструкции, тяжести течения заболевания и сопутствующей патологии. Медикаментозные методы профилактики ХЗЛ должны быть основаны на этапной системе преемственности организации пульмонологической помощи: поликлиника – стационар – санаторий – профилакторий, которые предусматривают раннюю диагностику, своевременное лечение и качественную реабилитацию пульмонологических больных [1, 14].

На диспансерный учет берутся больные с ФР:

- частые заболевания органов дыхания в детском возрасте;
- перенесенный туберкулез без выраженных остаточных изменений;
- наследственная предрасположенность к ХЗЛ;
- вредные производственные факторы (пыль, газы, химические вещества, высокоаллергенные вещества, резкие перепады температуры);
- работа на открытом воздухе в холодное время года;
- ионизирующая радиация.

Все лица, имеющие вышеперечисленные ФР, наблюдаются участковым терапевтом и отоларингологом 1 раз в год с проведением общеклинических обследований и спирографии.

В 3 диспансерную группу включаются больные с **бронхиальной астмой** (наблюдение в зависимости от тяжести заболевания 2-4 раза в год, с ежегодной консультацией пульмонолога, регулярным пикфлоуметрическим мониторингом, анализом мокроты 1 раз в 3 месяца, спирографией и рентгенографией органов грудной клетки 1 раз в год) [6]. Включаются также больные с простыми и слизисто-гнойным **хроническим бронхитом** (наблюдение 1-2 раза в год), **хронической обструктивной болезнью легких** (наблюдение 4 раза в год), **эмфиземой легких** (4

раза в год), **бронхоэктатической болезнью** (2 раза в год).

При присоединении признаков хронической легочной или легочно-сердечной недостаточности – наблюдение 4 раза в год с обязательными ежегодными госпитализациями [8].

Вторичная профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

В Д (III) группу включаются больные: с хроническим атрофическим гастритом; язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка; гастроэзофагальной рефлюксной болезнью; хроническим панкреатитом; хроническим гепатитом; циррозом печени (класс А, В, С); нарушением всасывания в кишечнике (целиакия, синдром короткой кишки); неспецифическим язвенным колитом (НЯК); холециститом; ЖКБ.

Частота наблюдения 2-4 раза в год в зависимости от тяжести заболевания и частоты обострений. Обследование включает ФГДС с биопсией 1 раз в год, а при наличии метаплазии легкой и средней степени 2 раза в год, при тяжелой дисплазии 4 раза в год, рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год, ОАК, ОАМ – 2 раза в год, БАК, ЭКГ – 1 раз в год [8].

Вторичная профилактика язвенной болезни

Основные задачи комплексной терапии язвенной болезни должны быть направлены на достижение: длительной ремиссии заболевания, борьбу с осложнениями, устранение гиперсекреции желудка, нормализации двигательной активности желудка и 12-перстной кишки, заживление язвенного дефекта, борьбу с болевым и диспептическим синдромом.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий:

- улучшение субъективных критериев (отсутствие болевого и диспептического синдрома, улучшение общего состояния, психоэмоционального статуса, увеличение массы тела);
- объективные критерии (нормализация секреторной функции желудка, увеличение двигательной активности, стойкая ремиссия гастродуоденита).

Выздоровление:

- субъективные критерии (отсутствие жалоб на боль и диспептические расстройства в течение 5 лет после обострения);
- объективные критерии (нормализация секреторной и двигательной функции, отсутствие признаков обострения гастродуоденита при ФГДС).

Вторичная профилактика заболеваний почек

В Д (III) группу включаются больные, перенесшие острый гломерулонефрит, которые наблюдаются 1 раз в квартал до 3 лет, затем переводятся в Д (II) группу.

Включаются также больные:

- хроническим гломерулонефритом (наблюдение 2 раза в год);
- быстро прогрессирующим гломерулонефритом (ежемесячно);
- нефротическим синдромом (ежемесячно до схождения отеков, затем 1 раз в квартал);
- рецидивирующей и устойчивой гематурией (1 раз в месяц до ликвидации обострения, затем 2 раза в год);
- хроническим тубуло-интерстициальным нефритом (2 раза в год);
- необструктивным хроническим пиелонефритом (2 раза в год).

Обследование включает ОАК, ОАМ, посев мочи на микрофлору, пробу по Нечипоренко, пробу по Зимниц-

кому; БАК (мочевина, креатинин, электролиты, белок, глюкоза), скорость клубочковой фильтрации, радиоизотопная рентгенография (РРГ), УЗИ – 2 раза в год [3, 8].

Заключение

Таким образом, вторичная профилактика – выявление, лечение и реабилитация больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Только сочетание этих подходов перспективно в отношении влияния на здоровье населения и, в первую очередь, на показатели смертности.

Успех профилактической деятельности врача зависит не только от профессиональных знаний, но и от его убежденности в важности мероприятий по формированию здоровых привычек у населения. Важно, чтобы врач сам отказался от курения и вредных привычек, развивал себя физически, правильно питался, не имел избыточной массы тела, не злоупотреблял алкогольными напитками. Тогда он сможет воздействовать на больного не только словом, но и личным примером.

Литература

1. Давидовская, Е.И. Рациональная фармакотерапия хронической обструктивной болезни легких: индивидуальный подход на основе доказательной медицины / Е.И. Давидовская // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 48-52.

2. 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.

3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска. Российские рекомендации / Всероссийское научное общество кардиологов. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины: научно-практический рецензируемый медицинский журнал. – Москва, 2008. – № 6. – Приложение 3.

4. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр) / Всероссийское научное общество кардиологов. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины: научно-практический рецензируемый медицинский журнал. – Москва, 2008. – № 6. – Приложение 4.

5. Лаптева, И.М. Принципы современной диагностики заболеваний органов дыхания в практике участкового терапевта / И.М. Лаптева // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 73-79.

6. Национальное соглашение по диагностике, профилактике и лечению бронхиальной астмы МЗ РБ. – Минск, 2005.

7. О совершенствовании организации выявления, динамического наблюдения и лечения больных с артериальной гипертензией: приказ МЗ РБ № 225 от 3.09.2001 г.

8. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения РБ: постановление МЗ РБ № 92 от 12.10.07 г.

9. Окорочков, А.Н. Ведение больных с артериальной гипертензией в свете нового европейского руководства 2007 года (основные положения): пособие для врачей / А.Н. Окорочков: Витебский Орден Дружбы Народов Медицинский Университет, Кафедра терапии № 2 ФПК и ПК. – Минск, 2008. – 28 с.

10. Поликлиническая терапия: пособие для студентов медицинских вузов / В.И. Бразулевич [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2007. – С. 52-55.

11. Поликлиническая терапия: учебник / Под ред. В.А. Галкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Медицина, 2008. – С. 14-17.

12. Реутская, Л.А. Организация лекарственного обеспечения населения на амбулаторном этапе. Нормативно-правовые акты, определяющие порядок выписки рецепта врача / Л.А. Реутская // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 152-156.

13. Романова, И.С. Современные подходы к выбору антигипертензивных препаратов в амбулаторной практике / И.С. Романова // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 161-166.

14. Силивончик, Н.Н. Лечение хронических диффузных заболеваний печени: ошибки и необоснованные назначения / Н.Н. Силивончик // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. – Минск, 2008. – С. 175-179.

Поступила 04.11.09