

1. Структура и организация работы центра здоровья

Важную роль в организации и проведении профилактических мероприятий играют Центры здоровья, которые являются специализированными подразделениями учреждений здравоохранения различного типа. Их деятельность определяется приказами Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» и от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Деятельность Центров направлена на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации.

Центр здоровья может создаваться на базе учреждений здравоохранения. Руководитель учреждения, на базе которого организован Центр, утверждает его структуру и назначает заведующего. То есть подразумевается, что данная структура может изменяться в зависимости от конкретных потребностей, условий и возможностей каждой медицинской организации (МО). В то же время в структуре Центра целесообразно предусмотреть наличие следующих кабинетов: врачей-терапевтов (педиатров); медицинской профилактики; гигиениста, стоматологический; офтальмологический кабинет; кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе; инструментального и лабораторного обследования; зал или кабинет лечебной физкультуры; психолога; аудитории или кабинеты для школ здоровья; кабинет здорового ребенка.

Центр здоровья осуществляет прием пациентов в часы работы медицинской организации (МО) по двусменному графику. Граждане могут обратиться в центр здоровья самостоятельно или направляться врачами своей медицинской организации (МО) по месту прикрепления, а также медицинскими сотрудниками образовательных учреждений. Направление может быть выдано по результатам дополнительной диспансеризации работающих граждан врачом, ответственным за ее организацию. Результаты углубленных медицинских осмотров также могут послужить поводом для направления работодателем сотрудников в Центр здоровья.

Центры выполняют следующие функции:

- информирование населения о неблагоприятных факторах;
- пропаганда здорового образа жизни;
- формирование ответственного отношения к здоровью;
- профилактика потребления наркотических средств без назначения врача;
- формирование принципов «ответственного родительства»;
- обучение гигиеническим навыкам и эффективным методам профилактики заболеваний;
- мотивирование к отказу от вредных привычек;
- динамическое наблюдение за пациентами групп риска;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма и прогноз состояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья;
- разработка индивидуальных профилактических программ;
- мониторинг эффективности профилактических мероприятий и внедрение современных технологий профилактики.

В ходе первичного обследования в Центре врач может рекомендовать гражданам периодичность таких обследований. Так, например, гражданин, который обращается самостоятельно, имеет право проходить обследование один раз в год. При наличии показаний врач с учетом имеющихся факторов риска и результатов оценки состояния здоровья может также рекомендовать пациенту динамическое наблюдение в Центре (чаще одного раза в год). В ходе этого наблюдения проводится коррекция факторов риска, осуществляются мероприятия по укреплению здоровья, в некоторых случаях определяется эффективность проводимой терапии.

Результаты посещения (наблюдения) с выработанными рекомендациями могут быть переданы из Центра в кабинеты медицинской профилактики и участковому терапевту по месту жительства гражданина для дальнейшего проведения с ним профилактической работы. Для передачи результатов

необходимо согласие пациента. Центры здоровья для детей также взаимодействуют с кабинетами медицинской помощи образовательных учреждений.

Для жителей удаленной местности необходима организация регулярного проезда до ближайшего Центра здоровья, к которому они прикреплены, или проведение выездных акций.

2. Комплексное обследование в Центре здоровья

Комплексное обследование в Центре здоровья включает:

- измерение роста и веса;
- тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
- скрининг сердца компьютеризированный (экспресс- оценка состояния сердца по ЭКГ- сигналам от конечностей);
- ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса (показатель, который отражает степень артериального кровотока в ногах и патологий ССС. Формула расчёта ЛПИ = АД (на уровне лодыжки)/АД (на уровне плеча) (для лиц старше 30 лет), что позволяет оценить риск возникновения заболеваний артерий нижних конечностей);



- пульсоксиметрию, которая позволяет оценивать насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом, частоту пульса и регулярность сердечного ритма;
- биоимпедансометрию (при наличии показаний) — анализ внутренних сред организма, который учитывает процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани;
- исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма (при наличии показаний);
- экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови, а также различных биологических маркеров в слюне, моче и крови (например, котинина — специфического маркера потребления никотина) при наличии показаний;
- комплексную оценку функций дыхательной системы (компьютеризированная спирометрия);
- проверку остроты зрения;
- рефрактометрию, позволяющую исследовать преломляющую силу оптической системы глаза;
- определение вида и степени аметропии (аномалии рефракции глаза: нарушение способности собирать в фокус на сетчатке параллельные лучи света, попадающие в глаз), факта наличия астигматизма;
- тонометрию, в ходе которой измеряется внутриглазное давление;
- исследование бинокулярного зрения;
- диагностику кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений зубов, болезней слизистой оболочки полости рта, регистрацию стоматологического статуса пациента;
- осмотр врача-терапевта (врача-педиатра для детей).

В ходе осмотра врач оценивает наличие факторов риска, резервные возможности организма; прогнозирует изменения в состоянии здоровья; разрабатывает индивидуальную профилактическую программу; консультирует по вопросам первичной и вторичной профилактики. При наличии показаний он может направить к врачу-специалисту по месту прикрепления.

Для оказания населению эффективной медико-профилактической помощи необходимо современное и полноценное оснащение Центров здоровья.

Учет обратившихся в Центр здоровья ведет организационно-методический отдел медицинской организации (МО), структурным подразделением которого является Центр, или иное подразделение, которому руководитель медицинской организации (МО) передал соответствующие полномочия.

При обращении в Центр здоровья заполняются «Талон амбулаторного пациента» и «Карта Центра здоровья» (учетная форма № 025-ЦЗ/у), которая отражает результаты исследований. На руки гражданину выдается заполненная «Карта здорового образа жизни» (форма № 002-ЦЗ/у).

3. Структура и организация работы центра профилактики

Организацией профилактической работы занимаются также Центры медицинской профилактики, деятельность которых регулируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.09.2003 № 455.

Центр профилактики (центр общественного здоровья и медицинской профилактики) — это самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение, которое координирует мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. Центры профилактики являются самостоятельными специализированными учреждениями. Они подразделяются на республиканские, краевые, областные, окружные и городские.

В структуру Центров входят следующие отделы:

- организации и координации профилактической работы;
- организационно-методический;
- редакционно-издательский;
- межведомственных и внешних связей;
- консультативно - оздоровительный;
- мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний;
- информационно-аналитический.



С учетом региональных потребностей структура Центра может быть расширена. Например, она может включать передвижные выставки, библиотеку, музей (гигиены) и пр.

Центр выполняет широкий круг задач:

- координирует организацию и проведение мероприятий по первичной и вторичной профилактике на общественном и индивидуальном уровнях, а также мероприятий по гигиеническому обучению населения;
- занимается мониторингом факторов риска неинфекционных заболеваний;
- обеспечивает организационно-методическое руководство и анализ деятельности медицинской организации (МО) по профилактике заболеваний (в том числе контролирует деятельность отделений (кабинетов) медицинской профилактики);
- взаимодействует с образовательными учреждениями в том числе обучает медицинских работников и специалистов других ведомств (например, представителей СМИ и культуры) в области охраны и укрепления здоровья населения;
- обеспечивает проведение медико-социальных исследований;
- участвует в международных и национальных профилактических проектах.

4. Профилактическое консультирование.

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

Достижению цели профилактического консультирования способствует принцип единства трех составляющих, являющихся обязательными при углубленном и групповом консультировании:

- информирование пациента об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений;

- мотивирование пациента и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций.

- обучение пациента практическим навыкам с использованием преимущественно недирективных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых.

По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

Взаимоотношения «медицинский работник - пациент» в ходе профилактического консультирования.

В профилактическом консультировании особенно важное значение имеют взаимоотношения, складывающиеся между медицинским работником и пациентом. Роль самого человека (пациента) не может ограничиваться только простым подчинением врачебным предписаниям, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса.

Факторы риска поведенческого характера (вредные привычки - курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание, гиподинамия и пр.) обычный человек, как правило, воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть (избыточная масса тела/ожирение), возможность непринужденного общения (курение, алкоголь), отдохнуть (многочасовое сидение у телевизора), снятие стресса (алкоголь, обильная еда, курение) и т.д. Именно по этой причине, традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению т.к. направлены на «лишение удовольствия».

Пациент должен понимать и принимать меру ответственности за собственное здоровье, понимать, что его здоровье во многом находится в «его руках». Только в этом случае он начнет внимательно слушать медицинского работника и действовать совместно с ним, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. Формирование партнерства между врачом (фельдшером) и пациентом для предупреждения заболеваний требует со стороны врача определенных знаний и навыков.

В зависимости от ситуации и обсуждаемой с пациентом проблемы консультирование в широком смысле может быть директивным (давать готовые императивные советы, рекомендации) и недирективным, когда советы и рекомендации даются в форме взаимного обсуждения и выбора, что и является основой эффективного профилактического консультирования, позволяющего не только дать пациенту доходчивое, понятное объяснение, но и влияющего на отношение пациента и мотивацию к оздоровлению поведенческих привычек и стереотипов.

Необходимо учитывать, что понимание и принятие совета у пациента происходит как на рациональном (осознанном), так и иррациональном (неосознанном) уровнях, и какой компонент, в конечном итоге окажется весомее, нередко очень трудно предугадать.

Важно помнить, что пациент воспринимает не только то, что мы говорим, но и то, как мы говорим. Специальные исследования показывают что, слушая собеседника, мы вольно или невольно (осознанно или неосознанно) вначале реагируем на то, кто говорит, как говорит и только затем на то, что говорит. Важно помнить, что если врач (фельдшер) сказал пациенту (дал совет, рекомендацию), то это еще не означает, что пациент все услышал; если даже он услышал, нет уверенности, что он все правильно понял; но даже, если пациент все понял правильно, нет уверенности, что он принял понятное в качестве побудительного мотива для оздоровления своих привычек и выполнения рекомендаций, и даже если пациент все правильно понял, обещал выполнить рекомендацию, нет уверенности в том, что он станет ежедневно следовать совету.

В процессе профилактического консультирования следует избегать наиболее частой ошибки – информационной перегруженности, использования специальных медицинских терминов, что, как

правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента. Советы следует давать в четкой форме и обязательно интересоваться как пациент понял тот или иной совет, особенно при обучении конкретным действиям (обратная связь).

Варианты профилактического консультирования

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

А) *Краткое профилактическое консультирование* которое проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра участковым врачом, а также в ходе повседневного приема пациентов любой специальности при наличии медицинских показаний. Оно ограничено по времени (не более 10 мин).

Б) *Углубленное профилактическое консультирование* как обязательный компонент диспансеризации проводится лицам II и III группы здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским персоналом также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком консультировании. Оно по времени более продолжительное (до 45 минут), возможно повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

В) *Группового профилактического консультирования* (школа пациента) - это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается, что доказано при долгосрочных контролируемых наблюдениях.

Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) как компонент второго этапа диспансеризации проводится в специально оборудованном кабинете (аудитории) врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики по направлению участкового врача для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий), продолжительностью около 60 минут каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития).

5. Организация работы школ здоровья

Одним из инструментов вторичной профилактики (предупреждения прогрессирования хронических заболеваний) являются школы здоровья для пациентов с различными заболеваниями.

Организация работы школ здоровья в системе здравоохранения — это процесс, направленный на повышение уровня знаний, информированности и практических навыков пациентов по профилактике заболеваний и повышению качества жизни. Школы организуются в медицинских организациях первичного звена здравоохранения, медико-санитарных частях, диспансерах, центрах медицинской профилактики, санаториях, стационарах.

Во всем мире, особенно в развитых странах, на протяжении последних 15 лет широко развивается образование пациентов по различным направлениям. Цель этого процесса — профилактика наиболее распространенных заболеваний, обучение людей раннему выявлению болезней и правильному образу жизни (включая адекватное соблюдение врачебных рекомендаций). Так, например, уже давно разработаны образовательные программы для больных с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, атеросклерозом, хроническим гепатитом, бронхиальной астмой, ожирением. В результате людям становится проще соблюдать рекомендации врачей. Они обучаются необходимым навыкам самостоятельного контроля за болезнью, ориентируются в показаниях при обращении к профессиональной помощи специалиста. Осознание того, что происходит с тобой и чего ждать дальше, помогает внести правильные изменения в свой образ жизни, что благоприятно сказывается на течении болезни, снижает риск развития осложнений и приводит к увеличению продолжительности жизни.

В России школы здоровья для пациентов появились в начале текущего века. По определению Министерства здравоохранения Российской Федерации школа для пациентов — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Первые школы здоровья занимались профилактикой прогрессирования заболеваний сердечно-сосудистой системы. Появление и начало функционирования школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией было регламентировано следующими нормативно-правовыми актами:

- Постановлением Правительства Российской Федерации о федеральной целевой программе от 17.07.2001 № 540 «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации».
- Организационно-методическим письмом МЗ Российской Федерации от 02.08.2002 «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения».
- Приказом МЗ РФ от 24.01.2003 № 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в РФ», который включает в себя «Положение об организации деятельности школы здоровья для больных с артериальной гипертензией».

Перечисленные нормативные акты сохраняют свою актуальность и сегодня. Более того, проведение занятий в школе здоровья для пациентов с артериальной гипертензией включено в отраслевой классификатор (ОК) «Сложные и комплексные медицинские услуги» (СКМУ) 91500.09.0002-2001 (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.07.2001 № 268 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации»), также в данный классификатор внесены: утвержденные постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 №175, 7 основных «Школ здоровья».

- Школа для беременных;
- Школа для больных сахарным диабетом;
- Школа для больных с сердечной недостаточностью;
- Школа для больных, находящихся на хроническом гемодиализе;
- Школа для больных с бронхиальной астмой;
- Школа для больных с заболеваниями суставов и позвоночника.

Школы здоровья являются одной из основных форм профилактической работы с населением и особенно актуальны при работе с сельским населением, доступность для которого медицинских услуг существенно ниже по сравнению с городским.

Школы здоровья как одна из медицинских профилактических услуг могут стать моделью всей профилактической медицины. В них реализуются следующие основополагающие принципы:

- ориентация на первичную помощь — школы здоровья предлагается развивать прежде всего в первичном звене здравоохранения;
- ориентация на оценку потребностей населения и их удовлетворение — школы здоровья направлены на формирование (через информирование) у пациентов и лиц с факторами риска осознанного отношения и мотивации к сохранению здоровья (формирование осознанной потребности), умения оказывать самопомощь и повышения приверженности к лечению;
- партнерство между медицинскими работниками и пациентами в совместной профилактической направленности действий — программа школ здоровья ориентирована на интерактивный процесс обучения, что способствует повышению медицинской активности пациентов, являющейся основой партнерских отношений «медицинский работник — пациент»;
- оказание профилактической помощи населению на основе принципов доказательной медицины — программа обучения в школе здоровья содержит информацию и формы обучения, рекомендуемые руководства и рекомендациями, вытекающими из доказательных научных программ, передового отечественного и зарубежного опыта.

Школы организуются в:

- лечебно-профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения;
- поликлиниках;
- стационарах;
- медико-санитарных частях;
- кардиологических диспансерах;
- центрах медицинской профилактики;
- санаториях-профилакториях;
- оздоровительных центрах.

Школа здоровья для пациентов является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания в соответствии с Международной классификацией болезней — МКБ-10; класс XXI, Z 70-76), медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам в первичном звене здравоохранения.

Цель школ здоровья — оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской помощи населению.

Их основными задачами являются:

- повышение информированности населения о заболеваниях и факторах риска;
- повышение ответственности пациентов за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов;
- формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек);
- формирование практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье.

6. Порядок организации школ здоровья

В лечебно-профилактических учреждениях, где организуются школы здоровья, инициатором, координатором, а также исполнителем должны быть специалисты кабинета здорового образа жизни. Школа организуется в соответствии с приказом руководителя медицинского учреждения, в котором утверждаются ответственные лица, инструкции, порядок и формы направления пациентов на обучение в школе, статистические формы регистрации и учета, план и график работы, закрепленные помещения для проведения занятий, перечень оборудования, критерии оценки качества работы. Руководитель учреждения обеспечивает подготовку специалистов для выполнения этой работы, рассматривает возможности поощрения за работу, ее объем и качество. Наряду с приказом в учреждении должны быть утверждены следующие документы:

- программа, которая определяет цели (желаемый конечный результат работы), задачи (пути достижения цели), направления работы, ее содержание;
- положение о работе школы здоровья, включающее наряду с общими положениями порядок работы школы, ее оснащение;
- учебный план работы (темы, даты/сроки проведения занятий, количество часов на каждую тему, ответственный исполнитель по каждому занятию);
- материалы к каждому занятию — лекции и тезисы (могут утверждаться: главным врачом, заведующим профильным отделением, лекторской группой);
- журнал учета работы, в котором указываются даты проведения занятий, темы, ФИО посещающих школу, подпись ответственного лица;
- отчет о работе школы — (по итогам года) с оценкой эффективности проводимых мероприятий.

Деятельность школы здоровья начинается с разработки программы. В программе должны быть определены цели и задачи школы, основные направления работы по данной программе (например, работа с детьми, работа с родителями, работа с сотрудниками, работа с больными и т. п.).

Например, обучение в школе здорового образа жизни может решать следующие задачи:

- формирование отношения к своему здоровью и здоровью окружающих как к важнейшей социальной ценности;
- выработка умений и навыков сохранения и укрепления здоровья, безопасного и ответственного поведения;
- закрепление гигиенических навыков и привычек;
- приобщение к разумной физической активности;
- обучение умению противостоять разрушительным для здоровья формам поведения.

При организации школы здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями, формулируя задачи, необходимо помнить, что основной целью является предоставление в понятной и доступной форме для человека, не имеющего медицинского образования, необходимых знаний об особенностях течения его заболевания, современных методах диагностики и лечения, путях достижения стойкой ремиссии, а также выработка у пациента навыков, необходимых для полноценного осуществления самостоятельного контроля за течением патологического процесса. Также школа пациентов должна

обеспечить психологическую поддержку и вернуть пациентам надежду и способность активно бороться за свою жизнь.

В программе следует отразить, какими знаниями, умениями и навыками должен овладеть пациент в результате посещения школы здоровья; представить содержание материалов; наименование и содержание тем теоретических и практических занятий, а также материалы для контроля усваивания знаний пациентами — слушателями школы.

Комплектация групп:

- занятия проводятся в группах по 8-10 человек;
- контингент слушателей для занятий в Школе здоровья отбирается врачом (фельдшером) на основании данных анамнеза, результатов клинико-инструментальных и биохимических исследований с учетом возраста, состояния здоровья и сопутствующих заболеваний;
- набранная группа пациентов является «закрытым коллективом», т.е. в процессе проведения занятий к ней не присоединяются новые больные;
- критерии исключения: нарушение когнитивных функций; наличие острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения; наличие хр. заболеваний в стадии декомпенсации.

Ведение учетно-отчетной документации:

- ведется учетная форма 038/у-02 «Журнал учета работы ЛПУ по медицинской профилактике», утвержденную приказом МЗРФ от 23.09.2003г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»;
 - ежегодно заполняются отчетные формы о деятельности Школ здоровья: годовую отчетную форму №30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», утвержденную постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 № 175 (раздел IV, пункт 10. Деятельность отделений (кабинета) медицинской профилактики (4809);
 - «Годовой отчет о работе Школ здоровья»;
 - «Журнал обучения пациентов в Школе здоровья» по установленной форме.
- Полный цикл обучения в Школе состоит из 6-8 занятий по 90 минут.
- продолжительность обучения пациентов обычно составляет 1-2 месяца;
 - периодичность занятий – 1-2 раза в неделю;
 - продолжительность занятий 1-1,5 часа. Структура занятий: 20-30% – лекционный материал; 30-50% – практические занятия; 20-30% – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия; 10% – индивидуальное консультирование.

7. Психологические принципы обучения пациента при разных моделях реагирования на заболевание в Школе здоровья

Любое серьезное заболевание, тем более хроническое, сильно меняет восприятие человека, снижает самооценку, часто заставляет занять оборонительную позицию и использовать защитные психологические механизмы для уменьшения тревоги из-за ухудшения качества жизни.

Модель принятия заболевания влияет на способность пациента воспринимать информацию и выполнять рекомендации медицинских работников

Принципы обучения пациента при разных моделях реагирования на заболевание

Модель реагирования на заболевание	Психологические переживания пациента	Тактика обучения
Отрицание	Пациент не может смириться с заболеванием и отвергает даже такую мысль («со мной этого произойти не могло»); не выполняет врачебные назначения, так как не считает их необходимыми. Такая форма реагирования встречается на ранних стадиях заболевания, у пациентов молодого возраста, при легком течении заболевания и склонности к уходу от проблем не только по отношению к здоровью.	Необходимо неоднократно возвращаться к объяснению причин заболевания, акцентировать выявленные факторы риска у конкретного пациента; однако следует избегать запугивания и подчеркивать положительные моменты улучшения самочувствия при соблюдении рекомендаций врача

	Пациент мало информирован о своем заболевании, не желает ничего менять в образе жизни и может отказываться от обучения	
Бунт	Пациент считает себя незаслуженно наказанным, ищет виновных: «Почему я? За что мне это? Кто ответствен за само заболевание, за позднюю диагностику, неэффективное лечение?» Недоверие пациента может проявляться агрессивными реакциями, несогласием с предложенным лечением, упреками в некомпетентности медицинских работников. Не желает ничего менять в поведении, так как занят поисками виновного	Эффективно групповое обучение; важно объяснять не столько происхождение заболевания, сколько сосредоточиться на выявлении факторов риска у данного пациента, следует приводить конкретные примеры из практики, не поучать, а спрашивать и обсуждать, отвечая на все сомнения, избегать прямых советов, строгих запретов
Торговля	Пациент осознает наличие у него заболевания, но до конца не понимает, что болезнь — уже свершившийся факт и необходимо учиться жить дальше в новом состоянии. Он ищет лазейки во врачебных назначениях, возможности для оправдания собственной лени, ставит условия при соблюдении врачебных назначений, выбирает для себя удобные рекомендации	Групповое обучение должно подкрепляться индивидуальными консультациями; необходимо постоянно стимулировать обратную связь с пациентом, уточнять, как точно он интерпретировал врачебные рекомендации, при необходимости повторно объяснять неверно понятые назначения
Самоанализ	Пациент полностью осознает свое заболевание и перспективы. Попеременно преобладают то оптимистические, то пессимистические настроения, надежда борется с депрессивным состоянием. Пациент задает много вопросов, ищет дополнительные источники информации (не всегда достоверные)	Эффективны активные формы обучения (дискуссии с другими пациентами, обучение практическим навыкам в парах); следует акцентировать внимание на важности устранения факторов риска, вызванных конкретными поведенческими привычками данного пациента
Принятие	Пациент полностью осознает, что с этим заболеванием он должен и может жить, продолжать профессиональную и общественную деятельность, развивать личные интересы, но при условии определенных ограничений и лекарственной терапии. Пациент наиболее восприимчив к обучению, может стать примером адекватного отношения к болезни для других участников школы здоровья	Положительные результаты дают активные формы обучения, обмен опытом с другими пациентами, максимально конкретные рекомендации

Умение распознавать модели принятия заболевания пациентом — залог эффективного обучения конкретного пациента.

8. Факторы, влияющие на эффективность процесса обучения

Пациент, страдающий тем или иным хроническим заболеванием, может достичь ремиссии, улучшения качества жизни лишь при четком соблюдении медицинских назначений, а также волевым внесением кардинальных изменений в собственный образ жизни. При этом на эффективность обучения, принятие рекомендаций будут влиять следующие факторы:

— достоверность представлений пациента о своем заболевании (стадия, прогноз, возможные причины, осложнения);

- представления пациента о возможности воздействия на собственное заболевание с целью улучшения качества жизни;

- объем и эмоциональная окраска предшествующего опыта обучения;

- личностные особенности человека (характер, темперамент);

- возраст.

На эффективность обучения сильно влияет фактор, который можно назвать готовностью к изменениям в поведении. В 1983— 1986 гг. Дж. Прочаска и К. Ди Клементе обосновали так называемую *спиральную модель процесса изменения поведения*. Именно на ее основе строится стадийность изменения поведения человека, который пытается отказаться от определенных пристрастий или перейти к другому, более здоровому образу жизни (т.е. больного, посещающего Школу здоровья).

Исследователями также было доказано, что человек не может перейти в последующую стадию, минуя предыдущие. Эта особенность имеет непосредственное отношение к обучению. Ведь, участвуя в работе Школы здоровья или беседуя с больным индивидуально при посещении на дому, медицинский работник предполагает, что ее партнер по общению осознанно готов внести коррективы в собственный образ жизни.

Специфика обучения пациента с учетом спиральной модели изменения поведения

Стадия	Отношение пациента к необходимости перемен	Тактика обучения
Безразличие	Не подозревает о необходимости перемен в привычном поведении или же психологически не готов к ним	Необходимо акцентировать внимание на зависимости факторов риска от конкретных вредных поведенческих привычек
Размышление	Оценивает персональные возможности последствия перемен в поведении, активно ищет информацию о своем заболевании	Помочь пациенту взвесить все «за» и «против», подтолкнуть к принятию решения изменить собственное поведение
Подготовка к переменам	Начинает переходить от абстрактных размышлений к конкретным действиям (например, записывается в Школу пациента)	Содействовать в начале перемен, ставить конкретные, краткосрочные цели, активно хвалить пациента за успехи
Действие	Активно изменяет поведение, постепенно приходя к самоконтролю своего состояния	Предложить наиболее эффективную стратегию действий, предоставить достаточный объем информации, поддерживать уверенность пациента
Поддержание новой формы поведения	Правильное поведение пациента и самоконтроль становятся стабильными, но при определенном социальном окружении, ослаблении мотивации к поддержанию стабильного состояния здоровья возможен регресс с возвращением на предшествующие стадии	Преподавание стратегии профилактики рецидива

Большое значение в основе формирования здорового образа жизни имеют личностно-мотивационные качества данного человека, его жизненные ориентиры, внутренняя мотивация на сознательное, волевое изменение поведения.

Для каждого индивидуума повод и мотивация к изменениям различные, и медицинскому работнику следует помочь пациенту в поиске мотива. Отказаться от вредных привычек сразу — непосильная задача для многих, необходимо посоветовать больному, какими проблемами ему следует заняться в первую очередь. Задачи по изменению образа жизни должны быть реалистичными, точно сформулированными, определенными во времени. Необходимо иметь возможность оценивать выполнение этих задач (не просто «хочу не болеть», а «хочу к 1 сентября стабилизировать свое артериальное давление на цифрах 150/100»),

Медицинский работник должен учитывать готовность пациента к восприятию информации и вовлекать его в процесс обучения, поощрять к установлению собственных целей и самооценке, обучать справляться с трудностями, связанными с соблюдением рекомендаций врача.

9. Диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями периферических вен

Варикозная болезнь нижних конечностей — распространенная патология с развитием синдрома хронической венозной недостаточности (ХВН). Основная опасность этого заболевания — тромбоэмболические процессы, в частности тромбоэмболия ствола или ветвей легочных артерий, отличающиеся высокой летальностью. Цель диспансерного наблюдения при этом заболевании — предупредить тромбоэмболические осложнения и как можно дольше удерживать на уровне 1–2–3-й степени ХВН. Группа диспансерного наблюдения определяется степенью выраженности ХВН.

Классификации заболеваний вен по выраженности клинических проявлений.

1-я степень ХВН наличие отечно-болевого синдрома к концу рабочего дня, но он самостоятельно проходит после отдыха.

2-й степень этот синдром не проходит после отдыха.

3-я степень проявляется рецидивом отечно-болевого синдрома на фоне кожных изменений в виде гиперпигментации кожи и уплотнения (индурации) подкожной клетчатки. Нарушения венозного оттока могут компенсироваться, отека и боли при изменениях кожи может и не быть, однако исследования показывают, что такого рода изменения кожи являются необратимыми.

4-я степень ХВН — наличие открытой трофической венозной язвы типичной локализации — на уровне лодыжек.



Гемодинамика в нижних конечностях — система очень динамичная, степень нарушения оттока венозной крови во многом зависит и от ее притока. Исходя из этого, ведение таких больных должно быть комплексным, междисциплинарным, с участием терапевтов или кардиологов.

- Рекомендуется коррекция факторов риска и своевременное проведение лечения у пациентов с ХВН в качестве профилактики прогрессирования венозной недостаточности. Необходимо вести активный образ жизни, избегать длительного стояния или сидения, регулярно выполнять физические упражнения, постоянное дневное ношение компрессионного трикотажа, если нет противопоказаний.

При отсутствии клинических проявлений варикозного расширения вен, а также при клинических классах хронических заболеваний вен 1 степени проведение профилактики развития варикозного

расширения вен не рекомендовано в связи с отсутствием данных о методах с доказанной эффективностью. Единственной эффективной мерой профилактики развития хронической венозной недостаточности у пациентов с варикозной болезнью является своевременное устранение источника рефлюкса.

- Пациентам с ХЗВ 2-3 степени на фоне первичного рефлюкса при невозможности устранения источника рефлюкса рекомендовано использование эластичной компрессии от 20-30 мм рт. ст.

При отсутствии возможности проведения своевременного хирургического лечения в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии у пациента или других причин при наличии варикозного расширения вен нижних конечностей с целью замедления темпов прогрессирования заболевания в качестве меры профилактики развития осложнений заболевания целесообразно применение эластической компрессии. Для фармакологического уменьшения выраженности венозных симптомов у пациентов с ХЗВ рекомендуется применение препаратов: гесперидин+диосмин, диосмин, кальция добезилат, МОФФ, рутозиды, сулодексид, экстракт листьев красного винограда, экстракт семян конского каштана. Каждый из них эффективен по отдельным симптомам. Поэтому назначение необходимо проводить флебологу. Не рекомендуется применение ФЛС (флеботонических лекарственных средств у пациентов с бессимптомным течением) ХЗВ без венозной недостаточности.

- Не рекомендуется проведение профилактики развития варикозной болезни беременным женщинам при отсутствии клинических признаков заболевания. Беременность может рассматриваться как временный фактор риска развития варикозного расширения вен нижних конечностей. Доказательств эффективности флеботонических лекарственных средств или компрессионного трикотажа в профилактике появления варикозного расширения вен нет, поэтому профилактическое назначение лекарственных препаратов или эластической компрессии здоровым женщинам во время беременности нецелесообразно.

Посттромботическая болезнь — вторичные изменения венозной стенки. Развивается после тромбоза вен высокого сегмента, как правило, бедренно-подвздошного. Морфологическая основа заболевания — появление участка вен с полным разрушением клапанного аппарата. Протяженность его зависит от длины тромба, формируется болезнь в периоде его реканализации. Отличается упорным, прогрессирующим течением, плохо поддается лечению. Часто осложняется появлением трофических венозных язв типичной локализации. При относительно компенсированном оттоке венозной крови (ХВН 1–2-й степени) группа наблюдения — 3-я, другие формы (ХВН 3–4 -й степени) целесообразно относить в 4–5-ю группы.

Объем исследования. 3-я группа — 1 раз в год ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен конечностей, малая коагулограмма, общий белок и белковые фракции, сахар и холестерин крови. При 4-й группе наблюдения эти исследования целесообразно проводить 2 раза в год с целью коррекции лечения и определения наличия показаний для оперативного лечения.

Объем консервативного лечения. Компрессионная терапия — медицинский трикотаж 2 -го класса компрессии, курсы флеботоников (3 мес. прием МОФФ (микронизированная очищенная флавоноидная фракция) по 1000 мг 1 раз в сутки либо флебодиа 600 1 раз в сутки). Флеботоническое действие оказывают отечественные препараты-дженерики (флебофа, венарус и др.). Важное значение имеют режим работы и отдыха, ЛФК. Такого рода курсы продолжаются с перерывом по 3 месяца. Следует помнить, что настоятельно необходимо проводить консервативное лечение неопределенно долго. Показанием для направления на операцию считается наличие вертикального или же горизонтального рефлюкса. После хирургического лечения больные нуждаются в продолжении компрессионной терапии не менее года, целесообразно перевести их в 4-ю группу, при эффективности вмешательства через год осуществляется перевод в 3-ю группу.

10. Диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями периферических артерий.

Заболевания периферических артерий нижних конечностей с хроническим течением в подавляющем большинстве случаев вызваны атеросклерозом сосудов.

Факторы риска: мужской пол; возраст старше 50 лет; курение; сахарный диабет; дислипидемия; артериальная гипертензия; переохлаждение; наследственность.

Такие заболевания длительно протекают без выраженной клинической симптоматики, поэтому пациенты предпочитают не обращаться за медицинской помощью. И лишь при прогрессировании болезни, критической ишемии больные вынуждены посетить хирурга. Этим обусловлена важность динамического наблюдения, периодических осмотров населения врачом общей практики. При обследовании пациентов на очередном приеме врачу следует обращать внимание на наличие жалоб на зябкость стоп, боли в икроножных мышцах при ходьбе.

Необходимо тщательно осматривать кожу и ногти для диагностики трофических изменений, вызванных хронической ишемией конечностей: сухость кожи; локальное исчезновение волос; уменьшение подкожно-жировой клетчатки; изменение цвета кожи; локальное изменение температуры; пастозность; мышечная гипотрофия; утолщение ногтей.

Крайне важна пальпация периферических артерий (бедренных, подколенных, тибиальных, тыла стопы).

Профилактические мероприятия по предупреждению хронических заболеваний периферических артерий направлены на предупреждение атеросклероза, а при уже возникшем патологическом процессе — на адекватное лечение. Большую роль в профилактике прогрессирования атеросклероза играют не только медикаментозные, но и немедикаментозные воздействия: рациональное питание, гипохолестериновая диета, коррекция избыточной массы тела, борьба с гиподинамией, адекватная физическая активность.

Цели диетического питания: снизить потребление легкоусвояемых углеводов; снизить потребления жиров до 30% общей энергетической ценности пищи; обеспечить состав насыщенных жиров — 1/3 часть, ненасыщенных — 2/3 части; увеличить потребление овощей и фруктов.

Фельдшер должен проводить активную работу по преодолению такой вредной привычки, как курение, которое относится к предрасполагающим факторам развития хронических заболеваний периферических артерий. Кроме этого, курение усугубляет тяжесть течения патологического процесса.

Больного следует проинформировать о необходимых гигиенических мероприятиях: исключение влияния низких температур на нижние конечности; исключение влияния влажности на нижние конечности; использование носков только из натуральных тканей; исключение наличия в носках тугих резинок; использование обуви соответствующего размера, только из натуральной кожи; исключение положения, при котором происходит пережатие магистральных сосудов (сидя на корточках).

Группа диспансерного наблюдения зависит от степени выраженности хронической артериальной недостаточности (ХАН), которая определяется по Фонтейну–Покровскому. При ХАН 1–2А степени — группа наблюдения 3-я, 2Б — 4-я группа, 3-й и 4-й степени — 5-я группа. После оперативного восстановления притока крови больные из 3-й группы переводятся в 4-ю, как и после ампутаций, до стабилизации притока крови к конечности (этот срок, как показывает опыт, составляет не менее года).

Классификация по Фонтейну–Покровскому описывает клинические стадии хронической ишемии нижних конечностей:

I стадия — бессимптомное течение. Артерии сужены, но коллатеральный кровоток компенсирует ишемию. Первые признаки — холодные стопы, лёгкая утомляемость ног при ходьбе.

II стадия — перемежающаяся хромота. Па — боли при ходьбе на дистанцию более 200 м. Пб — боли возникают уже при нагрузке менее 200 м.

III стадия — боли в покое (критическая ишемия). Боль становится постоянной, усиливается ночью, вынуждает спать с опущенной вниз ногой. Возникают первые трофические нарушения — сухость кожи, истончение ногтевых пластин.

IV стадия — трофические язвы и некроз. Развиваются незаживающие язвы на стопах и голени. Некротические участки могут переходить в гангрену.

Облитерирующий эндоартериит и атеросклероз

Эндоартериит встречается значительно реже, отличается поражением людей молодого (20–45 лет) возраста, упорным прогрессирующим течением, ранними осложнениями за счет поражения артерий 3–4-го порядка в виде гангрены. Последняя чаще влажная, угрожает жизни больного. Следует отметить, что этиология и патогенез данного заболевания изучены совершенно недостаточно, отсюда и эффективность диспансерного наблюдения незначительна. До настоящего времени не установлены причины гиперплазии субэндотелиального слоя артериальной стенки, соответственно, нет методов остановки этого процесса.

Объем исследования: во всех группах наблюдения — УЗАС (ультразвуковое ангиосканирование сосудов) артерий нижних конечностей 2 раза в год с определением размеров и локализации атеросклеротической бляшки, динамики ее роста, характера кровотока в артериях, состояния

коллатерального кровообращения. Определяется уровень сахара крови, липидограмма 2 раза в год. Нужно отметить, что содержание холестерина в крови не полностью характеризует нарушения липидного обмена, поэтому необходима именно липидограмма с установлением коэффициента атерогенности. Консультация кардиолога (терапевта), эндокринолога по показаниям.

Подходы к лекарственному лечению ХОЗАНК

Степень ХАН	Лечение
1	Устранение факторов риска, дозированная ходьба, антиагреганты
2А	Обязательны ангиагреганты Реконструктивные операции + антиагреганты
2Б	Реконструктивные операции + антиагреганты
3А	Реконструктивные операции + простагландины
4А	Ампутация + простагландины
4Б	Большие ампутации + лекарственная терапия

При лечении заболеваний периферических артерий широко применяется простагландин Е1, вернее его стабильная форма – альпростадил. В России этот препарат зарегистрирован под названием *Вазпростан* – мощный вазоактивный медикамент, который усиливает кровоток в крупных артериях и улучшает микроциркуляцию, изменяет и подавляет активность нейтрофилов, уменьшая высвобождение кислородных радикалов, улучшает клеточный обмен веществ, увеличивая аэробный (кислородный, высокоэффективный) метаболизм. Препарат подавляет адгезию (склеивание) тромбоцитов и уменьшает тромбообразование, увеличивает эндогенный фибринолитический потенциал, что способствует растворению тромбов.

Консервативная терапия должна быть непрерывной, комплексной и проводиться неопределенно долго. Она показана во всех степенях ХАН, при наличии противопоказаний для оперативного лечения и в послеоперационном периоде. Обязательна терапия сопутствующих заболеваний — лечение артериальной гипертензии, снижение уровня холестерина крови, нормализация содержания сахара. Большое значение должно придаваться коррекции сердечно-сосудистой патологии, профилактике сердечных катастроф, липидоснижающим препаратам. «Золотым стандартом» лечения является пентоксифиллин, который показан при всех степенях ХАН и в послеоперационном периоде в общепринятых дозировках и курсах.

В условиях стационара и/или дневного стационара поликлинических учреждений оптимально эффективны пелтакс, нафтидрофурил, карнитин, которые увеличивают расстояние безболевой ходьбы. Перевод из 5-й в нижележащие группы может быть совершен только по порядку, так как декомпенсацию нарушенных функций вряд ли можно будет сразу перевести в компенсацию. Из 3-й во 2-ю группу перевод осуществляется через 1,5–2 года наблюдения при хорошей компенсации функций пораженного органа.