

Тема 2

Этиологические факторы
возникновения неинфекционных
заболеваний и деятельность
медицинской сестры по их
профилактике

Определение понятий здоровье, болезнь, предболезнь

Согласно ВОЗ, здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней.

Принято включать в определение здоровья 3 компонента:

- биологическое здоровье (или же физическое здоровье): совершенство саморегуляции в организме и максимальная адаптация к окружающей среде;
- психическое здоровье: состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Но, в какой-то степени, к психическому здоровью можно отнести и *нравственное здоровье*: систему ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе;
- социальное здоровье: мера социальной активности, трудоспособности, как форма деятельного отношения к миру.

Болезнь и предболезнь

Предболезнь — это латентный (скрытый) период болезни, или стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания.

Болезнь — это жизнедеятельность организма, выражающаяся в изменении функции, а также — в нарушении строения органов и тканей, и возникающее в результате воздействия на организм раздражителей.



Адаптация

Адаптация - это процесс приспособления организма к различным условиям существования в окружающей среде.

Выделяют генотипическую и фенотипическую адаптацию.

- Генотипические адаптационные изменения, приобретенные в ходе эволюции, отражаются в генетическом материале, появляются в результате мутаций и передаются по наследству.
- Фенотипическая адаптация, хотя и сопровождается активацией определенных генов, присуща лишь данному индивиду или группе индивидов и по наследству не передается.

В этом состоит основное различие между данными видами адаптаций.

Основные факторы возникновения неинфекционных заболеваний.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Целевые программы предупреждения неинфекционных заболеваний (государственные и региональные)

В целом реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака, осуществляется по следующим направлениям:

- внедрение комплексных информационных и образовательных программ по вопросам здорового образа жизни для различных категорий граждан;
- разработка и обеспечение реализации механизмов мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни;
- развитие физической культуры и массового спорта;
- обеспечение безопасности продуктов питания и здорового питания;
- обеспечение здоровой экологии и санитарно-эпидемиологического благополучия;
- обеспечение безопасных для здоровья условий труда на рабочих местах.

- Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 года №2511-р) включает подпрограмму «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни», содержащую мероприятия, направленные на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, снижение уровня факторов риска неинфекционных заболеваний.

- На основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 февраля 2013 года №267-р утверждён комплекс мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению, предусматривающий разработку и реализацию информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака.

- Государственная программа Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» (распоряжение Правительства Российской Федерации от 20 марта 2013 года №402-р) предусматривает мероприятия по созданию условий и повышению мотивации граждан к систематическим занятиям физической культурой и спортом, ведению здорового образа жизни, развитию инфраструктуры спорта, в том числе для лиц с ограниченными возможностями.

- Государственная программа Российской Федерации «Охрана окружающей среды» (распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 года №2552-р) предусматривает решение проблем безопасности окружающей среды и охраны здоровья на основе соблюдения обязательств, вытекающих из международных договоров и конвенций, участником которых является Россия.

Группы населения, подверженные риску развития заболеваний, методы формирования групп риска: диспансерные осмотры, диагностические исследования, анализ стратегических данных.

Диспансерное наблюдение – это регулярный контроль за изменением состояния взрослого пациента, его осмотр и обследование по плану, амбулаторное лечение. Ему подлежат граждане, стоящие на учете у какого-либо медицинского специалиста из-за состояния своего здоровья. В соответствии с этими показателями на диспансерный учет ставятся лица:

- С определенными хроническими заболеваниями (неинфекционными и инфекционными);
- С высоким риском развития заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти;
- Перенесшие тяжелые болезни и нуждающиеся в реабилитации;
- Страдающие функциональными расстройствами.

Приказ № 36ан формулирует методику распределения обследуемых лиц и регулирует вопросы, связанные с проведением диспансерного наблюдения работающих, безработных граждан, а также лиц, проходящих очное обучение в образовательных учреждениях. Этот нормативно-правовой акт определяет критерии, в соответствии с которыми граждане распределяются по следующим группам диспансерного наблюдения:

- I группа – лица без признаков хронических болезней, у которых также незначителен риск ССЗ;
- II группа – лица без хронических заболеваний, но факторы риска их развития были обнаружены. Кроме того, у них имеется высокий суммарный риск ССЗ;
- III группа – лица с хроническими заболеваниями, которым необходима постановка на диспансерный учет под наблюдение врача-специалиста;

Группа III А – больные, страдающие:

✓ сердечно-сосудистыми патологиями: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, тахикардия, сердечная недостаточность, гипертония;

✓ болезнями органов дыхания: ХОБЛ, хронический бронхит, бронхиальная астма;

✓ болезнями ЖКТ: язвы, гастриты, полипы;

✓ болезнями почек:

Группа III Б – лица с очень высоким риском SCORE >10%, с атеросклерозом различной локализации, требующие постоянного наблюдения врача-терапевта.

- Группы диспансерного наблюдения взрослого населения по ОМС определяются не только в ходе диспансерного осмотра.
- Под медицинским контролем находятся больные с хроническими инфекционными заболеваниями;
- Лица, перенесшие тяжелые травмы или страдающие алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией.
- Полный список 38 заболеваний, для которых положено диспансерное наблюдение по обязательному медицинскому страхованию, содержится в приказе № 1344 н. в котором также выделены две методики для отнесения граждан к одной из перечисленных групп здоровья.

Методика определения риска будущих заболеваний у взрослых

В соответствии с результатами анализов и обследований, врач-терапевт может сделать выводы о том, относится данный гражданин к группе риска или нет. К основным признакам отнесения наблюдаемого к данной группе относятся следующие признаки:

- Повышенное АД – 140/90 мм рт. ст.;
- Увеличение сахара в крови до 6,1 ммоль/л;
- Повышенное содержание холестерина - > 5 ммоль/л;
- Начальное ожирение (ИМТ 28-30 и больше);
- Курение больше одной единицы табачных изделий в день;
- Злоупотребление алкоголем;
- Физически не активный образ жизни.

Методика определения риска ССЗ - расчет по калькулятору (или таблицам) SCORE

Риск смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет зависит от возраста, пола, курения, систолического давления и уровня холестерина в крови. Показатель высокого риска - > 5%. Факторы риска по хроническому заболеванию в сочетании с высоким риском ССЗ являются достаточным основанием для диспансерного наблюдения в центре профилактики терапевтом.

Шкала SCORE для определения риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет

Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	ЖЕНЩИНЫ				Возраст, годы	МУЖЧИНЫ																																																																																										
	Некурящие		Курящие			Некурящие		Курящие																																																																																								
	4	5	6	7		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47																																																																												
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34																																																																												
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24																																																																												
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17																																																																												
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33																																																																												
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24																																																																												
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17																																																																												
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12																																																																												
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22																																																																												
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16																																																																												
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11																																																																												
120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8																																																																												
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14																																																																												
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10																																																																												
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7																																																																												
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5																																																																												
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4																																																																												
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3																																																																												
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2																																																																												
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																												

Холестерин, ммоль/л

150	190	230	270	310
мг/дл				

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний со смертельным исходом в ближайшие 10 лет

- 15% и более
- 10–14%
- 5–9%
- 3–4%
- 2%
- 1%
- Менее 1%

Постановка на диспансерное наблюдение преследует цели:

- ❖ Для больных с III группой: избежать обострения и осложнения болезни, сократить время стационарного лечения за счет амбулаторного, улучшить показатели АД, содержания холестерина и глюкозы в крови;
- ❖ Для лиц со II группой здоровья: избавиться от факторов риска хронической болезни, не допустить развития патологии;
- ❖ Для больных, перенесших тяжелую болезнь или травму: восстановить защитные силы организма, предотвратить осложнения;
- ❖ Для пациентов, страдающих алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией: использовать медицинские средства для достижения стойкой ремиссии.

Для работы со взрослым контингентом больных, состоящих на «Д»-учете, участковому врачу выделяется профилактический день, когда он составляет план и методику ведения каждого больного, расписание обследований, назначает дни осмотра, направляет на консультации в специализированные медицинские учреждения, на амбулаторное и стационарное лечение. Все факты заносятся врачом в карточку больного и специальную «контрольную карту диспансерного наблюдения» № 030/у-04.

При этом методики ведения больных включают:

- Анамнез и осмотр больного.
- План лабораторных и инструментальных обследований.
- Лечение и профилактические процедуры.
- Проверку диагноза и прогноз болезни или рисков ее развития.
- Корректировку плана диспансерного наблюдения в конце каждого года.

Сроки диспансерного наблюдения зависят от характера патологии, степени ее развития, методики ведения медицинского наблюдения. Количество посещений врача в год и длительность диспансерного учета зафиксированы в приказе № 1344н.

Согласно данному нормативу пожизненного наблюдения требуют больные, имеющие следующие заболевания:

- Сердечно-сосудистые патологии – амбулаторное лечение и обследование 2-4 раза в год;
- Бронхиальная астма – амбулаторное лечение и обследование 2 раза;
- Большинство болезней ЖКТ – осмотр 1 раз;
- Патологии почек – обследование 1 раз;
- Остеопороз – консультации врачей 1 раз;
- Последствия инсульта – амбулаторное лечение и обследование 1-2 раза в полгода;
- Сахарный диабет – амбулаторное лечение и обследование 1 раз в 3 месяца.

- Срок динамического наблюдения с болезнями бронхов и легких устанавливает врач-пульмонолог.
- Пациента с гастритами и язвенной болезнью наблюдаются 3-5 лет и посещают врача 1 раз в год.

Сроки наблюдения больных хроническими инфекциями имеют следующие значения:

- ❖ ВИЧ-инфекции, носители тифозных бактерий – пожизненно;
- ❖ Рожа, столбняк, орнитоз, малярия, гепатит В, бруцеллез – 2 года;
- ❖ Холера – 1 год;
- ❖ Остальные инфекционные болезни – 3-6 месяцев.
- ❖ Согласно приказу МЗ № 1034н от 30 декабря 2015 г. лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, проходят диспансерное наблюдение только в медицинских учреждениях с лицензией на услуги по «психиатрии-наркологии». Для них установлен единый срок наблюдения – 3 года. Снятие больного с учета происходит по решению комиссии в случае достижения ремиссии длительностью в 1 год.

Тема 3.

Направление профилактической деятельности медицинской сестры

Физическое развитие и функциональное состояние организма, его оценка

- **Физическое состояние** – степень готовности человека выполнять мышечные и трудовые нагрузки разного характера в данный конкретный отрезок времени.
- **Физическое развитие** – комплекс физических, морфологических и функциональных свойств организма, которые определяют массу плотность, форму тела, структурно-механические качества и выражаются запасом его физических сил.

Факторы, влияющие на физическое развитие:

- Социально-биологические;
- Медико-социальные;
- Организационные;
- Природно-климатические;
- Экономико-географические;
- Национальные.

Признаки физического развития:

- 1. Антропометрические** (размеры тела, скелета человека) – соматические (размеры тела и его частей), остеометрические (размеры скелета и его частей), краниометрические (размеры черепа)
- 2. Антропоскопические** (описание тела в целом и его частей) развитие жирового слоя, мускулатуры, волосяного и кожного покрова и т.д.
- 3. Физиометрические** (физиологическое состояние, функциональные возможности организма) – ЖЕЛ (жизненная емкость легких), мышечная сила кисти рук и др.

Гигиеническое воспитание и обучение населения. Организация и проведение гигиенического обучения населения.

Гигиеническое воспитание (санитарное просвещение) — совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни.

В основу гигиенического обучения и воспитания положена концепция формирования здорового образа жизни, сформулированы основные задачи:

- снижение распространенности курения;
- улучшение качества питания;
- увеличение физической активности;
- смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов и повышение качества жизни;
- соблюдение населением мер личной и общественной гигиены;
- снижение потребления алкоголя;
- профилактика употребления наркотиков;

Пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение.

Профилактические мероприятия бывают первичные и вторичные

Первичные – когда меры профилактики направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения у здоровых людей.

При проведении первичной профилактики первостепенной значение приобретает концепция образа жизни, которая и определяет пути предупреждения хронических неинфекционных заболеваний (сердечнососудистых, эндокринных, нервно-психических и т.д.), генез которых во многом связан с курением, злоупотреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием, психоэмоциональными стрессами.

Вторичные профилактические мероприятия проводятся в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего у пациента заболевания или повреждения.

Вторичная профилактика – это в основном целевое санитарно-гигиеническое воспитание в том числе индивидуальное или групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний. К вторичной профилактике относятся курсы профилактического лечения и целевого оздоровления (ЛФК, массаж, сан-кур лечение и т.д.).

И первичные и вторичные меры профилактики направлены на формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.

Виды медицинских профилактических услуг:

1. профилактическое консультирование отдельных пациентов;
2. профилактическое консультирование групповое;
3. профилактические медицинские осмотры;
4. вакцинопрофилактика;
5. диспансеризация;
6. профилактические оздоровительные услуги (физиотерапевтические, массаж, гимнастика, занятия различными видами физической культуры, сан-кур оздоровление и т.д.);

Методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения и пропаганда здорового образа жизни:

Методы	Средства
Устный	Лекция, беседа, совет, дискуссия, час вопросов и ответов, уроки здоровья и т.д.
Печатный	Памятки, брошюры, листовки, статьи, доска вопросов и ответов.
Наглядный	ТВ, кино, слайды, санитарные бюллетени.
Смешанный	Все средства вместе.

Гигиеническое обучение и воспитание, пропаганда здорового образа жизни осуществляется на популяционном уровне с использованием различных форм и методов обучения, не требует значительных физических затрат.

Каждый из методов может быть реализован с помощью определенных форм и средств. Различают индивидуальные, групповые и массовые формы гигиенического воспитания.

Формы **индивидуального** воздействия позволяют максимально учитывать особенности реципиента. Они используются, например, в процессе общения медработника с пациентом (беседа, инструктаж, консультация — очная или по телефону, личная корреспонденция).

Формы **группового** воздействия применяются для дифференцированного гигиенического воспитания различных возрастно-половых и профессиональных групп населения, а также для практического обучения.

Лекция проводится врачами МО или фельдшерами на объектах (вне МО).

Состав аудитории должен составлять от 10 до 25 человек.

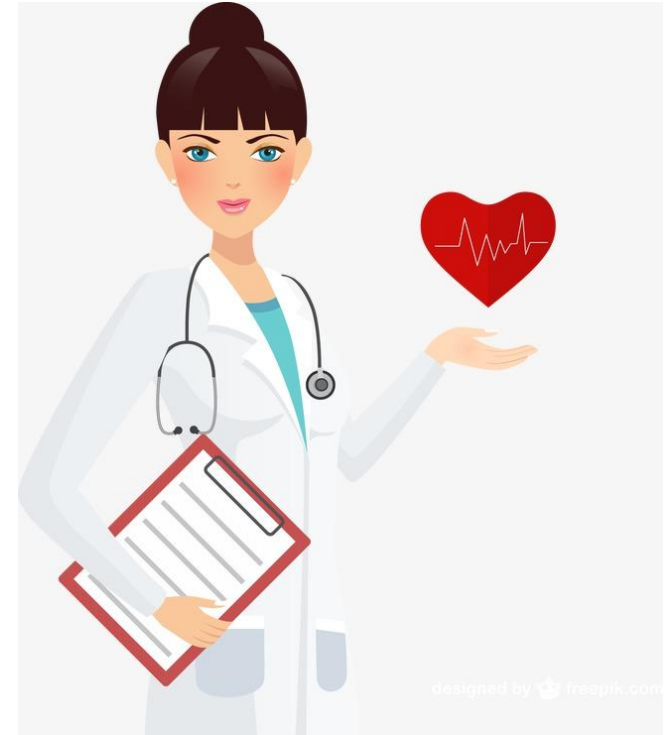
Основной акцент в выступлении делается на меры профилактики конкретной патологии.

В лекционном материале исключаются медицинские термины и рекомендации по применению конкретных лекарственных препаратов.

Лекция является массовым средством гигиенического обучения и воспитания, характеризуется наибольшей емкостью переработанной лектором информации.

За небольшой период времени лектор должен изложить новый большой материал.

Обычно для чтения лекции предполагается большая аудитория.



Беседы проводятся всеми медицинскими работниками (врачи, фельдшера, акушерки, медсестры).

Состав аудитории от 1 человека (индивидуальная) до **5-7 человек (групповая)**.

Темы бесед могут быть самые разнообразные.

Беседа предполагает активное участие слушателей.

Беседа предполагает активное участие слушателей.

Задача ведущего беседы заключается в том, чтобы сделать ее интересной путем наводящих вопросов, вовлечь слушателей в общий разговор.



Стенная санитарная печать (плакаты, санбюллетени) – это массовое средство санитарного просвещения, которое наглядно, красочно и содержит конкретную информацию. Художественно оформленный санбюллетень всегда привлекает внимание и является одним из самых доходчивых средств пропаганды.

Санбюллетень — это иллюстрированная санитарно-просветительская газета, посвященная только одной теме.

Тематика должна быть актуальной, с учетом задач, стоящих перед современным здравоохранением, а также эпидемиологической обстановки. Крупным шрифтом выделяется заголовок. Название его должно быть интересным, интригующим, желательно при этом не упоминать слово «**болезнь**» и «**профилактика**».

Уголок здоровья

Организации уголка должна предшествовать определенная подготовительная работа:

- согласование организации уголка с руководством данного учреждения;
- определение перечня работ и необходимых строительных материалов (стенды, планки, крепежные «рельсы», кнопки, клей, ткань и т. д.);
- выбор места —желательно такого, где постоянно или часто бывает масса людей;
- подборка соответствующего иллюстрированного материала: плакаты, выставки, диапозитивы, фотографии, памятки, листовки, вырезки из газет и журналов, рисунки. Эта подборка осуществляется с помощью инструктора по гигиеническому воспитанию района.

Современные формы работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения включают комплекс методов обучения, что способствует повышению степени усвоения информации (например, обсуждение в группах (50%) + использование наглядных пособий (30%) = 80% усвоения материала).