



# СТАЦИОНАР –

## способствующий профилактике и укреплению здоровья

*Ежегодно стационарное лечение проходят более 30 млн. граждан в России, в том числе в республике Бурятия стационарное лечение получают более 200 тысяч человек в год.*

В ряде стран стационар, выполняющий комплекс превентивных задач, принято называть так: «Стационар, способствующий профилактике и укреплению здоровья». В его задачи входят инициация и поддержание процесса по повышению эффективности индивидуального контроля за состоянием здоровья в данный период и в отдаленной перспективе, как у пациентов, так и в их семьях, и в обществе в целом. Эта стратегия поддержана ВОЗ и многими странами, должна быть реализована и в российском здравоохранении на основе следующих принципов:

– переориентация с исключительно краткосрочной программы коррекции состояния здоровья пациента на подготовку долгосрочной проспективной программы, включающей индивидуальный контроль здоровья и заболевания, начиная со стационара;

– медперсонал стационаров должен в ходе консультирования и общения с пациентом побуждать их переосмыслить нездоровые привычки и стереотипы поведения, лежащие в основе поведенческих факторов риска ХНИЗ, и проводить их коррекцию на обеспечение активного долголетия пациента;

– создание партнерства врачей, пациента и его родственников или близких людей, проживающих вместе с пациентом.

Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 79) обязывает все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, «обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление», а также «проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения».

В настоящее время разрабатывается новый подход к оценке деятельности стационаров, призванный сконцентрировать внимание медперсонала не только на устранение причины, вызвавшей госпитализацию, но и на создание индивидуальных долгосрочных программ для пациентов по контролю состояния здоровья и коррекции основных ФР ХНИЗ. Возросшее количество пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) требует переориентации деятельности ЛПУ с проблем, связанных исключительно с коррекцией и обострениями ХНИЗ, на интеграцию лечения и профилактики, в том числе и на обучение пациентов. Известно, что в период ухудшения состояния здоровья пациент особенно восприимчив к советам врача. Также легче сформировать необходимый настрой среди родственников пациента, направив их усилия на закрепление в повседневной жизни пациента новых навыков и полезных стереотипов. Внедрение комплекса мер по обучению пациента в период его пребывания в стационаре должно повысить приверженность к лечению основного заболевания и повысить мотивацию

пациента к оздоровлению образа жизни. В итоге это приведет к снижению риска обострений ХНИЗ и снижению госпитализаций.

В стационарах целесообразно проведение школ для пациентов по основным заболеваниям, факторам их развития, консультаций врачом-специалистом (психотерапевт, реабилитолог и др.), занятий с родственниками пациента.

Работа с пациентом включает независимо от профиля медицинского учреждения: скрининг-методы выявления ФР основных ХНИЗ, расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE с консультированием, проведение профилактического консультирования пациентов по выявленным ФР с обязательным разъяснением их роли, механизмов патологического влияния и существующих путей немедикаментозной и медикаментозной коррекции.

Рекомендуется совет по организации профилактики ХНИЗ в стационаре, который выполняет разработку и адаптацию программ по ХНИЗ, контроль за выполнением программ профилактики, проведение выборочного анонимного опроса лечащих врачей по актуальным вопросам профилактики и информированности о программе учреждения, разработку методических материалов для обучения пациентов на основе национальных рекомендаций, ежегодный статистический учет и анализ по профилактике.

Во всех стационарах рекомендуется открытие кабинетов медицинской профилактики из расчета 1 кабинет на 100 коек, но не менее чем 1 кабинет на стационар. В обязанности врача кабинета медицинской профилактики входит создание единого плана профилактической работы в отношении основных ХНИЗ и модифицируемых ФР их развития и контроль его реализации, проведение углубленного профилактического консультирования пациентов по всем ФР ХНИЗ, организация школ здоровья для пациентов и их родственников, экспертную оценку историй с оценкой полноты регистрации факторов риска, суммарного сердечно-сосудистого риска и охвата профилактическим углубленным консультированием пациентов вне зависимости от профиля заболеваний, проведение инструктажа лечащих врачей отделений стационара по актуальным вопросам профилактики ХНИЗ.

В отделениях терапевтического профиля углубленное профилактическое консультирование пациентов по всем имеющимся ФР ХНИЗ должно проводиться лечащим врачом. В других отделениях лечащий врач проводит краткое профилактическое консультирование по всем факторам риска ХНИЗ, определяет сум-



марный по шкале SCORE сердечно-сосудистый риск и направляет пациентов с высоким и очень высоким риском в кабинет медицинской профилактики для проведения углубленного профилактического консультирования и школы здоровья.

В истории болезни и выписном эпикризе необходимо отображать следующую информацию: о выявленных факторах риска ХНИЗ и их уровнях, об уровне суммарного СС риска по шкале SCORE ( для лиц без доказанных ССЗ и сахарного диабета в возрасте до 65 лет), о проведении краткого профилактического консультирования по выявленным ФР, о проведении углубленного профилактического консультирования по выявленным ФР (индивидуального или группового -школа пациента), об участии (отказе) пациента в школе для пациентов с указанием ее наименования, числа занятий, о рекомендациях пациенту по контролю и коррекции ФР в домашних и амбулаторных условиях.

**Индикаторами полноты и качества выполнения профилактических мероприятий по профилактике ХНИЗ являются:**

– число коек на 1 кабинет медицинской профилактики;

– доля (%) пациентов, прошедших краткое и углубленное профилактическое консультирование по контролю и коррекции ФР, школы здоровья за отчетный период;

– доля (%) врачей, освоивших методику краткого профилактического и углубленного консультирования, школы здоровья с регистрацией в истории болезни;

– доля (%) историй болезней, выписных эпикризов, содержащих информацию о факторах риска, сердечно-сосудистом риске, проведенном профилактическом консультировании и рекомендациях по коррекции ФР ХНИЗ.

Внедрение и проведение диспансеризации среди пациентов стационаров и их семей значительно увеличит показатели реальной профилактической работы, снизит повторную госпитализацию, заболеваемость, смертность в нашем обществе.

**З. Малакинова,  
к.м.н. зав. метод. кабинетом РЦМП.**

Всемирный день борьбы с раковыми заболеваниями ежегодно отмечается 4 февраля. Он был провозглашен Международным союзом борьбы против рака (UICC) с целью привлечения внимания общественности к этой глобальной проблеме, информирования о том, насколько опасны и распространены онкологические заболевания.

Тема 2014 года «Развеем мифы и неверные представления о раке» связана, как и в прошлом году, с рассеиванием четырех распространенных мифов и заблуждений о раке:

**Миф 1 «Мы не должны говорить о раке».**

**Истина.** Правительство, общественность, СМИ должны бросить вызов ложным представлениям о раке, создать культуру, среду, в которой люди имеют право на доступ к информации, повышение своей осведомленности о способах предупреждения и важности раннего выявления и лечения рака. Такой подход должен способствовать реализации программ, направленных на сокращение подверженности рискам, на пропаганду здорового образа жизни и осуществление эффективных и доступных мер для раннего выявления и лечения рака. Инвестиции в профилактику и раннее выявление рака намного дешевле, чем иметь дело с его последствиями.

**Миф 2 «Нет никаких признаков или симптомов рака».**

**Истина.** Ограниченная осведомленность о значении ранней диагностики и важности обращения за медицинской помощью, когда признаки и симптомы присутствуют, наблюдается не только среди части населения, но и среди медицинских работников. Между тем, для многих видов рака характерны тревожные признаки и симптомы, осведомленность о которых бесспорно является первым шагом к раннему выявлению и улучшению результатов лечения. В настоящее время разработаны программы и тесты для ранней диагностики определенных видов рака. Доказано, что более чем одно из трех раковых заболеваний можно предотвратить.

**Миф 3 «Я ничего не могу поделать при заболевании раком».**

**Истина.** Онкологическое заболевание – это всегда трагедия. Но многие виды рака, которые когда-то считались смертным приговором, теперь могут быть излечены, и многие больные люди теперь эффективно лечатся от рака. Глобальные, региональные и национальные стратегии и программы, которые способствуют здоровому образу жизни, имеют огромное значение для снижения онкологических заболеваний, которые вызваны такими факторами, как вредное употребление алкоголя, табака, неправильное питание и отсутствие физической активности.

**Миф 4 «У меня нет права на лечение рака».**

**Истина.** Все люди, без какой-либо дискриминации, имеют право на доступ к предоставлению квалифицированной медицинской помощи, к проверенным и эффективным методам лечения рака на равных условиях. Есть успешные программы борьбы против рака и ухода за больными – от профилактики до раннего выявления, лечения и паллиативной помощи. Владеющие ин-

формацией члены семьи, друзья способны обеспечить правильную поддержку онкологического больного как эмоциональную, так и физическую (включая уход за пациентом), улучшить качество его жизни.

**5 ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА**

Около 30% случаев смерти от рака вызваны пятью основными факторами риска, которые связаны с поведением и питанием. Это:

- высокий индекс массы тела,
- недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей,
- отсутствие физической активности,
- употребление табака,
- употребление алкоголя.

**Важно знать!** Во всем мире наибольшее число мужчин умирает от следующих пяти видов рака (в порядке убывания): **рака легких, желудка, печени, ободочной и прямой кишки и пищевода.**

Во всем мире наибольшее число женщин умирает от следующих пяти видов рака (в порядке убывания): **рака груди (молочной железы), легких, желудка, прямой и ободочной кишки и шейки матки.**

**НА ЗАЩИТУ ГРУДИ С ДЕТСТВА**

Маммологи РФ встревожены тем, что сейчас практически 30% вновь выявленных случаев рака регистрируется у женщин моложе 30 лет. Рак у 20-летней девушки не является большой редкостью. А если вспомнить, что от нормы до онкопатологии в среднем проходит около 10 лет, то, следовательно, зарождается она намного раньше.

«Отсутствие должного внимания к маммологическим проблемам у детей и подростков увеличивает риск пролиферативных состояний, – считает М.Л. Травина, к.м.н., сотрудник Научного центра здоровья РАМН. – Сегодня большинство исследователей считают, что фиброзно-кистозные мастопатии несут в себе угрозу малигнизации (озлокачествления). Рак молочной железы встречается в 3-5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочных желез и в 30-40 раз чаще при узловых формах мастопатии с пролиферацией эпителия.

Накапливается все больше данных о возможности опухолевой инициации еще в пубертате. Из этого следует, по утверждению М. Травиной, что детская маммология имеет право на существование. Ее задача – проводить профилактику и раннее выявление опухолей у подрастающего поколения. Если у девочки будет заложена необходимость регулярно посещать маммолога, то, став взрослой, она продолжит заботиться о себе.

Довольно частой патологией в подростковом возрасте являются кисты. Их обнаруживают практически

у каждой 10-й девочки. Если кисту размером больше сантиметра не начали лечить вовремя, не откачали ее содержимое, то вскоре девочка приходит с маститом, причиной которого являются резкие перепады температур, сквозняки.

*Мнение маммологов: после 10 лет, когда начинает расти грудь, рекомендуется посещать маммолога 1 раз в год – проверить, правильно ли формируется молочная железа, при необходимости сделать УЗИ.*

**А КАК ОБСТОЯТ ДЕЛА У ВЗРОСЛЫХ?**

На сегодняшний день в мире ежегодно регистрируется более 1 млн. новых случаев рака молочной железы (РМЖ), а в России, по разным данным, от 45 до 60 тысяч. Основные факторы риска РМЖ в зависимости от возраста женщины приведены в таблице.

**Замечено:** посещая российские и европейские симпозиумы, отечественные специалисты все еще демонстрируют слайды с изображением IV стадии опухоли. У европейцев такого нет, они практически не встречают столь запущенных пациенток. А нашим женщинам все некогда заняться собой, им не до себя. Хотя известно, что лечить рак I-II стадии гораздо эффективнее и дешевле – обходится государству в 150 тыс. руб., против 2 млн. на IV стадии заболевания, с весьма низким процентом выживаемости...

Самый простой и доступный способ профилактики – самообследование молочных желез (МЖ) после окончания месячных, либо в одно и то же число месяца. Большинство женщин Европы и США делают это систематически и воспринимают данную процедуру как обычную и жизненно необходимую. Цель самообследования не столько в поиске изменений в груди, сколько в подтверждении их отсутствия.

**ПРАВИЛА САМООБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

1. Начинайте с осмотра белья в тех местах, где оно прикасается к соскам, и убедитесь в отсутствии каких-либо пятен.
2. Внимание на сосок и околососковое поле (ареолу): убедитесь, что нет покраснения, высыпания, шелушения, втяжения, изъязвления или других изменений этой зоны. Осторожно сжав сосок, проверьте, нет ли выделений из него.
3. Далее осматриваем кожу молочной железы – нет ли сыпи, опрелостей, изменения цвета. Проверяем на ощупь эластичность кожи, хорошо ли она собирается в складку, нет ли уплотнений, напоминающих «лимонную корку».
4. Следующий этап – встав перед зеркалом с опущенными руками, смотрим, одинаковы ли железы по форме и размеру, на одном ли уровне их границы. Затем осмотр проводим с поднятыми вверх руками. На здоровых молочных железах нет никаких выпячиваний, узлов или втяжений. Размеры и формы груди у женщин могут несколько отличаться, но если эти отличия нарастают – это следует учесть.
5. Завершаем осмотр в положении лежа – кончиками пальцев левой руки обследуем правую молочную железу от соска к периферии, а также подмышечную впадину. Затем правой рукой продольно обследуем аналогичные манипуляции с левой грудью.

- Таким образом, в профилактике РМЖ важны:
- ежемесячное самообследование молочных желез;
  - своевременное обращение к врачу при выявлении изменений в груди;
  - маммография женщинам после 45 лет – 1 раз год.

**3. Леонова, врач высшей категории РЦМП**

**Основные факторы риска РМЖ в зависимости от возраста женщины**

Факторы риска			
Моложе 35 лет	35 – 49 лет	50 – 59 лет	Старше 60 лет
Заболевания щитовидной железы	Раннее (до 12 лет) начало менструаций	Гипертоническая болезнь (> 10 лет)	Сочетание раннего (до 12 лет) начала менструаций и позднего (после 50 лет) их окончания.
Поздние роды	Нарушение детородной функции (бесплодие, поздние первые или последние роды)	Ожирение III степени	Поздние первые и последние роды (после 40 лет)
Дисгормональная гиперплазия молочных желез	Нарушение менструальной функции (нерегулярность, обильные менструальные кровотечения, болезненные месячные)	Атеросклероз (> 5 лет)	Сочетание гипертонической болезни, ожирения, атеросклероза, сахарного диабета
РМЖ в семейном анамнезе	Нарушение половой функции	Сахарный диабет	Длительное (более 10 лет) отсутствие половой жизни в репродуктивном периоде
	Воспалительные или гиперпластические процессы придатков матки	Рождение крупного плода (> 4 кг)	Злокачественные опухоли женских половых органов, толстой кишки в семейном анамнезе
	Хроническая гепатомегалия	Позднее (после 50 лет) наступление менопаузы	
	РМЖ в семейном анамнезе	Фибромиома матки	
	Дисгормональная гиперплазия МЖ		