

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-
сосудистых заболеваний СО РАМН
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области

**РИСКОМЕТРИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЛАЙНСА В СИСТЕМЕ
ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У ШАХТЕРОВ**

Методические рекомендации

г. Кемерово, 2012

Максимов С.А., Индукаева Е.В. Рискометрия и определение комплайенса в системе первичной профилактики артериальной гипертензии у шахтеров: методические рекомендации / Под ред. проф. Г.В. Артамоновой. – Кемерово, 2012. – 25 с.

В методических рекомендациях рассматриваются вопросы практического использования шкалы рисков и оценки приверженности к лечению (профилактике) в системе первичной профилактики артериальной гипертензии у работников основных (подземных) профессиональных групп угольных шахт. Методические рекомендации предназначены для медицинских работников ЛПУ, МСЧ предприятий, специалистов отделов охраны труда угольных предприятий для формирования плана мероприятий по профилактике артериальной гипертензии, а также для проведения углубленных исследований здоровья работающих.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Заведующий лаборатории моделирования
управленческих технологий НИИ КПССЗ СО РАМН
д.м.н. **Макаров С.А.**

Старший научный сотрудник Центральной научно-
исследовательской лаборатории КемГМА
к.м.н., доцент **Зинчук С.Ф.**

Утверждены Ученым Советом Научно-исследовательского института
КПССЗ СО РАМН № от 2012 года

УТВЕРЖДАЮ:

Директор
НИИ КИСЗ СО РАМН



Д.Свищев, профессор

О.Л. Барбараш

2012 г.

СОГЛАСОВАНО:

Начальник
ДОЗН Кемеровской области



В.К.Цой

2012 г.

**РИСКОМЕТРИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЛАЙНСА В СИСТЕМЕ
ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У ШАХТЕРОВ**

Методические рекомендации

Кемерово - 2012

Оглавление.

1. Введение	5
2. Методологические основы профилактических мероприятий АГ	7
2.1. Математическое определение и стратификация риска развития АГ	9
2.2. Определение комплайнса (приверженности к лечению)	14
3. Использование оценки риска и степени приверженности к лечению в системе первичной профилактики АГ	21
4. Список литературы	25

1. ВВЕДЕНИЕ

Одной из причин снижения трудоспособности, полной ее утраты в результате инвалидности, а также смерти, является увеличивающаяся распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте. Особое место среди сердечно-сосудистых заболеваний занимает артериальная гипертензия (АГ). С одной стороны, в структуре сердечно-сосудистых заболеваний АГ занимает лидирующее положение, до 30%, с другой – в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на ее долю приходится не более 2-3%. Это характеризует АГ не только как заболевание, имеющее самостоятельное значение, но и как один из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Предупреждение развития АГ представляет собой также и профилактику ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта и ряда других, менее распространенных патологических состояний.

Сердечно-сосудистые заболевания обуславливают существенные затраты работодателя, связанные с нетрудоспособностью и компенсационными выплатами. На сегодняшний день проведено множество исследований эффективности профилактических вмешательств на рабочем месте. Во многих исследованиях получена значительная эффективность в отношении факторов риска, а в ряде случаев и значительный социально-экономический эффект, важный для работодателя. В некоторых исследованиях положительного эффекта не выявлено. Вероятно, универсального алгоритма профилактического вмешательства не существует. Однако, выработка общих подходов к организации и проведению профилактического скрининга и вмешательства возможна и необходима.

С точки зрения состояния здоровья работники угледобывающей промышленности характеризуются особенностями, выделяющими их из основной массы трудоспособного населения. Высокие профессиональные требования к функциональному состоянию организма работника в условиях подземных шахт обуславливают выраженный профессиональный отбор

(медицинский и самостихийный), в результате которого в профессии остаются лишь функционально «сильные» индивиды. Выраженный профессиональный отбор оказывает влияние на распространенность АГ, что проявляется эффектом «здорового рабочего», то есть, снижением ее частоты.

Особая актуальность первичной профилактики АГ в угольной промышленности связана с тем, что в настоящее время в число медицинских противопоказаний к подземной работе входят заболевания сердечно-сосудистой системы, даже при наличии компенсации (Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.11 №302н). То есть, фактически диагностированная АГ является основанием для прекращения работы в подземных условиях угольных шахт. Следовательно, в профилактике АГ помимо медицинской службы и непосредственно работника, значительную заинтересованность должны проявлять работодатели, в интересах которых увеличение трудового долголетия работника.

Поэтому профилактика АГ в профессиональных группах шахтеров на основании только среднестатистических групповых данных всего трудоспособного населения не всегда является оправданным и требует разработки иных методических подходов, рассмотренных в данных методических рекомендациях.

2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ АГ

Профилактикой называются различного рода мероприятия, направленные на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска, что является важнейшей составляющей системы здравоохранения. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболеваний или выраженной патологии рассматриваются три вида профилактики: первичная, вторичная и третичная.

Первичная профилактика – система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний.

Вторичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к обострению и рецидиву заболевания.

Третичная профилактика – мероприятия по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

АГ, как мультифакторное полиэтиологическое заболевание, представляет значительный интерес в плане первичной профилактики ее развития. Помимо наследуемых полигенных факторов, обуславливающих высокую активность прессорных механизмов длительного действия и/или снижение активности депрессорных механизмов, значительная роль в развитии АГ принадлежит факторам внешней среды, большинство из которых теоретически устранимы, то есть, являются модифицируемыми.

Начиная с Г.Ф. Ланга в России и позднее знаменитого физиолога Г. Селье, к настоящему времени наиболее важными компонентами патогенетических механизмов, приводящих к развитию АГ и влияющих на прогноз, считают условия труда, быта, социальные факторы и психоэмоциональный стресс. Идентификация данных факторов у индивида, их оценка и суммарный прогноз риска развития АГ представляют собой основу для первичной профилактики. Получение этих данных дает возможность выбора «точек воздействия» профилактики (потенциально

модифицируемых факторов риска у индивида), диспансеризации на основе стратификации риска, управления и мониторинга риска развития АГ.

В то же время профилактические мероприятия направлены в первую очередь на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни. Эффективность профилактики во многом зависит от сознательного отношения индивида к охране своего здоровья и здоровья других, от активного участия населения в осуществлении профилактических мероприятий, от того, насколько полно индивид использует предоставляемые ему возможности для укрепления и сохранения здоровья. Поэтому конечный результат профилактики будет зависеть как от объема и качества предоставляемых методов и средств профилактики, так и от приверженности индивида этим методам и средствам.

В узком смысле слова «приверженность к лечению» (комплаинс) обычно определяется как степень приема больными назначенных им препаратов. В более широком смысле – это уровень готовности индивида аккуратно соблюдать назначения и следовать рекомендациям медицинских работников. Следовательно, высокая приверженность к лечению (в данном случае к профилактике) является предиктором лучших результатов, что определяет возможность и необходимость строить систему профилактических мероприятий с учетом индивидуальной приверженности.

2.1. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ АГ

Метод отношения правдоподобия

Каждый человек имеет определенную вероятность патологического риска. Поскольку люди имеют различные условия жизни (жилищные условия, профессия, образование, доход и т.д.), возраст, пол, то каждый человек имеет и соответствующую вероятность риска. На эту вероятность риска влияет комплекс различных факторов: условия труда, быта, возраст, пол, соблюдение гигиенических навыков и т.д., каждый из которых имеет свой «вес» для возникновения заболевания, ухудшения состояния здоровья уже больного человека и т.п. Можно выделить 2 основных подхода к формированию групп риска – медико-логический и формально-математический.

Основой первого подхода являются медицинские профессиональные знания, опыт, интуиция для распределения населения по группам здоровья, диспансерным группам. При этом врачи, имеющие различный стаж работы, могут по-разному разделить на группы одну и ту же совокупность лиц.

При формально-математическом подходе предполагается использование специальных количественных методов оценки важности факторов, их взаимосвязанности. Для разработки таких формальных методов классификации населения проводят статистические исследования со специально подготовленными картами, вопросниками, различными медицинскими документами и др.

Для формирования групп повышенного риска используют так называемые оценочные таблицы. Для создания оценочных таблиц используется раздел прикладной математики – распознавание образов. В частности, метод наибольшего правдоподобия, основанный на предположении о независимости факторов факториального признака.

В конечном виде оценочная (прогностическая) таблица представляет собой группу факторов, с соответствующими градациями, по которым

рассчитаны вероятности появления искомого явления – коэффициентов отношения правдоподобия (КОП). Например, система прогнозирования может включать такие факторы: возраст, пол, семейное положение, образование, особенности труда, употребление алкоголя. По каждой из градаций фактора рассчитывается вероятность появления искомого явления. Теоретически могут быть 3 значения вероятности:

1. Значение менее 1,0 свидетельствует о снижении вероятности появления искомого явления в данной градации. Например, значение КОП по АГ равное 0,65 в группе лиц до 30 лет свидетельствует о том, что принадлежность индивида к данной группе обуславливает снижение вероятности развития у него АГ. Чем меньше КОП, тем ниже вероятность развития искомого явления в данной градации фактора.

2. Значение равное 1,0 свидетельствует об отсутствии влияния данной градации на вероятность появления искомого явления.

3. Значение более 1,0 свидетельствует о повышенной вероятности появления искомого явления в данной градации. Например, значение КОП по АГ равное 2,67 в группе лиц старше 50 лет свидетельствует о том, что принадлежность индивида к данной возрастной группе обуславливает увеличение вероятности развития у него АГ. Чем больше КОП, тем выше вероятность развития искомого явления в данной градации фактора.

По максимальным и минимальным величинам градаций факторов рассчитываются максимальная и минимальная величина риска развития искомого явления и проводится стратификация полученных рисков. В дальнейшем по факторам, входящим в систему прогнозирования можно рассчитывать величину индивидуального риска развития искомого явления, а также стратифицировать рассчитанный риск.

Шкала для расчета риска развития АГ

В таблицах №1-2 представлены КОП для каждой из градаций факторов риска основных (подземных) профессиональных групп шахтеров. Для расчета риска развития АГ в каждом отдельном случае необходимо перемножить соответствующие КОП из таблиц №1-2. В таблицах №3-4 представлена стратификация риска развития АГ.

Важно! Необходимо обратить внимание на то, что представлены 2 варианта расчета риска развития АГ. В первом варианте учитываются 1-5 факторы из таблицы №1 и, либо индекс массы тела (фактор 6.1.), либо окружность талии (фактор 6.2) из таблицы №2. Индекс массы тела характеризует общее ожирение, окружность талии – абдоминальное ожирение, показатель более тесно связанный с АГ.

Соответственно, если для расчета риска развития АГ использовался индекс массы тела, то стратификация риска проводится по таблице №3, если использовалась окружность талии – по таблице №4.

Пример расчета и стратификации риска АГ

Необходимо рассчитать риск развития АГ горнорабочего очистного забоя 42 лет, со средне-специальным образованием, семейного, умеренно употребляющего алкоголь, с индексом массы тела 26,3 кг/м². Расчет будет проводиться путем перемножения соответствующих КОП из таблиц №1-2:

$$\text{Риск} = 1,04 \times 1,40 \times 0,98 \times 1,09 \times 1,13 \times 0,92 = 1,62$$

Так как для расчета риска использовался индекс массы тела, то оценивать риск необходимо по таблице №3 (1 вариант): значение 1,62 соответствует «умеренному» риску развития АГ.

№	Фактор	КОП	ВИФ
ПРОФЕССИЯ			
1.	Машинист горновыемочной машины	0,90	2,27
	Машинист подземной установки	1,68	
	Проходчик	1,26	
	Электрослесарь подземный	1,05	
	Горнорабочий очистного забоя	1,04	
	Горнорабочий подземный	0,99	
	Горный мастер	0,98	
	Начальник и заместитель начальника участка	0,74	
ВОЗРАСТ			
2.	До 36 лет	0,36	8,19
	36-40 лет	0,81	
	41-45 лет	1,40	
	46-50 лет	1,54	
	51-55 лет	2,40	
	56 лет и старше	2,95	
ОБРАЗОВАНИЕ			
3.	Среднее	1,29	1,79
	Средне специальное	0,98	
	Высшее	0,72	
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ			
4.	Семьи нет	0,64	1,70
	Семья есть	1,09	
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ			
5.	Не употребляет	1,22	1,56
	Редко употребляет	0,84	
	Умеренно употребляет	1,13	
	Злоупотребляет	1,31	

Таблица №1. Факторы риска и КОП развития АГ (1-5 факторы).

№	Фактор	КОП	ВИФ
ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА			
6.1	До 22,5 кг/м ²	0,26	40,00
	22,6-25,0 кг/м ²	0,59	
	25,1-27,5 кг/м ²	0,92	
	27,6-30,0 кг/м ²	1,45	
	30,1-35,0 кг/м ²	2,74	
	35,1 и более кг/м ²	10,40	
ОКРУЖНОСТЬ ТАЛИИ			
6.2	До 80,0 см.	0,22	18,77
	80,1-90,0 см.	0,55	
	90,1-102,0 см.	1,36	
	102,1 см и более	4,13	

Таблица №2. Факторы риска и КОП развития АГ (факторы 6.1 и 6.2).

Значения риска	Характеристика риска
До 1,00	Низкий
1,01 – 2,50	Умеренный
2,51 – 5,00	Повышенный
5,01 – 10,00	Высокий
10,01 и более	Очень высокий

Таблица №3. Значения и характеристика риска развития АГ (первый вариант).

Значения риска	Характеристика риска
До 1,00	Низкий
1,01 – 2,00	Умеренный
2,01 – 4,00	Повышенный
4,01 – 8,00	Высокий
8,01 и более	Очень высокий

Таблица №4. Значения и характеристика риска развития АГ (второй вариант).

2.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЛАЙНСА (ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ)

Характеристика метода

В настоящих методических рекомендациях для количественной оценки приверженности к лечению (комплаинс) используется методика С.В. Давыдова (2000 г.), в которой вычисляется интегральный (суммарный) показатель приверженности к лечению (ИППЛ) – в баллах с учётом степени выраженности силы влияния ряда медико-социальных факторов комплаинса, характеризующих уровень готовности индивида аккуратно соблюдать назначения и следовать рекомендациям медицинских работников.

Методика представляет собой анкетный опросник, включающий в себя 9 оценочных шкал, каждая из которых реализует свою валидационную функцию через определённый вопрос с формулировкой, раскрывающей особенность соответствующего фактора приверженности к лечению и 5 вариантов ответа, характеризующих тип влияния фактора по степени выраженности силы влияния, в свою очередь, соответствующих альтернатив:

а). -2 и/или -1 - негативные альтернативы и негативный тип влияния фактора комплаинса, способствующий снижению ИППЛ и ухудшению приверженности к лечению;

б). 0 - нейтральные альтернативы и нейтральный тип влияния фактора комплаинса, способствующий поддержанию приверженности к лечению на своего рода уже достигнутом "среднем" уровне;

в). +1 и/или +2 - позитивные альтернативы и позитивный тип влияния фактора комплаинса, способствующий повышению ИППЛ и улучшению приверженности к лечению.

Краткая характеристика факторов комплаинса (вопросов)

1. **Фактор финансовой готовности** оплачивать лечение характеризует возможность и готовность индивида выделять из личного дохода

определенные суммы денег на приобретение официальных лекарственных препаратов и оплату общепринятых терапевтических процедур.

2. **Фактор медико-социальной адаптированности** характеризует склонность индивида воспринимать или разделять традиционные взгляды на решение различных медико-социальных проблем.

3. **Фактор медико-социальной информированности** характеризует представление индивида о современных медико-социальных проблемах и его приверженности к лечению традиционными формами и методами.

4. **Фактор склонности к самолечению** отражает предпочтения пациентом необходимости лечиться именно нетрадиционными средствами и неприятие предлагаемых ему официальных лекарственных препаратов и терапевтических подходов.

5. **Фактор медико-социальной коммуникативности** характеризует адекватность индивида, его склонность в той или иной степени соглашаться, принимать и распространять общепринятые и традиционные взгляды на решение различных медико-социальных проблем.

6. **Режим назначенной терапии** отражает отношение индивида к содержанию лечебно-профилактических мероприятий (кратности и времени приема медикаментов, осуществления терапевтических процедур в сутки, длительности лечения и т.п.).

7. **Фактор медико-социальной дистанцированности** характеризует склонность индивида игнорировать традиционные взгляды на решение различных медико-социальных вопросов.

8. **Фактор доверия терапевтической стратегии лечащего врача** характеризует удовлетворенность индивида глубиной возникшего доверия, достигнутого взаимопонимания и позволяет судить о готовности индивида строго соблюдать назначения и неукоснительно следовать рекомендациям врача.

9. **Фактор результативности терапии** заключается в удовлетворенности, неудовлетворенности или индифферентном восприятии итогов проведенного лечения.

Бальные оценки за варианты ответа проставлены в опроснике, кроме того, баллы можно определять по таблице №5.

Ответ	Варианты вопроса								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
А	+2	0	-1	2	+2	-2	+2	+2	-1
Б	+1	+1	-2	+2	+1	-1	+1	+1	-2
В	0	+2	+1	-2	0	0	0	0	+2
Г	-1	-2	0	0	-1	+2	-2	-1	+1
Д	-2	-1	+2	+1	-2	+1	-1	-2	0

Таблица №5. Баллы за варианты ответов.

В итоге суммируются баллы вариантов ответа, выбранных респондентом, полученная сумма является ИППЛ:

- а) от -18 до -10 – чрезмерно отрицательный комплайнс;
- б) от -9 до -5 – умеренно отрицательный комплайнс;
- в) от -4 до 0 – слабоотрицательный комплайнс;
- г) от +1 до +4 – слабopоложительный комплайнс;
- д) от +5 до +9 – умеренно положительный комплайнс;
- е) от +10 до +18 – чрезмерно положительный комплайнс.

Опросник оценки к приверженности к лечению

Инструкция: Прочитайте внимательно каждый вопрос, выберите из предложенных ответов один, который, по Вашему мнению, наиболее верный.

1. Вы были бы готовы покупать эффективное лекарственное средство для лечения Вашего заболевания...

- +2 А. Практически за любую сумму
- +1 Б. Не дороже 300 руб. за 1 упаковку
- 0 В. Не дороже 100 руб. за 1 упаковку
- 1 Г. Не дороже 35 руб. за 1 упаковку
- 2 Д. Не дороже 15 руб. за 1 упаковку

2. С Вашей точки зрения, лечение самых различных заболеваний на современном этапе проходило бы гораздо более успешно, если бы выполнялось хотя бы одно из перечисленных ниже условий...

- 0 А. Существенное улучшение социально-экономических условий в стране
- +1 Б. Существенное улучшение условий труда граждан
- +2 В. Изобретение и внедрение новых медицинских технологий и лекарственных средств
- 2 Г. Более активное использование нетрадиционных методов лечения
- 1 Д. Более рациональное использование уже имеющихся методов лечения

3. Довольно большое количество людей в наше время страдают самыми различными заболеваниями. На Ваш взгляд, это происходит потому, что...

- 1 А. Слишком дорогие лекарства
- 2 Б. Имеющиеся лекарства малоэффективны или не эффективны
- +1 В. Больные неаккуратно соблюдают врачебные назначения
- 0 Г. Большинство современных лекарств - препараты импортного производства и неизвестны широкому кругу потребителей

+2 Д. Я убежден(-а), что эффективные лекарства ещё не дошли до массового потребителя

4. Предположим, что Вам не нравится идея лечиться нетрадиционными средствами. Вы бы смогли пояснить Ваше убеждение следующим образом:

- 1 А. Иногда я принимаю отвары или настои трав, но моё состояние здоровья чаще остаётся на прежнем уровне

+2 Б. Это несерьёзно

-2 В. Я пришёл(-шла) к выводу, что если широко известные "народные" средства не помогают, нужно искать другие нетрадиционные способы

0 Г. Я не имею достаточной информации о нетрадиционных средствах

+1 Д. Если нетрадиционные средства в самом деле очень эффективные, то почему их не внедряют в повседневную медицинскую практику?

5. Допустим, что у Вашего родственника обнаружено заболевание. Скорее всего, ему предстоит госпитализация в стационар, и он хотел бы с Вами посоветоваться. Вы бы порекомендовали ему...

+2 А. Согласиться на госпитализацию, и как можно скорее

+1 Б. Сначала тщательно расспросить врача о заболевании и предстоящем лечении, а затем аккуратно соблюдать назначения

0 В. Сначала справиться об эффективности назначенных лекарственных препаратов, затем подробно расспросить обо всём врача, а затем в точности выполнить все назначения

-1 Г. Сначала посоветоваться с теми, кто уже давно болеет этим же самым заболеванием, затем подробно расспросить обо всём врача, а затем начать соблюдать рекомендации и выполнять назначения

-2 Д. Согласиться на госпитализацию только в случае крайней необходимости

6. Представьте, что у Вас развилось заболевание. Для лечения Вам будет необходимо каждый день принимать лекарственные препараты в течение довольно продолжительного времени, возможно, всю оставшуюся жизнь. Ваши ощущения по этому поводу таковы:

-2 А. Очень переживаю

-1 Б. Мне это неприятно

0 В. Отношусь безразлично

+2 Г. Рад(-а) этому

+1 Д. У меня никаких неприятных ощущений по этому поводу нет

7. Предположим, что Вам не нравится принимать лекарства. Вы бы сочли наиболее уместным следующее объяснение:

+2 А. Необходимо активно внедрять новые, более эффективные лекарственные препараты и методы лечения взамен нынешних, во многом устаревших

+1 Б. Я не уверен(-а), что владею полной информацией о том, что приходится принимать

0 В. Я убежден(-а), что большинство лекарств - это "химия", и неизвестно, к чему может привести их приём

-2 Г. Мне до сих пор не могут подобрать такое лечение, от которого была бы реальная польза

-1 Д. Сегодня это недёшево

8. Предположим, что Ваш палатный (участковый и т.п.) врач в качестве метода лечения рекомендует Вам принимать таблетки, в то время как Вы убеждены, что в Вашем случае лекарства в виде таблеток недостаточно эффективны, и Вам лучше делать "уколы" и/или ставить капельницы. Вы были бы склонны...

+2 А. Согласиться с врачом, так как он гораздо лучше осведомлён о состоянии Вашего здоровья

- +1 Б. Постараться убедить врача в том, что вначале всё же имеет смысл провести курс лечения с помощью "уколов" и/или капельницы, а затем перейти на таблетки
- 0 В. Постараться убедить врача в том, что в Вашем случае всё же требуется делать "уколы" или ставить капельницы
- 1 Г. Сообщить врачу о том, что лечение таблетками в Вашем случае, как правило, приносит довольно слабый, нестойкий, или временный успех
- 2 Д. Постараться напомнить врачу о том, что лечиться таблетками можно и дома по справочникам, не прибегая к услугам медицинских работников

9. Вы замечаете, что на фоне проводимого, или после проведённого лечения состояние Вашего здоровья обычно:

- 1 А. Незначительно улучшается, но вскоре возвращается на прежний, неудовлетворительный для Вас уровень
- 2 Б. Толком не улучшается и, на Ваш взгляд, остаётся неудовлетворительным
- +2 В. Значительно улучшается и остаётся удовлетворительным довольно продолжительное время
- +1 Г. Значительно улучшается, но менее продолжительное время остаётся на удовлетворительном для Вас уровне
- 0 Д. Практически всегда находится на одном и том же уровне, обычно не беспокоит Вас, а потому, с Вашей точки зрения, является удовлетворительным и не требует никаких медикаментозных вмешательств.

3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЦЕНКИ РИСКА И СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АГ

В настоящее время на территории Кемеровской области действуют стандарты первичной, вторичной и третичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и артериальной гипертензии. Данные стандарты построены по единому принципу и предполагают единый механизм организации профилактической помощи населению, включающий в себя:

1. Определение потребности населения в профилактической помощи.
2. Анализ распространенности факторов риска развития заболеваний и патологических состояний.
3. Оценку организации профилактической деятельности учреждений здравоохранения.
4. Анализ системы управления и финансирования профилактической деятельности.
5. Установление стратегических целей, задач и приоритетов в организации профилактических мероприятий.
6. Определение реальной потребности населения в профилактических мероприятиях.
7. Модернизацию организации системы оказания профилактической помощи населению.

Использование данных методических рекомендаций в условиях конкретных профессиональных групп (шахтеров) позволяет усовершенствовать определение потребности населения в профилактической помощи (п.1) и анализ распространенности факторов риска развития заболеваний и патологических состояний (п.2). Кроме того, представленные методические подходы позволяют усовершенствовать оценку качества профилактической деятельности.

По итогам периодического медицинского осмотра определяется риск развития АГ с последующей стратификацией риска и выделением 5 групп наблюдения (Рис.). Работники с низким и умеренным риском развития АГ подлежат плановому обследованию и профилактике.

Работники с повышенным, высоким и очень высоким риском развития АГ подлежат более активному профилактическому воздействию. Объем и вид профилактического воздействия определяются с учетом значений КОП по факторам риска; коррекции (при возможности) подлежат факторы риска со значениями КОП более 1,00.

В целях увеличения эффективности профилактического воздействия у лиц данных групп наблюдения определяется приверженность к лечению (профилактике). У лиц с низкой приверженностью к лечению (профилактике) определяются факторы комплайенса, имеющие отрицательное значение и подлежащие коррекции. В дальнейшем, наряду с профилактическим воздействием, осуществляется коррекция данных факторов комплайенса в ходе группового и индивидуального консультирования.

Работники, вошедшие по итогам рискметрии в группу очень высокого риска развития АГ, наряду с профилактическим воздействием подлежат рассмотрению вопроса о возможности и необходимости рационального трудоустройства в пределах данного предприятия, например, в переводе в наземные профессии.

По итогам последующих периодических медицинских осмотров осуществляется мониторинг риска развития АГ и медико-социальная и экономическая оценка эффективности профилактического воздействия.

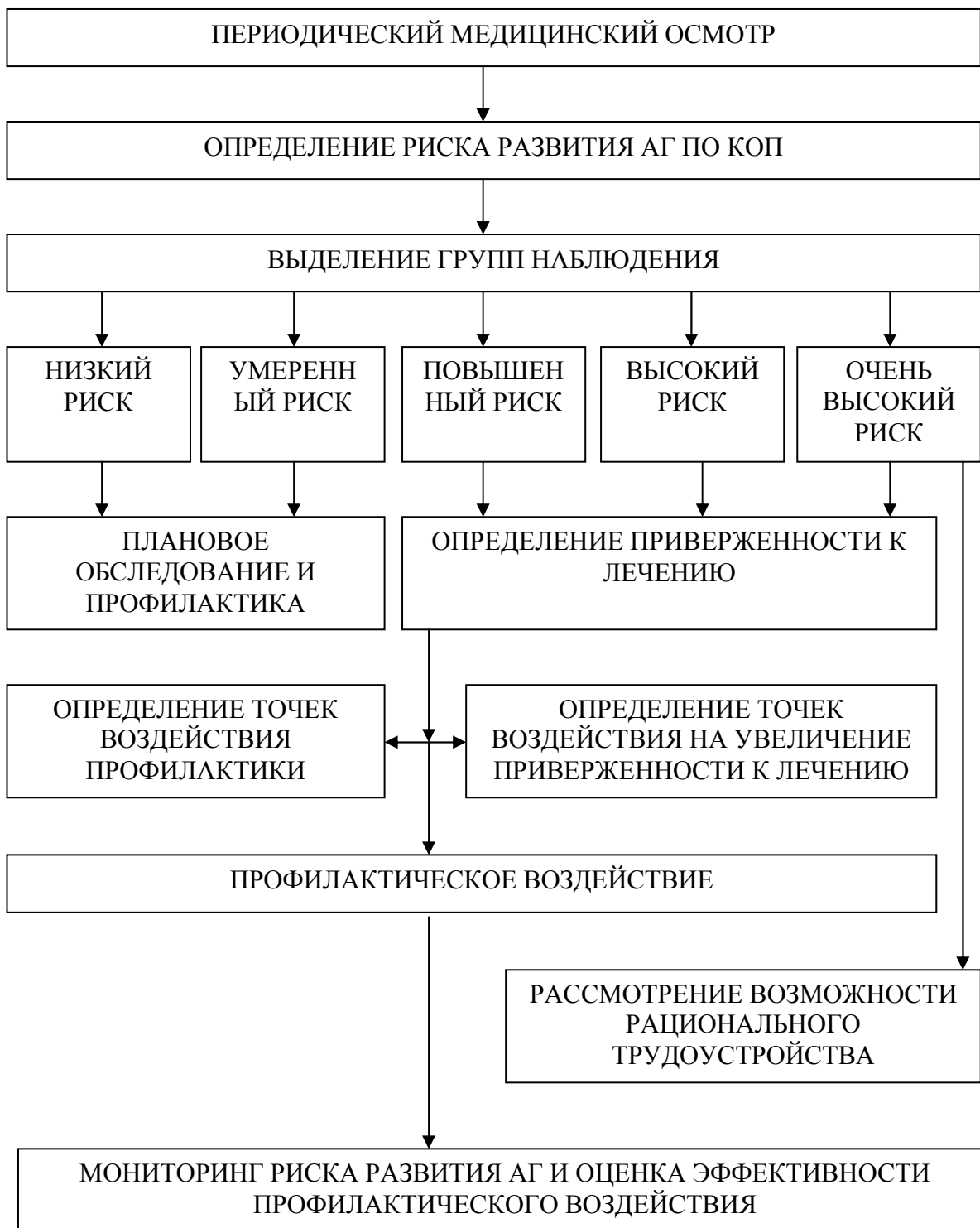


Рисунок. Модель первичной профилактики АГ в зависимости от выраженности риска и степени приверженности работника к лечению.

Для оптимизации проведения профилактических мероприятий на промышленном предприятии особое внимание следует уделить подготовке как медицинских, так и немедицинских кадров, которые будут задействованы в осуществлении программ. Медицинская служба промышленного предприятия должна играть ведущую роль в организации и проведении профилактики среди работников предприятия. При этом можно выделить основные задачи:

- использование всех возможных средств и способов пропаганды здорового образа жизни среди работников;
- активное выявление лиц с факторами риска АГ;
- проведение комплекса мероприятий по коррекции факторов риска.

Особое внимание следует уделить обучению медицинских работников по следующим направлениям:

- методам выявления факторов риска АГ среди работников предприятия;
- методикам проведения профилактических мероприятий по снижению уровней факторов риска АГ;
- организации и проведению массовых акций, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактику АГ;
- обучение персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии;
- методикам проведения групповых образовательных мероприятий в форме школ здоровья, семинаров, круглых столов и т.д.

При реализации модели профилактики необходимо обеспечить методическое сопровождение, включая:

- создание методических материалов (руководств, рекомендаций, пособий, справочников);
- фондов библио- и видеотеки по проблемам гигиенического обучения в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни.

4. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонова Г.В., Макаров С.А., Огарков М.Ю., Индукаева Е.В. Оценка уровня здоровья и приверженности к лечению артериальной гипертензии у работников угольных предприятий: Методические рекомендации. – Кемерово, 2011. – 60 с.
2. Богомолова Н.Д., Ивойлов В.М., Самсонов А.П. и др. Организационные технологии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: Учебное пособие. – Кемерово: КемГМА, 2008. – 34с.
3. Власов, В.В. Введение в доказательную медицину/ В.В. Власов. – М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
4. Давыдов С.В. Артериальная гипертензия: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни: автореф. дисс. ... к.м.н. – Казань, 2004. – 17 с.
5. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.-144 с.
6. Шиган, Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М.: Медицина, 1986. 208 с.