УДК 614.2:616-08-039.57-039.71

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ВКЛЮЧАЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Полянская И.А.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава», Кемерово, e-mail: 9609106796@mail.ru

Система профилактических мероприятий, включая индивидуальное консультирование, реализовывалась среди 550 пациентов крупных амбулаторно-поликлинических учреждений. Результаты реализации профилактических мероприятий позволили снизить распространенность факторов риска в группе наблюдения, уменьшить количество обращений за амбулаторной помощью, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, получить экономический эффект.

Ключевые слова: медицинская профилактика, здоровый образ жизни, индивидуальное профилактическое консультирование

REALIZATION OF SYSTEM OF PREVENTIVE ACTIONS, INCLUDING INDIVIDUAL PREVENTIVE CONSULTATION, AT THE OUTPATIENT STAGE

Poljanskaja I.A.

GOU ВПО « Kemerovo state medical academy Roszdrava», Kemerovo, e-mail: 9609106796@mail.ru

The system of preventive actions, including individual consultation, was realized among 550 patients of large outpatient-polyclinic establishments. Results of realization of preventive actions hase allowed to lower prevalence of risk factors in supervision group, to reduce quantity of references behind the out-patient help, disease with time disability, to receive economic benefit.

Keywords: the medical preventive maintenance, a healthy way of life, individual preventive consultation

Необходимость создания в России эффективной службы медицинской профилактики, в первую очередь неинфекционных заболеваний, обусловлена не только их высокой распространенностью и медико-социальной значимостью, но и сохраняющимся на протяжении многих лет неудовлетворительным качеством профилактической медицинской помощи в отношении этих заболеваний. Вместе с тем в функционировании службы первичной медицинской помощи имеются неиспользованные резервы [2, 3].

Научно-практические профилактические программы, проводившиеся как в нашей стране, так и за рубежом, показали возможность улучшения некоторых показателей здоровья населения, в частности снижение смертности и частоты сердечно-сосудистых заболеваний путем выявления и коррекции отдельных факторов риска или их сочетаний [1, 4, 5].

Цель исследования. Разработка эффективных организационных технологий индивидуального профилактического консультирования для лиц с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Материал и методы исследования

Пилотными объектами для внедрения организационных технологий индивидуального профилактического консультирования служили амбулаторно-поликлинические учреждения с числом посещений в смену от 300 до 1300. Объектом исследования являлись пациенты, обращающиеся за медицинской и консультативной помощью, в количестве 550 человек. Для определения эффективности профилактических мероприятий пациенты делились на группы наблюдения и сравнения.

Индивидуальное профилактическое консультирование проводилось в кабинете медицинской профилактики. В формировании потока пациентов участвовали участковые терапевты, врачи общей практики, врачи дневного стационара, врачи-специалисты, а также врачи отделения реабилитации. Они направляли пациентов, которые обращались за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение.

Система оздоровительных мероприятий, включая индивидуальное профилактическое консультирование, основана на выявлении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, оценке общего фатального риска, их коррекции и определении эффективности профилактических мероприятий. Данная методика была разработана для пациентов, имеющих факторы риска заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни.

С целью выявления факторов риска была разработана «Карта индивидуального профилактического консультирования», в которую включены, помимо анкетных данных вопросы питания, физической активности, наличия вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), психоэмоционального состояния, организации труда и отдыха. Из объективных данных измерялось артериальное давление, определялся индекс массы тела, уровень холестерина и сахара крови.

Индивидуальная оценка фатального риска, т.е. возможность умереть в ближайшие 10 лет от ишемической болезни сердца, атеросклероза периферических сосудов и мозговых артерий у лиц без клинических проявлений перечисленных заболеваний,

проводилась по таблице «SCORE» (Systemic Coronary Risk Evaluation).

С учетом выявленных факторов риска для пациентов групп низкого и среднего риска давались индивидуальные рекомендации по коррекции, создавалась мотивация на соблюдение назначений врача.

Для больных, состоящих на диспансерном учете, которые в результате исследования были отнесены к группам высокого и очень высокого риска, разрабатывались профилактические программы.

По результатам консультирования формировалась база данных пациентов с конкретными нозологическими формами. Пациентам назначались сроки и время проведения оздоровительных процедур, лечебной физкультуры. Также указанные лица участвовали в работе «Коронарного клуба», «Школы гипертоника».

Важным моментом индивидуального профилактического консультирования являлось ведение дневников самоконтроля пациентами с различной патологией, выдача памяток, буклетов с перечнем продуктов для нормализации уровня холестерина, по самоконтролю при физических нагрузках и другой литературы.

После индивидуального консультирования и оздоровительных процедур с пациентами проводились повторные беседы с целью поддержания мотивации на здоровый образ жизни, анализировались возникающие препятствия, корректировались диета и физическая нагрузка. По электронной почте производилась рассылка информационных материалов и общение с пациентами.

В амбулаторно-поликлиническом учреждении, в котором отсутствует кабинет медицинской профилактики, индивидуальное профилактическое консультирование проводилось в дневном стационаре. Работа врача гигиенического воспитания строилась на принципах взаимодействия с врачом – терапевтом дневного стационара. Существенным положительным моментом в данном случае являлось то, что на приеме терапевт корректировал антигипертензивную терапию, назначал лечение гиперхолестеринемии, определял необходимый объем исследований, а также наблюдал пациента в течение срока его пребывания в дневном стационаре. Врач гигиенического воспитания после проведения индивидуальной коррекции факторов риска, создания мотивации на соблюдение врачебных рекомендаций, мог контролировать и корректировать действия пациента в отношении поведенческих факторов риска на протяжении всего времени лечения в дневном стационаре.

После проведения профилактической программы оценивались динамика факторов риска, уровень информированности, частота обращений за медицинской помощью.

Статистическая обработка результатов исследования заключалась в расчете интенсивных и экстенсивных относительных показателей, проведении стандартизации. Для доказательства статистической значимости результатов исследования использовался пакет прикладных лицензионных программ «Statistica», версия 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006B092218FAN11). Изначально определялся характер распределения методом Шапиро–Уилка. Полученные данные не соответствовали нормальному распределению, поэтому при их обработке применялся непараметрический критерий Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение

Внедрение системы оздоровительных мероприятий позволило рассчитать медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

После проведения комплекса профилактических мероприятий, в т.ч. индивидуального профилактического консультирования, в группе наблюдения снизилась распространенность таких факторов риска, как низкая физическая активность (с 51,4 ± 2,1 до 23,0 ± 1,8 случая на 100 обследованных), нерациональное питание (с 65,9 ± 2,0 до 31,5 ± 2,0 случая на 100 обследованных), избыточное потребление соли (с 41,8 ± 2,1 до 15,7 ± 1,6 случая на 100 обследованных), избыточное потребление жиров (с 59,1 ± 2,0 до 21,8 ± 1,8 случая на 100 обследованных). Уменьшилось число лиц с уровнем холестерина выше 5,2 ммоль/л (с 44,9 ± 2,1 до 15,1 ± 1,5 случая на 100 обследованных), с уровнем сахара выше 6,1 ммоль/л (с 30,3 ± 2,0 до 16,8 ± 1,6 случая на 100 обследованных) ($T = 0,00$; $p = 0,000$).

Нормальные уровни артериального давления в начале исследования имели 11,3 ± 1,3 % пациентов группы наблюдения и 14,3 ± 1,4 % пациентов группы сравнения. Через 12 месяцев наблюдения доля пациентов с нормальным уровнем артериального давления выросла до 54,2 ± 2,1 % в группе наблюдения ($T = 0,00$; $p = 0,000$), в группе сравнения осталась на прежнем уровне ($T = 0,00$; $p = 0,062$).

В группе наблюдения после комплекса профилактических мероприятий снизилось количество обращений за амбулаторной помощью с 936 ± 1,8 посещений до 552 ± 1,9 посещений на 100 обследованных ($T = 0,00$; $p = 0,000$). Выросло число посещений с профилактической целью до 273 ± 1,6 на 100 обследованных. Уменьшилось количество госпитализаций с 31 ± 2,9 до 17 ± 2,3 случая на 100 обследованных ($T = 0,00$; $p = 0,000$). Количество вызовов скорой медицинской помощи по поводу обострения хронической патологии снизилось с 37 ± 3,0 до 11 ± 1,9 случая на 100 обследованных ($T = 0,00$; $p = 0,000$).

Число случаев временной нетрудоспособности в группе сравнения уменьшилось с 91 ± 1,8 до 57 ± 3,1 на 100 обследованных ($T = 0,00$; $p = 0,000$), число дней нетрудоспособности сократилось с 1729 ± 1,8 до 1083 ± 1,6 на 100 обследованных ($T = 0,00$; $p = 0,000$).

В группе сравнения значимых изменений не произошло.

Внедрение системы оздоровительных мероприятий, включая индивидуальное

профилактическое консультирование, позволило получить экономический эффект на сумму 69948 руб. на 100 обследованных пациентов. При оценке по методике «затраты – выгода» на 1 руб. затрат получена выгода в 0,17 руб.

Выводы

1. С целью повышения качества профилактической помощи населению в первичном звене здравоохранения необходимо внедрение стратегии профилактики высокого риска развития хронических неинфекционных заболеваний, нацеленной на определение общего суммарного риска и проведение мероприятий по его коррекции. Указанный показатель необходимо использовать в качестве индикатора эффективности профилактических мероприятий.

2. Большая роль в реализации организационных технологий медицинской профилактики на уровне первичного звена здравоохранения отводится взаимодействию всех подразделений учреждения, при этом организационно-методическая функция возлагается на кабинеты или отделения медицинской профилактики. Планирование деятельности по медицинской профилактике и разработка комплекса профилактических мероприятий для каждого пациента должны осуществляться с использованием электронной базы данных диспансерных больных лечебного учреждения и прикрепленного населения.

3. В целях совершенствования деятельности по профилактике заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни, оценку осуществлять с учетом конечных результатов деятельности и определения медицинской, социальной и экономической эффективности проводимых оздоровительных мероприятий, включая индивидуальное профилактическое консультирование.

Список литературы

1. Лушка П. Стратегия профилактики: популяционная и в группах риска. Результаты и опыт Северокарельского проекта / П. Лушка, Т. Лаатикайнен // Российский семейный врач. – 2000. – № 4. – С. 4–8.

2. Организация и координация работы по профилактике заболеваний и укреплению здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи (организационно-функциональная модель) / Р.Г. Оганов, А.М. Калинина, Л.Е. Сырцова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 3. – С. 3–8.

3. Оганов Р.Г. Управление качеством профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения / Р.Г. Оганов, А.М. Калинина // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – № 2. – С. 3–8.

4. Оганов Р. Г. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Профилактическая медицина. – 2009. – Т. 12, № 6. – С. 3–7.

5. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.

Рецензенты:

Богомолова Н.Д., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России , г. Кемерово;

Царик Г.Н., д.м.н., профессор, директор НОУ «Кемеровский институт социально-экономических проблем здравоохранения», г. Кемерово.

Работа поступила в редакцию 31.05.2011.