

**Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОПТИМІЗАЦІЇ
ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ
ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

(методичні рекомендації)

(121.15/207.15)

Київ-2015

**Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

«Узгоджено»

В.о. директора Медичного
департаменту МОЗ України



В.В. Кравченко

« 13 » 09 2015р.

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОПТИМІЗАЦІЇ
ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ
ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
(методичні рекомендації)**

(121.15/207.15)

Київ-2015

Установа розробник:

ДВНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Укладачі:

д.мед.н., професор Сидорчук Л. П. (0372) 54-73-13

д.мед.н., професор Шкробанець І. Д. (03722) 3-13-85

Бідучак А. С. (03722) 3-13-85

д.мед.н., професор Білецький С. В. (0372) 54-73-13

Рецензент:

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності загальна практика – сімейна медицина МОЗ України, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика,

д.мед.н., професор Матюха Л. Ф.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
Вступ	6
Стратегія первинної профілактики хвороб системи кровообігу	8
Функціонально-організаційна модель профілактики хвороб системи кровообігу на рівні первинної медико-санітарної допомоги	14
Висновки	21
Перелік рекомендованої літератури	22
Додаток 1. Анкета по проблемам здорового способу життя	24
Додаток 2. Карта обліку та профілактики чинників ризику виникнення хвороб системи кровообігу	25

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ	амбулаторія загальної практики – сімейної медицини
АТ	артеріальний тиск
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПСМ	загальна практика – сімейна медицина
ЗСЖ	здоровий спосіб життя
ІМТ	індекс маси тіла
ЛПНЩ	ліпопротеїди низької щільності
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ССР	серцево-судинний ризик
ССЗ	серцево-судинні захворювання
ЦД 2	цукровий діабет 2-го типу
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ХСК	хвороби системи кровообігу
ШЗ	школи здоров'я
ПЧР	поведінкові чинники ризику

ВСТУП

Несприятлива демографічна ситуація в Україні, значною мірою зумовлена хворобами системи кровообігу (ХСК), які істотно впливають на основні показники здоров'я населення (Навчук І.В., 2009, Барна О.М., 2010, Зозуля І.С., 2011, Заремба Є.Х., 2012, Горбась І.М., 2013, Коваленко В.М., 2014). Постійне зростання загальної смертності населення і зниження очікуваної тривалості життя викликають серйозну тривогу і свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних заходів.

Причиною, що формує глобальний тягар ХСК є поведінкові чинники ризику (ПЧР) (тютюнопаління, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, надлишкова маса тіла, низька фізична активність). Більше 56% населення працездатного віку має ті чи інші чинники ризику, причому у половини осіб цієї групи чинники ризику зустрічаються в різноманітних поєднаннях, у результаті чого сумарний ризик виникнення захворювання значно збільшується. Ця категорія людей потребує не тільки загальних знань щодо здорового способу життя, а й індивідуальних порад лікаря з профілактики ХСК.

У професійній діяльності сімейний лікар спілкується не тільки з хворими, а й з членами їхніх родин різної статі та віку, застосовує консультативний прийом, чи візит до хворого як «інструмент» впливу на спосіб життя пацієнта. Пояснюючи значення здорового способу життя для здоров'я пацієнта та його родини, акцентуючи увагу на актуальних психологічних та соціальних проблемах, даючи компетентні поради з урахуванням освітньо-кваліфікаційного рівня. Профілактична робота з сім'єю, як цілісною соціальною групою, особливо важлива, оскільки під впливом родинного мікроклімату формуються основи способу життя. Підтримка сім'ї у прагненні підтримати та зміцнювати здоров'я, попереджувати його порушення підвищує ефективність і дієвість профілактичних втручань лікаря ЗПСМ, сприяє усвідомленню родинною цінності здоров'я.

У профілактичній медицині, особливо на рівні первинної профілактики, сімейному лікарю доводиться мати справу найчастіше з практично здоровими пацієнтами, які не скаржаться на своє здоров'я, але мають шкідливі звички, що

вимагає профілактичного втручання і має принципові відмінності від спілкування з хворими людьми. У цій ситуації завдання лікаря – переконати пацієнта в необхідності його оздоровлення та відмові від шкідливих звичок.

Методичні рекомендації розроблені з урахуванням діючих нормативно-правових актів та ґрунтуються на результатах власних наукових досліджень, окремі з яких є фрагментом планової комплексної наукової роботи кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету «Гемодинамічні, метаболічні, генетичні особливості артеріальної гіпертензії у поєднанні з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом типу 2: ефективність комбінованої антигіпертензивної, метаболітотропної та вазоактивної терапії на стаціонарному і амбулаторному етапах лікування» (№ державної реєстрації 0113U0040370, термін виконання 2014-2017 рр.). За спеціальною програмою (додаток 1) на базі ЦРЛ та ЛПЗ Чернівецької області впродовж 2011-2013 рр. обстежили репрезентативну групу 1656 осіб з метою з'ясування відношення населення до ЗСЖ. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась на 100 опитаних та похибки ($\pm m$). Оцінка достовірності різниці отриманих результатів дослідження та перевірка нульової гіпотези здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності χ^2 (критерій Пірсона) і визначення за таблицею точності безпомилкового прогнозу (р).

Метою методичних рекомендацій є розробка комплексних заходів первинної профілактики ХСК з урахуванням попередження шкідливих звичок (тютюнофаління, зловживання алкоголем, гіперхолестеринемії, надлишкової маси тіла, низької фізичної активності) на рівні медичного працівника первинної ланки охорони здоров'я – сімейного лікаря та медичної сестри загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ).

Методичні рекомендації призначені для лікарів ЗПСМ, терапевтів, лікарів-інтернів, керівників органів і закладів охорони здоров'я та їх заступників.

Методичні рекомендації підготовлені в Україні вперше.

СТРАТЕГІЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Виділяють *три стратегії* профілактики ХСК:

- популяційну;
- стратегію високого ризику;
- вторинну профілактику.

Ці три стратегії доповнюють одна другу. Стратегія «популяційна» має ключове значення для зниження серцево-судинної захворюваності (ССЗ), оскільки вона припускає зменшення чинників ризику на рівні всієї популяції за рахунок зміни способу життя і не вимагає високовартісного діагностичного медичного обстеження. Дві інші стратегії направлені на зниження серцево-судинної ризику (ССР) у пацієнтів групи високого ризику (первинна профілактика) і хворих на ХСК високого та вкрай високого ризику (вторинна профілактика). Первинну профілактику проводять у здорових та практично здорових.

Мета первинної профілактики хвороб системи кровообігу

Значення серцево-судинної профілактики полягає в зниженні захворюваності та смертності у пацієнтів з високим абсолютним ризиком і збереженні низького ризику у пацієнтів, у яких є низька вірогідність розвитку несприятливих результатів.

Завдання профілактики серцево-судинних захворювань:

1. Збереження низького ССР і зниження високого та вкрай високого ризику.

2. Досягнення наступних цільових значень чинників ризику:

- припинення куріння;
- припинення зловживання алкогольних напоїв;
- здорове харчування;
- регулярні фізичні навантаження ≥ 30 хвилин на день;
- досягнення індексу маси тіла (ІМТ) < 25 кг/м²;
- боротьба з абдомінальним (центральною) ожирінням;

- зниження АТ < 140/90 мм рт. ст.;
- зниження загального холестеролу < 5,0 ммоль/л для осіб із помірним ССР;
- зниження холестеролу ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) < 3 ммоль/л для осіб із помірним ССР;
- глюкоза крові < 6,1 ммоль/л.

3. Постійний контроль чинників ризику у пацієнтів, що відносяться до групи:

- вкрай високого і високого ризику, особливо за наявності ССЗ або цукрового діабету (ЦД);
- АТ < 130/80 мм рт. ст., якщо можливо;
- рівень загального холестерину < 4,5 ммоль/л для осіб високого ССР, чи < 4,0 ммоль/л для пацієнтів вкрай високого ССР, відповідно;
- рівень ХС ЛПНЩ < 2,5 ммоль/л для осіб із високим ССР, < 1,8 ммоль/л і/або $\geq 50\%$ зниження ХС ЛПНЩ для осіб із вкрай високим ССР;
- рівень глюкози плазми натще < 6,1 ммоль/л, глікованого гемоглобіну (HbA1c) < 6,5%.

Ефективність контролю за загальним ССР ґрунтується на довірчих відносинах між лікарем і пацієнтом. Партнерські відносини між сімейним лікарем і пацієнтом сприяють підвищенню прихильності до немедикаментозних та медикаментозних методів профілактики. Пацієнти, як правило, вважають лікаря найбільш надійним джерелом інформації про здоров'я. Лікар при спілкуванні з хворим повинен поінформувати його про зв'язок між хворобою і способом життя, необхідності змін останнього за наявних шкідливих звичок – відмові від куріння, підвищенні фізичної активності, необхідності здорового харчування, тощо. Профілактику чинників ризику проводять як при зверненні пацієнта з приводу захворювання, так при будь-яких інших відвідинах (звернення з приводу довідки, вакцинації, диспансерний огляд і т.д.) із записом даних у листок поточних спостережень «Медичної карти амбулаторного хворого – ф.025/о» і відміткою в «Статистичному талоні для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів» – ф.025-2/о в графі «Заключний діагноз».

Тютюнопаління

F.17 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання тютюну

Z72.0 Пролеми, що пов'язані зі способом життя

Профілактика тютюнопаління включає:

1. *Визначення індивідуального ризику*

- споживання тютюну
- оцінка рівня тютюнової залежності і навичок відмови від куріння:
 - стаж куріння;
 - кількість викурюваних сигарет на день;
 - час викурювання першої ранішньої сигарети після пробудження;
 - досвід відмови від куріння.

2. *Профілактичні заходи щодо зниження споживання тютюну:*

- 1) бесіда по відмові від куріння;
- 2) консультації по застосуванню нікотин-замісної терапії, психологічній підтримці, дієтотерапії, фізичній активності;
- 3) групові заняття по відмові від куріння (Школи здоров'я).

Вживання алкоголю в небезпечних дозах

F.10 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю

Кількість алкоголю, що вживається, виражають в мілілітрах у перерахунку на чистий спирт: 10 мл чистого спирту відповідає 285 мл звичайного пива, 120 мл столового вина, 60 мл кріпленого вина або 25 мл горілки.

Оцінка індивідуального ризику:

- визначення об'єму і частоти споживання спиртних напоїв;
- визначення ступеня споживання алкоголю. Дози споживання алкоголю для чоловіків 35-65 років понад 140 мл алкоголю в тиждень, для жінок і літніх людей – понад 80 мл алкоголю в тиждень, є небезпечними.

Профілактичні заходи:

- 1) бесіда про шкоду споживання алкоголю і конкретних переваг відмови від алкоголю. Порада із зниження доз алкоголю;

- 2) консультації по зниженню небезпечних доз споживання алкоголю;
- 3) групові заняття по зниженню небезпечних доз споживання алкоголю (Школи здоров'я);
- 4) консультації нарколога, психотерапевта для осіб з алкогольною залежністю

Нераціональне харчування

Е 63 Недостатність харчування

Е 64 Наслідки недостатнього харчування та інших харчових недостатностей

Оцінка індивідуального ризику:

- кількість овочів і фруктів в раціоні харчування менше 400 г на добу;
- вживання смаженої їжі з додаванням жиру більше 3 разів на тиждень;
- використання при приготуванні їжі тваринного жиру;
- вживання солі більше 4-6 г на добу.

Основні принципи раціонального харчування

1. Вживання овочів і фруктів повинне складати не менше 400 г в день.

2. Заміна:

- насичених жирів (тваринного походження) ненасиченими рослинними оліями (оливкова, соняшникова, соєва та інші) або м'якими маргаринами

- жирного м'яса рибою, курячим, або нежирним, пісним м'ясом (телятина).

Зниження споживання шинки, ковбас і бекону, або повна відмова від них.

3. Вживання молока і молочних продуктів із низьким вмістом жиру (кефір, нежирне кисле молоко, йогурти і сири з низьким вмістом жиру).

4. Вживання цукру не більше 60 г в день, йодованої солі не більше 4-6 г на добу, використання муки, збагаченої залізом і фолієвою кислотою.

5. Дотримання режиму харчування з обов'язковим гарячим сніданком і обідом.

6. Відмова від фаст-фуд продуктів.

Гіперхолестеролемія

E 78 Порушення обміну ліпопротеїдів і інші ліпідемії

Відповідно до національних (2012) та Європейських рекомендацій ESH (2013) за нормальні ("цільові") показники загального холестеролу приймають $\leq 5,0$ ммоль/л.

Групи ризику по гіперхолестеролемії:

1. Вік старше 40 років із двома і більше чинниками ризику: курінням, високим артеріальним тиском (АТ), ожирінням, діабетом, низькою фізичною активністю
2. Наявність в анамнезі передчасної смерті членів сім'ї у віці до 50 років від ІХС або інфаркту міокарду
3. Сімейна гіперхолестеролемія ($> 7,8$ ммоль/л)
4. Наявність множинних ксантом.

Профілактичні заходи:

- 1) дієта з низьким споживанням жирів, високим вмістом клітковини і вітамінів;
- 2) застосування фармацевтичних препаратів, що знижують рівень холестерину;
- 3) консультації по зниженню чинників ризику: куріння, високого АТ, ожиріння, діабету, низької фізичної активності.

Надлишкова маса тіла

E65 Місцеве ожиріння

E66 Ожиріння

E67 Інші види надмірного харчування

E68 Наслідки надмірного харчування

Індекс Кетле (ІМТ) більше $25,0-29,9$ кг/м² є показником надмірної маси тіла (за винятком вагітних, що годують і спортсменів з сильно розвинутою мускулатурою).

Оцінка індивідуального ризику. Визначення індексу Кетле по формулі:

Індекс Кетле = вага в кг / (зріст у м²)

Профілактичні заходи:

- 1) гіпокалорійне харчування.
- 2) збільшення фізичної активності.
- 3) припинення куріння, обмеження споживання спиртних напоїв.

Низька фізична активність

Z 72.3 Недостатність фізичної активності

Ризик по низькій фізичній активності

Частота занять фізичними навантаженнями, рекомендовані ВООЗ

Вік	Частота фізичного навантаження	Тривалість
Молодий вік (до 29 років)	5 раз на тиждень	від 30 до 60 хв. на день
Середній вік (30-60 років)	5 раз на тиждень	від 20 до 30 хв. на день
Похилий вік (старше 60 років)	2-3 рази на тиждень	від 20 до 30 хв. на день; (або по 10 хв. 3 рази)

Мінімальний рівень фізичної активності досягається за регулярних занять, при яких спалоється близько 150 ккал на день, що еквівалентно 15 хв підйому по сходах, 15 хв бігу (1,5-2 км), 20 хв плавання, 30 хв ходьби пішки, або 15 хв ритмічного танцю.

Профілактичні заходи:

- 1) порада про користь фізичної активності;
- 2) рекомендації по фізичному навантаженню залежно від супутньої патології і фізичної підготовки.

ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПМОГИ

Протягом останніх десятиріч в Україні фіксується істотне погіршення стану здоров'я населення, що відображається у зростанні рівня захворюваності, смертності та скороченні тривалості життя. Не сприяє збереженню здоров'я й високий рівень вживання спиртних напоїв, тютюнопаління, проблема здорового харчування.

Стан здоров'я людини залежить не тільки від біологічних факторів, навколишнього та соціального середовища, а й від того, чи становить власне здоров'я людини для неї цінність. Саме це визначає, якою мірою людина готова піклуватися про нього, дотримуватися здорового способу життя, значною мірою, обізнаності щодо чинників, які визначають стан здоров'я.

Встановлено, низький рівень проведення сімейним лікарем ($11,3 \pm 1,3\%$) профілактичної роботи з питань ЗСЖ. Більшість респондентів ($74,5 \pm 1,4\%$) потребує знань з профілактики хронічних захворювань, що свідчить про необхідність активного втручання медичного працівника у процес виявлення, постійного моніторингу й корекції поведінкових чинників ризику.

Серед основних джерел отримання інформації стосовно ЗСЖ респонденти зазначили, що дану інформацію вони отримують з Інтернету ($50,3 \pm 1,2\%$) і тільки $11,4 \pm 1,9\%$ – з індивідуальної бесіди з лікарем. Респонденти зазначають ($63,3 \pm 2,0\%$) про необхідність підвищення доступності інформації щодо профілактики ХСК під час прийому в лікувальних закладах.

Дослідження мети відвідування пацієнтами сімейного лікаря показало, що з приводу лікування хронічного захворювання до лікаря звертається – $40,3 \pm 1,5\%$ пацієнтів, обстеження, проведення аналізів та діагностичних процедур – $35,7 \pm 1,8\%$, виписка рецептів – $16,8 \pm 1,3\%$, профілактичний огляд – $10,6 \pm 1,4\%$, диспансеризація – $17,7 \pm 1,7\%$.

Аналізуючи пропагандиську діяльність лікарями та середнім медичним персоналом (табл. 1) виявлено зниження показника серед прочитаних лекцій та

проведених бесід. Так, кількість лекцій та бесід прочитаних всього у 2013 р. в порівнянні з 2011 р. знизилась на 19,4% та 28,0%, а у середнього медперсоналу

Таблиця 1

**Показники пропагандиської діяльності медпрацівників
Чернівецької області**

Заходи	2011 р.	2013 р.	Темп приросту показника до 2011 р.
Лекцій всього	37137	29924	-19,4
Лекцій на 1 зайняту посаду лікаря	10,9	9,0	-17,4
Бесіди лікарів	120401	86746	-28,0
Бесіди на 1 зайняту посаду лікаря	3,4	3,1	-8,8
Бесіди середнього медперсоналу	180716	189342	+4,8
Бесіди на 1 зайняту посаду середнього медперсоналу	1,7	1,5	-11,8

спостерігається зростання (4,8%) показника, що свідчить про активне втручання медичних сестер у санітарно-освітню роботу серед населення області.

Але, якщо проаналізувати % охоплення лекціями та бесідами усього населення області (табл. 2) лікарями та середнім медичним персоналом, то дані не

Таблиця 2

**Загальна кількість населення Чернівецької області
здіяяних під час пропагандиської діяльності**

Заходи	2011 р. (кількість осіб)	2013 р. (кількість осіб)	Темп приросту показника до 2011 р.
Лекції	404327	270767	-33,0
Бесіди	551460	451000	-18,2
Бесіди середнього медперсоналу	304650	281738	-7,5

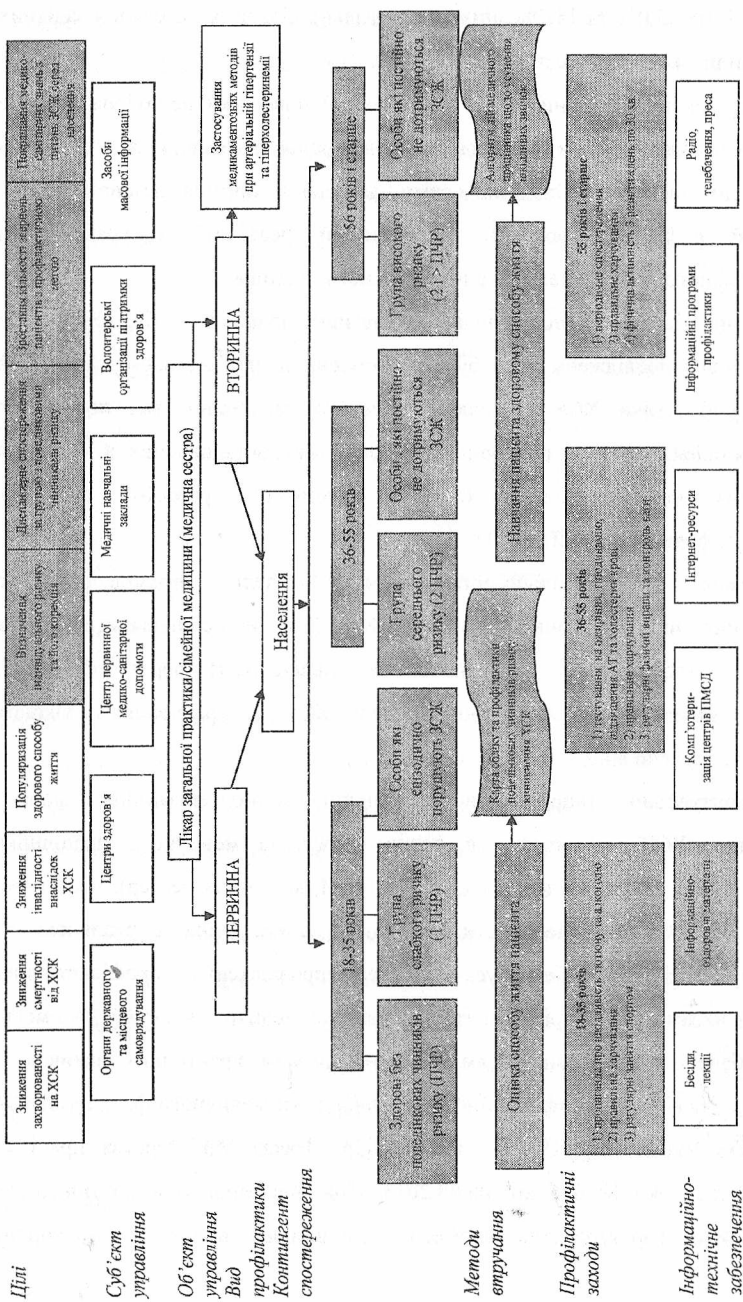
дуже втішні: на 33,0% та 18,2% знизилась загальна кількість населення задіяних до пропагандистської діяльності.

Отже, для пропагування ЗСЖ та безпечної поведінки необхідна система постійної санітарної освіти та гігієнічного навчання населення за допомогою медиків, психологів, представників освіти, державних органів самоврядування, послідовної розробки програми ЗСЖ та її реалізації з урахуванням міжсекторального, міжгалузевого та інтегрального підходів.

Тому, на підставі аналізу діючих нормативно-правових актів, власних та інших наукових досліджень нами була розроблена функціонально-організаційна модель профілактики ХСК в практиці сімейної медицини, яка передбачає визначення цілей, первинну та вторинну профілактику, встановлення об'єктів для застосування профілактичних технологій, виконавців, розробку основних напрямків та форм реалізації (рис.1).

Напрямок функціонально-організаційної моделі спрямований на попередження чинників ризику розвитку ХСК та їх медико-соціальних наслідків (зниження захворюваності, смертності та інвалідності) через реалізацію комплексу заходів первинної профілактики ХСК з урахуванням вікових особливостей.

Концептуально запропонована функціонально-організаційна модель профілактики ХСК орієнтована в першу чергу на медичного працівника первинної ланки охорони здоров'я (лікаря ЗПСМ, медичних сестер), наступний рівень застосування – спеціалісти вторинної ланки. Вона є реальною до виконання, оскільки забезпечує широке впровадження профілактичних технологій насамперед на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги, що передбачено низкою знань, вмій та володінням практичних навичок із урахуванням освітньо-кваліфікаційної характеристики медичного фахівця ЗПСМ (наказ МОЗ України № 191 від 05.05.2003р.; Наказ Міністерства праці та соціальної політики № 686 від 05.08.2013 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційної характеристик професій працівників» випуск 78 «Охорона здоров'я»).



У результаті аналізу впливу медичних працівників на поведінкові чинники ризику, нами була розроблений алгоритм дій медичного працівника щодо усунення шкідливих звичок у пацієнта (рис.2).

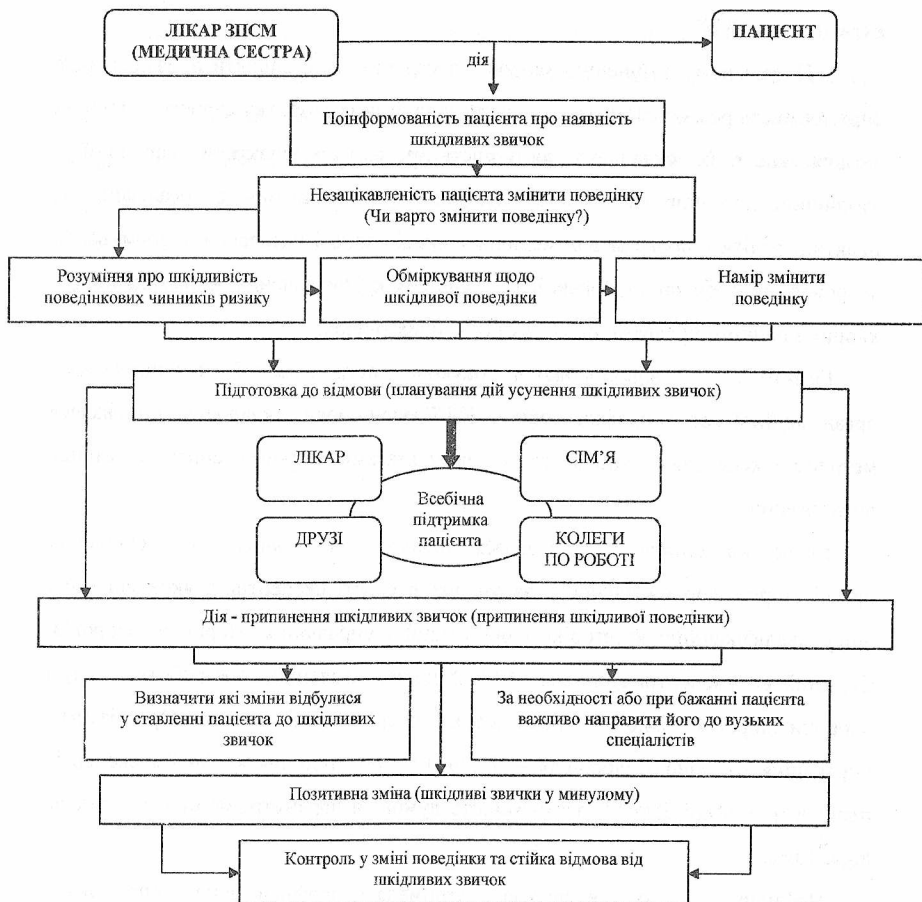


Рис 2 . Алгоритм дій медичного працівника щодо усунення шкідливих звичок пацієнта

Аналізуючи вищенаведене розроблено «Карту обліку та профілактики чинників ризику виникнення хвороб системи кровообігу» (додаток 2), яка передбачає чотирьохступеневий рівень оцінки (на початку навчання ЗСЖ, через 1 місяць, 6 місяців та 1 рік) профілактики серцево-судинного ризику з урахуванням

виявлення та попередження шкідливих звичок, що відображає сучасні тенденції у охороні здоров'я і дозволяє медичному працівнику спрогнозувати ризик виникнення ХСК, а прогностична інформація для пацієнта стимулювати його активність до ЗСЖ.

Подальшому зміцненню здоров'я населення буде сприяти профілактична спрямованість розроблених заходів щодо запобігання розвитку серцево-судинних захворювань та їх ускладнень, доступність програм профілактики (первинної та вторинної) для широких верств населення; удосконалення та реалізація на практиці освітніх програм для медичних працівників і населення з формування здорового способу життя, корекції факторів ризику, визначення рекомендацій для хворих з ранніми проявами розвитку шкідливих звичок.

Ефективність запропонованої науково обґрунтованої функціонально-організаційної моделі профілактики ХСК і її якісно нових складових оцінювалася методом експертних оцінок та за результатами впровадження на етапах дослідження.

Експертна оцінка здійснювалася шляхом опитування 34 досвідчених організаторів охорони здоров'я, залучених в якості експертів, з яких всі мали вищу кваліфікаційну категорію з організації і управління охороною здоров'я. Середній вік експертів становив $54,5 \pm 1,5$ років, загальний стаж роботи в галузі охорони здоров'я – $24,05 \pm 1,5$ роки, в тому числі за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» – $17,46 \pm 1,56$ рр., при цьому 38,3% експертів працюють в сфері ЗП/СМ. Узгодженість думок за параметрами моделей складала $88,4 \pm 1,6\%$.

Найвищу оцінку експертів отримала профілактична спрямованість функціонально-організаційної моделі роботи медичного працівника з профілактики ХСК в практиці медичного працівника (в середньому 9,62 бала. Згідно висновків експертів, запропонована модель відповідає принципам комплексності (8,80) балів, етапності (9,32) і спадкоємності (8,74, пріоритетності – (9,91) балів і доступність для населення (9,47). Значимість закладених в основу моделі профілактики

поведінкових чинників ризику популяційних і цільових заходів для досягнення намічених цілей експерти оцінили у 9,15 балів.

У 9,26 бали оцінено важливість для здійснення постійного моніторингу поведінкових чинників ризику прогнозування індивідуального рівня ризику хвороб системи кровообігу та формування груп ризику. Доцільним (9,35) також, на думку експертів, є залучення до диспансерного спостереження вузьких спеціалістів (ендокринолога, нутріціоніста, психіатра, нарколога), допоміжних діагностичних можливостей відповідних ЛПЗ.

ВИСНОВКИ

Обґрунтовано та розроблено комплексну функціонально-організаційну модель профілактики ХСК в практиці сімейного медицини, що дає можливість цілеспрямовано формувати групу диспансерного спостереження з поведінковими чинниками ризику, за допомогою «Карти обліку та профілактики чинників ризику виникнення хвороб системи кровообігу» на підставі оцінки індивідуального ризику пацієнта з урахуванням його вікових особливостей без залучення додаткового обладнання та коштів й визначає роль медичного працівника у здійсненні активної профілактики щодо шкідливих звичок.

Прогностична ефективність запропонованих нововведень підтверджена шляхом експертних оцінок досвідчених організаторів охорони здоров'я, за узгодженою думкою яких впровадження моделі у практику охорони здоров'я матиме позитивний медико-соціальний та економічний ефект зросте виявлення груп ризику ($94,33 \pm 2,7\%$), покращаться медико-санітарні знання ($82,66 \pm 3,4\%$) зросте задоволеність населення профілактичними послугами ($77,00 \pm 2,3\%$).

Перелік рекомендованої літератури

1. Александров А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с детства: проблемы, успехи /А.А. Александров // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 11 (2). – С. 96–103.

2. Бідучак А.С. Первинна профілактика як основа первинної медичної допомоги / А.С. Бідучак // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави», м. Одеса, 05–06 квітня 2013 р. – С. 85–87.

3. Бидучак А.С. Современные аспекты профилактики неинфекционных заболеваний / А.С. Бидучак // Материалы международной научно-практической конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине», г. Ереван. – 2013. – С. 286.

4. Бидучак А.С. Оптимизация профилактики поведенческих факторов риска / А.С. Бидучак // Вестник Алма-Атинского государственного университета усовершенствования врачей – 2014. – № 1. – С. 95–97.

5. Бідучак А.С. Оптимізація профілактики поведінкових чинників ризику в практиці медичного працівника/ А.С. Бідучак // Лікарська справа – 2015. – № 1-2 (1133). – С. 112–115.

6. Житникова Л. Методические подходы к системе формирования здорового образа жизни / Л. Житникова, М. Елистратова, Н. Топчий // Вестник семейной медицины. – 2010. – № 1. – С. 22–26.

7. Заремба Є.Х. Роль сімейного лікаря в профілактиці серцево-судинних захворювань // Є.Х. Заремба, А.С. Бесєдіна // Сімейна медицина. – 2012. – № 1. – С. 48–50.

8. Коваленко В.М. Виконання державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // Укр. кардіол. журн. – 2010. – № 6. – С. 7-12.

9. Коваленко В.М. Метаболічний синдром: механізми розвитку, значення як фактора серцево-судинного ризику, принципи діагностики та лікування / В.М.

Коваленко, Т.В. Талаєва, А.С. Козлюк // Укр. кардіол. журн. – 2013. – №5. – С. 80-87.

10. Литовченко І.М. Особливості андрагогічної моделі навчання за М. Ноулзом / І.М. Литовченко // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2011. – № 4. – С. 172–181.

11. Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Наказ МОЗ України від 24.05.2012 №384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» / Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів. – Київ: МОЗ, 2012. – 108, [1] с.

12. Наказ МОЗ України № 191 від 05.05.2003р. Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина».

13.; Наказ Міністерства праці та соціальної політики № 686 від 05.08.2013 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційної характеристик професій працівників» випуск 78 «Охорона здоров'я»).

14. Поширеність провідних хвороб системи кровообігу серед дорослого населення в Україні (2010 рік) / Державна служба статистики України. – Київ, 2012. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

15. Heart Disease and Stroke Statistics – 2015 update: A report from the American Heart Association. / Dariush Mozaffarian, Emelia J. Benjamin, A.S. Go [et al.] // Circulation. – 2015. – Режим доступу до журн.: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/12/18/CIR.000000000000152.full.pdf+html>

16. Transparent Reporting of a multivariable prediction model for Individual Prognosis Or Diagnosis (TRIPOD): Explanation and Elaboration. / Karel G.M. Moons, Douglas G. Altman, Johannes B. Reitsma [et al.] // Annals of Internal Medicine. – 2015. – Vol. 162(1). – P. W1-W73.

«Анкета по проблемам здорового способу життя»

1. Стать:

- чоловіча
 жіноча

2. Ваш вік?

- 18-35 років
 36-55 років
 56 і старше

3. Територія мешкання:

- місто
 село

4. Який Ваш сімейний статус?

- одружений/одружена
 не одружений/не одружена
 живемо разом, але не одружені
 розлучені/розлучена
 вдовець/вдова

5. Яка у Вас освіта?

- неповна середня
 середня спеціальна
 незакінчена вища
 вища
 немає освіти

6. Як ви оцінюєте рівень свого здоров'я?

- відмінно
 добре
 задовільно
 погано
 дуже погано

7. Яка на вашу думку причина розвитку хвороб:

- неправильне харчування
 шкідливі звички
 гіподинамія (малорухомий спосіб життя)
 спадковий фактор

8. Ви палите?

- так (скільки цигарок на день _____?)
 ні

9. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

- рідше 1 разу на місяць
 1 раз на місяць
 1 раз на тиждень
 майже щодня
 взагалі не вживаю

9. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

- рідше 1 разу на місяць
 1 раз на місяць
 1 раз на тиждень
 майже щодня
 взагалі не вживаю

10. Ваші захоплення у вільний від роботи час?

- спорт
 література
 музика
 техніка
 комп'ютер
 інше _____

11. Чи проводить з Вами Ваш сімейний лікар профілактику з питань здорового способу життя?

- так
 ні

12. Чи потребуєте Ви в отриманні знань з питань здорового способу життя, профілактики різних захворювань?

- так
 ні

13. З яких джерел переважно Ви отримувате інформацію з питань збереження та зміцнення здоров'я?

- засоби масової інформації (телебачення, радіо, преса)
 індивідуальна бесіда з лікарем
 школа здоров'я
 лекції
 інтернет
 інші джерела _____

14. Які заходи, на Ваш погляд, необхідно розробити системі охорони здоров'я для поліпшення Вашого здоров'я?

- організувати більше шкіл здоров'я
 збільшити кількість теле-і радіопередач про здоров'я
 збільшити кількість публікацій в місцевій пресі
 підвищити доступність отримання інформації щодо профілактики захворювань на прийомах в лікувальних закладах
 організувати спеціалізовані консультативні прийоми з питань здорового способу життя
 організувати лекторії
 інше _____

15. Яке з тверджень Вам найбільше підходить?

- нам не вистачає грошей на їжу й речі першої необхідності
 вистачає грошей лише на їжу й речі першої необхідності
 живемо в достатку, але деякі дорогі покупки собі не можемо дозволити (квартира, автомобіль)
 можемо дозволити собі придбати все, що хочемо

Карта обліку та профілактики чумної лихоманки забор'є системи хребтовити		Карта обліку та профілактики чумної лихоманки забор'є системи хребтовити	
Дата: через 1 рік після вакцинації	Дата: через 6 місяців після вакцинації	Дата: через 1 місяць після вакцинації	Дата: через 1 рік після вакцинації
<input type="checkbox"/> ТНБ (сильний широк на день ___?) <input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> ТНБ (слабкий широк на день ___?) <input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> ТНБ (сильний широк на день ___?) <input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> ТНБ (сильний широк на день ___?) <input type="checkbox"/> НІ
<input type="checkbox"/> різні 1 разу на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на тиждень <input type="checkbox"/> майже щодня <input type="checkbox"/> більше ніж щодня	<input type="checkbox"/> різні 1 разу на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на тиждень <input type="checkbox"/> майже щодня <input type="checkbox"/> більше ніж щодня	<input type="checkbox"/> різні 1 разу на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на тиждень <input type="checkbox"/> майже щодня <input type="checkbox"/> більше ніж щодня	<input type="checkbox"/> різні 1 разу на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на місяць <input type="checkbox"/> 1 раз на тиждень <input type="checkbox"/> майже щодня <input type="checkbox"/> більше ніж щодня
<input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні	<input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні	<input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні	<input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні <input type="checkbox"/> різні
<input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст.	<input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст.	<input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст.	<input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст. <input type="checkbox"/> АТ N = 11079-14050 мм рт.ст.
<input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л	<input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л	<input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л	<input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 5,3 ммоль/л
<input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л	<input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л	<input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л	<input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л <input type="checkbox"/> N = 3,80-5,83 ммоль/л
<input type="checkbox"/> обидвома <input type="checkbox"/> неабидвома	<input type="checkbox"/> обидвома <input type="checkbox"/> неабидвома	<input type="checkbox"/> обидвома <input type="checkbox"/> неабидвома	<input type="checkbox"/> обидвома <input type="checkbox"/> неабидвома
<input type="checkbox"/> від 20 до 30 хвилин на день <input type="checkbox"/> від 30 до 60 хвилин на день <input type="checkbox"/> більше ніж 60 хвилин на день	<input type="checkbox"/> від 20 до 30 хвилин на день <input type="checkbox"/> від 30 до 60 хвилин на день <input type="checkbox"/> більше ніж 60 хвилин на день	<input type="checkbox"/> від 20 до 30 хвилин на день <input type="checkbox"/> від 30 до 60 хвилин на день <input type="checkbox"/> більше ніж 60 хвилин на день	<input type="checkbox"/> від 20 до 30 хвилин на день <input type="checkbox"/> від 30 до 60 хвилин на день <input type="checkbox"/> більше ніж 60 хвилин на день
<input type="checkbox"/> сонця робота <input type="checkbox"/> повільно з швидко <input type="checkbox"/> тільки фізичної праці	<input type="checkbox"/> сонця робота <input type="checkbox"/> повільно з швидко <input type="checkbox"/> тільки фізичної праці	<input type="checkbox"/> сонця робота <input type="checkbox"/> повільно з швидко <input type="checkbox"/> тільки фізичної праці	<input type="checkbox"/> сонця робота <input type="checkbox"/> повільно з швидко <input type="checkbox"/> тільки фізичної праці

Підписано до друку 26.10.2015. Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Обл.-вид. арк. 1,04. Ум.-друк. арк. 1,37.
Тираж 500 пр. Зам. №212-2015.
Віддруковано СПД Лівак У.М. Реєстр № ІФ-28.
58018, м. Чернівці, вул. Головна 246/302. Тел.: 543474