

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

**Вибір профілактичних втручань та формування груп пацієнтів за
наявністю факторів ризику та/або неінфекційних захворювань**

(методичні рекомендації)

Чернівці - 2023

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Протокол Вченої ради

№ 4 від 26 жовтня 2023 року

**Вибір профілактичних втручань та формування груп пацієнтів за
наявністю факторів ризику та/або неінфекційних захворювань
(методичні рекомендації № 20-2023)**

УДК : 616.1/.8-084(072)

В 41

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Власик Любов Йосипівна – доцент закладу вищої освіти кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я БДМУ (380 50 747 1015)

Рингач Наталія Олександрівна – д. н. держ. упр., професор Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна (380 067 37 94 463)

Сухолотюк Анастасія Леонідівна – аспірант кафедри внутрішньої медицини БДМУ (380 95 047 1003)

Рецензенти:

Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор, дійсний член Академії наук вищої освіти України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки **Ніна Григорівна Гойда**

Завідувачка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського д. мед. н., професор **Наталія Олександрівна Теренда**

Професор кафедри гігієни та екології Буковинського державного медичного університету д.м.н., професор **Тарас Ігорович Кметь**

ЗМІСТ

Зміст	Сторінка
Перелік умовних скорочень	4
1. Вступ	5
2. Поширеність поєднання факторів ризику неінфекційних захворювань серед економічно активного населення	6
3. Поширеність основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення	7
4. Вплив факторів ризику та основних неінфекційних захворювань на досвід пацієнтів	8
5. Формування груп пацієнтів за наявністю факторів ризику та неінфекційних захворювань	9
6. Що важливо для вибору/планування профілактичних втручань?	10
7. Вибір профілактичних втручань для пацієнтів за групами	11
8. Схема: «Профілактичні втручання на рівні первинної медичної допомоги у групах пацієнтів»	13
Висновки	14
Рекомендована література	15

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

ДІ – довірчий інтервал

ДС – донозологічні стани

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

МР – метаболічний ризик

ЕАН – економічно активне населення

НІЗ – неінфекційні захворювання

НМТ – надлишкова маса тіла

ОЗ – охорона здоров'я

ПАГ – погранична артеріальна гіпертензія

ПМД – первинна медична допомога

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ФА – фізична активність

ФР – фактор ризику

ХОД – хвороби органів дихання

ЦД – цукровий діабет

1. Вступ

Профілактика є одним із основних завдань первинної медичної допомоги (ПМД) і потребує наповнення конкретним змістом [1, 2, 3]. У документах Європейського регіонального бюро ВООЗ підкреслюється важливість надання індивідуальних послуг пацієнтам з факторами ризику (ФР) та хронічними неінфекційними захворюваннями (НІЗ) на первинному рівні [4, 5, 6, 7]. Загальні характеристики НІЗ (етіологія, спільні ФР, поєднання декількох ФР в одного пацієнта) обумовлюють потребу в аналогічних моделях надання медичної допомоги [8] з чіткими рекомендаціями в питаннях організації профілактичних багатофакторних втручань.

З огляду оцінки ефективності боротьби з основними НІЗ цільовою групою для дослідження є особи в інтервалі від 30 до 70 років, що входить у межі економічно активного населення (ЕАН). *До ЕАН згідно з визначенням Міжнародної організації праці відносяться особи віком від 15 до 70 років, які упродовж певного періоду часу забезпечують пропозицію робочої сили на ринку праці [9].*

Нами вивчалася поширеність поєднання ФР, зокрема, недостатнього споживання фруктів, недостатньої фізичної активності (ФА), куріння, частого споживання алкоголю (від 1 разу на тиждень до щодня) та НІЗ, зокрема серцево-судинних захворювань (ССЗ) в т.ч. з артеріальною гіпертензією (АГ), хвороб органів дихання (ХОД) та цукрового діабету (ЦД) за самооцінкою респондентів. Дослідження включало дві основні групи респондентів: зайнятих на ринку (з певною специфікою робочих місць) та відвідувачів ярмарку (інші види зайнятості). Це збагатило бачення та розуміння шляхів профілактики НІЗ.

Вперше запропоновано формувати групи пацієнтів враховуючи поведінкові ФР у здорових, на тлі метаболічних ризиків (МР) та у хворих на НІЗ для використання у профілактичній роботі на рівні ПМД. Важливо, що при цьому зберігається індивідуальний підхід, що сприятиме зменшенню тягаря НІЗ [10].

2. Поширеність поєднання факторів ризику неінфекційних захворювань серед економічно активного населення

Проведений аналіз поєднання факторів ризику (ФР) серед респондентів показав, що наявність одного ФР відмітили у себе 34%, поєднання двох – 31%, трьох – 17%, чотирьох – 3% респондентів.

Найчастіше із ФР зустрічалось «недостатнє споживання фруктів/овочів» (14% опитаних), що становило 41% в структурі поодиноких ФР.

При поєднанні двох ФР лідирували «недостатнє споживання фруктів» із «недостатньою фізичною активністю» (15% опитаних; 47% в структурі попарного поєднання ФР).

Поєднання «недостатнє споживання фруктів», «недостатня фізична активність» із «курінням» мали 6% опитаних, 37% в структурі потрібного поєднання ФР; подібна комбінація, але замість «куріння» – «часте споживання алкоголю» – 5% та 32% відповідно.

Про наявність 4-х ФР повідомили 3% респондентів, рідше жінки у порівнянні з респондентами-чоловіками ($p < 0,05$)¹.

Не відмітили ФР 15% респондентів (частіше жінки (21%), ніж чоловіки (10%)), ($p < 0,001$). Без ФР було 17% серед осіб з вищою освітою та 13% серед осіб без вищої освіти ($p = 0,04$).

ФР «куріння» визначав низку особливостей поведінки пацієнта у взаємодії з лікарем та свідчив про його ставлення до власного здоров'я, тому обраний нами для групування пацієнтів.

На основі виявлених поєднань виділено кластери осіб

без ФР або поєднанням 1-2 ФР без куріння (таких було 57% опитаних) та з поєднанням 3-4 ФР у т.ч. 1-2ФР з курінням (43%).

¹ Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$, за 95% ДІ

3. Поширеність основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення

Рівень поширеності основних НІЗ за самооцінкою респондентів становив 36% та був нижчим серед зайнятих на ринку (33%), ніж серед відвідувачів ярмарку (41%), ($p < 0,05$) (табл.1). Робота на ринку вимагала працездатності, наше кроссекційне дослідження (поперечне, одночасне) могло не охопити тих осіб, які за станом здоров'я не приступили до роботи. З іншого боку, несвоєчасному виявленню захворювань у зайнятих на ринку сприяла реальна їхня зайнятість, а звідси менша частота звернень до лікаря.

Таблиця 1 – Частота основних НІЗ у респондентів за самооцінкою (%)

Групи спостереження	ССЗ	В т.ч. з АГ	ЦД	ХОД	Всього НІЗ	Поєднання НІЗ
«Ринок»	24	15	3	5	33*	7
«Ярмарок»	33	21	6	9	41	12
Загалом	27	17	4	6	36	8

**група «ринок» у порівнянні з групою «ярмарок» ($p = 0,020$).*

Встановлено, що нижчий рівень поширеності НІЗ спостерігався серед чоловіків групи «ринок» (27%), ніж серед жінок (39%), ($p = 0,002$).

Жінки, зайняті на ринку, частіше повідомляли про наявність ХОД, ніж чоловіки (8% проти 2%), що може бути пов'язано із більшою схильністю жінок до простудних захворювань в умовах роботи на відкритому повітрі у різні сезони/міжсезоння, із відсутністю опалення/економії електроенергії у контейнерах в зимовий період та на тлі активного/пасивного куріння.

Серед жінок обох груп більш характерним було поєднання основних НІЗ між собою, ніж серед чоловіків: 28% проти 18% у структурі захворювань, або 11% проти 5% за поширеністю серед респондентів ($p = 0,002$). Таким чином, незалежно від місця зайнятості, чоловіки рідше, ніж жінки повідомляли про супутні захворювання.

4. Вплив факторів ризику та неінфекційних захворювань на досвід пацієнтів.

До лікаря ПМД зверталися 38% респондентів без ФР.

18% осіб без ФР та 35% респондентів-курців – ні до кого не зверталися.

Респонденти із один-два ФР частіше обслуговувалися у сімейних (дільничних) лікарів (50%), рідше – у приватних, знайомих, інших поєднаних варіантах (35%), ніж особи з 3-4 ФР – 34% та 52% ($p<0,001$) відповідно.

Поширеність основних ФР серед респондентів із захворюваннями або без них була однаковою. Винятком було куріння. Курили 32% осіб необтяжених основними НІЗ та 21% осіб, які повідомили про захворювання ($p<0,001$). Лише серед чоловіків спостерігалась більша частота тих, хто кував раніше (30%) серед хворих, ніж серед здорових (23%), що дає підстави вважати, що виявлене захворювання було стимулом до припинення куріння.

Респонденти, які мали основні НІЗ, частіше обслуговувалися у лікаря ПМД (38%), ніж без НІЗ (29%), ($p<0,05$). Накопичення ФР, а також поява основних НІЗ та їх поєднання спонукали респондентів звертатися до лікарів декількох фахів та рівнів надання медичної допомоги (56%).

Характеристика досвіду пацієнтів із НІЗ була подібною до респондентів без поведінкових ФР.

Із зростанням кількості ФР (від 0-3) зменшувалася частота звернень до лікаря первинної ланки та зростала частка респондентів, які ні до кого не зверталися, що наближало їх за структурою звернень до респондентів без основних НІЗ.

Отже, якщо захворювання діагностовано, пацієнти ретельніше дотримувалися періодичності відвідувань саме сімейного (дільничного) лікаря, що відповідало досвіду пацієнтів, які дотримувалися здорового способу життя (ЗСЖ), ймовірність призначення та проходження скринінгових обстежень зростала.

5. Формування груп пацієнтів залежно від факторів ризику та неінфекційних захворювань

За результатами нашого дослідження розроблено алгоритм вибору профілактичних технологій для пацієнта, при візиті його до лікаря ПМД.

Визначаємо групу здорові, практично здорові із метаболічним ризиком (МР) або донозологічними станами (ДС), хворі (НІЗ) та кластер за ФР:

1) Здорові:

- *без поведінкових ФР/1-2 ФР (без куріння);*
- *з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння;*

2) Практично здорові (з МР та /або ДС):

- *без поведінкових ФР/1-2 ФР (без куріння);*
- *з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння;*

3) Хворі на основні НІЗ:

- *без поведінкових ФР/1-2 ФР (без куріння);*
- *з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння (рис. 1).*

6. Що важливо для вибору/планування профілактичних втручань?

За допомогою покрокової логістичної регресії (з використанням програмного забезпечення SPSS) визначені важливі асоціації, які підтримують шкідливі звички у певних групах пацієнтів (із/без НІЗ).

Ймовірність бути (залишатися) курцем асоціювалася у *чоловіків* з відсутністю занять фізичною культурою (спортом), не дотриманням рекомендацій лікаря та з відсутністю відповідальності за власне здоров'я.

Серед *жінок* ймовірність куріння зберігалася за частого вживання алкоголю, відсутності НІЗ, наявності стресу, безвідповідальності за власне здоров'я та при «сприятливих» умовах на робочому місці (ринок).

Без НІЗ характеристиками, які асоціювалися з курінням серед респондентів були: безвідповідальність за власне здоров'я; часте вживання алкоголю; не дотримання рекомендацій лікаря; не відвідування лікаря упродовж року; жіноча стать; депресія; не користування Інтернетом як джерелом інформації про охорону здоров'я (ОЗ).

За наявності НІЗ ймовірність залишатися курцем асоціювалася у *чоловіків*, не зважаючи на погіршення самопочуття, з відсутністю роботи, частим вживанням алкоголю, молодим віком, не дотриманням рекомендацій лікаря та не виконанням фізичної зарядки. У *жінок* залишатися курцем сприяла робота на ринку (на відміну від чоловіків), часте споживання алкоголю та не відвідування лікаря упродовж року.

Ймовірність частого споживання алкоголю у *чоловіків* асоціювалася з надлишковою масою тіла (НМТ) (ожирінням) та із не обмеженням споживання жирів; у *жінок* – з курінням, відсутністю занять фізичною культурою, хорошим самопочуттям, НМТ (ожирінням), фінансовими труднощами щодо медичного обстеження у приватних закладах. *Загалом, споживанню алкоголю, при наявності НІЗ, сприяє зайнятість на ринку.*

7. Вибір профілактичних втручань для пацієнтів за групами.

За результатами нашого дослідження розроблено алгоритм вибору профілактичних технологій для пацієнтів під час візиту до лікаря ПМД.

Для групи «здорові без поведінкових ФР або з 1-2 ФР (без куріння)» цільовим завданням є виконання пацієнтом порад лікаря щодо корекції ФР, частіше всього нездорове харчування та/або недостатня фізична активність. Використовуємо персоніфікований підхід. Пам'ятаємо про рекомендації доступних здорових продуктів харчування до наявних звичних для пацієнта та обмеження шкідливих. ФА у більшості випадків складається з вимушених елементів (дорога на роботу, робота в саду і т.д.), тому уточнюємо, які активні складові ми можемо додати для забезпечення належної ФА відповідно до віку, статі, зайнятості. У рамках профілактичного огляду застосовуються інформаційно-освітні технології та проводиться індивідуальне профілактичне консультування за результатами обстежень.

Для групи «здорові з 3-4 поведінковими ФР (в т.ч. куріння)» основні зусилля направляємо на припинення або зменшення кількості викурених сигарет. Враховуючи негативний кореляційний зв'язок куріння із ФА чоловіків – намагаємося мотивувати їх до активних фізичних занять. Для жінок важливо обмежити вживання алкоголю, уникати стресів, депресії. Корисним для ЗСЖ жінки є сприятливе оточення вдома та на робочому місці.

Для групи здорових важливими є візити до лікаря з профілактичною метою 1 раз на рік та дотриманням рекомендацій із ЗСЖ. Застосовуються інформаційно-освітні технології, адже частина курців позитивно відноситься до шкідливої звички. Уточнюються також джерела інформації про ОЗ, якими користується пацієнт. Уникаємо формального профілактичного огляду! Проводимо індивідуальне профілактичне консультування із обговоренням результатів обстеження та аналізуємо їх з можливим впливом нездорових елементів способу життя.

Група «практично здорові з МР/ДС» часто формується після проходження профілактичного огляду «здорових» і поділяється аналогічно за наявними ФР:

- без поведінкових ФР/1-2 ФР (без куріння);
- з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння;

До корекції поведінкових ФР додаємо корекцію метаболічних ФР (підвищений рівень холестерину крові, підвищений рівень цукру крові) або донозологічних станів (погранична артеріальна гіпертензія (ПАГ) відповідно до стандартів. Пам'ятаємо: часте вживання алкоголю сприяє НМТ та ожирінню.

Група є динамічною і потребує скринінгових обстежень для своєчасного виявлення НІЗ. Зауважимо, що візит до сімейного лікаря сприяє призначенню та проходженню необхідних для кожного пацієнта обстежень. Відповідальність за власне здоров'я пацієнтів підвищуємо застосовуючи мотиваційне консультування та елементи коучингу. Мотивований пацієнт сам обирає, що конкретно уже сьогодні він може змінити у способі життя, щоб зробити його здоровішим та запобігти виникненню того або іншого захворювання.

Для хворих на основні НІЗ заходи плануються аналогічно в залежності від ФР: без поведінкових ФР/1-2 ФР (без куріння); з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння.

Враховуємо стан порушення здоров'я при рекомендаціях із корекції способу життя. Для чоловіків мотивуючим фактором є успішна та стабільна робота. Вони більш схильні до виконання щоденної фізичної зарядки. Проте з віком припиняючи курити, можуть часто вживати алкоголь. Жінкам рекомендуємо сприятливе оточення та уникнення алкоголю.

Візити до лікаря 1 раз на рік необхідні для контролю за захворюванням та з метою запобігання та виявлення супутніх захворювань.

Застосовуємо методику спільного прийняття рішення для підвищення відповідальності пацієнта та рівня дотримання ним визначених рекомендацій (Рис.1).

8. Схема: «Профілактичні втручання на рівні первинної медичної допомоги у групах пацієнтів»

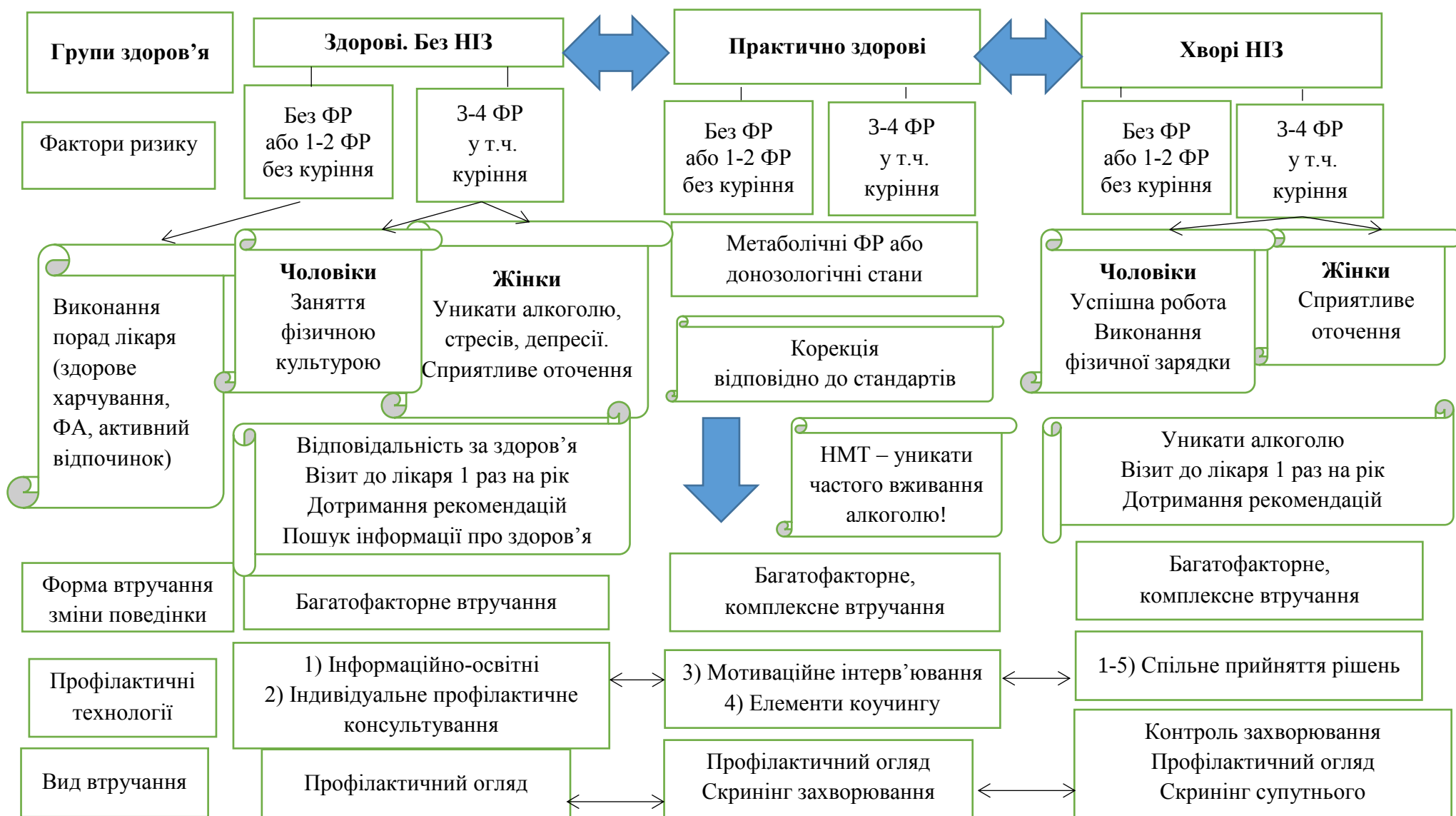


Рис. 1. Профілактичні втручання на рівні ПМД у групах пацієнтів.

Висновки

1. Групування пацієнтів для вибору профілактичних втручань, яке пропонується до використання, запроваджується за результатами дослідження поширеності ФР та НІЗ серед економічно активного населення, яке є цільовою популяцією для запобігання НІЗ.
2. Групи є динамічними, тому лікар та пацієнт зацікавлені в переході до категорії «здорових» із «практично здорових» та підтримуванні початкових стадій захворювання на рівні метаболічних ризиків та донозологічних станів. Для лікарів це показник ефективного застосування профілактичних технологій та результат співпраці з пацієнтом.
3. Динамічними є профілактичні технології: розпочинаємо з інформаційно-освітніх нарощуючи інтенсивність й необхідність залучення пацієнта з кожним візитом та з переходом до кожної наступної групи аж до спільного прийняття рішень.
4. Для хворих на НІЗ продовжуємо проводити профілактичні заходи з метою попередження/відтермінування супутніх захворювань.

Рекомендована література

1. Горачук ВВ, Орлова НМ. Підходи до проблеми управління якістю профілактичної допомоги. Укр. мед. Часопис. 2010;5(79):45–7.
2. Ринда ФП. Деякі актуальні питання формування здорового способу життя в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2013;4:35-40.
3. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 29.07.2016. 2016 [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>.
4. WHO. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. [Internet]. WHO Reg. Of. for Europe; 2014 [cited 2020 Dec 24]. 19 p. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf.
5. WHO. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. [Internet]. Copenhagen: WHO Reg. Office for Europe; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 28p. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1.
6. WHO. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016). [Internet]. WHO Reg Of for Europe; 2016 [cited 2020 Dec 24]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1.
7. Піщиков ВА, Кондратюк НЮ, Торжевська ОМ, Шестак НВ. Систематизація та аналіз існуючих методологічних підходів до превентивного консультування пацієнтів працівниками первинної медичної допомоги (аналітичний огляд літератури). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014;3(61):63-8.
8. WHO. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Regional Committee for Europe. EUR/RC66/1166th session; 2016 [cited 2020 Dec 24]. Available from:

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/315398/66wd11e_NCDActionPlan_160522.pdf.

9. Методологічні положення щодо класифікації та аналізу економічної активності населення. Наказ Державного комітету статистики України №12 від 19.01.2011р. [Інтернет]. 2011 [цитовано 2020 Груд 27].
Доступно: https://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/2011/12/metod.htm.

10. Aygar H, Akbulut Zencirci S, Ozturk Emiral G, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, et al. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. North Clin Istanbul 2019;6(1):13-20. doi:10.14744/nci.2017.19327.