УДК 616.058:616-082:001.8(048)

В.А. ПІЩИКОВ[1], Н.Ю. КОНДРАТЮК[1], О.М. ТОРЖЕВСЬКА[2], Н.В. ШЕСТАК[1]

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ТА АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРЕВЕНТИВНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРАЦІВНИКАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

[1]ДНУ «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами, Україна, м. Київ
[2]ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Україна, м. Київ

Мета*:* вивчити підходи до консультування хворих з профілактичною метою та обґрунтувати запровадження профілактичного консультування.

Матеріали і методи. Проаналізовано вітчизняні та іноземні наукові публікації, використано бібліосемантичний, ретроспективного аналізу, аналітичний методи.

Результати. Показано медико-соціальну значущість хронічних неінфекційних захворювань. Висвітлено основні засади організації та проведення профілактичного консультування пацієнтів з факторами ризику хронічних неінфекційних захворювань на рівні сімейного лікаря. Розглянуто концептуальні основи ефективного профілактичного консультування, що спрямоване на формування партнерства лікаря і пацієнта у довгостроковому контролі факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань.

Висновки. В організації профілактичної роботи ключовим моментом є стосунки лікаря і пацієнта, які можуть стати основною рушійною силою для успішних превентивних заходів за умови базування на концептуальних заходах ефективного профілактичного консультування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **стратегія профілактики, консультування, групи ризику, корекція факторів ризику, алгоритм, скринінг, профілактика.**

Актуальною медико-соціальною проблемою і стратегічним напрямом національної політики у сфері охорони здоров'я у більшості країн світу є скорочення поширеності хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ). Пильна увага до проблеми ХНІЗ обумовлена негативними тенденціями до поширення цих захворювань, а також факторів ризику їх виникнення в усіх країнах і зростанням внеску ХНІЗ у формування загального тягаря хвороб.

Основними напрямками профілактичної медицини є: формування здорового способу життя населення, рання діагностика ХНІЗ та факторів їх ризику з наступною своєчасною корекцією. Успішність першого напрямку залежить не тільки від обізнаності населення щодо його засад, але й від забезпечення відповідних умов. Це можливо досягти тільки спільними зусиллями цілого ряду міністерств, представників бізнесу, громадських організацій. А другий напрямок може бути реалізований системою охорони здоров'я. І провідна роль при цьому належить лікарям первинної ланки медичної допомоги.

У сучасних навчальних програмах підготовки лікарів особливе значення надається формуванню навичок діагностики та модифікації факторів ризику найбільш поширених ХНІЗ та консультування пацієнтів з питань здорового способу життя [1].

Завдяки експериментальним, клінічним та, особливо, епідеміологічним дослідженням, визначені чинники, пов'язані зі способом життя, навколишнім середовищем, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню ХНІЗ. Ця концепція є науковим підґрунтям їх профілактики. Головними чинниками захворюваності і смертності у світі ВОЗ визначає: паління тютюну, високий артеріальний тиск, зловживання алкоголем, високий рівень холестерину, ожиріння, недостатнє споживання фруктів і овочів, гіподинамію, вживання наркотиків, небезпечний секс, дефіцит заліза [27;32;36].

При цьому фактори ризику, пов'язані зі способом життя людини, є спільними для основних ХНІЗ: серцево-судинних, хронічних неспецифічних захворювань легень, онкологічних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу та ін.

Ефективність багатофакторної профілактики значною мірою залежить від самого пацієнта. Адже тільки він добровільно може змінити свій спосіб життя і модифікувати шкідливі звички. Але ж є такі чинники, що мають спадковий характер і вважаються незворотніми, однак і їх можна

© В.А. Піщиков, Н.Ю. Кондратюк, О.М. Торжевська, Н.В. Шестак, 2014

змінити шляхом медикаментозного втручання (наприклад, спадкова холестеринемія). Тому важливе значення для одержання позитивних результатів профілактики у пацієнтів має допомога компетентного лікаря-консультанта [3;34;35].

Для вивчення рівня поінформованості населення щодо факторів ризику виникнення найпоширеніших захворювань та якості консультування лікарями на первинному рівні проводилося досить багато досліджень не лише за кордоном, але й в Україні.

Мета роботи*:* вивчити підходи до консультування хворих з профілактичною метою. Обґрунтувати запровадження профілактичного консультування як модель розвитку сучасного напрямку в практиці профілактичної медичної допомоги для первинної ланки системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У ході дослідження використовувалися наступні методи: бібліосемантичний, ретроспективного аналізу, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальною особливістю ХНІЗ є те, що всі вони мають однакову структуру чинників ризику розвитку, на які можна вплинути з метою корекції та зменшення несприятливого впливу на організм людини.

Міжнародним досвідом доведено, що поширеність чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед населення пов'язана з рівнем смертності, а провідним чинником, що визначає здоров'я населення, є спосіб життя. Його внесок у стан здоров'я становить понад 50%.

Отже, проводячи оцінку серцево-судинного ризику, ми не повинні обмежуватись визначенням лише тих факторів ризику, які враховує шкала SCORE. Для української популяції мають суттєве значення й інші фактори ризику. До речі, аналогічна ситуація має місце у багатьох країнах Європи. Кожна з них вносить певні зміни залежно від національних особливостей.

Наприклад, лікарі Німеччини розробили систему оцінки ризику PROCAM, за допомогою якої вони враховують середню кількість випалюваних сигарет, стаж куріння і рівень тригліцеридів, тому що для німецької популяції ці фактори ризику надзвичайно важливі [2]. У Росії модифікували шкалу SCORE внесенням до неї кількісної оцінки спадкового анамнезу щодо серцево-судинних захворювань. У Данії широко використовується програма PRECARD (Copenhagen Risk Score) для прогнозу ішемічної хвороби серця та оцінки профілактичних втручань [10].

Фахівці Європейського товариства кардіологів наголошують, що оцінка ризику вкрай необхідна, якщо особа середнього віку курить, страждає від ожиріння, має підвищення хоча б одного з таких показників, як артеріальний тиск, ліпіди або глюкоза, та несприятливий щодо серцево-судинних захворювань або факторів їх ризику сімейний анамнез. Оцінюючи ризик, ми повинні пам'ятати, що він може бути значно вищим, ніж за шкалою SCORE, в осіб із гіподинамією або ожирінням, у людей з несприятливим щодо серцево-судинних захворювань сімейним анамнезом, в осіб із низьким соціальним статусом, у хворих на цукровий діабет та людей із низьким умістом холестерину ліпопротеїдів високої щільності або з високим рівнем тригліцеридів.

Отже, шкала SCORE дозволяє швидко й легко оцінити загальний ризик серцево-судинної смертності для кожної людини, спрогнозувати його динаміку в майбутньому й визначити конкретні шляхи його зниження. Разом із тим оцінка сумарного ризику за допомогою цієї шкали не є універсальним методом виділення груп високого ризику, вона може й повинна бути адаптована до національних умов і пріоритетів.

Отже, підсумовуючи результати вищенаведених досліджень та враховуючи ставлення до ЗСЖ як пацієнтів, так і медичних працівників, варто зазначити наступне.

Фактори ризику поведінкового характеру (шкідливі звички – куріння, надмірне вживання алкоголю, нераціональне харчування, гіподинамія тощо) пересічні громадяни, як правило, сприймають як життєві задоволення: добре і смачно поїсти (надлишкова маса тіла / ожиріння), можливість невимушеного спілкування (куріння, алкоголь), відпочинок (багатогодинне сидіння біля телевізора), зняття стресу (алкоголь, надмірна їжа, куріння) тощо. Саме з цієї причини традиційні поради лікарів щодо відмови від шкідливих звичок найчастіше не виконуються, оскільки спрямовані на «позбавлення задоволення».

Пацієнт повинен розуміти і приймати міру відповідальності за власне здоров'я, розуміти, що його здоров'я знаходиться у нього в руках. Тільки в цьому випадку він почне уважно дослухатися до лікаря та діяти спільно з ним, виконуючи усі приписи і рекомендації. Формування партнерства між лікарем і пацієнтом для попередження захворювань вимагає певних знань і навичок і з боку лікарів, особливо працівників амбулаторно-поліклінічного сектору.

За формою проведення виділяють наступні варіанти профілактичного консультування:

1. *Швидке профілактичне консультування* проводиться дільничним лікарем або лікарем загальної практики (сімейним), або фельдшером. Швидке (коротке, спрощене) профілактичне консультування є обов'язковим компонентом диспансеризації та профілактичного медичного огляду. Воно обмежене за часом (не більше 10–15 хвилин), тому його проведення рекомендується за чіткою структурованою схемою (алгоритмом).

2. *Поглиблене індивідуальне профілактичне консультування* проводиться спеціально навче-

ним медичним персоналом (лікар, фельдшер) у кабінеті (відділенні) медичної профілактики. Поглиблене профілактичне консультування також має свій алгоритм, він більш розширений, ніж при швидкому профілактичному консультуванні, за часом більш тривале (близько 20–30 хвилин), можливе також повторне консультування для контролю та підтримки виконання лікарських порад. Поглиблене профілактичне консультування є також обов'язковим компонентом при проведенні диспансеризації або масового скринінгу.

3. *Групове профілактичне консультування* (школа пацієнта, школа здоров'я) – це спеціальна організаційна форма консультування групи пацієнтів (цикл навчальних групових занять), що проводиться за певними принципами, при дотриманні яких імовірність досягнення стійкого позитивного ефекту оздоровлення та зміни поведінкових факторів ризику підвищується, що неодноразово доведено у проспективних контрольованих спостереженнях [15;30;31]. Групове профілактичне консультування включає кілька візитів (занять) тривалістю близько 60 хв кожне, проводиться навченим медичним працівником за спеціально розробленими і затвердженими програмами навчання [17;18]. Групи пацієнтів формуються за відносно однорідними ознаками (з подібним перебігом захворювань та/або з факторами ризику їх розвитку).

Важливим аспектом є дотримання етичних принципів інформаційного втручання з профілактичною метою.

Інформацію, навчання, рекомендації та поради стосовно способу життя іноді можна розглядати як небажане втручання медицини в особисте життя людини. У цьому випадку одержана інформація може підштовхнути людей на пошук тривожних сигналів у своєму організмі, спричинити неспокій, страх, занепокоєння з приводу можливості виникнення небезпечних захворювань у майбутньому. Люди повинні вважати одержану ними інформацію і поради корисними для свого здоров'я, оскільки ці заходи здійснюються з добрих міркувань зміцнити здоров'я і запобігти можливим захворюванням [4;7–9;10–12;19].

Дуже важливо впроваджувати певні норми медичної етики та деонтології і додержуватись їх. Так, не можна пропонувати будь-які заходи без наявності остаточних доказів їхньої ефективності щодо зниження захворюваності й смертності або поліпшення якості життя. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі повинні дати право пацієнту бути цілком інформованим про можливу обмеженість тестів і небезпеку процедур, а також право приймати рішення стосовно погодження чи відмови від заходів, що пропонуються. Під час будь-якої бесіди поради повинні відповідати індивідуальним особливостям пацієнта.

Відомо, що для ефективного профілактичного консультування важливо знати і вміти застосовувати загальні закони процесу спілкування (комунікації), оскільки насправді процес спілкування між лікарем і пацієнтом (передача інформації, проведення діалогу, бесіди) менш ефективний, ніж здається. Впливати на звички інших людей – важке завдання [22]. Тому від того, як фахівець-консультант володіє основними правилами ефективного спілкування, залежить і ефективність консультування.

Профілактичне консультування – це не лише дохідливе, зрозуміле пояснення, але й спроба вплинути на пацієнта, мотивувати його до зміни поведінки. Спеціальні дослідження проблеми комунікації (спілкування) показують, що, слухаючи співрозмовника, ми явно або мимоволі (усвідомлено або неусвідомлено) спочатку реагуємо на те, хто говорить, потім на те, як говорить, і тільки потім на те, що він говорить. Важливо пам'ятати, що якщо лікар дав пораду, то це ще не означає, що пацієнт все почув; якщо навіть пацієнт почув – немає впевненості, що він все правильно зрозумів; якщо пацієнт все зрозумів правильно – немає впевненості, що пацієнт прийняв зрозуміле як спонукальний мотив для оздоровлення звичок і виконання рекомендацій, і навіть якщо пацієнт все правильно зрозумів і обіцяв виконати рекомендацію – немає впевненості в тому, що він стане щодня дотримуватися порад лікаря.

Процес профілактичного консультування нерідко може бути більш ефективним при груповому методі у рамках шкіл здоров'я, наприклад для пацієнтів з артеріальною гіпертонією, цукровим діабетом, стенокардією, факторами ризику тощо, які останніми роками все активніше впроваджуються у практику охорони здоров'я [5–14;20–21;24–25].

Важливим принципом ефективного профілактичного консультування є «зворотний зв'язок» – контроль процесу того, що почуто пацієнтом, як усвідомлене, як приймається, а також яка реакція пацієнта на лікарські рекомендації (згода або незгода) [23;26].

Ефективний «зворотний зв'язок» визначається багатьма факторами, до основних з яких належать:

• чітке роз'яснення мети рекомендації/поради;

• вміння ставити запитання і вислухати відповідь пацієнта з наступним поясненням змісту поради (за необхідності);

• при поясненні факторів ризику недопустимим є двозначність суджень лікаря, нечіткість та надмірне вживання спеціальних медичних термінів чи складних пояснень;

• прояв емпатії (увага до почуттів інших людей і розуміння їхніх проблем) і відкритості (уник-

нення стереотипів, засудження і швидких висновків).

У процесі профілактичного консультування слід уникати найбільш частих помилок – інформаційної перевантаженості, використання спеціальних медичних термінів, що, як правило, супроводжується нерозумінням і негативною реакцією пацієнта.

Психологічні чинники та особистісні якості лікаря грають важливу роль в ефективному профілактичному консультуванні і можуть як підвищувати його результативність, так і створювати бар'єр для сприйняття пацієнтом рекомендацій [28].

Профілактичне консультування спрямоване не лише на інформування хворого, але і на створення у нього мотивації до виконання порад (підвищення прихильності до виконання лікарських приписів).

Ці особливості принципово відрізняють процес профілактичного консультування від методів санітарної освіти, методи профілактичного консультування є найважливішими напрямками лікування захворювання і можуть бути віднесені до поведінкової терапії [29;33].

Висновки

Підсумовуючи вищенаведене, слід зазначити, що серед багатьох проблем профілактики ХНІЗ загалом, і серцево-судинних хвороб зокрема, що знаходяться в компетенції та зоні відповідальності системи охорони здоров'я, стосунки лікаря і пацієнта виступають як ключові, оскільки можуть стати основною рушійною силою для започаткування реальних і успішних превентивних заходів за умови базування на концептуальних заходах ефективного профілактичного консультування. Водночас якщо ці принципи не враховуються, важко очікувати узгоджених партнерських дій як з боку лікаря, так і з боку пацієнта щодо корекції поведінкових звичок та прихильності до виконання лікарських приписів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці рекомендацій щодо дотримання принципів профілактичного консультування та розробки чітких алгоритмів з їх проведення не лише для сімейного лікаря, а і для середнього медичного персоналу.

Список літератури

1. *Аспекти* профілактичної медицини в програмах підготовки сімейного лікаря / В. М. Ждан, Л. М. Шилкіна, З. О. Борисова, В. Ю. Штомпель // Актуальні проблеми сімейної медицини. – 2010. – Т. 10, Вип. 2(30). – С. 151–152.
2. *Батюшин М. М.* Модернизация шкалы SCORE оценки десятилетнего риска сердечно-сосудистой смертности / М. М. Батюшин // Рос. кардиолог. журн. – 2005. – № 6. – С. 40–44.
3. *Бобро Л. М.* Проблемні питання диспансеризації в діяльності сімейного лікаря / Л. М. Бобро // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч. [«Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання»], (Харків, 7 листоп. 2013 р.). – Х., 2013. – С. 37.
4. *Влияние* стресса на рабочем месте на поведенческие факторы риска у мужчин трудоспособного возраста / Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г. // Профилактич. медицина. – 2011. – Т. 14, № 4. – С. 19–23.
5. *Глазунов И. С.* Организация программ профилактики неинфекционных заболеваний на уровне региона / И. С. Глазунов, И. М. Соловьева, Е. В. Усова // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 6. – С. 11–19.
6. *Горбась І. М.* Шкала SCORE в клінічній практиці: переваги та обмеження / І. М. Горбась // Артериальная гипертензия. – 2009. – Т. 2. – С. 4.
7. *Дартау Л. А.* Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации / Л. А. Дартау // Проблемы управления. – 2003. – № 2. – С. 43–52.
8. *Дартау Л. А.* Феномен здоровья: концепция и прикладные аспекты / Л. А. Дартау // Проблемы управления. – 2005. – № 5. – С. 92–98.
9. *Журавлев Ю. И.* Динамика физического здоровья пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний под влиянием их совместного обучения с медицински активными членами семей / Ю. И. Журавлев, П. А. Шептун // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15., № 2. – С. 18–22.
10. *Кардангушева А. М.* Распространенность и многолетние тренды факторов риска неинфекционных заболеваний у школьников 10–17 лет / А. М. Кардангушева, Л. В. Эльгарова, А. А. Эльгаров // Профилактич. медицина. – 2013. – Т. 16, № 6. – С. 55–60.
11. *Комплексная* оценка профилактического поведения в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития у больных гипертонической болезнью и хронической ишемической болезнью сердца / Д. Ю. Платонов, Т. А. Костюк, А. И. Брандт, О. В. Цыганкова // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 1. – С. 26–31.
12. *Концевая А. В.* Связь психоэмоциональных факторов с готовностью к коррекции факторов риска и их влияние на эффективность реализации профилактических программ на рабочем месте / А. В. Концевая, А. М. Калинина, С. В. Белоносова // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 5. – С. 3–7.
13. *Левшин В. Ф.* Опыт проведения и оценка эффективности консультативной помощи в отказе от курения / В. Ф. Левшин, Н. И. Слепченко, Г. Чарквиане // Профилактич. медицина. – 2011. – Т. 14, № 3. – С. 28–34.
14. *Обучение* больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты) / Щекотов В. В., Зиньковская Т. М., Голубев А. Д., Хасанова Р. Б. – Пермь : ПГМА, 2003. – 229 с.

15. *Олейникова Н. В.* Многофакторная профилактика артериальной гипертонии в коллективе педагогов средних общеобразовательных школ : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Олейникова. – М., 2006. – 26 с.
16. *Определение* групп здоровья и изучение алиментарно-зависимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в ходе диспансерных осмотров / Еганян Р. А., Гамбарян М. Г., Измайлова О. В. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 11–17.
17. *Организация* школы здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранени: информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями / под ред. Р. Г. Оганова. – М., 2002. – 147 с.
18. *Организация* школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца в первичном звене здравоохранения: информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями / под ред. Р. Г. Оганова. – М., 2003. – 123 с.
19. *Організація* шкіл здоров'я для пацієнтів з гіпертонічною хворобою в первинній ланці охорони здоров'я : метод. реком. / Лашкул З.В., Лашкул Д.А., Посний В.Ф.[та ін.]. – К., 2012. – 31 с.
20. *Особенности* первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц стрессовых профессий / Осипова И. В., Антропова О. Н., Зальцман А. Г. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2011. – Т. 14, № 3. – С. 7–10.
21. *Отношение* к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний в открытой мужской популяции Тюмени / Каюмова М. М., Смазнов В. Ю., Акимова Е. В. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 4. – С. 13–16.
22. *Прохоров А. В.* Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение / А. В. Прохоров, У. Ф. Велисер, Дж. О. Прочаска // Вопр. психол. – 1994. – № 2. – С. 113–122.
23. *Психосоциальные* факторы в оценке общественного здоровья по результатам популяционного многоцентрового исследования / Бритов А. Н., Елисеева Н. А., Деев А. Д. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 1. – С. 4–9.
24. *Радченко Г. Д.* Профілактика серцево-судинних захворювань – почни з себе. Результати анонімного опитування лікарів, які лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Г. Радченко, І. Марцовенко, Ю. Сіренко // Укр. кардіол. журн. – 2011. – № 4. – С. 54–58.
25. *Ринда Ф. П.* Деякі актуальні питання формування здорового способу життя в Україні / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – №. 4. – С. 35–40.
26. *Сіренко Ю. М.* Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 50–52.
27. *Сіренко Ю. М.* Результати опитування лікарів, що лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, В. І. Казмерук // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 4. – С. 46–52.
28. *Совершенствование* профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / Бойцов С. А., Вылегжанин С. В., Гилева Ф. А. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 3–12.
29. *Школа* здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями : метод. пособ. – М., 2011. – 137 с.
30. *Школа* здоровья. Артериальная гипертония : руководство для врачей / А. М. Калинина, Ю. М. Поздняков, Е. В. Ощепкова, Р. А. Еганян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 188 с.
31. *Эффективное* профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Ч. 2 / Калинина А. М., Еганян Р. А., Гамбарян М. Г. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2013. – Т. 16, № 4. – С. 13–18.
32. *Ягенський А. В.* Сучасні підходи до профілактики серцево-судинних захворювань: роль регіональних програм / А. В. Ягенський // Ліки України. – 2010. – № 10 (1). – С. 28–31.
33. *Ященко Ю. Б.* Пріоритетні підходи до профілактики хронічних неінфекційних захворювань / Ю. Б. Ященко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №. 1. – С. 45–49.
34. *A new* method for coronary heart disease prediction and prevention based on regional risk scores and randomized clinical trials; PRECARD and Copenhagen Risk Score / Thomsen T. F., Davidsen M., Ibsen H. [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. – 2001. – Vol. 8. – P. 291–297.
35. *Kim H. E.* Factors associated with persistent smoking after the diagnosis of cardiovascular disease / H. E. Kim, Y. M. Song, B. K. Kim // Korean J. Fam. Med. – 2013. – Vol. 34 (3). – P. 160–8.
36. *Prevalence* of overweight and obesity among US children, adolescents and adults 1999–2002 / Hedley A. A., Ogden C. L., Johnson C. L. [et al.] // JAMA. – 2004. – Vol. 291. – P. 2847–50.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ И АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПРЕВЕНТИВНОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ РАБОТНИКАМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В.А. Пищиков[1], Н.Ю. Кондратюк[1], Е.Н. Торжевская[2], Н.В. Шестак[1]
[1]ГНУ «Научно-практический центр клинической и профилактической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина
[2]ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

Цель*:* изучить подходы к консультированию больных с профилактической целью и обосновать внедрение профилактического консультирования.

Материалы и методы. Проанализированы отечественные и иностранные научные публикации, использован библиосемантический, ретроспективного анализа, аналитический методы.

Результаты. Показана медико-социальная значимость хронических неинфекционных заболеваний. Освещены основные принципы организации и проведения профилактического консультирования пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний на уровне семейного врача. Рассмотрены концептуальные основы эффективного профилактического консультирования, направленного на формирование партнерства врача и пациента в долгосрочном контроле факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Выводы. В организации профилактической работы ключевым моментом являются отношения врача и пациента, которые могут стать основной движущей силой для успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных мерах эффективного профилактического консультирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **стратегия профилактики, консультирования, группы риска, коррекция факторов риска, алгоритм, скрининг, профилактика.**

ORDERING AND ANALYSIS OF EXISTING METHODOLOGICAL APPROACHES TO PREVENTIVE CONSULTATION OF PATIENTS BY PRIMARY CARE WORKERS (ANALYTICAL LITERATURE REVIEW)

V.A. Pischykov[1], N.Yu. Kondratiuk[1], O.M. Torzhevskaya[2], N.V. Shestak[1]

[1]State Scientific Institution "Scientific-Practical Center of Clinical and Preventive Medicine" the State Administration, Kyiv, Ukraine

[2] State Institution "Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

Purpose: to study the approaches to consultation of patients with preventive purpose and justify introduction of preventive consultation.

Materials and methods. Domestic and foreign scientific publications are analysed, bibliosemantych, retrospective analysis, analytical methods have been applied.

Results. It is shown medical and social importance of chronic non-communicable diseases. Main principles of the organization and carrying out of preventive consultation of patients with risk factors of chronic non-communicable diseases at family doctor level have been covered. Conceptual bases of effective preventive consultation directed on formation of partnership among doctor and patient in the long-term control of risk factors of chronic non-communicable diseases have been considered.

Conclusions. In the organization of preventive work by the key moment is the attitudes of doctor and patient, which can become the main driving force for successful preventive measures under condition of provided basing conceptual actions of effective preventive consultation.

KEY WORDS: **strategy of prevention, consultation, risk groups, risk factor correction, algorithm, screening, prevention.**

Рукопис надійшов до редакції 10.10.2014 року

Відомості про авторів:

Піщиков Валерій Анатолійович – д.мед.н., проф., головний науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; тел.: (044) 254-31-51.

Кондратюк Наталія Юріївна – науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; тел.: (044) 254-68-71.

Торжевська Олена Миколаївна – науковий співробітник відділення організації медичної допомоги Державної установи «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел.: (044) 576-41-18.

Шестак Наталія Вікторівна – науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; тел.: (044) 284-79-93.