

В.В. Рудень, І.І. Коляда, Н.Ф. Тімченко

ПРО СУТНІСТЬ МЕТОДУ СТРАТЕГІЇ ВИСОКОГО РИЗИКУ В ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Мета – науково обґрунтувати потребу в реалізації методу Стратегії високого ризику в первинній профілактиці неінфекційної захворюваності в діяльності сімейного лікаря медичної галузі України.

Матеріали та методи. Дослідження виконано серед висококваліфікованих організаторів та управлінців охорони здоров'я ($p < 0,001$) за опрацьованою програмою з використанням загальновідомих методів епідеміологічного дослідження.

Результати. Встановлено потребу в запровадженні в діяльності сімейного лікаря засад первинної профілактики, де основою має стати метод Стратегії високого ризику, який у первинній профілактиці дасть змогу на індивідуальному рівні ідентифікувати високий ризик можливої неінфекційної захворюваності, що маніфестовано експертами в $9,4 \pm 1,88$ балу за 10-бальною шкалою.

Висновки. У первинній профілактиці неінфекційної захворюваності сімейному лікарю доцільно використовувати метод Стратегії високого ризику, роль та ефективність якого є очевидною та незаперечною в питанні безпосереднього позитивного впливу на громадське здоров'я та економіку України.

Ключові слова: здоров'я, неінфекційна захворюваність, сімейний лікар, пацієнт, первинна профілактика, Стратегія високого ризику, абсолютний ризик, експертна оцінка.

Вступ

Медична громадськість, як і все населення України, в останні десятиліття занепокоєна станом громадського здоров'я. Це пояснюється переходом у стан захворюваності населення країни від «інфекційної» до «неінфекційної» [3, 7, 15], особливо серед осіб працездатного віку як основної детермінанти економічного розвитку держави [1, 17].

Подібна ситуація у стані здоров'я населення спостерігається і в європейських країнах [29, 31], оскільки неінфекційна група порушень у стані здоров'я, яка включає діабет [E10–E14], серцево-судинні захворювання [I00–I99], рак [C00–D48], хвороби органів дихання [J00–J99] і психічні розлади [F00–F99], спричиняє 86% смертності і 77% тягаря хвороб в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я [30]. Однак у цих державах на практиці реалізуються концептуальні основи медицини, де декларується теза про примат профілактичного принципу в питаннях вирішення проблем зміцнення/збереження здоров'я населення та медичного забезпечення населення при обов'язковому розвитку клінічної та реабілітаційної складових цього процесу [2]. Доцільно при

цьому зазначити, що і для України нового формату ця теза не нова, оскільки згаданий профілактичний принцип у свій час панував у колишній вітчизняній охороні здоров'я і добре себе зарекомендував [4, 16].

На сьогодні в контексті окреслених Україною наявних змін у діючій системі медичного забезпечення та шляхів мінімізації проблем у стані здоров'я населення [13] принцип профілактичної спрямованості в охороні здоров'я як безперечний і безальтернативний відображено в статті 35-1 «Первинна медична допомога» Закону України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [9], Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [12] та Нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я – 2020» [6].

Власне, окреслені вище законодавчо-нормативні документи реалізуються в процесі реформування діючої системи охорони здоров'я України, починаючи з 2011 р., шляхом переходу на посімейне обслуговування населення в амбулаторно-поліклінічних умовах лікарем загальної практики / сімейним лікарем (ЛЗП/СЛ) з організацією і функціонуванням центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (центрів ПМСД) [11, 12].

Враховуючи такі організаційно-управлінські інновації з вирішення проблем стану здоров'я населення України, особливо в контексті зниження рівня неінфекційної захворюваності, нами визначено доцільність і необхідність превентивних заходів щодо неінфекційної патології, пов'язаної з факторами ризику як глибинними детермінантами захворюваності й можливостями для втручань у цей процес ЛЗП/СЛ, що і робить дане дослідження актуальним і вагомим у власному змісті.

Мета роботи – науково обґрунтувати потребу в реалізації методу Стратегії високого ризику в первинній профілактиці неінфекційної захворюваності в діяльності ЛЗП/СЛ у процесі реформування медичної галузі України.

Матеріали та методи

Дослідження виконано серед 48 висококваліфікованих організаторів та управлінців охорони здоров'я ($p < 0,001$). Серед опитаних 18,75% ($n=9$) мали науковий ступінь доктора, а 81,25% ($n=39$) – кандидата медичних наук, а середній стаж роботи за лікарською спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» становив $15,7 \pm 3,1$ року. У дослідженні використано програму «Карта експертної оцінки доцільності впровадження до практичної діяльності ЛЗП/СЛ превентивних заходів щодо зміцнення та збереження здоров'я населення території обслуговування Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».

У роботі застосовано такі методи дослідження: кваліметричний, ретроспективний, соціологічний, статистичний, математичний, абстрактний, а також методи дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

Отримані дані експертної оцінки зведено та опрацьовано автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм «Microsoft Office Excel 2003» та «SPSS».

Результати дослідження та їх обговорення

Прояв результатів експертної оцінки стосовно доцільності активізації у практичній охороні здоров'я превентивних заходів засвідчує, що в основу професійної діяльності ЛЗП/СЛ [20] у новостворених центрах ПМСД слід закласти профілактичні засади, про що засвідчує думка експертів у $8,85 \pm 1,77$ балу за 10-бальною шкалою. При цьому 52,08% тих же фахівців оцінили превентивний метод у роботі ЛЗП/СЛ із населенням у 10 балів, 12,51% – у 9 балів, 20,83% – у 8 балів (рис. 1), що вказало на розуміння спеціалістами шляхів вирішення наявних проблем у стані здоров'я населення України.

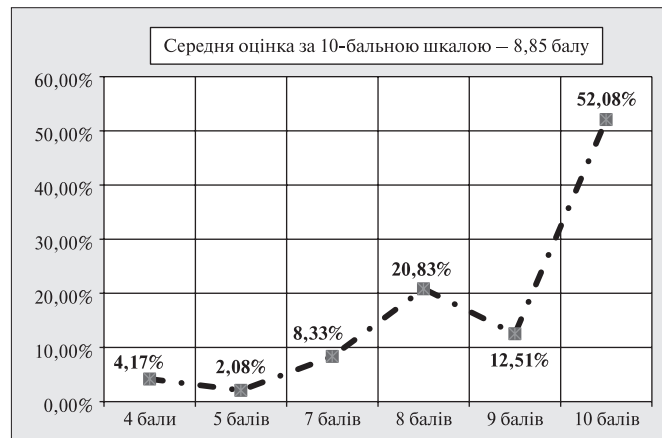


Рис. 1. Погляд експертів на прерогативу профілактичних засад у діяльності сімейних лікарів новостворених центрів ПМСД

У зв'язку з нагромадженням у стані здоров'я населення проблем медико-соціального змісту, важливим, на нашу думку, є перехід у первинній профілактиці неінфекційної захворюваності від популяційної профілактики до профілактичної технології Стратегії високого ризику на індивідуальному рівні [8, 28], як це робиться сьогодні в багатьох європейських країнах [14].

Зважаючи те, що в професійній практичній діяльності сімейний лікар має справу з випадками захворювань у конкретних пацієнтів, власне профілактичний метод Стратегії високого ризику дає змогу лікареві виявити і оцінити не єдиний фактор ризику, як це прийнято традиційно, а обрахувати та охарактеризувати абсолютний ризик (AR) [23] щодо можливого виникнення / розвитку конкретного захворювання в людині ще за довго до його появи, що вказує на потребу в своєчасному проведенні необхідних превентивних дій.

У підтвердження необхідності зміни акцентів у первинній профілактиці на метод Стратегії високого ризику висловилися і експерти, які оцінили це нововведення в превентивних діях ЛЗП/СЛ у $8,85 \pm 1,77$ балу за 10-бальною шкалою. Крім того, 54,17% спеціалістів оцінили застосування методу Стратегії високого розвитку ЛЗП/СЛ у первинній профілактиці неінфекційної захворюваності в 10 балів, тоді як 14,58% фахівців визначили застосування даної інновації в практичній діяльності ЛЗП/СЛ в 9 балів, а 16,65% спеціалістів – у 8 балів (рис. 2).

Важливим аргументом на користь первинної профілактики неінфекційної захворюваності є ідентифікація осіб із високим ризиком, що являє собою основу превентивних дій, спрямованих на зниження негативного впливу на стан здоров'я жителів території обслуговування центру ПМСД модифікованих факторів ризику на індивідуальному рівні, шляхом корекції здорового способу життя і, за необхідності, відповідних лікарських втручань [22], що могло б значно поліпшити стан здоров'я та економіку держави.

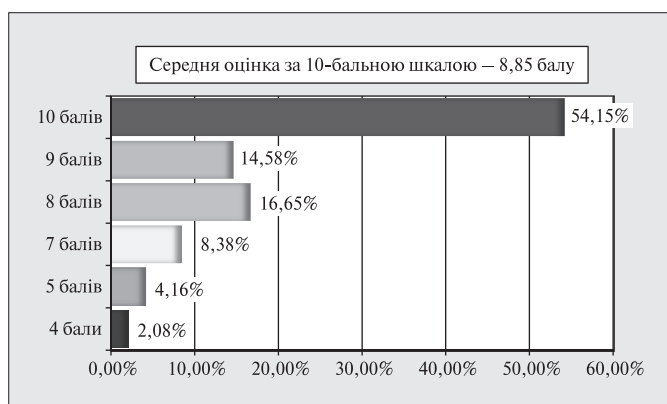


Рис. 2. Думка експертів про доречність переходу в профілактичній роботі сімейних лікарів центрів ПМСД від популяційної профілактики до профілактичної технології – Стратегії високого ризику

Найбільш слухним способом ідентифікації високого ризику можливої захворюваності є необхідність запровадити до практичної діяльності ЛЗП/СЛ вміння виявляти на індивідуальному рівні фактори негативного впливу на здоров'я людини, що, власне, і підтвердило $66,67 \pm 6,80\%$ експертів, які оцінили такі дії на території центрів ПМСД у 10 балів, тоді як $20,83 \pm 5,86\%$ фахівців висловились за таке нововведення у 9 балів, а $10,42 \pm 4,41\%$ спеціалістів охарактеризували дану інновацію в первинній профілактиці у 8 балів (рис. 3). У цілому експерти це маніфестували в $9,4 \pm 1,88$ балу за 10-бальною шкалою.

Важлива роль у застосуванні профілактичної технології Стратегія високого ризику на первинному рівні медичного забезпечення, на думку експертів, відведена методам / способам виявлення ЛЗП/СЛ факторів ризику щодо негативного впливу на здоров'я конкретного мешканця території обслуговування центру ПМСД

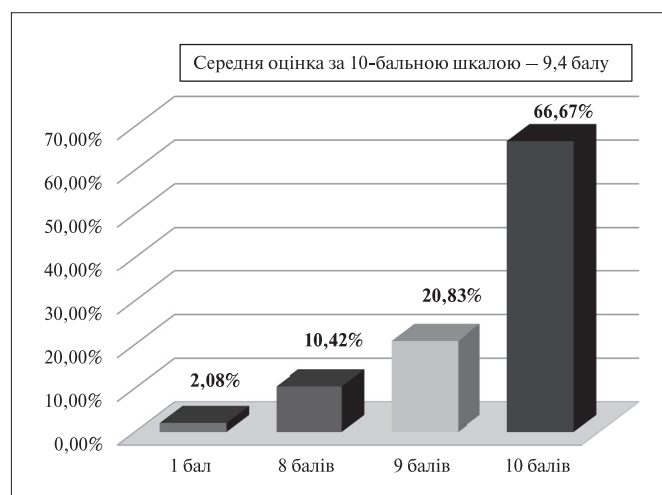


Рис. 3. Наміри експертів стосовно роботи лікарів центру ПМСД на індивідуальному рівні в питаннях виявлення факторів ризику можливого неінфекційного захворювання як основи первинної профілактики в контексті Стратегії високого ризику

в аспекті виникнення раннього виявлення конкретної нозології неінфекційної патології [19].

За даними таблиці, на перше рейтингове місце серед безлічі способів виявлення / підозри факторів ризику у можливому подальшому вираженні в неінфекційне захворювання фахівці поставили будь-який контакт ЛЗП/СЛ із пацієнтом центру ПМСД ($72,92 \pm 8,62\%$), друге рейтингове місце відвели анамнезу хвороби та анамнезу життя ($64,5 \pm 6,09\%$), тоді як третє рейтингове місце віддали прийому пацієнта у ЛЗП/СЛ ($62,50 \pm 6,99\%$). Не менш значущим у цьому є заповнення спеціального опитувальника ($58,33 \pm 7,12\%$) та у процесі подвірного обходу ($43,75 \pm 7,16\%$).

Таблиця

Експерти про способи виявлення лікарями загальної практики / сімейними лікарями факторів ризику щодо негативного впливу на здоров'я конкретного мешканця території

№ пор.	Назва способу виявлення ЛЗП/СЛ факторів ризику у конкретного мешканця території центру ПМСД	M±m (%)	P
1.	Будь-який контакт ЛЗП/СЛ із пацієнтом / мешканцем центру ПМСД	$72,92 \pm 8,62$	<0,01
2.	Спеціально збираючи анамнез хвороби та анамнез життя	$64,50 \pm 6,09$	<0,05
3.	На прийомі у ЛЗП/СЛ	$62,50 \pm 6,99$	<0,05
4.	Заповнюючи спеціальний опитувальник	$58,33 \pm 7,12$	>0,05
5.	Під час медичного огляду:	$56,77 \pm 7,15$	>0,05
5.1	- профілактичного	$66,67 \pm 6,80$	<0,01
5.2	- цільового	$60,42 \pm 7,06$	<0,05
5.3	- періодичного	$56,25 \pm 7,16$	>0,05
5.4	- попереднього	$43,75 \pm 7,61$	>0,05
6.	У процесі подвірного обходу	$43,75 \pm 7,16$	>0,05

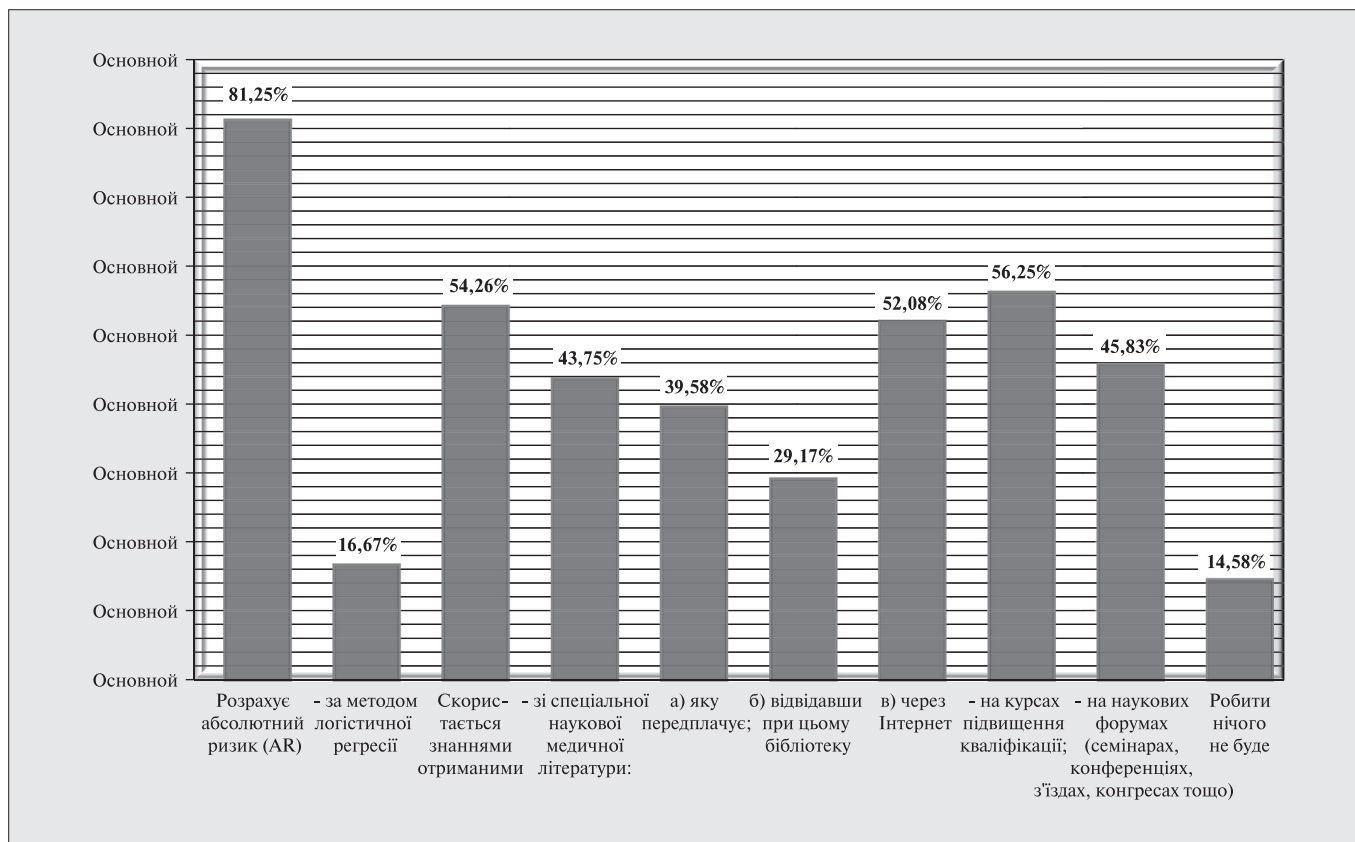


Рис. 4. Умовивід експертів щодо дій лікарів у разі виявлення у конкретного жителя території обслуговування центру ПМСД наявні фактори ризику у виникненні певної нозології неінфекційної захворюваності

Щодо медичного огляду як способу виявлення можливих факторів ризику, то $56,77 \pm 7,15\%$ експертів віддали перевагу саме цій профілактичній технології. Значущим у цьому є те, що $66,67 \pm 6,80\%$ фахівців висловилися на користь профілактичних оглядів, які проводяться ЛЗП/СЛ, $60,42 \pm 7,06\%$ – цільових оглядів, $56,25 \pm 7,16\%$ – періодичних оглядів, лише $43,75 \pm 7,61\%$ – попередніх оглядів.

Чи не найважливішим у застосуванні Стратегії високого ризику у профілактиці неінфекційної патології на первинному рівні медичного забезпечення є вміння ЛЗП/СЛ скористатися основною складовою цієї превентивної технології – розрахунком величини абсолютного ризику (*absolute risk* – AR), сутність якого базується на тому, який рівень захворюваності (або її наслідків) зумовлений дією чинника ризику, що в нашій ситуації дає змогу запідозрити/виявити в мешканців території центру ПМСД наявний фактор ризику щодо визначеного неінфекційного захворювання.

Саме $81,25 \pm 5,63\%$ експертів висловилися про необхідність розрахунку величини AR ЛЗП/СЛ у жителів території обслуговування центру ПМСД, тоді як лише $16,67 \pm 5,38\%$ респондентів зазначили про використання у цьому випадку методу логістичної регресії (рис. 4).

Такі дані відносно результату щодо обрахунку ЛЗП/СЛ показника AR пояснюються тим, що в медичних вузах України отримання знань стосовно ролі та значущості факторів ризику в стані здоров'я окремої людини / відповідної когорти населення, а також набуття практичних навичок і умінь стосовно методики розрахунку та оцінки ризиків стало можливим лише в 2008–2009 навчальному році, коли розпочалося навчання студентів академічної дисципліни «Біостатистика» в контексті принципів Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) [5]. Тому, власне, і джерела отримання знань ЛЗП/СЛ стосовно методики розрахунку величини AR є сьогодні не цілком академічні, що може створити відповідну проблему застосування в технологіях первинної профілактики Стратегії високого ризику.

У цьому $43,75 \pm 7,16\%$ експертів зазначили, що в такій ситуації ЛЗП/СЛ скористається науковою медичною літературою, $52,08 \pm 7,21\%$ фахівців запевнили, що скористається даними Інтернету, тоді як $29,17 \pm 6,56\%$ спеціалістів висловилися на користь відвідування в такому випадку бібліотеки, а на думку $18,75 \pm 3,53\%$ науковців, ЛЗП/СЛ віднайде це в періодичній літературі, яку він передплачує.

Крім того, $56,25 \pm 7,16\%$ експертів підтвердили, що ЛЗП/СЛ центру ПМСД має змогу отримати знання і навиків стосовно факторів ризику та методології їх обрахунку на курсах підвищення кваліфікації, а також може ознайомитися з їх значущістю у профілактиці захворюваності на наукових форумах (семінарах, конференціях, з'їздах, конгресах тощо), про що зазначили $45,83 \pm 7,19\%$ фахівців.

Проте чи не найгіршим у цьому є те, що $14,58 \pm 5,09\%$ експертів висловили думку, що ЛЗП/СЛ, навіть за умови виявлення фактора ризику, у питанні обрахунку величини AR нічого не робитиме.

Враховуючи полярну думку експертів стосовно підходів у діяльності ЛЗП/СЛ до обрахунку величини AR та джерел отримання інформації щодо показника ризику ми пропонуємо методику обрахунку AR. У зв'язку з цим слід зазначити, що сам процес обчислення AR потрібно проводити за результати дослідження факторів ризику у двох досліджуваних групах населення території обслуговування центру ПМСД, а саме: у групі експонованого населення, коли населення схильне стосовно здоров'я до негативної дії чинника ризику (AR_e), який вивчається, та у групі неекспонованого населення, де населення не схильне стосовно здоров'я до негативної дії відповідного фактора ризику (AR_n).

Для прикладу. За результатами рандомізованого наукового дослідження 200 тис. жінок різних вікових груп на предмет виявлення раку молочної залози (PM3) (C50) отримано такі результати: у жінок, старших за 60 років, PM3 (C50) виявлено у 98 випадках із 98 445 обстежених, тоді як в осіб жіночої статі, молодших за 60 років, дану хворобу (C50) діагностовано у 55 випадках із 101 500 жінок. Відтак, за результатами даного дослідження варто з'ясувати, чи зростає з віком у жінок ризик захворіти на PM3.

Першим кроком у процесі розрахунку є побудова таблиці спряженості 2×2 згідно з міжнародним дизайном щодо форми проведення епідеміологічних досліджень. На основі цієї таблиці розраховуються отримані основні показники.

Загальна схема таблиці спряженості 2×2 має такий вигляд:

	Наявний результат	Відсутній результат	Разом
Досліджувана група	A	B	A+B
Контрольна група	C	D	C+D
Усього	A+C	B+D	N=A+B+C+D

Другий крок розрахунку величини AR передбачає заповнення макету таблиці спряженості 2×2 , куди підставляємо абсолютні дані із пропонованого прикладу:

Група досліджень	Число жінок (абс. дані):		Усього досліджених
	є PM3 (C50)	немає PM3 (C50)	
Жінки понад 60 років	98	98 347	98 445
Жінки до 60 років	55	101 500	101 555
Усього	153	199 847	200 000

Третій крок передбачає розрахунок розрахунку величини AR за формулою:

$$AR = \frac{A}{A+B}$$

результат чого, в кінцевому результаті, відображає його значущість: у даному випадку – захворюваність на онкопатологію молочної залози (C50) у жінок, у досліджуваних групах як експонованій за чинником (вік >60 років) та неекспонованих осіб жіночої статі (вік <60 років) за даними побудованої таблиці.

У нашому випадку для групи експонованих осіб жіночої статі AR_e становить:

$$AR_e = \frac{98}{98445} \times 1000\% = 1,00\%$$

тоді як відповідно до даних для групи неекспонованих жінок AR_n стосовно PM3 (C50) складає:

$$AR_n = \frac{55}{101555} \times 1000\% = 0,54\%$$

Отриманий результат переконливо доводить: у віці понад 60 років 1% жінок (тобто одна з тисячі) має ризик захворіти на PM3 (C50), що вказує на вік жінок >60 років як на чинник ризику можливого виникнення онкопатології молочної залози (C50).

Не менш вагомим, ніж виявлення факторів ризику та обрахунок ЛЗП/СЛ величини AR у застосуванні методу Стратегії високого ризику в профілактиці неепідемічної захворюваності серед мешканців території центру ПМСД, є процес управління негативним впливом фактору/ів ризику на здоров'я конкретного пацієнта [25, 26, 27].

У цьому аспекті експерти зазначили, що ЛЗП/СЛ має реалізовувати превентивні дії у стані здоров'я конкретного індивідуума у $89,36 \pm 6,49\%$ – у процесі диспансерного лікарського спостереження як за здоровими, так і за хворими; у $70,83 \pm 6,56\%$ – у процесі профілактичного, у $50,00 \pm 7,22\%$ – періодичного, у $43,75 \pm 7,16\%$ – цільового, у $31,25 \pm 6,69\%$ – попереднього медичних оглядів.

Крім того, $64,58 \pm 6,90\%$ експертів зійшлися на думці про те, що ЛЗП/СЛ може здійснювати процес управління негативним впливом чинником/ами ризику в стані здоров'я конкретного пацієнта під час прийому пацієнта в амбулаторії загальної практики/сімейної медицини $62,50 \pm 6,99\%$ респондентів вказали на будь-який контакт ЛЗП/СЛ із мешканцем території

обслуговування центру ПМСД, хоча $39,58 \pm 7,06\%$ спеціалістів у даному питанні відзначили процес подвійного лікарського обходу і лише $10,42 \pm 4,41\%$ анкетованих вважали не зайвим провести індивідуальну бесіду з цього питання з пацієнтом / жителем території обслуговування Центру ПМСД.

З метою оперативності в питаннях збору, зберігання та аналізу інформації стосовно здоров'я населення території обслуговування ЛЗП/СЛ, у тому числі в питаннях профілактичної роботи, певна роль відводиться забезпеченню амбулаторій загальної практики / сімейної медицини інформаційними технологіями [21, 31], основу чого і складає оргтехніка. Власну думку щодо потреби в комп'ютерному забезпеченні профілактичної роботи ЛЗП/СМ висловили експерти (рис. 5).

Висновки

Сімейні лікарі центру ПМСД у первинній профілактиці неінфекційної захворюваності мають використовувати метод Стратегії високого ризику, ефективність якого очевидна і незаперечна, оскільки своєчасне та професійне його застосування на етапі первинної профілактики дасть змогу запідозрити/виявити можливий початок розвитку/виникнення певної нозології неінфекційної захворюваності на ранніх стадіях і вчасно мінімізувати ризики у стані здоров'я людини. А це позитивно і безпосередньо

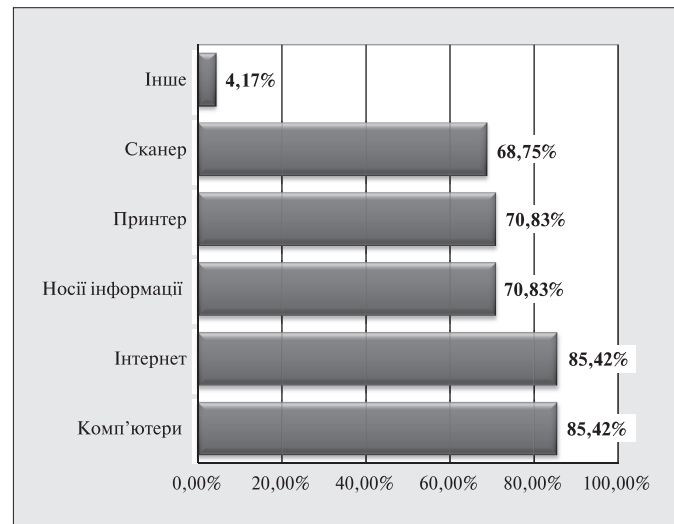


Рис. 5. Експерти про потребу (%) в оргтехніці для забезпечення профілактичної роботи сімейних лікарів

впливатиме на здоров'я населення та економіку України.

Перспективи подальших досліджень полягають у науковому обґрунтуванні організаційно-функціональної моделі практичного застосування сімейним лікарем методу Стратегії високого ризику в первинній профілактиці неінфекційної захворюваності.

Література

1. Демографічна ситуація в Україні у січні 2013 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2013/dem0113.pdf. – Назва з екрана.
2. Козлов В. К. Принцип системности в медицине и актуализация проблем медицинской профилактики [Электронный ресурс] / В. К. Козлов // Biocosmology – neo-Aristotelism . – 2011. – Vol. 1, № 2–3. – P. 181–220. – Режим доступа : http://referat.znate.ru/pars_docs/tw_refs/57/56096/56096.pdf#page=41. – Название с экрана.
3. Концепция эпидемиологического перехода [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://ru.wikipedia.org/wiki/Концепция_эпидемиологического_перехода. – Название с экрана.
4. Лоранский Д. Н. Профилактика [Электронный ресурс] / Лоранский Д. Н. // Здоровье. – 1978. – № 10. – Режим доступа : <http://lechebnik.info/452/19.html>. – Название с экрана.
5. Навчальна програма «Біостатистика» для вищих медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації спеціальностей 7.110101 «Лікувальна справа», 7.110104 «Педіатрія», 7.110105 «Медико-профілактична справа» напрямку підготовки 1101 «Медицина»: затверджена ЦМК ВМО МОЗ України 15 лютого 2008 року. – К., 2008. – 11 с.
6. Новая европейская политика здравоохранения «Здоровье – 2020» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/149060/RC61_rInfDoc4.pdf. – Название с экрана.
7. Омран А. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения / А. Омран // О демографических проблемах в странах Запада. – М.: Прогресс, 1977. – С. 57–91.
8. Оценка значения двух подходов к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний направленного на популяцию в целом и направленного на группы с высоким риском [Электронный ресурс] / [et al.] Ebrahim S., Embercon J., Morris R. // Consilium medicum. – 2008. – № 12. – С. 27–35. – Режим доступа : <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=197427>. – Назва з екрана.
9. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрана.

10. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи : наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. № 755 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1484-11>. – Назва з екрана.
11. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI (в редакції від 01.01.2013 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрана.
12. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-p>. – Назва з екрана.
13. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
14. Роль популяційної стратегії і стратегії високого ризику в первинній профілактиці серцево-судинних захворювань [Електронний ресурс] / Д. Емберсон, П. Уинкап, Р. Моррис [и др.]. – Режим доступу : http://www.tmj.ru/articles_6116.htm. – Названіє с екрана.
15. Рудень В. В. Про кризовий стан у здоров'ї населення «країни з ринковими перетвореннями» / В. В. Рудень Т. Г. Гурор, О. М. Сидорчук // Охорона здоров'я України. – 2006. – № 3–4. – С. 52–59.
16. Становление советского здравоохранения и медицины. Гл. 9, ч. 5 [Електронний ресурс] // Сорокина Т. С. История медицины: в двух томах / Т. С. Сорокина. – Режим доступу : <http://www.bibliotekar.ru/423/35.htm>. – Названіє с екрана.
17. Україна 2020: демографічний та міграційний вимір безпеки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://uipp.org.ua/uploads/news_message/at_file_uk/0070/43.pdf. – Назва з екрана.
18. Aymé S. 2013 Report on the State of the Art of Rare Disease Activities in Europe [Electronic resource] / S. Aymé, C. Rodwell (eds.) // European Union, July 2013. – Access mode : <http://www.eucerd.eu/upload/file/Reports/2013ReportStateofArtRDActivities.pdf>. – Title from screen.
19. Banteen-Roche K. Determination of risk factor associations with questionnaire outcomes: a methods case study [Electronic resource] / K. G. H. Banteen-Roche, B. Huang Munoz, G. S. Rubin // Amer. J. Epidemiol. – 1999 – Vol. 150, № 11. – P. 1165–1178. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10588077>. – Title from screen.
20. Chan M. The rising importance of family medicine [Electronic resource] / Margaret Chan ; World Health Organization. Prague, 2013. – Access mode : http://www.who.int/dg/speeches/2013/family_medicine_20130626/en. – Title from screen.
21. Consulting room computers and their effect on general practitioner–patient communication [Electronic resource] / J. Noordman, P. Verhaak, I. van Beljouw, S. van Dulmen // Fam. Pract. – 2010. – Vol. 27, № 6. – P. 644–651. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20660530>. – Title from screen.
22. Definition of high risk individual stooptimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases [Electronic resource] / S. Giampaoli, L. Palmieri, A. Mattiello, S. Panico // Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. – 2005. – Vol. 15, № 1. – P. 79–85. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15871855>. – Title from screen.
23. Estimating cardiovascular risk for primary prevention: outstanding questions for primary care [Electronic resource] / John Robson, Kambiz Boomla, Ben Hart, Gene Feder // Brit. Med. J. – 2000. – Vol. 320, № 7236. – P. 702–704. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117714>. – Title from screen.
24. EU Employment and Social Situation. Quarterly Review Special Supplement on Demographic Trends [Electronic resource] / March 2013. – 30 p. – Access mode : <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9967&langId=en>. – Title from screen.
25. Majdzadeh R. Family Physician Implementation and Preventive Medicine; Opportunities and Challenges [Electronic resource] / Reza Majdzadeh // Int. J. Preventive Med. – 2012. – Vol. 3, № 10. – P. 665–669. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482991>. – Title from screen.
26. Putting prevention into practice / The Royal Australian College of General Practitioners. – South Melbourne, 2006. – 94 p.
27. Putting prevention into practice: qualitative study off actors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients [Electronic resource] / Ulla Walter, Uwe Flick, Anke Neuber [et al.] // BMC Family Practice. – 2010. – Vol. 11. – P. 68. – Access mode : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/68#>. – Title from screen.
28. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease [Electronic resource] / G. Rose // Brit. Med. J. – 1981. – Vol. 282. – P. 1847–1851. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6786649>. – Title from screen.
29. The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children [Electronic resource] / edit. Marco Martuzzi, Joel A. Tickner ; World Health Organization. – Copenhagen, 2004. – 209 s. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/91173/E83079.pdf. – Title from screen.

30. *What are noncommunicable diseases?* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.scielo.gpeari.noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases>. – Title from screen.
31. *Yaphe J.* Computer and doctor-patient communication [Electronic resource] / John Yaphe // *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. – 2013. – Vol. 29, № 3. – Access mode: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000300002&script=sci_arttext. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.11.2013 р.

О сущности метода стратегии высокого риска в первичной профилактике неинфекционной патологии в Украине

В.В. Рудень, И.И. Коляда, Н.Ф. Тимченко

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

Цель – научно обосновать потребности в реализации метода Стратегии высокого риска в первичной профилактике неинфекционной заболеваемости в деятельности семейного врача в медицинской отрасли Украины.

Материалы и методы. Исследование выполнено среди высококвалифицированных организаторов и управленцев здравоохранения ($p < 0,001$) согласно разработанной программе с использованием общеизвестных методов эпидемиологического исследования.

Результаты. Установлена потребность внедрения в деятельность семейного врача принципов первичной профилактики, где базис должен составлять метод Стратегии высокого риска, который в первичной профилактике позволит на индивидуальном уровне идентифицировать высокий риск возможной неинфекционной заболеваемости, что манифестировано экспертами в $9,4 \pm 1,88$ балла по 10-балльной шкале.

Выводы. В первичной профилактике неинфекционной заболеваемости семейному врачу целесообразно использовать метод Стратегии высокого риска, роль и эффективность которого очевидна и неоспорима в вопросе непосредственного положительного влияния на общественное здоровье и экономику Украины.

Ключевые слова: здоровье, неинфекционная заболеваемость, семейный врач, пациент, первичная профилактика, Стратегия высокого риска, абсолютный риск, экспертная оценка.

About the essence of the method of high risk strategy in primary prophylaxis of noninfectious pathology in Ukraine

V.V. Ruden', I.I. Kolyada, N.F. Timchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Purpose – scientific justification of the need for the application of the method of High Risk Strategy in primary prophylaxis of noninfectious morbidity in a family doctor's practice in medical branch of Ukraine.

Material and methods. The survey was conducted among highly qualified organizers and managers of health care ($p < 0.001$), according to processed program using generally known methods of epidemiological research.

Results of expert valuation shows the need of introduction of primary prophylaxis principles in the family doctor's practice whose basis should form the method of High Risk Strategy, because this method in primary prophylaxis will allow to identify the high risk of possible noninfectious morbidity at the individual level, which was estimated by experts at 9.4 ± 1.88 points by the 10-point scale.

Conclusions. In primary prophylaxis of noninfectious morbidity, it is expedient for family doctor to use the method of High Risk Strategy which role and effectiveness are apparent and indisputable for immediate positive influence on public health and economy of Ukraine.

Key words: health, noninfectious morbidity, family doctor, patient, primary prophylaxis, High Risk Strategy, absolute risk, expert valuation.

Відомості про автора

Рудень Василь Володимирович – д.мед.н., проф., заслужений лікар України, зав. кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Студентська, 2, м. Львів, 79017, Україна; служб. тел. +38(032) 276-81-67; e-mail: vruden@ukr.net.

Коляда Ірина Ігорівна – здобувач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я та лікар-інтерн за спеціальністю «Сімейна медицина» Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; Україна, вул. Студентська, 2, м. Львів, 79017, Україна; служб. тел. +38(032) 276-81-67; e-mail: irochka-90@mail.ru.

Тимченко Наталія Федорівна – викладач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Студентська, 2, м. Львів, 79017, Україна; служб. тел. +38(032) 276-81-67.