

УДК 614.2:616-084.001.3(100)(477)

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, О.П. Максименко, М.І. Заярський, Е.В. Бродська

Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Мета – обґрунтувати підвищення якості профілактичної роботи в українській системі охорони здоров'я на основі проведення порівняльного аналізу підходів до профілактики в Європі та Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано систематичні огляди літератури, матеріали ВООЗ, нормативно-правові документи МОЗ України. Застосовано бібліосемантичний, історичний та аналітичний методи.

Результати. Між Європою та Україною існують розбіжності щодо основних підходів проведення профілактичних заходів. В Європі використовуються переважно скринінгові програми, в Україні – диспансеризація, першим етапом якої є профілактичні медичні огляди. За кордоном при запровадженні національних профілактичних програм спираються на результати рандомізованих клінічних випробувань та оцінки економічної ефективності втручань. В Україні, при наявності розуміння, що доказова профілактика повинна стати галузевою політикою, існує певний дисбаланс у нормативній базі та практичних заходах.

Висновки. Диспансерний підхід до профілактики в Україні є застарілим, оскільки вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами. Для гармонізації з Європейською політикою потрібно переглянути в найкоротший термін наказ про диспансеризацію з позиції доказової профілактики та при оцінці витратної ефективності профілактичних програм.

Ключові слова: доказова профілактика, диспансеризація, скринінг.

Вступ

В основах Європейської політики «Здоров'я 2020» підкреслюється необхідність переорієнтації систем охорони здоров'я в країнах регіону з винесенням на перший план таких напрямків роботи, як профілактика захворювань, що пов'язано з низкою причин таких як зміни демографічних характеристик з відповідним збільшенням числа хронічних захворювань та станів, пов'язаних зі старінням; зростанням обсягів достовірних наукових даних по економічних аспектах профілактики, які демонструють можливості стримування витрат на охорону здоров'я, що набуває особливого значення в кризових умовах [3].

Профілактична спрямованість традиційно декларується як один з провідних принципів діяльності системи охорони здоров'я в Україні. Розвивається концепція доказової профілактики як сучасної галузевої та надгалузевої політики і практики [10]. Одним із найважливіших аргументів необхідності зміцнення первинної медичної допомоги, яка в останні роки постійно знаходиться у фокусі всіх перетворень в сфері охорони здоров'я, є підвищення продуктивності та ефективності профілактичної роботи [5]. Проте якісних змін у профілактичній діяльності поки що не відбулося: зусилля системи в основному зосереджені на виявленні захворювань без подальшої корекції стану хворих; частка захворювань, що виявляються в ранніх стадіях обмежена; роль первинної ланки звужена, оскільки диспансерний нагляд часто здійснюється лікарями-спеціалістами без участі лікарів загальної практики [2].

Пошук шляхів підвищення ефективності профілактики в країні примушує звернутися до досвіду

країн, перш за все Європейського регіону, де якість та ефективність профілактичної роботи істотно вища.

Мета роботи – обґрунтування підвищення якості профілактичної роботи в українській системі охорони здоров'я на основі проведення порівняльного аналізу підходів до профілактики в Європі та Україні.

Матеріали та методи

Для аналізу профілактичних підходів в країнах Європи використані систематичні огляди літератури, матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) стосовно політики застосування скринінгових програм. Для характеристики ситуації в Україні були проаналізовані нормативно-правові документи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) щодо диспансеризації населення та медико-технологічні документи по окремих станах та захворюваннях. Порівняння підходів до профілактики в країнах Європи та в Україні проводилося з застосуванням бібліосемантичного, історичного та аналітичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Звертає на себе увагу, що між Європою та Україною існують як термінологічні, так і змістовні відмінності стосовно інструментарію профілактики захворювань. В Європі – основним дієвим інструментом вважаються скринінгові програми, в Україні традиційно ще радянських часів – диспансеризація, першим етапом якої є профілактичні медичні огляди.

Старт до запровадження скринінгових програм в Європі та Північній Америці дали дослідження Канадської

Робочої групи профілактичних програм, яка ще в 1979 році довела неефективність загальних періодичних медичних оглядів і рекомендувала відмовитися від них [17]. Такі рекомендації були підтверджені опублікованими в 2012 р. даними систематичного огляду 16 рандомізованих клінічних випробувань (РКВ) із загальним числом учасників 182 880 осіб, які довели, що регулярне проходження періодичних профілактичних оглядів безсимптомними особами у віці до 65 років не знижує ні загальну смертність, ні смертність від якихось окремих захворювань (відносний ризик смерті 0,99 [95% довірчий інтервал 0,95–1,03]) [13]. У результаті, базуючись на доказових даних, в Канаді, потім в США, Австралії та європейських країнах перейшли до застосування цільового профілактичного скринінгу на конкретні захворювання з урахуванням статі, віку і факторів ризику.

За більш ніж три десятиліття було сформовано чітку, доказову методологічну базу профілактики на основі скринінгових програм, яка була представлена у 2008 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я від імені Європейської обсерваторії по системах та політиці охорони здоров'я [14].

В європейському регіоні прийнято британське визначення скринінгу як послуги у сфері охорони здоров'я, яка полягає в тому, що представникам конкретної популяції (які не обов'язково розуміють, що вони схильні до ризику захворювання або вже страждають на хворобу чи її ускладненнями) задаються питання або пропонується тест для виявлення осіб, яким з високою ймовірністю буде надана допомога, а не завдано шкоди, подальшими тестами або лікуванням з метою зниження ризику захворювання або його ускладнень [16].

Характерними особливостями сучасних скринінгових програм є: 1) застосування їх для визначених цільових популяцій; 2) не лише виявлення захворювань в ранніх стадіях, а й здійснення по відношенню до осіб, охоплених скринінгом, усього необхідного спектра втручань, включаючи інформування про результати скринінгових тестів, надання рекомендацій як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях з профілактики та лікування виявлених захворювань та контроль ефективності програми; 3) баланс соціальної та економічної ефективності програми.

За рекомендаціями Європейського регіонального бюро ВООЗ ефективно організована програма проведення скринінгу повинна включати наступні компоненти [14]:

- визначення цільової популяції;
- виділення у складі цільової популяції осіб, які будуть проходити скринінг;
- заохочення всіх осіб, які відповідають встановленим критеріям, до участі в скринінгу;
- забезпечення наявності відповідних приміщень, обладнання та персоналу для можливості проведення скринінгових досліджень у сприятливій обстановці, прийнятній для учасників;
- існування задовільного методу, що забезпечує підтримку найвищих стандартів тестування за допомогою:

підготовки та безперервного навчання персоналу, що проводить тести; демонстрації стандартів технічного обслуговування обладнання, що використовується при дослідженні; рутинних перевірок надійності проведених тестів (наприклад, вибірових повторних біохімічних, цитологічних і рентгенологічних вимірювань);

– наявність відповідного, задовільно функціонуючого обладнання для діагностики та лікування будь-якої особи, якій це потрібно, з мінімізацією часу між участю в скринінгу, ознайомленням із негативним результатом тесту, повідомленням про те, що результат скринінг-тесту вимагає подальшого дослідження і направлення до відповідного закладу для подальшого обстеження і лікування, здійснення постійного моніторингу дотримання інтервалів між різними стадіями;

– проведення регулярної перевірки ступеня задоволеності осіб, охоплених скринінгом, включаючи всіх тих, що пройшли обстеження, обстежених з негативними результатами і запрошених, але тих, які не взяли участі в тестуванні;

– постійний контроль якості діючої програми. Проведення періодичної перевірки медичних карт осіб, які брали участь у скринінгу для контролю стану їх здоров'я.

Визначені ВООЗ критерії застосування скринінгових тестів представлені в таблиці 1 [14].

Безпосередньо до скринінгових тестів вважаються обов'язковими такі вимоги:

– ефективність тесту (за показниками захворюваності та смертності) повинна бути підтверджена в рамках рандомізованих клінічних випробувань;

– тест має бути простим у використанні та інтерпретації та, по можливості, виконуватися середнім медичним персоналом;

– тест повинен бути безпечним для здоров'я пацієнта, точним щодо виявлення досліджуваного захворювання;

– тест має бути клінічно прийнятним і етичним для обстежуваної популяції;

– тест повинен давати подібні результати в повторюваних випробуваннях;

– тест повинен давати позитивний результат в разі наявності відповідного стану у обстежуваного індивіда (мати високу чутливість);

– тест повинен давати негативний результат в разі відсутності відповідного стану у обстежуваного індивіда (мати високу специфічність);

– користь від проведення скринінгу повинна перевищувати можливу фізичну і психологічну шкоду, яку може відчувати пацієнт в результаті участі в скринінговій програмі;

– вартість скринінгу не повинна перевищувати витрати на діагностику та лікування захворювання, при його виявленні в більш пізніх термінах.

Останнє потребує додаткового роз'яснення. Незважаючи на те, що більшість скринінг-тестів проста, а їх процедури відносно дешеві, фактична вартість скринінгу досить велика. Всі процедури проведення скринінгу включають в себе дослідження та тестування

великої кількості осіб з метою виявлення незначної групи людей з тією чи іншою патологією, в результаті чого вартість виявлення одного випадку захворювання виявляється досить дорогою. На послуги скринінгу, що забезпечуються для однієї популяції, витрачаються

ресурси, які будуть недоступні для використання в іншому місці. Тому перед застосуванням процедур скринінгу вважається необхідним використання строгих критеріїв, які дозволяють дати кількісну оцінку витрат і вигід кожної конкретної скринінгової програми.

Таблиця 1

Критерії застосування скринінгових тестів

Категорія	Критерії
Стан	Відповідний стан має бути важливою проблемою здоров'я, анамнез якого, включаючи розвиток від прихованого до вираженого захворювання, повинен бути правильно зрозумілий. Необхідно, щоб стан мав приховану або ранню симптоматичну стадію, яку можна розпізнати
Діагноз	Повинен існувати відповідний діагностичний тест, безпечний і прийнятний для охопленої популяції. Повинна бути узгоджена політика, заснована на надійних результатах тесту і національних стандартах, які визначають, кого слід вважати пацієнтами, а весь процес повинен бути безперервним
Лікування	Для осіб, у яких виявлені захворювання або до нозологічний стан, повинно існувати визнане і встановлене лікування або втручання, а також має бути доступне обладнання для лікування
Вартість	Вартість виявлення випадків захворювання (включаючи діагностику та лікування) повинна бути економічно збалансована з можливими витратами на медико-санітарну допомогу

Джерело: Holland W.W., 2008 [14].

У таблиці 2 в якості прикладу представлено узагальнені Ж.В. Максимовою та Д.М. Максимовим на основі рекомендацій робочої групи профілактичних програм США (U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF), рекомендацій по періодичних медичних оглядах Американської асоціації сімейних лікарів (American Academy of Family Physicians – AAFP) дані щодо скринінгових заходів (скринінг тестів та їх кратності) для дорослих, проведення яких виправдано з точки зору доказової медицини [4].

Слід зазначити, що підходи до скринінгових заходів постійно переглядаються, перш за все в напрямку підвищення їх витратної ефективності без погіршення результативності. До втручань, які довели свою ефективність з точки зору витрат, відносять скринінг на аневризму черевної аорти, на діабет і знижену толерантність до глюкози, на депресію при діабеті; медичний огляд по виявленню судинних захворювань. До найбільш витратноєфективних програм відносяться скринінг на рак шийки матки, рак молочної залози і товстої кишки [1].

У 2016 р. були опубліковані нові об'єднані Європейські рекомендації з кардіоваскулярної профілактики, розроблені на принципах доказової медицини шостою об'єднаною робочою групою Європейського товариства кардіологів (ESC – European Society of Cardiology) і дев'ятьма різними професійними співтовариствами, в яких зокрема не рекомендується систематична оцінка серцево-судинного ризику у чоловіків у віці молодше 40 років і жінок молодше 50 років без відомих факторів ризику [12]. Звужено також віковий інтервал для проведення скринінгу на рак шийки матки з 21–65 років до 30–65 років.

Реальні програми і практика скринінгу у різних європейських та північноамериканських країнах широко

варіюються, що пов'язано з екологічними та демографічними особливостями населення, відмінностями структури та фінансування послуг охорони здоров'я. Наприклад, скринінг на туберкульоз в країнах старої Європи на даний час не рекомендується як національна програма, оскільки епідеміологічна ситуація з цією хворобою змінилася на сприятливу.

Водночас, у нових державах-членах ЄС та країнах-кандидатах такі скринінг програми рекомендовані і проводяться як національні. Найбільш розвинені скринінгові програми в США та Сполученому Королівстві, але й між ними є певні відмінності. У США кількість рекомендованих програм більша – це скринінг на онкологічні, серцево-судинні захворювання, діабет, алкоголізм, депресію, ожиріння, остеопороз. У Великобританії рекомендуються програми скринінгу на деякі онкологічні захворювання (рак молочної залози, рак шийки матки, колоректальний рак), діабетичну ретинопатію і аневризму черевної відділу аорти тощо [11].

Що стосується організації скринінгових заходів, то доцільно відмітити певні важливі загальні тенденції, а саме: чітка прихильність до встановлених критеріїв скринінгу, наявність точного реєстру населення, ключова роль лікарів загальної практики, а також прагнення до створення в країні єдиного національного органу, що відповідає за практику і політику скринінгу, моделлю якого може служити заснований у 1996 р. у Великій Британії Національний комітет по скринінгу.

В Україні традиційним методом профілактики залишається диспансеризація – метод медичного обслуговування населення, який передбачає активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, нагляд за певними групами хворих з метою забезпечення їх життєдіяльності та працездатності, проведення оздоровчих заходів.

Таблиця 2

Скринінгові втручання з доведеною ефективністю для раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань та їх факторів ризику [4]

Захворювання/ стан	Вік / Скринінг													Кратність проведення (при негативному результаті)
	18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	
Артеріальний тиск (АТ)	Вимірювання АТ													Кожні 2 роки
Куріння	Визначення курильного статусу (опитування)													Одноразово, далі за потребою
Зловживання алкоголем	Оцінка кількості вживаного алкоголю (анкета AUDIT-C)													Одноразово, далі за потребою
Ожиріння (ІМТ \geq 30 кг/м ²)	Визначення ІМТ (індексу маси тіла)													Одноразово, далі за потребою
Депресія	Опитування на виявлення симптомів депресії. За умов, якщо є персонал, навчений лікуванню депресії													Одноразово, далі за потребою
Цукровий діабет 2 типу	Глюкоза плазми натще при ІМТ \geq 25 кг/м ² і наявності інших (\geq 1) факторів ризику цукрового діабету (ЦД) ¹													Кожні 3 роки
Дисліпідемія (чол.)		холестерин, якщо підвищений ризик ІХС ²		Холестерин										Кожні 5 років
Дисліпідемія (жін.)		Холестерин, якщо підвищений ризик ІХС (ішемічної хвороби серця) ²											Кожні 5 років	
Рак шийки матки		Мазок на онкоцитологію з 21 року + ВПЛ (вірус папіломи людини) тест з 30 років										Кожні 3 роки (+ВПЛ тест – кожні 5 років)		
Рак молочної залози		Мамографія											Кожні 2 роки	
Колоректальний рак										Кал на приховану кров (КПК) або ректороманоскопія (РМС) або колоноскопія (КС)			КПК щорічно або КПК + РМС кожні 5 років або КС кожні 10 років	
Рак легенів (курці)										Нижньодольова комп'ютерна томографія легенів			Щорічно, якщо індекс пачко/років \geq 30	
Остеопороз (жін.)											Денситометрія або ризик переломів по FRAX		Одноразово	
Аневризма черевної аорти (курці чол.)											УЗД черевної аорти		Одноразово	

Примітки: ¹Інші, крім надлишкової маси тіла та ожиріння, фактори ризику ЦД: низька фізична активність; діабет у родичів першого ступеня кривості (батьки, брати і сестри); у жінок – народження дитини вагою більше 4 кг або гестаційний діабет, або синдром полікістозу яєчників; артеріальна гіпертензія (АТ \geq 140/90 мм рт. ст. або терапія з приводу гіпертонії); рівень ХС ліпопротеїни високої щільності $<$ 0,90 ммоль/л і/або тригліцеридів $>$ 2,82 ммоль/л.; ²Фактори ризику ІХС (ішемічної хвороби серця): ЦД, сімейний анамнез серцево-судинних захворювань у чоловіків до 55 років, у жінок до 65 років, куріння, артеріальна гіпертензія, ожиріння (ІМТ \geq 30 кг/м²).

Проведення диспансеризації регламентовано наказом Міністерства охорони здоров'я від 27.08.2010 р. №728 «Про диспансеризацію населення» [6]. Згідно з цим наказом, диспансеризація включає: медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу

лабораторних та інструментальних обстежень; додаткове обстеження осіб, які цього потребують; виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань; своєчасне виявлення захворювань; розробку та проведення комплексу необхідних медичних

та соціальних заходів; динамічне спостереження за станом здоров'я населення. Навіть поверхневий аналіз цього спектру заходів дозволяє зробити висновок про збережену з радянських часів обмеженість селективного підходу до диспансеризації окремих категорій населення.

Розглянемо більш детально фрагмент наказу, що стосується медичних оглядів дорослого населення. Звертає на себе увагу: 1) необґрунтована надлишковість переліку досліджень; 2) відсутність націленості окремих досліджень на виявлення певної патології; 3) застосування без аргументації не доказових тестів (невалідизованої анкети, пальпації молочних залоз, пневмотахометрії тощо). Загалом унормований цим наказом підхід абсолютно суперечить зазначеним вище доведено ефективним міжнародним підходам.

Паралельно в Україні в останні роки при розробці уніфікованих клінічних протоколів з окремих станів і нозологій рекомендовані скринінгові заходи, що базуються на доказових даних і дуже близькі до європейський аналогів, зокрема скринінговому дослідженню на рак молочної залози підлягають жінки у віці 50–69 років 1 раз на 3 роки [8]; на рак шийки матки – жінки у віці 18–60 років 1 раз на 3 роки [7]. У проєкті медико-технологічного документу щодо профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ), який представлено до публічного обговорення [9], передбачено виявлення у пацієнтів факторів ризику, що сприяють розвитку ССЗ (тютюнокуріння, нездорового харчування, низької фізичної активності); визначення у всіх осіб чоловічої статі від 40 років та жіночої статі від 50 років, у яких немає цукрового діабету, хронічної хвороби нирок або ССЗ, загального або відносного ризику розвитку ССЗ з використанням шкали SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), а також проведення низки клінічних

досліджень: вимірювання АТ, визначення індексу ІМТ, реєстрація ЕКГ, лабораторні обстеження – загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, загальний холестерин, глікемія, креатинін. При цьому у всіх зазначених документах передбачається проведення не медикаментозної та/або медикаментозної корекції факторів ризику.

Така суперечливість у нормативних актах не лише створює правову колізію, але й здатна спричинити негативний вплив на якість профілактичної роботи та сприяти неефективному використанню обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

Висновки

Диспансерний підхід до профілактики в тому вигляді, як він існує в Україні, є застарілим, вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами і повинен бути переглянутий в найкоротший термін.

Оновлена редакція наказу про диспансеризацію населення повинна базуватися на доказовій профілактиці, оцінці витратної ефективності і мати чітко прописані функції середнього медичного персоналу у проведенні профілактичної роботи.

Для підвищення якості та ефективності профілактичної роботи доцільно прискорити роботу по створенню реєстру пацієнтів та розглянути можливість формування в країні національного органу, відповідального за політику у сфері профілактики.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні мета-аналізу наукових випробувань із даної проблеми.

Література

1. *Аргументы* в пользу инвестиций в общественное здоровье. Краткий доклад по вопросам общественного здравоохранения для ОФОЗ-8 / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ, 2014. – 40 с.
2. *Бойцов С. А.* Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы / С. А. Бойцов, С. В. Вылегжанин // *Терапевтический архив*. – 2015. – № 87 (1). – С. 4–9.
3. *Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века* / ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ, 2013. – 224 с.
4. *Максимова Ж. В.* Скрининг: современный взгляд на раннюю диагностику и профилактику хронических неинфекционных заболеваний / Ж. В. Максимова, Д. М. Максимов // *Архив внутренней медицины*. – 2014. – № 6 (20). – С. 52–56.
5. *Одринський В. А.* Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню на рівні адміністративного району : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. А. Одринський. – Київ, 2015. – 107 с.
6. *Про диспансеризацію населення* : наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100827_728.html. – Назва з екрана.
7. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки* : наказ МОЗ України від 02.04.2014 р. № 236 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140402_0236.html. – Назва з екрана.
8. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози* : наказ МОЗ України від 30.06.2015 р. № 396 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150630_0396.html. – Назва з екрана.
9. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань: проект наказу МОЗ України* [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151222_2.html. – Назва з екрана.
10. *Пузанова О. Г.* Обґрунтування та інформаційне забезпечення концепції доказової профілактики в охороні здоров'я : автореф. дис. ... д. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О. Г. Пузанова. – Київ, 2015. – 40 с.
11. *Пядушкина Е. А.* Зарубежные рекомендации по раннему выявлению хронических неинфекционных заболеваний: опыт Великобритании и США / Е. А. Пядушкина, М. В. Авксентьева, В. В. Омеляновский // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. – 2016. – № 3 (25). – С. 20–33.
12. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 2016* / M. F. Piepoli, A.W. Hoes, S. Agewall [et al.] // *European Heart Journal*. – 2016. – № 37 (29). – P. 2315–2381.
13. *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review)* / L. T. Krogsbull, K. J. Jurgensen, C. Grønhusj Larsen, P. C. Gøtzsche. – *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012. – Issue 10. Art. No.: CD009009. – 140 p.
14. *Holland W. W.* Основы политики. Скрининг в Европе / W. W. Holland, S. Stewart, C. Masseria. – Копенгаген : ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008. – 76 с.
15. *Nebieridze D. V.* Review of European guidelines on the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice / D. V. Nebieridze, S. A. Boytsov // *Consilium Medicum*. – 2016. – № 18 (12). – P. 8–12.
16. *Second Report of the National Screening Committee, October 2000* / Health Departments of the United Kingdom. – London : Department of Health, 2000. – 29 p.
17. *The periodic health examination* / Canadian Task Force on the Periodic Health Examination // *Can. Med. Assoc. J.* – 1979. – Vol. 121 (9). – P. 1193–1254.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2017 р.

Сравнительный анализ подходов к профилактике в Европе и Украине

В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова, О.П. Максименко, Н.И. Заярский, Э.В. Бродская
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

Цель – обосновать повышение качества профилактической работы в украинской системе здравоохранения на основе проведения сравнительного анализа подходов к профилактике в Европе и Украине.

Материалы и методы. Проанализированы систематические обзоры литературы, материалы ВОЗ, нормативно-правовые документы МЗ Украины. Использованы библиосемантический, исторический и аналитический методы.

Результаты. Между Европой и Украиной существуют различия по основным подходам к проведению профилактических мероприятий. В Европе используются преимущественно скрининговые программы, в Украине – диспансеризация, первым этапом которой являются профилактические медицинские осмотры. За рубежом при реализации национальных профилактических программ опираются на результаты рандомизированных клинических испытаний и оценки экономической эффективности вмешательств. В Украине, при наличии понимания, что доказательная профилактика должна стать отраслевой политикой, существует определенный дисбаланс в нормативной базе и практических мероприятиях.

Выводы. Диспансерный подход к профилактике в Украине является устаревшим, поскольку вступает в противоречие с доказано эффективными международными подходами. Для гармонизации с Европейской политикой нужно пересмотреть в кратчайшие сроки приказ о диспансеризации с позиций доказательной профилактики при оценке затратной эффективности профилактических программ.

Ключевые слова: доказательная профилактика, диспансеризация, скрининг.

Comparative analysis of approaches to prevention in Europe and Ukraine

V.M. Lekhan, L.V. Kryachkova, O.P. Maksimenko, M.I. Zaiarskyi, E.V. Brodskaya
SE “Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine”, Dnipro, Ukraine

Purpose – the ground of improve of the preventive work quality in the Ukrainian health care system on the basis of the comparative analysis of approaches to prevention in Europe and Ukraine.

Materials and methods. We used the data of systematic reviews, WHO materials, normative documents of ministry of health of Ukraine. Bibliosemantic, historical, analytical methods were used.

Results. There are disparities in the main approaches to preventive measures between Europe and Ukraine. Screening programs are mainly used In Europe, medical examination with the first stage of preventive medical examinations is used in Ukraine.

Abroad in the implementation of national prevention programs rely on the results of randomized clinical trials and assess the economic effectiveness of interventions. There is a certain imbalance in the regulatory framework and practical measures in Ukraine with the understanding that evidence based prevention should become the basis of sectoral policies.

Conclusions. Ukrainian Dispensary approach to prevention is obsolete, because it conflicts with proven effective international approaches. The order for prophylactic medical examination should be reviewed as soon as possible from the standpoint of evidence-based prevention in assessing the cost-effectiveness of preventive programs to harmonize with European policy.

Key words: evidence based prevention, prophylactics medical examination, screening.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Максименко Оксана Павлівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Заярський Микола Іванович – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Бродська Еліна Вікторівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; просп. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.