



О.З. Децик, І.М. Карпинець

Комплекс заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

Ключові слова: *алкоголізм, профілактика, лікар загальної практики/сімейної медицини.*

Показано, що з метою профілактики і зниження рівня зловживання алкоголем для запобігання шкоди, пов'язаної зі вживанням алкоголю у суспільстві, необхідно запроваджувати скринінг і консультації на первинній ланці охорони здоров'я, механізми реалізації яких наведено у запропонованій удосконаленій моделі профілактики алкоголізму. Встановлено, що стандартизовані скринінгові програми (зокрема AUDIT) є нескладними для використання та інтерпретації, а тому можуть бути застосовані на рівні первинної медичної допомоги і сприятимуть виявленню хворих на ранніх стадіях. Доведено, що лікарів загальної практики/сімейної медицини слід надавати короткотермінові інформаційні та навчальні консультації не тільки особам, які вживають спиртні напої зі шкодою для здоров'я, але й їх родинам і близьким як головному мотиваційному чинникові звернення по фахову допомогу.

Комплекс заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги

О.З. Децик, І.М. Карпинець

Показано, що з метою профілактики і зниження рівня зловживання алкоголем для запобігання шкоди, пов'язаної зі вживанням алкоголю у суспільстві, необхідно запроваджувати скринінг і консультації на первинній ланці охорони здоров'я, механізми реалізації яких наведено у запропонованій удосконаленій моделі профілактики алкоголізму. Встановлено, що стандартизовані скринінгові програми (в частині AUDIT) є нескладними для використання та інтерпретації, внаслідок чого можуть не бути застосовані на рівні первинної медичної допомоги і сприятимуть виявленню хворих на ранніх стадіях. Доведено, що лікарів загальної практики/сімейної медицини слід надавати короткотермінові інформаційні та навчальні консультації не тільки особам, які вживають спиртні напої зі шкодою для здоров'я, але й їх родинам і близьким як головному мотиваційному чинникові звернення по фахову допомогу.

Ключевые слова: *алкоголизм, профилактика, врач общей практики/семейной медицины.*

Alcoholism prevention complex in primary health care

O.Z. Detsyk, I.M. Karpinets

It is shown that in order to prevent and reduce alcohol abuse for the prevention of harm associated with alcohol drinking in society, it is necessary to implement screening and counselling in primary health care, the mechanisms of which are represented in the proposed upgraded model of prevention of alcoholism. Was established that standardized screening programs (including AUDIT) is a straightforward to use and interpret, and therefore can be applied at the primary care level, and will contribute to identifying patients in the early stages. It is proved that physicians should be given short informational and educational counselling not only to persons with harmful use of alcohol, but also their families and friends as the main motivational factor to apply to professional care.

Key words: *alcoholism, prevention, physician.*

Медико-соціальне значення проблеми зловживання алкоголем зумовлене значним його поширенням у суспільстві (в Україні від алкогольної залежності страждають близько 1 млн осіб), стабільно високими показниками кількості злочинів, скоєних у нетверезому стані, значними рівнями смертності від травм, отруєнь і самогубств на ґрунті алкоголізму, особливо серед чоловіків працездатного віку, найвищим у Європі рівнем захворюваності на алкогольні психози, розвитком патології внутрішніх органів, асоційованої з алкогольною залежністю (хронічні хвороби нервової системи, кровообігу, органів травлення та дихання) [2–6,9,10]. У результаті алкоголізм є другим за вагомістю чинником ризику глобального тягаря хвороб у чоловіків в Україні [4].

Саме тому профілактика алкоголізму є актуальною, зокрема щодо раннього активного виявлення осіб, які зловживають алкоголем, організації надання вчасної

фахової допомоги, реабілітації та ресоціалізації таких хворих [1–7].

Проте ліберальна система організації наркологічної допомоги в Україні, що базується на пасивному виявленні і добровільному зверненні хворих по лікування, на фоні психологічних особливостей перебігу захворювання (протягом тривалого часу особа не усвідомлює, що хвора, а отже не розуміє необхідності її лікування) та тривалого приховування проблеми сім'ями хворих часто призводить до запізненого виявлення або й відсутності належної медичної допомоги [6–8].

Міжнародний досвід, зокрема з реалізації Антиалкогольної стратегії Європейського Союзу (2006 р.), показав, що досить ефективними у цьому плані є методи скринінгових досліджень і короткотривалого консультування на рівні первинної ланки охорони здоров'я [1,2,9,10]. Це стало однією з провідних рекомендацій Глобальної стратегії скорочення шкідливого впливу жи-

вання алкоголю, затвердженої 2010 року Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, а також Європейського плану дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. [1,2].

Мета роботи

Запропонувати удосконалену схему реалізації заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги.

Матеріали і методи дослідження

Здійснено бібліосемантичний аналіз міжнародних документів, діючих нормативно-правових актів, наукових досліджень стосовно проблеми алкоголізму. Виконано медико-соціальне дослідження на базі наркологічних кабінетів поліклінік центральних районних і центральних міських лікарень Івано-Франківської області, а також обласного наркологічного диспансеру. За умови інформованої згоди провели анкетування 552 осіб, які знаходяться на обліку у лікаря-нарколога як залежні чи зловживають алкоголем. Контрольну групу склали 150 осіб, обраних довільно (випадковим механічним відбором) серед пацієнтів, які звертались у зазначені амбулаторно-поліклінічні заклади з приводу обстеження чи соматичного захворювання.

Результати та їх обговорення

Результати виконаного дослідження підтвердили дані інших наукових досліджень щодо існування в Україні у її сучасному правовому полі проблеми раннього виявлення та переконання осіб, які вживають алкоголь зі шкодою для здоров'я, звернутись по необхідну їм кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу. У зв'язку з цим, розроблено удосконалену систему профілактики алкозалежності, орієнтовану на можливості її реалізації, в першу чергу, лікарями загальної практики/сімейної медицини (ЛЗПСМ). Основу запропонованих превентивних заходів складає їх традиційний поділ на первинну, вторинну та третинну профілактики.

Відомо, що дієвість таких програм профілактики залежить від реальної інтеграції зусиль всіх зацікавлених сторін (органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських і релігійних організацій, власників підприємств, установ та організацій всіх форм власності, навчальних закладів, засобів масової інформації, органів і закладів охорони здоров'я тощо) для досягнення основних завдань профілактики алкоголізму у суспільстві [1–7].

Проте у частині її реалізації на рівні служб системи охорони здоров'я пропонуємо основний акцент зробити на формування тісної співпраці, координації дій та чіткого розподілу обов'язків щодо реалізації заходів первинної, вторинної і третинної профілактики алкоголізму між лікарями загальної практики/сімейної медицини та лікарями-спеціалістами, у першу чергу лікарями-наркологами.

Конкретні методи профілактичних втручань варіюють залежно від моделі вживання алкоголю (відносно безпечної, ризикованої, небезпечної, адиктивної) [7,8].

Об'єктом первинної профілактики є особи з відносно безпечною моделлю споживання алкоголю, зокрема абстиненти (зовсім його не вживають), і ті, хто випивають випадково (декілька разів на рік під впливом данини традиціям чи під тиском оточуючих) [7,8]. Зрозуміло, що на цьому етапі окрему групу особливої уваги повинні складати особи з чинниками ризику можливого виникнення залежності (біологічними, соціальними, особистісно-психологічними) [1–5,7–8].

Пріоритетними методами первинної профілактики відповідно до рекомендацій ВООЗ [1,2] є адекватне інформаційне забезпечення населення та постійний моніторинг моделей споживання алкоголю і чинників ризику його вживання зі шкідливими наслідками.

Ключовою фігурою, що здатна і у зв'язку з своїми функціональними обов'язками має організувати та забезпечити виконання базових профілактичних програм, є, як відомо, лікар загальної практики/сімейної медицини. Саме ЛЗПСМ є координатором і консультантом для своїх пацієнтів не тільки з медичних, але і з тих питань, що виходять за межі медицини.

Для підвищення поінформованості зареєстрованого населення щодо зловживання алкоголем і розвитку алкогольної залежності ЛЗПСМ повинен залучати всі можливі джерела інформації на громадському, сімейному та індивідуальному рівнях. Знаючи кожну родину, її соціально-економічний статус, соціально-психологічні взаємини, спосіб життя та медико-біологічний профіль, ЛЗПСМ має можливість виділити осіб і сім'ї з чинниками ризику, у тому числі алкоголізму, і проводити цільову просвітницьку роботу. Для цього він може самостійно або з допомогою фахівців готувати та вивішувати у приймальні інформаційні матеріали, проводити бесіди, роздавати пам'ятки, буклети тощо, рекомендувати цікаві публікації та передачі у засобах масової інформації.

На нашу думку, ЛЗПСМ під силу також виконувати скринінг для виявлення осіб з проблемними моделями вживання алкоголю. Досить ефективними у цьому плані і доступними для застосування на первинному рівні є стандартизовані скринінгові тести (наприклад, AUDIT, CAGE, Балтіморський тощо). В Україні найчастіше використовується один з найбільш випробуваних і надійних тестів – AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test, розроблений Т.Е. Babor і V. Grant (1989) і рекомендований ВООЗ). Встановлено, що він забезпечує точність оцінки незалежно від статі, віку і культурної належності респондента, має високу чутливість (92%) і специфічність (93%), відповідає діагностичним критеріям МКХ-10 [8]. Поки що у практиці його використовують лише лікарі-наркологи як при зверненні, так і при різних оглядах, наприклад при видачі наркологічного сертифікату (дозволу на водіння автомобіля, на володіння зброєю тощо). Проте з досвіду відомо, що до наркологів часто звертаються занадто пізно, а тому таке тестування малоефективне. Разом з тим, скринінговий тест AUDIT короткий і добре структурований, а тому досить легкий

для користування і цілком може застосовуватись на первинному рівні лікарем загальної практики/сімейної медицини. Методика тестування не складна: або у формі інтерв'ю, яке бере лікар у респондента, або у формі самозвіту пацієнта. Таке анкетування легко організувати, наприклад, під час очікування на прийом до лікаря, при відвідуванні пацієнта вдома тощо. При виявленні під час скринінг-тесту осіб групи ризику і осіб, які вживають алкоголь зі шкодою для здоров'я, ЛЗПСМ може рекомендувати (організувати) консультацію лікаря-нарколога.

Заходи вторинної профілактики поширюються на осіб з ризикованим (100–150 мл горілки (максимум 400 мл) 1–4 рази на місяць) і небезпечним (200–500 мл горілки і більше 1–3 рази на тиждень) вживанням алкоголю [7,8]. Звичайно, ефективна реалізація цих заходів можлива лише за умови координації дій і співпраці лікарів загальної практики/сімейної медицини з лікарями-спеціалістами (наркологом, психотерапевтом) у роботі з контингентом підвищеного ризику для раннього виявлення захворювання на алкоголізм і запобігання розвитку залежності.

Функції лікаря загальної практики/сімейної медицини нині мають інформаційний характер про можливі ризики і необхідність звернення по фахову допомогу осіб, які вживають алкоголь зі шкодою для здоров'я, а також членів їх родин як основний мотиваційний фактор таких звернень.

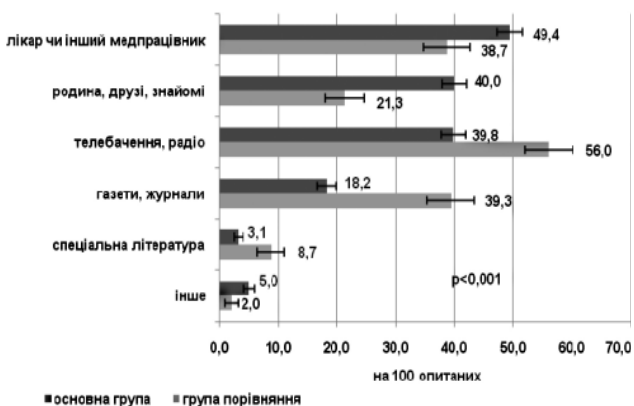


Рис. 1. Джерела отримання інформації на медичні теми серед алкозалежних (основна група) та осіб, вільних від алкозалежності (контрольна група).

У цьому плані важливо наголосити, що за результатами здійсненого дослідження основні джерела інформації на медичні теми, яким схильні довіряти хворі на алкоголізм, суттєво відрізняються від відповідей осіб без залежності. З рис. 1 видно, що для алкозалежних осіб більш значущою є інформація, отримана при живому спілкуванні від лікарів та інших медичних працівників (на 100 опитаних 49,4±2,2% проти 38,7±4,0% в контрольній групі відповідно), а також родини, друзів, знайомих (40,0±2,1% проти 21,3±3,3%). Щодо такого важливого джерела отримання знань на медичні теми, як засоби масової інформації, встановлено: якщо хворі

на алкоголізм ще достатньо часто дивляться телебачення чи слухають радіо (39,8±2,1% проти 56,0±4,1% осіб без алкогольної залежності), то удвічі рідше, ніж контрольна група, вони читають періодичні видання (газети і журнали) (18,2±1,7% проти 39,3±4,0% відповідно) і зовсім спорадично – спеціальну літературу (3,1±0,8% проти 8,7±2,3%).

Тому для зменшення кількості вживання алкоголю, а також для прийняття рішення про лікування особливо корисними є короткотермінові інформаційні та навчальні інтервенції (консультації) з боку медичних працівників, які частіше стосуються тих, хто вживає спиртні напої зі шкодою для здоров'я, але можуть охоплювати і осіб з алкогольною залежністю.

Короткотермінові інформаційні втручання можуть виявитись таким ж ефективними, як і більш дорогі спеціалізоване лікування [1,2]. Необхідність втручання визначає частіше всього лікар загальної практики/сімейної медицини, враховуючи встановлені зміни в стані здоров'я. Під час втручання необхідно оцінити вживання алкоголю пацієнтом на даний момент, проінформувати про вживання алкоголю зі шкідливими наслідками і ризиком шкідливих наслідків для здоров'я, а також надати конкретну і зрозумілу пораду. Порада має містити інформацію про виявлені у пацієнта проблеми зі здоров'ям, які виникли внаслідок вживання алкогольних напоїв. Одночасно необхідно забезпечити пацієнта інформаційно-навчальними матеріалами, порадивши прочитати їх, а також поінформувати про подальші кроки (в тому числі можливого спеціалізованого лікування). Пацієнт також повинен дізнатись, що умовою для вилікування або зменшення подальшого прогресування виявлених патологічних змін є значне обмеження вживання алкоголю, а можливо і абсолютна тверезість. Додатковим аргументом може слугувати інформація про взаємодію виписаних лікарем медичних препаратів з алкогольними напоями, про можливість виникнення в зв'язку з цим додаткових ускладнень, а також про ймовірне погіршення різних функцій організму в результаті цієї взаємодії.

Під час втручання важливо зруйнувати міф про неможливість надання ефективної допомоги при вживанні спиртних напоїв зі шкідливими наслідками для здоров'я, а виявлені проблеми зі здоров'ям обговорювати з пацієнтом не в моральних категоріях, а винятково в медичних. Бажано встановити термін наступної зустрічі для того, щоб перевірити, чи виконує пацієнт рекомендації. Переконливо проведене втручання сприяє зменшенню вживання алкоголю на 10–30%.

Одним із факторів, що полегшує успішне проведення втручання, є залучення в цей процес близьких пацієнта. Адже результати здійсненого дослідження показали, що головною мотивацією звернення по фахову допомогу були саме наполягання родичів і знайомих (55,0±2,1%) порівняно з іншими, значно менш поширеними, причинами: самостійно звернулись 15,7±1,6%, направлені

правоохоронним органами $10,0 \pm 1,3\%$, за наполяганням працевластців – $3,8 \pm 0,8\%$, за порадою медичних працівників – $6,7 \pm 1,1\%$ випадків. Тому, до роботи з вчасного виявлення та скерування на спеціалізоване лікування осіб, які вживають алкоголь зі шкодою для здоров'я, лікарі ЗПСМ повинні залучати, в першу чергу, членів їх родин. Однак необхідно враховувати, що позиція родини, яка, з огляду на власну репутацію, применшує проблему або заперечує її існування, може скласти додаткові труднощі в ідентифікації проблемного вживання алкоголю та проведенні втручання.

Щодо третинної профілактики, хворі з алкогольною залежністю (щоденне або запійне пияцтво з клінічно вираженими ознаками хвороби) забезпечуються спеціалізованою допомогою та перебувають під диспансерним наглядом у лікаря-нарколога. Контроль з боку лікаря ЗПСМ за дотриманням пацієнтом рекомендацій і проведенням контрольних оглядів дозволить знизити навантаження на вторинну і третинну ланки. Крім того, на лікаря загальної практики, поряд з лікарями-спеціалістами та іншими зацікавленими сторонами (громадськими та релігійними організаціями, органами місцевого самоврядування, навчальними закладами, засобами масової інформації, центрами здоров'я, реабілітаційними центрами), припадає значний обсяг

реалізації заходів з реабілітації та ресоціалізації хворих з алкогольною залежністю.

Висновки

1. Аналіз показав, що для профілактики і зниження рівня зловживання алкоголем для запобігання шкоди, пов'язаної з вживанням алкоголю у суспільстві, необхідно запроваджувати скринінг і консультації на первинній ланці охорони здоров'я, механізми реалізації яких наведено у запропонованій удосконаленій моделі профілактики алкоголізму.

2. Показано, що стандартизовані скринінгові програми (зокрема AUDIT) є нескладними для використання та інтерпретації, а тому можуть бути застосовані на рівні первинної медичної допомоги і сприятимуть виявленню хворих на ранніх стадіях.

3. Встановлено, що лікарям загальної практики/сімейної медицини слід надавати короткотермінові інформаційні та навчальні консультації не тільки пацієнтам, які вживають спиртні напої зі шкодою для здоров'я, але і їх родинам і близьким як головному мотиваційному чинникові звернення по фахову допомогу.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у впровадженні удосконаленої системи профілактики алкоголізму та оцінки її ефективності.

Список літератури

1. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2010. – 42 с.
2. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2011. – 34 с.
3. Зріз алкогольної ситуації в Україні 2012 (дані 2011 року) / [Вієвський А. М., Жданова М. П., Сидяк С. В. і ін.]. – К.: ДУУММЦАН МОЗ України, 2012. – 25 с.
4. Москаленко В. Ф. Глобальна профілактика як стратегічний напрям розвитку охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – №2–3 (18–19). – С. 219–226.
5. Новая Европейская политика здравоохранения «Здоровье 2020» / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2011. – 129 с.
6. Ринда Ф. П. Проблеми алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, О. В. Олексієнко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 119–125.
7. Сидоров П. И. Наркологическая превентология: Руководство / П. И. Сидоров. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 720 с.
8. Скрипніков А. М. Наркологія: навчальний посібник / Скрипніков А. М., Напреев О. К., Сонник Г. Т. – Тернопіль: ТДМУ, 2008. – 360 с.
9. European Status Report on Alcohol and Health 2010 / Euro WHO, 2010. – 381 p. [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf.
10. Global status report on alcohol and health / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2011. – 285 p.

Відомості про авторів:

Дедик О. З., д. мед. н., професор, зав. каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.

Карпінєць І. М., асистент каф. соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.

Надійшла в редакцію 21.01.2013 р.