

# Інноваційна модель персоніфікованої немедикаментозної корекції факторів ризику серцево-судинних захворювань у практиці сімейного лікаря

Л.В. Хімion<sup>1</sup>, О.А. Каштелян<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Русанівка» Дніпровського району м. Києва»

У статті наведені результати упровадження нової моделі експрес-оцінювання та персоніфікованої корекції факторів серцево-судинного ризику та моніторингу ефективності її застосування в умовах амбулаторії загальної практики–сімейної медицини.

**Ключові слова:** сімейний лікар, первинна медико-санітарна допомога, немедикаментозна профілактика, кардіоваскулярна патологія, фактори ризику.

Пріоритетний розвиток первинної ланки медичної допомоги у структурі державної системи охорони здоров'я України супроводжується постійним упровадженням інноваційних програм ведення пацієнтів із найбільш поширеними хронічними захворюваннями та станами, серед яких значне місце посідають програми персоніфікованої профілактики серцево-судинних захворювань, насамперед, із залученням немедикаментозних засобів для підвищення функціонально-адаптаційних резервів організму людини власними зусиллями.

Новітній тренд світової превентивної медицини передбачає зміну парадигми популяційного підходу щодо лікування соматичних захворювань у напрямку персоніфікованого призначення засобів впливу на організм пацієнта з урахуванням особливостей його способу життя та клінічного перебігу захворювання [3, 7].

Разом із тим, існуюча в Україні модель стандартизованого організаційно-методичного забезпечення лише популяційної профілактики неінфекційних захворювань у закладах первинної медико-санітарної допомоги потребує удосконалення для успішної реалізації Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» [1, 2, 8].

Зазначимо, що сучасна стратегія немедикаментозної профілактики соматичних захворювань взагалі та кардіоваскулярної патології зокрема базується на концепції раннього виявлення факторів ризику з наступним консультуванням пацієнтів щодо необхідності дотримання здоров'язберігальної життєвої поведінки у форматі кардіопротективного способу життя (КПСЖ) [4, 5].

Підкреслимо, що термін КПСЖ у контексті персоніфікованої немедикаментозної кардіоваскулярної профілактики все частіше зустрічається у фахових медичних публікаціях [6, 9].

Його асоціативно-змістовна наповненість та життєдайна енергетична сутність надихають людину на цілеспрямовану діяльність задля досягнення чітко визначених разом із лікарем антропофункціональних показників і зміни способу життя, що і зумовлює покращання стану здоров'я та якості життя людини.

Сучасне поняття КПСЖ включає застосування комплексу немедикаментозних засобів профілактики, які реалізуються власними зусиллями пацієнта у форматі здоров'язберігальної поведінки, а тому використання його при спілкуванні з пацієнтом більш доцільне, ніж абстрактне поняття «здоровий спосіб життя», адже має безпосереднє відношення до серця та його захисту.

Алгоритм формування КПСЖ включає дві взаємопов'язані дії лікаря:

- визначення антропофункціональних показників й факторів ризику (ФР) та оцінювання індивідуальної загрози розвитку серцево-судинної патології;
- консультування пацієнта щодо необхідності корекції/усунення ФР та підвищення функціональних резервів організму шляхом модифікації життєвої поведінки у напрямку залучення до КПСЖ.

**Мега дослідження:** оцінювання ефективності застосування ранньої комплексної оцінки факторів серцево-судинного ризику та розроблення персоніфікованих немедикаментозних програм їхньої корекції в умовах амбулаторії лікаря загальної практики–сімейного лікаря.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено на кафедрі сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика на базі КНП ЦПМСД «Русанівка» Дніпровського району м. Києва у 2011–2013 рр. шляхом впровадження в щоденну загальнолікарську практику Картки експрес-скринінгу серцево-судинного ризику із наступною індивідуалізованою корекцією способу життя під наглядом сімейного лікаря. У дослідження не включали пацієнтів із встановленим діагнозом серцево-судинного захворювання, іншими важкими захворюваннями внутрішніх органів, які могли б обмежити застосування профілактичних програм, та хворі із онкопатологією.

Для оцінювання серцево-судинного ризику проводили визначення антропофункціональних показників (індекс маси тіла, окружність талії, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень сидячи) та поведінкових факторів (вживання алкоголю, тютюнопаління, особливості харчування, рухова активність, самооцінка стану здоров'я тощо) із наступним кількісним (бальним) їхнім оцінюванням для об'єктивізації стану поточного функціонування систем життєзабезпечення організму (табл. 1, 2). Обстеження і опитування повторювали кожні 3 міс в умовах амбулаторії сімейного лікаря протягом календарного року із наступним консультуванням пацієнта сімейним лікарем для оцінювання успішності корекції виявлених факторів ризику і продовження са-

Картка визначення факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_, стать \_\_\_\_\_, соц. статус: службовець, робітник, пенсіонер, інвалід (підкреслити)

Самооцінка стану здоров'я: добрий, задовільний, незадовільний (підкреслити)

Хронічні захворювання: серцево-судинної системи, органів дихання, травного тракту, інші (підкреслити)

Об'єктивні показники	Дата обстеження (роки, місяць)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Вік (повний рік, кількість місяців)					
Зріст (см)					
Маса тіла (кг)					
Окружність талії на рівні пупка					
Окружність стегон					
Індекс маси тіла					
Пульс (сидячи за 1 хв)					
Артеріальний тиск: права/ліва рука					
Цукор крові					
Загальний холестерин					
Табакокуріння (кількість цигарок за день)					
Вживання алкоголю: часто, рідко, не вживає (підкреслити)					
Спадковість					
Особливості харчування: вегетаріанська, м'ясна, змішана їжа (підкреслити)					
Рухова активність (заняття фізкультурою і спортом): систематично, не регулярно, не займається (підкреслити)					
Сума балів кардіоваскулярного ризику					

мостійної роботи пацієнта з їхньої корекції згідно з персоніфікованими лікарськими рекомендаціями.

Орієнтовна схема персоніфікованої профілактичної програми складалася з трьох взаємопов'язаних розділів: інформаційно-мотивувального (для чого), організаційно-методичного (як, що, коли робити) й консультативно-контролюючого (моніторинг прихильності до виконання рекомендацій лікаря). Дотримання цієї схеми дозволило мотивувати пацієнта до оцінювання наявних ФР, усвідомлення необхідності докладання власних зусиль для їхньої корекції згідно із визначеними разом із лікарем індивідуальними цілями та оптимізації підбору методів немедикаментозного впливу на організм та режиму їхнього застосування.

Розроблена нами типова форма консультації пацієнта за тематикою КПСЖ включала такі інформаційно-цільові блоки:

- коротка клініко-фізіологічна характеристика серцево-судинної системи, найбільш поширених захворювань та їхніх ускладнень;
- особливості профілю серцево-судинного ризику та стану серцево-судинної системи пацієнта;
- сучасні принципи корекції ФР;
- детальний план дій пацієнта для досягнення визначених лікарем цільових показників протягом фіксованого терміну часу (наприклад – досягнення цільової маси тіла, кількості цигарок, алкоголю; регламентоване за обсягом та інтенсивністю фізичне навантаження, особливості харчування тощо).

Зокрема, роз'яснюючи необхідність систематичної фізичної активності, лікар наголошував, що позитивний вплив дозованих фізичних навантажень на функціональний стан організму має універсальний характер, а фізичні вправи за фізіологічними механізмами дії на організм можуть замінити найсучасніші ліки. Разом із тим жоден лікарський засіб не замінить специфічного впливу фізичних вправ щодо відновлення функцій органів й систем, порушених унаслідок захворювання.

Після одержання письмової інформованої згоди для участі в дослідженні, лікар ознайомлював пацієнта із результатами обстеження, акцентував увагу на виявлених ФР, позбавитись яких цілком можливо немедикаментозними засобами (до найбільш поширених немедикаментозних засобів належать: відмова від табакокуріння, раціоналізація харчових уподобань, оптимізація рухової активності та стосунків з оточуючими людьми тощо).

На підставі цієї інформації пацієнту пропонували аргументовану поетапну індивідуальну профілактично-оздоровчу програму конкретних дій щодо збереження і зміцнення здоров'я власними зусиллями, які спрямовані на корекцію/усунення виявлених ФР шляхом поступової зміни життєвої поведінки та покращання функціональних показників організму.

У картку пацієнта вносили дані щодо конкретних цілей профілактики та терміни їх досягнення (наприклад, щомісячне зменшення маси тіла на 0,5–0,7 кг на тиждень; зменшення кількості цигарок на 2–3 шт. на тиждень; збільшення дистанції ходи чи бігу на 200–500 м і т.ін.).

Оцінка ризику розвитку серцево-судинних захворювань

Фактор ризику	Показники		Бали
Вік (роки)	Менше 45		0
	45-54		2
	55-64		3
	Більше 64		4
Індекс маси тіла (кг/ зріст в метрах <sup>2</sup> )	Менше 24,9		0
	25-29,9		1
	30-34,9		3
	Більше 35		4
Обвід талії на рівні пупка (см)	Чоловіки	Жінки	
	Менше 94	Менше 80	0
	94-102	80-88	3
	Більше 102	Більше 88	4
Пульс (сидячи за 1хв)	Менше 70		0
	70-84		2
	Більше 85		3
Загальний холестерин крові (ммоль/л)	Менше 5,0		0
	5,1-6,0		2
	6,1-7,0 і більше		3
Табаккуріння (кількість цигарок за день)	Не курить		0
	Менше 5		1
	6-10		2
	Більше 11		4
Щоденна безперервна рухова активність (до появи поту) не менше 30 хв	Є		0
	Немає		2

Примітка: інтерпретація результатів суми балів: менше 7 – низький ризик; 8–11 – незначно підвищений; 12–14 – підвищений; 15–19 – значно підвищений; 20 і більше – загрозовано підвищений.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За період дослідження було проаналізовано результати динамічного моніторингу інформації, зафіксованої у 232 Картках учасників дослідження (167 жінок та 65 чоловіків, середній вік 49,27±2,5 року), які надали інформовану згоду на участь у даному дослідженні. У дослідженні взяли участь 6 лікарів загальної практики–сімейних лікарів КНП ЦПМСД «Русанівка».

Під час первинного обстеження включених у дослідження пацієнтів надлишкову масу тіла та ожиріння було виявлено у 47,3% пацієнтів, тютюнопаління – у 26,7%, низький рівень рухової активності мали 75,8% осіб.

За експертними висновками 6 сімейних лікарів, залучених до оцінювання технології роботи з Карткою (див. табл. 1), встановлено, що її заповнення займало у середньому 10–12 хв, не потребувало спеціальної апаратури, було необтяжливе й цікаве пацієнту та дозволяло визначити ступінь ризику кардіоваскулярної патології – від низького до загрозовано підвищеного.

Після заповнення Картки лікар оцінював показники за кількістю балів, сума яких свідчила про наявний у пацієнта рівень кардіоваскулярного ризику (див. табл. 2).

За солідарною думкою експертів, використання Картки у реальних умовах амбулаторного прийому пацієнтів сімейним лікарем є об'єктивною підставою для надання

обґрунтованих персоналізованих рекомендацій пацієнту щодо використання немедикаментозних засобів у форматі дотримання вимог КПСЖ.

Зазначимо, що позитивна динаміка соматичних, функціональних та поведінкових показників у порівнянні з їхніми попередніми величинами свідчила про ступінь прихильності пацієнта до виконання запропонованих лікарем рекомендацій та об'єктивно віддзеркалювала ефективність профілактичної роботи сімейного лікаря.

У повному обсязі виконали вимоги оздоровчої програми та завершили її з позитивними результатами 82% пацієнтів, 11% із різних причин достроково припинили участь у дослідженні; 7% пацієнтів, включених у дослідження, не змогли позбутися ФР, що піддаються корекції.

Цей досить високий результат свідчив про те, що більшість учасників експерименту сумлінно дотримувалися вимог персоналізованої оздоровчо-профілактичної програми покращання життя власними зусиллями.

### ВИСНОВКИ

Технологія визначення та оцінювання факторів кардіоваскулярного ризику із застосуванням Картки експрес-скринінгу факторів ризику із наступним персоналізованим регулярним консультуванням пацієнтів та моніторингу досягнення цілей профілактики може бути ефективною моделлю надання профілактичної допомоги сімейним лікарем.

**Инновационная модель персонифицированной немедикаментозной коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в практике семейного врача  
А.В. Химион, О.А. Каштелян**

**New model of the personal nonpharmacologic correction of the cardiovascular risk in family doctors practice  
A.V. Himion, O.A. Kashtelian**

В статье представлены результаты внедрения новой модели экспресс-оценки и персонифицированной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска и мониторинга эффективности ее использования в условиях амбулатории общей практики-семейной медицины.

**Ключевые слова:** семейный врач, первичная медико-санитарная помощь, немедикаментозная профилактика, сердечно-сосудистая патология, факторы риска.

The results of implementation of the new model for express evaluation and personal correction of the cardiovascular risk factors and monitoring of its efficacy in family medicine practice is given at the article.

**Key words:** family doctor, primary medical care, nonpharmacologic prophylaxis, cardiovascular disease, risk factors.

**Сведения об авторах**

**Каштелян Олег Аркадиевич** – Коммунальное некоммерческое предприятие «Центр первичной медико-санитарной помощи «Русановка» Днепропетровского района г. Киева», 02154, г. Киев, ул. Энтузиастов, 49; тел.: (044) 295-39-49

**Химион Людмила Викторовна** – кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Загальнодержавна програма «Здоров'я-2020: український вимір», проєкт 2013 р.
2. Думанский Ю.В., Синяченко О.В., Игнатенко Г.А. (2013) Семейный врач (врач общей практики). Издательство Медуниверситета, Донецк, 253 с.
3. Сердюк А.М. і співавт. Профілактика неінфекційних захворювань, що пов'язані зі способом життя, особливостями харчування та фізичною активністю, – вагомий напрям національної стратегії охорони здоров'я населення України // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 299–306.
4. Кардиопротективный образ жизни. Как найти подход к пациенту? // Medicine Review. – № 3 (02). – 2008. – С. 86–90.
5. Каштелян О.А., Макареня В.В., Воробей Т.Р. // Доклінічний моніторинг та корекція факторів ризику серцево-судинної патології у осіб, що зайняті на роботах із шкідливими та небезпечними умовами праці // Матеріали XV з'їзду гігієністів (Львів, 20–21 вересня 2012 р.), с. 91–92.
6. Каштелян О.А., Макареня В.В. Профілактика у діяльності сімейного лікаря: фокус на формування кардіопротективного способу життя // Матеріали XIII Національного Конгресу кардіологів України (м. Київ, 26–28 вересня 2012 р.), с. 191–192.
7. Ефективність профілактики серцево-судинної патології з позицій доказової медицини / Г.Л. Апанасенко, О.А. Каштелян, В.В. Макареня, О.Д. Солодовников, О.В. Зеленюк // Матеріали XI Національного конгресу кардіологів України (м. Київ, 28–30 вересня 2010 р.), с. 176.
8. Корж О.М. Роль сімейного лікаря в профілактиці серцево-судинних захворювань // XI з'їзд Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ). 28–30 вересня 2011 р., м. Харків, с. 72–73.
9. Формування у пацієнтів кардіопротективної життєвої поведінки як складова профілактичної роботи сімейного лікаря / О.А. Каштелян, Я.Є. Дякунчак // Людина та ліки. – Україна, Національний конгрес. Тези доповідей 1–3 квітня 2014 р., м. Київ, с. 21.

Статья поступила в редакцию 05.08.2014