

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МОЗ УКРАЇНИ»**

**Методологія оцінки ефективності профілактичних
медичних засобів в діяльності сімейного лікаря**

Київ – 2011

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МОЗ УКРАЇНИ»**

УЗГОДЖЕНО

Заступник Міністра

_____ О.К.Толстанов
« _____ » _____ 2011 р

**Методологія оцінки ефективності профілактичних
медичних засобів в діяльності сімейного лікаря**

Київ – 2011

Методологія оцінки ефективності профілактичних медичних засобів в діяльності сімейного лікаря : [метод. реком.] / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2011. – 38 с.

Заклад-розробник: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

За редакцією Слабкого Г.О. – доктора медичних наук, професора, директора УІСД

Розробники: **Березовська Є.О.**
Гончарова Г.М.
Денисенко М.В.
Кондратюк Н.Ю.
Коваленко О.О.
Кризина Н.П.
Лисак В.П.
Слабкий В.Г.
Шимків О.Д
Яценко Ю.Б.

Рецензент:

Матюха Л.Ф. – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з сімейної медицини,
к.мед.н., доцент

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (протокол № 12 від 25.11.2010 р.)

Методичні рекомендації розраховані на сімейних лікарів та організаторів охорони здоров'я.

© Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2011

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ	–	артеріальний тиск
ВР	–	великий ризик
ГПР	–	група підвищеного ризику
ЕКГ	–	електрокардіограма
ІЗЦД	–	інсулінозалежний цукровий діабет
ІНЦД	–	інсулінонезалежний цукровий діабет
ОПР	–	очікуваний позитивний результат

Вступ

Концепція скринінгу в охороні здоров'я, тобто активного виявлення хвороби або преморбідних станів у осіб, які вважаються або вважають себе здоровими, протягом ХХ ст. швидко поширилася і на даний час прийнята в більшості розвинених країн. При правильному використанні скринінг може бути дієвим інструментом у профілактиці захворювань.

Переваги скринінгу в профілактиці захворювань вперше були продемонстровані в 40-х роках при використанні масової флюорографії (МФГ) для виявлення хворих на туберкульоз (ТБ) легень. Після Другої світової війни, коли були впроваджені ефективні методи лікування ТБ, використання МФГ стало широко розповсюджуватися в західних країнах, включаючи США та Сполучене Королівство Великобританії.

Поступово концепція скринінгу стала застосовуватися для профілактики інших хвороб. США йшли в авангарді цього процесу, і в 1961 р. фахівці Державної служби охорони здоров'я США Торнер і Ремейн (R.M. Thorner and Q.R. Remein) опублікували перший вичерпний огляд принципів проведення скринінгу. У 1968 р. Вілсон і Джангнер (J.M. Wilson and G. Jungner) створили Принципи і практику скринінгу на виявлення захворювань – роботу, яка була опублікована як монографія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Ці роботи, і на сьогодні, залишаються основною літературою, присвяченою скринінгу.

Створення в 1996 р. Національного комітету по скринінгу (НКС) Великобританії заповнило прогалину в галузі планування і сформувало механізм, що дозволяє впливати на впровадження та оцінку ефективних національних програм проведення скринінгу та визначати сфери подальших досліджень. Цей досвід може служити важливою моделлю для інших країн.

Визначення

Протягом багатьох років існували різноманітні визначення скринінгу; деякі з них, які найбільш часто використовуються, наведені нижче.

Скринінг – це можливе виявлення прихованої хвороби чи дефекту шляхом застосування тестів, обстежень та інших процедур, які можуть бути проведені швидко. Скринінгові тести дозволяють відокремити зовні здорових людей з явними ознаками захворювання від здорових (Комісія із хронічних захворювань США, 1957 р.).

Скринінг – це медичне обстеження, яке не викликане проханням пацієнта дати пораду щодо конкретної скарги (Чарльз Маккьюн).

Масовий скринінг – це широкомасштабний скринінг всіх груп, які входять до популяції. Багатоетапний скринінг – це застосування двох або більше скринінг-тестів для великих груп населення. Нагляд – це довгострокове спостереження за окремими популяціями. Виявлення випадків захворювання – це скринінг пацієнтів, які вже звернулися до закладів охорони здоров'я з метою виявлення захворювання і початку лікування. Раннє виявлення захворювань – це мета будь-якого скринінгу (J.M. Wilson і G. Jungner, 1968 р.).

Скринінг – це систематичне використання тестів або проведення опитування з метою виявлення осіб, які схильні до розвитку певного захворювання, а також для підтвердження необхідності подальших досліджень або безпосередніх профілактичних заходів серед асимптомних осіб (НКС – Перша доповідь 1998 р.).

Скринінг – це послуга в сфері охорони здоров'я, яка полягає в тому, що представникам конкретної популяції, які не відносять себе до групи ризику виникнення певного захворювання або вже є хворими, ставляться питання або пропонується проведення тесту з метою виявлення осіб, які потребують медичної допомоги та проведення у подальшому діагностичного обстеження та/або лікування з метою зниження ризику виникнення захворювання або розвитку його ускладнень (НКС – Друга доповідь 2000 р.).

Отже скринінг – це спроба ідентифікувати хворобу або преморбідний стан у зовні здорових людей.

Критерії скринінгу

Основні критерії, яких необхідно дотримуватися перед проведенням скринінгу щодо виявлення будь-якого патологічного стану, чітко визначені. Вони мають фундаментальне значення для забезпечення цілісності процесу скринінгу в будь-якій країні. Повністю ці критерії наводяться на веб-сайті Національного комітету по скринінгу Сполученого Королівства Великобританії (www.nsc.nhs.uk) (табл. 1).

Оцінка ефективності діагностичного тесту повинна бути невід'ємною частиною будь-якої процедури скринінгу. У 1971 р. Кокрейн і Холланд (A.L. Cochrane and W.W. Holland) запропонували сім критеріїв оцінки, які не втратили актуальності (табл. 2).

Таблиця 1. Резюме критеріїв скринінгу

Категорія	Критерій
Стан	Стан, що досліджується, повинен бути важливою проблемою здоров'я населення, анамнез якого, включаючи розвиток хвороби від прихованої форми до вираженої клінічної симптоматики, повинен вірно трактуватися. Необхідно, щоб стан характеризував преморбідні та ранні симптоми захворювання
Діагноз	Патологічний стан повинен діагностуватися за допомогою відповідного діагностичного тесту, який має бути безпечним і прийнятним для проведення у певній популяційній групі. Умовою діагностичного процесу є узгоджена політика, яка ґрунтується на надійних результатах тесту та національних стандартах, що визначають, кого слід вважати пацієнтами, а весь процес повинен бути безперервним
Лікування	Особам, у яких при обстеженні виявлено ознаки того чи іншого захворювання, повинно призначатися адекватне лікування (втручання)
Вартість	Вартість виявлення випадків захворювання (включаючи діагностику і лікування) повинна бути економічно збалансована з можливими витратами на медико-санітарну допомогу в цілому

Таблиця 2. Критерії оцінки ефективності скринінгу

Фактор	Критерій
Простота	Тест повинен бути простим у використанні, простим для інтерпретації і, наскільки можливо, доступним для проведення середнім медичним персоналом
Прийнятність	Оскільки участь у скринінгу є добровільною, тест повинен бути прийнятним для тих, хто є його об'єктом
Точність	Тест повинен давати точне визначення стану або досліджуваного симптому
Вартість	Необхідно враховувати перевагу раннього виявлення захворювання як основну передумову щодо зменшення вартості лікування хвороби
Повторюваність	Тест повинен давати подібні результати при повторних дослідженнях
Чутливість	Тест повинен мати найбільшу вірогідність отримання позитивного результату у разі наявності у пацієнта хвороби або преморбідного стану
Специфічність	Тест повинен мати найбільшу вірогідність отримання негативного результату у разі відсутності у пацієнта хвороби або преморбідного стану

Переваги та недоліки скринінгу

Переваги та недоліки скринінгу були описані та узагальнені табл. 3.

Переваги скринінгу очевидні. Для деяких пацієнтів рання діагностика і проведення лікування поліпшують прогноз. На ранніх стадіях хвороби лікування, як правило, є менш радикальним. Корекція преморбідних станів, лікування захворювань на ранніх їх стадіях заощаджує кошти на лікування хвороби, а особи з істинно негативними результатами тесту заспокоюються.

Таблиця 3. Переваги і недоліки скринінгу

Переваги	Недоліки
Поліпшення прогнозу перебігу захворювання у разі раннього його виявлення	Статистично більш тривалий період захворювання у випадках, коли прогноз не впливає на результат
Менш радикальне лікування. Деякі захворювання можнавилікувати на ранніх стадіях розвитку хвороби	Іноді лікування преморбідного стану призводить до надмірного призначення лікарських препаратів
Економія ресурсів	Витрати ресурсів
Особи, які пройшли скринінг і мають негативний результат тесту, отримують психологічне задоволення та спокій щодо стану свого здоров'я	Необґрунтована заспокоєність осіб, які отримали хибнонегативний результат тесту
	Занепокоєння та іноді захворюваність у осіб, які отримали хибнопозитивний результат тесту
	Неудосконалість сучасних методів скринінгу іноді створює небезпеку для пацієнта під час проведення скринінг-тесту

Недоліки скринінгу більш складні. У пацієнтів, для яких прогноз захворювання не змінився, період хвороби буде більш тривалим і, як наслідок, вони можуть отримувати надмірне лікування виявлених симптомів захворювання або порушень стану здоров'я. Виникають також додаткові витрати ресурсів на виявлення більшого числа захворювань, що пов'язано з проведенням тестів, оплатою праці персоналу і подальшим лікуванням виявлених станів. Існує чітка впевненість, що деякі особи з хибнонегативними результатами будуть необґрунтовано заспокоєні, а деякі пацієнти з хибнопозитивними результатами будуть відчувати щонайменше необґрунтоване занепокоєння, а в гіршому випадку – будуть отримувати неналежне лікування. І, нарешті, існує можливість, хоч і малоімовірна, що скринінг-тест завдасть шкоди.

При обговоренні проблем скринінгу необхідно зберігати баланс між крайніми проявами ентузіазму і скептицизму. Тут слід особливо вказати на два аспекти.

Перший – це можлива зацікавленість певних осіб у застосуванні скринінг-тесту, який не відповідає визнаним критеріям, наприклад застосування у даний час скринінг-тесту для виявлення раку передміхурової залози (простатспецифічний антиген) не відповідає критеріям точності та специфічності.

Другим аспектом є те, що риторика, яка супроводжує впровадження програми проведення скринінгу, може не відповідати реальним умовам

впровадження цієї програми в рутинну практику. Ілюстрацією цього є скринінг на діабетичну ретинопатію, що проводився в Глазго (Шотландія), коли чинниками, що створювали проблеми, були, зокрема, необхідність забезпечення підготовки персоналу, неявка пацієнтів і невиправдане направлення хворих з незначними розладами на подальше обстеження.

Доцільність розробки скринінгових програм

Незважаючи на наявність очевидних клінічних критеріїв, які переконують у необхідності проведення профілактики, лікарі часто не дотримуються рекомендацій. Причина полягає в цілому ряді обставин, у тому числі і в тому, що лікарі первинної ланки не зовсім добре розуміють, які ж саме профілактичні заходи дійсно необхідні. Рекомендації надходять із різних джерел, які до того ж відрізняються один від одного. Досить згадати такі джерела інформації, як державні служби охорони здоров'я, спеціальні медичні організації, професійні та наукові організації, добровільні асоціації. І все-таки основним є те, що лікарі досі сумніваються в клінічній ефективності профілактичних заходів. Часто лікар не впевнений, що виконання тих або інших профілактичних заходів зможе помітно позначитися на зниженні смертності або захворюваності на ті хвороби, які він намагається вилікувати. До того ж незрозуміло, як порівнювати відносну ефективність різних профілактичних заходів. Через брак вільного часу лікар затрудняється вирішити, що саме із безлічі профілактичних заходів порадити хворому в ході його нетривалого візиту. Неможливо також виключити факт того, що деякі маніпуляції можуть принести більше шкоди, ніж користі. Хоча міркування такого роду можна віднести до будь-якої лікарської процедури, воно особливо актуальне стосовно профілактичних заходів. Крім того, масова диспансеризація населення неминуче призводить до фінансових витрат. Подібні міркування все частіше ставлять під сумнів доцільність рутинних обстежень асимптомних хворих, коли в стандартну перевірку входить традиційний набір тестів і обстежень.

У цей час, не заперечуючи важливості регулярних обстежень сімейним лікарем, слід визнати, що застосування стандартного скринінгового набору обстежень усіх здорових людей, яке проводиться один раз на рік, не може вважатися ефективним заходом для запобігання захворювань. Більше того, і частота обстежень і зміст періодичних оглядів повинні бути співставлені з кожною конкретною людиною, і потрібно бути впевненим, що дана процедура буде клінічно ефективною. На сьогодні вважається, що основну увагу слід

приділити індивідуалізованим оглядам з обліком їх потенційної клінічної ефективності та збору надійної інформації, що доводить дієвість специфічних профілактичних заходів.

Узагальнені дані свідчать, що до найважливіших заходів, які дозволяють знизити число захворювань та їх перебіг, слід віднести ті, що здійснюються пацієнтом особисто. Уникнення таких ризиків для здоров'я, як паління, недостатня фізична активність, незбалансоване харчування, вживання спиртних напоїв, зловживання лікарськими засобами, краще сприятимуть поліпшенню стану здоров'я, ніж вторинні профілактичні заходи, зокрема рутинне виявлення захворювань на ранній стадії. Скринінгові тести, які виконуються без визначення факторів ризику розвитку хвороби, дають велике число хибнопозитивних результатів, що призводить до гіпердіагностики та призначення необґрунтованого лікування. Багатьом тестам не вистачає клінічної значимості, до того ж вони нерідко пов'язані з великими фінансовими витратами, особливо якщо виконуються на великих групах населення.

Другий важливий фактор – необхідність більш ретельного відбору тестів і профілактичних заходів, з урахуванням віку, статі та інших індивідуальних факторів ризику з метою максимального зниження ризику побічних ефектів, пов'язаних з виконанням процедури обстеження. Необхідність оцінки індивідуальних факторів ризику підкреслює лікарську догму, яка вироблена сторіччями – якомога докладніша історія хвороби та детальний анамнез життя пацієнта.

Третім важливим фактором є те, що традиційна клінічна практика (наприклад, діагностичне тестування) може принести хворому менше користі, ніж методи, які раніше вважалися такими, що не входять до компетенції лікаря (наприклад, медична освіта пацієнта або консультації), а це, у свою чергу, задає нову парадигму при визначенні обсягу відповідальності лікаря. І сьогодні існує думка, що завдання лікаря полягає у лікуванні хвороби. Здорова людина, у якої відсутні симптоми захворювання, як правило, не звертається до лікаря. До того ж поведінка здорової людини щодо власного здоров'я вважається її особистою справою.

Методологічні принципи проведення скринінгових досліджень

Існує низка міцно взаємопов'язаних ключових питань, які стосуються кожної програми проведення скринінгу в будь-якій країні.

Інформація

Достовірною інформацією про переваги і недоліки будь-якої процедури проведення скринінгу повинна бути надана всім особам, які запрошені до участі у тій чи іншій програмі. На практиці це часто зводиться до роздачі буклетів і, можливо, до пропозиції коротко обговорити дане питання з лікарем з метою отримання згоди на участь. Але цього недостатньо. Інформація повинна бути заснована на засадах доказової медицини і надаватися тим, хто її отримує, у доступній формі. Вона повинна охоплювати скринінговий процес у цілому, включаючи подальші тести, оскільки деякі з них можуть носити інвазивний характер і бути неприємними для пацієнта.

Таким чином, інформація є одним із центральних елементів сучасної первинної медико-санітарної допомоги взагалі та скринінгу зокрема. Вона повинна надаватися не для того, щоб сприяти участі пацієнта в програмі, а щоб дати збалансовану і зрозумілу картину існуючих альтернатив і можливих наслідків з кінцевим результатом у вигляді справді інформованої згоди (або відмови) пацієнта брати участь в обстеженні.

Економіка

Упродовж останніх років економічні аспекти скринінгу вийшли на передній план при розгляді питання про доцільність його проведення. Частково це відбулося у зв'язку із застосуванням теоретичних принципів економіки у службах охорони здоров'я, а також з усвідомленням того, що деякі процедури скринінгу вимагають вкладення великого обсягу ресурсів з незначною користю для населення. На сьогодні зросла потреба в доказах економічної ефективності, що дозволяють дати кількісну оцінку витрат і переваг в доступній для розуміння формі. Завдяки використанню економічної теорії прийшло усвідомлення того, що скринінг – це не панацея, він також може приносити шкоду. Всі процедури проведення скринінгу включають в себе дослідження і тестування великої кількості осіб з метою виявлення незначної групи людей з тією або іншою патологією. Це призводить до двох наслідків.

По-перше, всі, хто проходять скринінг певної нозології, часто відчують занепокоєння щодо майбутнього результату і ще більше занепокоєння за необхідності подальших обстежень. Подальші обстеження можуть бути пов'язані з болем або ризиком, а ті, у кого хвороба не була виявлена, можуть відчувати стійку тривогу про своє здоров'я.

По-друге, незважаючи на те, що більшість скринінг-тестів прості, а процедури їх проведення відносно дешеві, фактична вартість скринінгових досліджень, проведених на великій кількості осіб, є досить значною. Деякі скринінг-тести, що широко пропагуються (часто «комерційними» постачальниками), наприклад, сканування всього організму, дорогі. Подальші дослідження тих, хто мав позитивний результат при скринінгу певного захворювання (більшість результатів зрештою виявляться негативними) також, не дешеві.

На послуги в сфері скринінгу, що забезпечується для певної категорії населення, витрачаються ресурси, які будуть недоступні для використання в іншій сфері охорони здоров'я. Економічні підходи можуть демонструвати конфліктні аспекти політичних рішень: наприклад, підвищення ефективності може зменшити справедливість. Вони можуть також висвітити спірні точки зору постачальників послуг, споживачів і промисловості. Отже, експертний економічний аналіз і консультування повинні стати невід'ємною частиною системи і надавати допомогу в управлінні політикою охорони здоров'я.

Етика

Етичні аспекти, такі як співвідношення «шкода-користь», повинні мати першорядне значення при запуску програми проведення скринінгу. У будь-якому випадку для деяких осіб, що пройшли скринінг, процедура обстеження буде мати недоліки. Результатом будь-якого скринінгового обстеження є попередній результат-заключення, який включає в себе план подальшого обстеження пацієнта з метою підтвердження наявності патології і призначення відповідного лікування (особи з достовірно позитивним результатом), і, крім цього, виключення у осіб з позитивними результатами скринінгових тестів патології (особи з хибно-позитивним результатом). Особи з негативними результатами, як правило, не будуть тестуватися далі, незважаючи на те, що у деяких з них може бути виявлено патологію під питанням (помилково хибно-негативні результати).

Скринінг-тести, незважаючи на всі перестороги, ніколи не можуть бути стовідсотково достовірними, вони залежать від людських і технічних помилок, тому, навіть при найбільш високоякісних механізмах гарантії, помилки будуть мати місце. При будь-якій оцінці скринінгу населення вона (оцінка) повинна проводитися лише з точки зору співвідношення «шкода-користь».

Для будь-якої патології, виявленої в рамках загальнонаціональної програми проведення скринінгу або в службі первинної медико-санітарної допомоги, повинні існувати методи лікування, а дослідження не повинно завдавати шкоди пацієнтові. Багато хто вірить, що рання діагностика, особливо щодо раку і хвороб серця, призведе до можливості раннього лікування і поліпшення прогнозу. Це приваблива концепція, результатом застосування якої може стати вимога про впровадження процедури скринінгу незалежно від того, чи доведена гарантія поліпшення прогнозу хвороби у разі раннього її виявлення. Однак виявлення патології не змінює анамнез захворювання. Як показують численні експерименти в медицині та інших галузях науки, технічні можливості проведення процедури скринінгу не гарантують її етичної прийнятності.

Аудит, оцінка та контроль якості

У будь-якій програмі проведення скринінгу, як і в будь-якій іншій програмі надання послуг, необхідні адекватні заходи для забезпечення відповідності початковим вимогам і встановленим стандартам.

Ідеальним методом оцінки програми проведення скринінгу є рандомізоване контрольоване дослідження, під час якого представники популяції випадковим чином розподіляються або на скринінгові групи, або на групи, яким надається тільки звичайна медична допомога. Рандомізовані контрольовані дослідження є високоартісними, важкими для управління, а їх етична сторона ставиться під сумнів у тому разі, коли в контрольній групі не проводиться лікування даного виду патології. Незважаючи на це, наприклад національного Комітету з скринінгу (НКС) Сполученого Королівства Великобританії рекомендує впровадження будь-якої нової програми проведення скринінгу лише після оцінки результатів рандомізованого контрольованого дослідження, яке має бути проведеним належним чином. НКС також проводить регулярний перегляд програм проведення скринінгу з метою підтвердження, що вони, як і раніше, здійснюються за планом і досягають поставленого результату.

Компоненти ефективно організованої програми проведення скринінгу описані та узагальнені Хакамою (М. Накама) (схема 1).

Не слід недооцінювати важливість якості програм проведення скринінгу. Оцінка, аудит і контроль якості повинні бути складовою будь-якої програми проведення скринінгу. Це дозволяє впевнитися в тому, що результат відповідає поставленій меті, і скринінг проводиться способом, прийнятним для її учасників.



Схема 1. Компоненти ефективно організованої програми проведення скринінгу

Критерії визначення ефективності. Профілактичний захід повинен відповідати визначеним заздалегідь критеріям. У схемі 2 наведені критеріїв ефективності за трьома категоріями профілактичних заходів. Кожен з критеріїв повинен відповідати принципу «стандартної процедури» профілактичного заходу – набору маніпуляцій, які застосовуються, щоб поліпшити кінцевий клінічний показник.

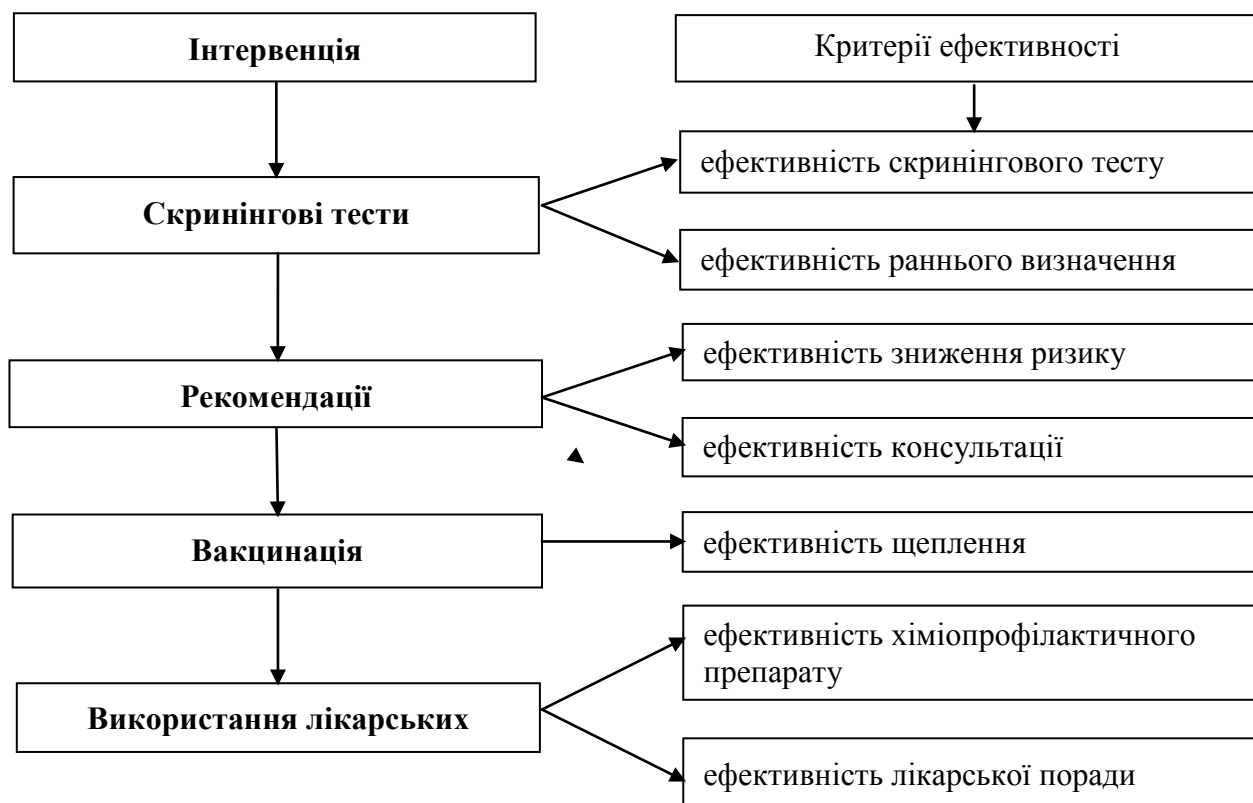


Схема 2. Критерії ефективності

Так, наприклад, скринінговий тест не вважається ефективним, якщо йому бракує точності (він повинен визначати загрозу здоров'ю раніше, ніж вона проявиться без проведення тесту). Його не застосовують також і в тому випадку, якщо відсутні докази, що раннє визначення захворювання покращує шанси кінцевого клінічного результату. І, відповідно, консультативна допомога не вважається ефективною за відсутності чітких доказів того, що зміна поведінки пацієнта дозволить поліпшити клінічний результат, і що бесіда лікаря дозволяє вплинути на поведінку пацієнта. Для того, щоб вважати ефективною вакцинацію чи вживання лікарських препаратів, необхідно навести докази біологічної ефективності.

Що стосується методології оцінки скринінгових тестів, то для того, щоб вважати скринінговий тест успішним, він повинен відповідати двом найважливішим умовам:

- тест повинен виявляти цільовий стан раніше, ніж це відбулося б без використання тесту, і з достатньою точністю, щоб не спричинити велику кількість хибнопозитивних або хибнонегативних результатів;

- особи із хворобами, які були визначені раніше, повинні виявляти кращий кінцевий клінічний результат у порівнянні з тими, при обстеженні

яких скринінгові програми не застосовувались (ефективність раннього визначення).

Ефективність скринінгових тестів

На відміну від традиційного розуміння, термін «ефективність скринінгового тесту» слід трактувати як точність і надійність тесту. Точність вимірюється за 4 показниками: чутливість, специфічність, можливість дати позитивну або негативну відповідь (табл. 4).

Таблиця 4. Термін ефективності

Термін	Визначення
Чутливість	відсоток осіб зі станом, інтерпретованим як позитивний
Специфічність	відсоток осіб зі станом, інтерпретованим як негативний
Прогностична цінність позитивного результату тесту	відсоток осіб з позитивним тестом, які дійсно хворі
Прогностична цінність негативного результату тесту	відсоток осіб з негативним тестом, які дійсно здорові

Чутливість обумовлена тим відсотком хворих, стан яких був оцінений при проведенні тесту як «позитивний». Тест із низькою чутливістю упустить ряд таких випадків (осіб, стан яких відповідає досліджуваному за певним тестом) і дасть велику кількість хибно-негативних результатів. Особи, що є потенційними носіями захворювання, за таким тестом будуть визначені як здорові.

Специфічність визначається відсотком випадків від загального числа тестів, коли була отримана відповідь «негативно». Тест із поганою специфічністю буде показувати наявність захворювання в осіб, які насправді здорові. Визначення чутливості й специфічності припускає прийняття свого роду точки відліку («золотого стандарту»), тому що тільки в цьому випадку ми можемо відокремлювати «дійсні» результати тесту від «хибних».

Використання скринінгових тестів з низькою чутливістю та/або специфічністю має особливе значення для клініциста через серйозні наслідки хибно-негативних або хибно-позитивних результатів. Особи, які отримали хибно-негативні результати, можуть занадто пізно почати необхідну діагностику та лікування. Хибно-позитивні результати можуть спровокувати болісні і неприємні процедури додаткових перевірок, які коштують чимало грошей і до того ж можуть бути потенційно шкідливими. Не виключені і психологічні наслідки – особи, яким повідомили про несприятливі

результати тесту, боятися за своє життя, і цей страх буде тривати доти, поки нові результати не доведуть його необґрунтованість. Тому правильна оцінка скринінгового тесту повинна включати також визначення можливості отримання хибно-позитивних результатів. Для цього обчислюють очікуваний позитивний результат (ОПР) тесту у групі населення, у якій буде проводитися масове обстеження (табл. 5).

Таблиця 5. Очікуваний позитивний результат і поширеність хвороб*

Поширеність раку =1%			Поширеність раку = 0,1%		
	рак є	раку немає		рак є	раку немає
Позитивний результат	90	9900	Позитивний результат	90	9900
Негативний результат	100	89100	Негативний результат	10	899100
ОПР = 8,3%			ОПР = 0,9%		

Примітка: * Умови обстеження:

- населення, яке підлягає обстеженню, – 100 000 осіб;
- чутливість тесту – 90%;
- специфічність тесту – 90%.

ОПР скринінгового тесту – це та частка позитивних результатів, які є достовірними (істинно позитивні). Тест із низьким ОПР може генерувати більше хибнонегативних, ніж істинно позитивних результатів, але це значною мірою залежить від типу популяції, стосовно якої цей тест застосовувався. ОПР збільшується або знижується відповідно до більшої або меншої кількості цільових станів у тієї частині населення, яка підлягала скринінговому дослідженню. Таким чином, на відміну від чутливості та специфічності, ОПР не є константною характеристикою скринінгового тесту. Якщо цільовий стан у досліджуваній групі населення зустрічається досить рідко, то навіть тести з відмінною чутливістю та специфічністю дадуть низьке ОПР і будуть генерувати більше хибнопозитивних, ніж істинно позитивних результатів.

Ефективність раннього виявлення

Виявлення хвороби на ранній стадії призводить до клінічного втручання, яке запобігає або затримує прогресування захворювання. Якщо ж хворобу вилікувати не можна, то виявлення її навіть і на ранньому етапі, не може бути визнано клінічно результативним. Таким чином, фундаментальним параметром для ефективного скринінгового тесту стає лікувальна ефективність. Навіть за наявності ефективних лікувальних

способів раннє виявлення дає переваги порівняно зі звичайним діагнозом і лікуванням, якщо скринінг працює на поліпшення кінцевого результату. Ефективність скринінгового тесту стає сумнівною, якщо асимптомний пацієнт, що виявлений при скринінгу, не має більше клінічних шансів, аніж хворий, у якого хворобу виявили тільки при виникненні симптомів.

Хибна інтерпретація термінів і тривалості

Часто досить важко з точністю сказати, чи раннє визначення дозволяє поліпшити кінцевий клінічний результат. Це загальновідома проблема, з якою стикаються сімейні лікарі, коли йдеться про тести скринінгу раку. За більшістю видів раку термін збільшення тривалості життя на п'ять років вище у тих осіб, у яких вдалося виявити хворобу на ранній стадії. Такі дані часто інтерпретують як свідчення користі раннього визначення, оскільки, в результаті раннього виявлення і своєчасного лікування летальність від онкологічних захворювань знижується.

Хибна інтерпретація тривалості може стати результатом переоцінки ефективності ракового скринінгу. Тобто є тенденція, виявляти при проведенні скринінгу непропорційне число випадків повільно прогресуючої хвороби, проте немає можливості виявити агресивні випадки перебігу хвороби, які за рахунок блискавичного перебігу присутні в загальній популяції лише протягом нетривалого часу. «Вікно» між часом виявлення раку при скринінгу і часом, коли він був би виявлений в результаті появи симптомів, менше для швидкоплинних випадків онкологічних хвороб. Ці форми рідше виявляються скринінговими методами, і, як результат, особи з агресивним перебігом злоякісного захворювання будуть недостатньо представлені під час проведення скринінгу, а випадки раку, які були виявлені скринінгом, будуть виглядати більш благополучно, ніж усереднене значення, хоча насправді кінцевий клінічний результат від цього не зміниться. За рахунок такої неправильної інтерпретації, передбачуваний строк продовження тривалості життя осіб, що пройшли скринінг, може виявитися вищим, ніж справжня ефективність методу.

Визначення користі для населення

Вищенаведені умови дають достатню інформацію для того, щоб судити про клінічну ефективність профілактичних заходів. Проте необхідно врахувати також й інші фактори, щоб скласти більш повну картину потенційного впливу скринінгу на здоров'я населення. Проведення

низькоефективних втручань, які пов'язані з відносним ризиком для пацієнта, можуть проявитися абсолютним ризиком для населення, якщо цільовий стан зустрічається досить часто і пов'язаний із високим рівнем захворюваності та смертності. В цих умовах запровадження вискоелективних заходів (з урахуванням відносного ризику) серед невеликої групи осіб, які входять до групи великого ризику, є більш ефективним в плані прогнозу і менш ризикованим порівняно із застосуванням цих заходів серед всієї популяції (табл. 6).

Таблиця 6. Приклад впливу профілактичних заходів на показники смертності з урахуванням загальної кількості смертей

Зниження смертності за рахунок профілактичних заходів	Число смертей по даному стану в рік	Загальне число смертей, яких вдалося запобігти
50%	10	5
1%	100000	1000

Необхідно постійно пам'ятати про подібні епідеміологічні характеристики цільових станів, в іншому разі, з'являється похибка в загальному уявленні про ефективність скринінгового обстеження.

При визначенні загального впливу скринінгу на здоров'я населення необхідно враховувати також потенційні побічні дії, саме на них деколи звертають недостатньо уваги при оцінці ефективності. Прикладом є досить поширена думка про те, що раннє виявлення хвороби є найважливішим позитивним чинником у профілактиці. Це призводить до пропаганди масових обстежень за відсутності будь-яких передбачуваних позитивних моментів скринінгу та показань щодо його проведення для виявлення певної патології, нівелювання клінічної значимості потенційно небажаних ефектів. Клінічне обстеження нерідко виявляє потенційно несприятливі сторони багатьох видів тестування, особливо якщо вони виконуються на зовні здорових людях. Можна згадати і такі несприятливі наслідки скринінгу, як фізичні травми після проведеного тесту (наприклад, перфорація кишки при виконанні сигмоїдоскопії), страх перед можливою хворобою, що виник в результаті постановки неточного діагнозу (про це вже згадувалося вище), значні фінансові витрати на подальші діагностичні процедури. Високовартісні скринінгові програми з сумнівною ефективністю змушують витратити час, гроші, робочу силу, які можна було б використовувати значно раціональніше.

Критерії виключення

Значна кількість профілактичних заходів, які застосовуються у якості тестів або процедур, використовуються не тільки в рамках первинної або вторинної профілактичної допомоги. Багато скринінгових методів можуть застосовуватися і з терапевтичною метою, наприклад сигмоїдоскопія використовується не тільки для скринінгу. Тобто якщо в дослідженні визначається ефективність процедури або тесту у тих пацієнтів, які вже мають певні симптоми хвороби або в історії їх хвороби вже згадується досліджуваний стан, то дані по таких хворих не можуть входити до дослідження, яке визначає ефективність даного методу для асимптоматичних хворих. Такі тести вже вважаються діагностичними, навіть якщо сам дослідник застосовував поняття «скринінговий тест». З переліку також слід виключити неконтрольовані дослідження, описові дані, роботи, які виконані на тваринах, якщо замість цього можна було скористатися рандомізованими контрольними експериментами, груповими роботами чи роботами з перевірки окремих випадків (див. нижче).

Етіологічні роботи, у яких демонструється взаємозв'язок між фактором ризику і захворюванням, вважаються менш доказовими, ніж дані, які отримані за ретельно відпрацьованою методикою, де ефективність зіставляється з фактором ризику.

Оцінка якості інформації

Особлива увага повинна приділятися трьом видам повідомлень: контрольні рандомізовані дослідження, групові дослідження та роботи з перевірки окремих випадків. Експерименти з рандомізованим контролем передбачають дослідження ефективності профілактичних заходів в групі осіб, які відбираються методом випадкової вибірки, а ефективність порівнюється з контрольною групою, яка отримує стандартні заходи (лікування) або плацебо. Рандомізація полегшує можливість порівняння обох груп і дає більш надійну базу для визначення статистичних коливань. У цьому випадку різниця в кінцевому результаті в більшості випадків може бути віднесена на рахунок самого заходу, ніж на рахунок різниці між групами. При сліпому дослідженні дослідникам та досліджуваним – або і тим і іншим (це так зване подвійне сліпе дослідження) – не говорять, до якої групи віднесені піддослідні, тому їх поінформованість не впливає на кінцевий клінічний результат.

Контрольні експерименти, у яких не проведена рандомізація, можуть виявитися хибно інтерпретованими. Групові дослідження відрізняються від клінічних тим, що дослідники при завершенні дослідження не визначають, на яких особах були випробувані профілактичні заходи: особи, до яких захід був застосований, і контрольні особи спостерігаються дослідниками «впродовж» певного часу, щоб потім зареєструвати зміни в клінічному підсумку. У групових дослідженнях ймовірність системних помилок набагато вища, ніж у рандомізованих, оскільки лікування, фактори ризику та інші складові можуть бути обрані пацієнтами або лікарями на основі якихось важливих (часом неусвідомлених) факторів, які позначаються на кінцевому підсумку. Тому для дослідників особливо важливо ідентифікувати і скорегувати ті фактори, які можуть більше вплинути на кінцевий результат, ніж сам профілактичний захід.

І групові дослідження, і клінічні експерименти, мають однаковий недолік: відсутність достатньої кількості учасників або проведення експерименту протягом певного часу, що не має достатньої статистичної достовірності для визначення різниці в клінічному результаті. Нерідко в таких дослідженнях не вдається виявити різницю не тому, що відсутній клінічний ефект, а тільки через недостатність матеріалу для статистичного узагальнення. Водночас клінічні й групові дослідження мають ту перевагу, що по суті вони спрямовані в майбутнє – клінічний підсумок на початку експерименту невідомий, і вірогідність того, що він вплине на метод збору даних, незначна. У дослідженнях з окремих випадків необхідність у великому масиві матеріалу або в тривалих термінах спостереження часто відпадає.

Інші варіанти дослідження, зокрема дослідження з перехресними культурами, неконтрольовані групові дослідження, повідомлення про окремі випадки, подають важливу інформацію, але не можуть активно свідчити проти або на користь ефективності.

Доцільність впровадження наукових даних у рекомендації для практичної медицини

Переконливість рекомендації щодо проведення/непроведення певного профілактичного заходу залежить від переконливості доказів, що він принесе більше користі, ніж шкоди. Рекомендації звичайно даються щодо заходів профілактики, які виявили позитивний ефект у добре побудованому

дослідженні або дали стійкий позитивний ефект у великій кількості досліджень. Не рекомендуються профілактичні заходи, які показали себе неефективними або шкідливими. Деякі профілактичні заходи кваліфікуються як «клінічно виправдані», навіть якщо немає переконливих доказів їх ефективності. Звичайно це має місце в тих випадках, коли здійснення певної маніпуляції не спричинює значних витрат або не може зашкодити, але потенційно здатне знизити частоту виникнення основної причини смерті від захворювання або страждання в тій конкретній групі хворих, для якої цей захід рекомендують. Подібні маніпуляції часто рекомендують для груп хворих з високим ризиком, хоча, можливо, і немає доказів більшої ефективності подібного заходу відносно цих осіб у порівнянні з основною масою населення. Такий підхід заснований на усвідомленні того факту, що відсутність доказу ефективності не скасовує самої ефективності як такої. Якщо маніпуляція насправді ефективна, то особи, які мають ризик виникнення хвороби, швидше за все, виграють від її застосування.

Періодичні обстеження здоров'я: вікові карти

У системі профілактичної медицини важливу роль відіграють періодичні лікарські огляди. Планування профілактичних заходів має ґрунтуватися на співвідношенні змісту періодичних оглядів населення з індивідуальними особливостями пацієнта, необхідно запроваджувати ті заходи, які визнані найбільш ефективними в оптимально виконаних дослідженнях. Такий підхід впливає із того факту, що в кожного окремого пацієнта основна причина захворювання визначається його віком, статтю та іншими факторами ризику. Зайнятому сімейному лікареві можна порадити вибирати профілактичні заходи залежно від тих умов, які найбільшою мірою впливають на здоров'я і самопочуття досліджуваного пацієнта. Основні причини захворюваності та смертності, а також потенційна ефективність клінічних профілактичних заходів, які можуть змінити ймовірний перебіг хвороби, – це ті два фактори, які можуть вплинути на зміну перебігу захворювання на краще. Тому сімейний лікар при проведенні профілактичних заходів повинен звернути особливу увагу насамперед на основні причини захворюваності та смертності по даній категорії хворих і хвороб. Якщо не враховувати цього, то можуть зміститися пріоритети в проведенні періодичних оглядів. Звичайно, клінічний підсумок виявиться не дуже вражаючим, якщо профілактичні заходи не поліпшують кінцевого

результату. Тому другою важливою обставиною, яку необхідно мати на увазі при встановленні основних пріоритетів, є ефективність.

Основними факторами, про які повинен пам'ятати лікар під час розробки схеми медичного огляду пацієнта, є вік і стать. Проте у групах з особливими формами ризику провідними причинами смертності й захворюваності можуть виявитися й інші фактори. Наприклад, для молодих людей, які утримуються від статевих контактів із численними статевими партнерами, захворювання, що передаються статевим шляхом, та незапланована вагітність не становлять загрози, у той час як для молодих людей, які ведуть активне статеве життя, вони є досить актуальними. Різниця в пріоритетах у різних вікових групах і категоріях ризику та в ефективності використання різних запобіжних заходів дозволяє зрозуміти, чому не можна рекомендувати єдину схему періодичного лікарського огляду для всіх людей.

Примірні вікові карти не слід розглядати як повний перелік профілактичних заходів, якими слід користуватися при регулярних медичних оглядах. Швидше їх слід розцінювати як рекомендації, що включають ті превентивні заходи, які були розглянуті в дослідженні та за якими була переконливо доведена їх клінічна ефективність. Що стосується рекомендацій проти виконання певних процедур, то їх не слід розглядати як обов'язкові. Лікар сам може вирішувати, наскільки він повинен керуватися цими рекомендаціями у даній конкретній ситуації (з огляду на історію хвороби пацієнта, місцеві стандарти медичної допомоги тощо). Багато заходів, які рекомендовані в табл. 10–12, пропонуються тільки для груп великого ризику, ними не слід користуватися при рутинному обстеженні всіх осіб у цій віковій групі. Специфічні групи ризику, по яких дана маніпуляція вважається показаною, позначені в кожній таблиці спеціальним позначками (великий ризик – ВР). Під заголовком «На що ще треба звернути увагу» наводяться фактори ризику, які особливо необхідно ідентифікувати лікареві на ранній стадії, але в яких немає необхідності при рутинному огляді. Лікарі часто бувають недостатньо уважні щодо багатьох порушень, які перераховані в цьому розділі внаслідок того, що вони або не зауважують відповідних ознак і симптомів, або не усвідомлюють важливості раннього виявлення. У кожній таблиці згадується, як часто слід проводити періодичні медичні огляди. Зазначені інтервали клінічно достовірні, водночас відсутні достовірні наукові дані, які визначали б оптимальну частоту відвідувань лікаря. Лікарям

залишається самим визначити схему відвідувань, особливо якщо йдеться про пацієнтів із хронічними захворюваннями або симптомами чи проявами, що відхиляються від норми. Профілактичні заходи, які перераховані в кожній таблиці, не обов'язково здійснювати всі і відразу під час одного візиту. Якщо, скажімо, визначення функції щитовидної залози має клінічну значимість для кожної жінки в літньому віці, цей тест зовсім не обов'язково виконувати щороку, хоча пальпацію щитовидної залози слід проводити щорічно. Незважаючи на те, що профілактичні заходи, що перераховані в примірних вікових картах 1–3, є основою для періодичних оглядів, завданням яких винятково є запобігання захворюванням, їх можна проводити і під час візиту до лікаря з іншого приводу (при гострому захворюванні, при перевірках з приводу хронічних хвороб). Для пацієнтів, які лише випадково зустрічаються з лікарем, такий візит до лікаря дає рідкісну можливість здійснити запобіжні заходи. Слід пам'ятати також, що на практиці лікар навряд чи зможе за один візит здійснити всі необхідні профілактичні заходи, більше того, немає переконливих аргументів на користь того, що таке рішення було б клінічно ефективним або обґрунтованим. Пацієнт, який прийшов до лікаря з приводу гострого захворювання або травми, не завжди готовий витримати весь обсяг профілактичних процедур, тому лікареві залишається вибрати найбільш прийнятні і приділити особливої увагу тим профілактичним заходам, які спрямовані на запобігання лідируючих причин захворювання й втрати працездатності в даній віковій групі. Щоб допомогти лікареві зробити правильний вибір, у кожній таблиці перераховані основні причини смерті в даному віці. Якщо в рамках даного візиту до лікаря які-небудь заходи здійснити не вдається, їх слід перенести на інше відвідування пацієнтом лікаря.

Примірна вікова карта 1

Примірна форма проведення скринінгу пацієнта віком 18–39 років

СКРИНІНГ	КОНСУЛЬТАЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	РЕКОМЕНДОВАНІ ЗАХОДИ ДЛЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
1	2	3
Збір анамнезу: <i>(основні аспекти)</i> 1. Харчування 2. Фізична активність 3. Паління 4. Вживання алкоголю чи наркотиків 5. Статеве життя	Зміна звичок харчування та фізична активність: 1. Зменшення вживання жиру (особливо насичені жири), холестерин, складні вуглеводи, волокниста їжа, натрій, залізо, кальцій	Проведення щеплення правець-дифтерія <i>Рекомендації для груп ризику:</i> вакцина гепатиту В (ГПР-24) Вакцина проти грипу (ГПР-26) Вакцина кір – паротит – краснуха (ГПР-27)**

Продовження примірної вікової карти 1

1	2	3
<p>Огляд пацієнта:</p> <p>1. Ріст і вага</p> <p>2. Артеріальний тиск</p> <p><i>Рекомендації для груп ризику:</i></p> <p>Повний огляд порожнини рота (ГПР-1)</p> <p>Пальпація щитоподібної залози (ГПР-2)</p> <p>Клінічний огляд грудних залоз (ГПР-3)</p> <p>Клінічний огляд яєчок (ГПР-4)</p> <p>Повний огляд шкіри (ГПР-5)</p> <p><i>Лабораторні дослідження/діагностика:</i></p> <p>Визначення глюкози в плазмі (ГПР-6)</p> <p>Антитіла до краснухи (ГПР-7)</p> <p>VDRL/RPR (ГПР-8)</p> <p>Аналіз сечі на бактеріурію (ГПР-9)</p>	<p>2. Контроль калорійного балансу</p> <p>3. Здійснення комплексу фізичних вправ</p> <p>Зміна норми поведінки щодо:</p> <p>1. Паління: припинення чи/або первинна профілактика</p> <p>2. Алкоголю та інших сильнодіючих засобів: обмеження вживання алкоголю, не сідати за кермо автомобіля, не виконувати іншу діяльність, яка може стати небезпечною при вживанні сильнодіючих засобів</p> <p>Відповідне лікування</p> <p><i>Рекомендації для груп ризику:</i></p> <p>Використання нестерильних голочок і шприців (ГПР-18)</p> <p>Сексуальна поведінка та хвороби, які передаються при статевих контактах: вибір партнера, презервативи, статевий контакт через задній прохід,</p>	<p>Лікарю варто звернути увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стани депресії; • фактори, що сприяють самогубству (ГПР-17); • драматичні події в родині; • новоутворення шкіри; • захворювання ротової порожнини (карієс, гінгівіт)
<p>Рекомендації для груп ризику:</p> <p>Тест на хламідії (ГПР-10)</p> <p>Культура гонореї (ГПР-11)</p> <p>Тест на ВІЛ (ГПР-12)</p> <p>Рекомендації із збереження слуху (ГПР-13)</p> <p>Шкірний туберкуліновий тест (PPD) (ГПР-14)</p> <p>ЕКГ (ГПР-15)</p> <p>Мамограма (ГПР-3)</p> <p>Колоноскопія (ГПР-16)</p>	<p>Рптова вагітність, контрацепція</p> <p>Попередження травм: ремені безпеки, шоломи</p> <p>Агресивна поведінка: зброя, детектори диму, паління в ліжку або на м'яких меблях</p> <p><i>Рекомендації для груп ризику:</i></p> <p>Вправи для зміцнення хребта (ГПР-19)</p> <p>Попередження дитячого травматизму (ГПР-20)</p> <p>Падіння в літньому віці (ГПР-21)</p> <p>Можливість тестування на гемоглобін (ГПР-22)</p> <p>Захист шкіри від дії ультрафіолету (ГПР-23)</p> <p>Стоматологія</p> <p>Регулярне чищення зубів, масаж, відвідування дантиста</p>	

Примітки: ідвідування лікаря один раз на 1–3 р.

1. Основні причини смерті: дорожньо-транспортні пригоди; жертви злочинів; самогубство; травми; вади серця.
2. Рекомендована схема стосується лише періодичних візитів до лікаря. Що стосується індивідуальних профілактичних заходів, то їх частота визначається лікарем, за винятком застережених спеціально.
3. Наведений список не є вичерпним. До нього ввійшли тільки стани, клініцисти можуть додати інші рутинні профілактичні заходи з урахуванням відомостей історії хвороби та індивідуальних обставин.

Групи підвищеного ризику (ГПР) (вік 18–39 років)

ГПР-1 – особи, що зазнають впливу тютюнового диму, зловживають алкогольними напоями, особи, у яких під час самоогляду відзначені підозрілі симптоми.

ГПР-2 – особи, у яких була опромінена верхня частина тіла.

ГПР-3 – жінки у віці 35 років і більше, у найближчих родичок яких у період до менопаузи виявлено рак грудей.

ГПР-4 – чоловіки, в історії хвороби яких відзначені крипторхізм, орхіопексія, атрофія яєчка.

ГПР-5 – особи, в яких у родині або у власній історії хвороби спостерігався рак шкіри, з підвищеним впливом сонячної радіації або з клінічними ознаками ураження, що передують раку шкіри.

ГПР-6 – особи з діабетом у родині, жінки, у яких відзначався спадковий діабет.

ГПР-7 – жінки, у яких є імунodefіцит.

ГПР-8 – представниці комерційного сексу або особи, що вступають у статеві контакти з численними партнерами, або контактують з хворими на сифіліс.

ГПР-9 – хворі на цукровий діабет.

ГПР-10 – особи, які відвідують лікарню з приводу захворювань, що передаються статевим шляхом; відвідують інші лікувальні установи з підвищеним ризиком таких захворювань (клініки, де надаються консультації підліткам з приводу планування родини); особи з іншими факторами ризику інфікування (численні статеві партнери, сексуальний партнер із множинними сексуальними контактами, у віці до 20 років).

ГПР-11 – представниці комерційного сексу, особи із численними статевими контактами, або ті, що мають сексуального партнера із множинними контактами, статеві контакти з особами, хворими на гонорею (позитивна культура), або особи, які періодично хворіють на гонорею.

ГПР-12 – особи, які прагнуть вилікуватися від хвороб, що передаються статевим шляхом; чоловіки, що мають секс з чоловіками; особи, які застосовують або застосовували внутрішньовенний спосіб введення наркотичних речовин; особи, що займалися проституцією або мали численних сексуальних партнерів; жінки, партнери яких є носіями ВІЛ-інфекції.

ГПР-13 – особи, які постійно зазнають дії шуму.

ГПР-14 – особи, у будинку яких є носії туберкульозу, або ті, хто може перебувати в тісному контакті з носіями цього захворювання (персонал туберкульозних клінік, притулків для безхатченків, дитячих будинків, наркологічних клінік, виправних закладів); мешканці дитячих будинків, виправних закладів, притулків для безхатченків або.

ГПР-15 – чоловіки, які мають серцево-судинні захворювання, раптові загострення яких можуть загрожувати громадській безпеці (водії, машиністи, пілоти авіакомпаній).

ГПР-16 – особи, у родині яких відзначався polyposis coli або був спадковий раковий синдром.

ГПР-17 – особи, у яких недавно мало місце розлучення, втрата близьких людей, безробіття, депресія, зловживання алкогольними або іншими сильнодіючими засобами, серйозне захворювання, самотність, сімейні драми.

ГПР-18 – особи, що застосовують внутрішньовенний спосіб введення наркотичних речовин.

ГПР-19 – особи, що мають підвищений ризик травм нижньої частини хребта в результаті попередніх інцидентів, будови тіла або типу активності.

ГПР-20 – особи, які проживають із дітьми.

ГПР-21 – особи, які проживають із людьми похилого віку.

ГПР-22 – люди молодого віку, предки яких походять з країн басейну Карибського або Середземного морів, Азії, Африки, Латинської Америки.

ГПР-23 – особи, що підпадають під активний вплив сонячної радіації.

ГПР-24 – чоловіки, що мають секс з чоловіками, особи, що застосовують внутрішньовенні ін'єкції, деякими препаратами крові, або особи, які працюють в лікувальних закладах, та мають контакт з кров'ю та препаратами крові.

ГПР-25 – особи з медичними показаннями, що збільшують ризик пневмококової інфекції (хронічні захворювання серця або легенів, недокрів'я із серповидними еритроцитами, нирковий синдром, відсутність селезінки, цукровий діабет, алкоголізм, цироз печінки, множинна мієлома, ураження нирок, стан, що пов'язаний із пригніченням захисних реакцій організму).

ГПР-26 – особи, що перебувають у лікарнях для хронічних хворих, або особи, що мають хронічні серцево-легеневі розлади, розлади метаболізму

(включаючи цукровий діабет), гемоглобінопатії, з пригніченою імунною системою, з нирковою дисфункцією.

ГПР-27 – особи, які не можуть довести, що були вакциновані від кору (лабораторне підтвердження імунітету або зареєстроване лікарем захворювання на кір).

Примірна вікова карта 2

Примірна форма проведення скринінгу пацієнта віком 40–64 років

СКРИНІНГ	КОНСУЛЬТАЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	РЕКОМЕНДОВАНІ ЗАХОДИ ДЛЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
1	2	3
<p>Збір анамнезу: (основні аспекти)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Харчування 2. Фізична активність 3. Паління 4. Вживання алкоголю чи наркотиків 5. Статеве життя <p>Огляд пацієнта:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ріст і вага 2. Артеріальний тиск 3. Клінічний огляд грудей <p><i>Рекомендації для груп ризику:</i></p> <p>Повний огляд шкіри (ГПР-1) Повний огляд порожнини рота (ГПР-2) Пальпація щитоподібної залози (ГПР-3): Аускультация каротидних шумів (ГПР-4)</p> <p><i>Лабораторні дослідження/діагностика:</i></p> <p>Загальне визначення холестерину в крові (на повний шлунок) Мазок Папаніколау Мамографія</p> <p><i>Рекомендації для груп ризику:</i></p> <p>Визначення глюкози в плазмі крові (ГПР-5) VDRL/RPR (ГПР-6) Аналіз сечі на бактеріурію (ГПР-7) Тест на хламідії (ГПР-8) Культура гонореї (ГПР-9) Тест на ВІЛ (ГПР-10) Шкірний туберкуліновий тест (PPD) (ГПР-11) Рекомендації із збереження слуху (ГПР-12)</p>	<p>Зміна звичок харчування та фізична активність:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зменшення вживання жиру (особливо насичені жири), холестерин, складні вуглеводи, волокниста їжа, натрій, залізо, кальцій 2. Контроль калорійного балансу 3. Здійснення комплексу фізичних вправ <p>Зміна норми поведінки щодо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Паління: припинення чи/або первинна профілактика. 2. Вживання алкоголю та інших сильнодіючих засобів. 	<p>Щеплення правець-дифтерія <i>Рекомендації для груп ризику:</i> вакцина гепатиту В (ГПР-26) Вакцина проти грипу (ГПР-28)</p> <p>Лікарю варто звернути увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хронічні обструктивні легеневі захворювання; • ураження печінки та жовчного міхура; • рак сечового міхура; • ураження ендометрію; • морську хворобу; • зловживання рецептурними препаратами; • фактори, що сприяють самогубству (ГПР-17); • драматичні події в родині; • злякисні новоутворення шкіри; • захворювання ротової порожнини (карієс, гінгівіт-ГПР-28)

Продовження примірної вікової карта 2

1	2	3
ЕКГ (ГПР-13)Прихована кров у калі/сигмоїдоскопія (ГПР-14) Прихована кров у калі/колоноскопія (ГПР-15) Мінеральний склад кісток (ГПР-16)		

Примітки:

1. Відвідування лікаря один раз на 1–3 р.*
2. Основні причини смерті: серцево-судинні захворювання, рак легенів, захворювання судин головного мозку, рак грудей, рак прямої кишки, хронічні обструктивні захворювання легенів.
3. Рекомендована схема стосується лише періодичних візитів лікаря. Що стосується індивідуальних профілактичних заходів, то їх частота визначається лікарем.
4. Наведений список не є вичерпним. До нього ввійшли тільки стани, клініцисти можуть додати інші рутинні профілактичні заходи з урахуванням відомостей історії хвороби та індивідуальних обставин.

Групи підвищеного ризику (вік 40–64 років)

ГПР-1 – особи, у родині яких або у власній історії хвороби спостерігався рак шкіри, з підвищеним впливом сонячної радіації, або із клінічними ознаками ураження, що передують раку шкіри.

ГПР-2 – особи, що зазнають впливу тютюнового диму, зловживають алкогольними напоями, у яких під час самоогляду відзначені підозрілі симптоми.

ГПР-3 – особи, у яких була опромінена верхня частина тіла.

ГПР-4 – особи з ризиком серцево-судинних захворювань (ССЗ) чи ураження судин головного мозку (гіпертонія, паління, фібриляція передсердь, діабет), неврологічними симптомами.

ГПР-5 – особи з надмірною вагою та ожирінням, особи з діабетом у родині, жінки, у яких відзначався спадковий діабет.

ГПР-6 – представниці комерційного сексу або особи, що вступають у статеві контакти з численними партнерами, або контактують з хворими на сифіліс.

ГПР-7 – особи, хворі на цукровий діабет (I та II типу).

ГПР-8 – особи, які відвідують лікарню із приводу захворювань, що передаються статевим шляхом; інші лікувальні заклади з підвищеним ризиком таких захворювань (клініки, де надаються консультації підліткам з планування родини); особи з іншими факторами ризику занесення інфекції хламідії (численні статеві партнери або сексуальний партнер із множинними сексуальними контактами, у віці до 20 років).

ГПР-9 – представниці комерційного сексу, особи із численними статевими контактами, або ті, що мають сексуального партнера із множинними контактами, статеві контакти з особами, хворими на гонорею (позитивна культура), особи, які періодично хворіють на гонорею.

ГПР-10 – особи, які прагнуть вилікуватися від хвороб, що передаються статевим шляхом; чоловіки, що мають секс з чоловіками; особи, які застосовують або застосовували внутрішньовенний спосіб введення наркотичних речовин; особи, що займалися проституцією або мали численних сексуальних партнерів; жінки, партнери яких є носіями ВІЛ-інфекції.

ГПР-11 – особи, у будинку яких є носії туберкульозу, або ті, хто може перебувати в тісному контакті з носіями цього захворювання (персонал туберкульозних клінік, притулків для безхатченків, дитячих будинків, наркологічних клінік, виправних закладів; емігранти або біженці з країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз; мігруючі робітники; мешканці дитячих будинків, виправних закладів, притулків для безхатченків, і т.д.

ГПР-12 – особи, які постійно зазнають дії шуму.

ГПР-13 – чоловіки із двома або більше факторами серцевого ризику (високий вміст холестерину в крові, гіпертонія, куріння, випадки серцевих захворювань в родині); чоловіки, у яких раптова зупинка серця може становити соціальну небезпеку (водії, машиністи, пілоти авіакомпаній).

ГПР-14 – особи у віці 50 років і старші, у яких є близькі родичі з онкологічними захворюваннями прямої кишки, особи, у яких були ураження ендометрію, ячників чи грудної залози; особи з раком прямої чи поперечно-ободової кишки.

ГПР-15 – особи, у родині яких відзначався polyposis coli або був спадковий раковий синдром.

ГПР-16 – жінки в період менопаузи з підвищеним ризиком остеопорозу.

ГПР-17 – особи, у яких недавно мало місце розлучення, втрата близьких людей, безробіття, депресія, зловживання алкоголем або іншими сильнодіючими засобами, серйозне захворювання, самотність, сімейні драми.

ГПР-18 – особи старше 50 років, курці, хворі на діабет.

ГПР-19 – особи, що застосовують внутрішньовенні ін'єкції.

ГПР-20 – особи, що мають підвищений ризик травм нижньої частини хребта в результаті попередніх інцидентів, будови тіла або типу активності.

ГПР-21 – особи, які проживають із дітьми.

ГПР-22 – особи, які проживають із людьми похилого віку.

ГПР-23 – особи, що підпадають під активний вплив сонячної радіації.

ГПР-24 – чоловіки, що мають підвищений ризик інфаркту міокарда (високий вміст холестерину в крові, гіпертонія, куріння, випадки серцевих захворювань в родині), у яких не спостерігалось кровотеч чи інших шлунково-кишкових проблем.

ГПР-25 – жінки в період менопаузи з підвищеним ризиком виникнення остеопорозу, у яких відсутні протипоказання.

ГПР-26 – чоловіки, що мають секс з чоловіками, особи, що застосовують внутрішньовенні ін'єкції, препаратами крові, або особи, які працюють в лікувальних закладах, та мають контакт з кров'ю та препаратами крові.

ГПР-27 – особи, що перебувають у лікарнях для хронічних хворих або страждають на хронічні серцево-легеневі розлади, розлади метаболізму (включаючи цукровий діабет), гемоглобінопатії, з пригніченою імунною системою, з нирковою дисфункцією.

Примірна вікова карта 3

Примірна форма проведення скринінгу пацієнта віком 65 років і старше

СКРИНІНГ	КОНСУЛЬТАЦІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	РЕКОМЕНДОВАНІ ЗАХОДИ ДЛЯ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
1	2	3
<p>Збір анамнезу: (основні аспекти)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попередні симптоми тимчасової ішемії 2. Харчування 3. Фізична активність 4. Паління/алкоголь, наркотики 5. Функціональний стан будинку. <p>Огляд пацієнта:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ріст і вага 2. Артеріальний тиск 3. Гострота зору 4. Визначення гостроти слуху, слухові апарати 5. Клінічний огляд молочної залози 	<p>Зміна звичок харчування та фізична активність:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зменшення вживання жиру (особливо насичені жири), холестерин, складні вуглеводи, волокниста їжа, натрій, залізо, кальцій 2. Контроль калорійного балансу 3. Здійснення комплексу фізичних вправ <p>Зміна норми поведінки щодо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Паління: припинення чи/або первинна профілактика 	<p>Щеплення правець – дифтерія Вакцина проти грипу <i>Рекомендації для груп ризику:</i> вакцина гепатиту В (ГПР-16) Лікарю варто звернути увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хронічні обструктивні легеневі захворювання; • ураження печінки та жовчного міхура; • рак сечового міхура; • ураження ендометрію; • морська хвороба; • зловживання рецептурними препаратами; • фактори, що сприяють самогубству (ГПР-11); • драматичні події в родині; • злоякісні ураження шкіри;

Продовження примірної вікової карти 3

1	2	3
<p><i>Рекомендації для груп ризику:</i> Аускультация на каротидні шуми (ГПР-1) Повний огляд шкіри (ГПР-2) Повний огляд порожнини рота (ГПР-3) Пальпація вузлів щитовидної залози (ГПР-4) <i>Лабораторні дослідження/діагностика:</i> Загальне визначення холестерину у крові (на повний шлунок) Експрес-аналіз сечі Мамографія Перевірка роботи щитовидної залози <i>Рекомендації для груп ризику:</i> Визначення глюкози в плазмі крові (натще) (ГПР-5) Туберкуліновий шкірний тест (ГПР-6) ЕКГ (ГПР-7) Мазок Папаніколау (ГПР-8) Прихована кров у калі/сигмоїдоскопія (ГПР-9) Прихована кров у калі/колоноскопія (ГПР-10)</p>	<p>2. Вживання алкоголю та інших сильнодіючі засобів: обмеження вживання алкоголю, не сідати за кермо автомобіля, не виконувати іншу діяльність, яка може стати небезпечною при вживанні сильнодіючих засобів <i>Рекомендації для груп ризику:</i> Запобігання дитячому травматизму (ГПП-2) Стоматологія – регулярні візити до дантиста, чищення зубів, масаж, інші первинні профілактичні заходи Перевірка на глаукому в офтальмолога <i>Рекомендації для груп ризику:</i> Обговорення заміщення естрогенів (ГПР-13) Обговорення аспіринової терапії (ГПР-14) Захист шкіри від ультрафіолетової радіації (ГПР-15)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • захворювання ротової порожнини (карієс, гінгівіт)

Примітки:

1. Відвідування лікаря один раз на рік.
2. Основні причини смерті: серцево-судинні захворювання, захворювання судин головного мозку, рак легень, грип, хронічні обструктивні захворювання легень/пневмонія, рак прямої кишки.
3. Наведений список не є вичерпним. До нього ввійшли тільки стани, клініцисти можуть додати інші рутинні профілактичні заходи з врахуванням відомостей історії хвороби та індивідуальних обставин.

Групи підвищеного ризику (вік 65 років і старші)

ГПР-1 – особи з ризиком серцево-судинних захворювань (ССЗ) чи ураження судин головного мозку (гіпертонія, паління, фібриляція передсердь, діабет), неврологічними симптомами

ГПР-2 – особи, у яких в родині або у власній історії хвороби спостерігався рак шкіри, з підвищеним впливом сонячної радіації, або із клінічними ознаками уражень, що передують раку шкіри.

ГПР-3 – особи, що зазнають впливу тютюнового диму, зловживають алкогольними напоями, особи, у яких при самотійному огляді були виявлені підозрілі симптоми або пухлини.

ГПР-4 – особи, у яких була опромінена верхня частина тіла.

ГПР-5 – особи з надмірною вагою та ожирінням, особи з діабетом у родині; жінки, у яких відзначався спадковий діабет.

ГПР-6 – особи, у будинку яких є носії туберкульозу, або ті, хто може перебувати в тісному контакті з носіями цього захворювання (персонал туберкульозних клінік, притулків для безхатченків, дитячих будинків, наркологічних клінік, виправних закладів; мігранти або біженці з країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз; мігруючі робітники; мешканці дитячих будинків, виправних закладів, притулків для безхатченків.

ГПР-7 – чоловіки із двома або більше факторами серцевого ризику (високий вміст холестерину в крові, гіпертонія, паління, випадки серцевих захворювань в родині); чоловіки, у яких раптова зупинка серця може становити соціальну небезпеку (водії, машиністи, пілоти авіакомпаній).

ГПР-8 – жінки, у яких не доведена наявність постійно негативних результатів мазка під час масових обстежень. Особи, які відвідують лікарню із приводу захворювань, що передаються статевим шляхом; відвідують інші лікувальні установи з підвищеним ризиком таких захворювань (клініки, де надаються консультації підліткам з приводу планування родини); або особи з іншими факторами ризику занесення інфекції хламідії (численні статеві партнери або сексуальний партнер із множинними сексуальними контактами, у віці до 20 років).

ГПР-9 – особи, у яких є близькі родичі з онкологічними захворюваннями прямої кишки, особи, у яких були ураження ендометрію, ячників чи грудної залози; раком прямої чи поперечно-ободової кишки.

ГПР-10 – особи, у родині яких відзначався polyposis coli або був спадковий раковий синдром.

ГПР-11 – особи, у яких недавно мало місце розлучення, втрата близьких людей, безробіття, депресія, зловживання алкоголем або іншими сильнодіючими засобами, серйозне захворювання, самотність, сімейні драми.

ГПР-12 – особи, діти які проживають з дітьми.

ГПР-13 – жінки в період менопаузи з підвищеним ризиком виникнення остеопорозу в яких відсутні протипоказання.

ГПР-14 – чоловіки з підвищеним ризиком виникнення інфаркту міокарда (високий вміст холестерину в крові, гіпертонія, паління, випадки

серцевих захворювань в родині), у яких не спостерігалось кровотеч чи інших шлунково-кишкових проблем.

ГПР-15 – особи, що піддаються активному впливу сонячної радіації.

ГПР-16 – чоловіки, що мають секс з чоловіками, особи, що застосовують внутрішньовенні ін'єкції, препаратами крові, або особи, які працюють в лікувальних установах, та мають контакт з кров'ю та препаратами крові.

Рекомендації з інформування та консультування хворих

Емпіричні дослідження і клінічний досвід дозволяють лікареві розробити певні підходи до того, щоб спонукати пацієнта певним чином змінити свою поведінку. Це ключовий момент, від якого залежить ефективність сприйняття пацієнтом рекомендацій лікаря і намагання змінити свою поведінку.

1. Розробка терапевтичного співробітництва. Лікар повинен розглядати себе як досвідченого консультанта, який бачить своє основне завдання в тому, щоб допомогти хворому в контролі над своїм здоров'ям і у виборі оптимальних режимів для нього. У такій перспективі підтримка здоров'я представляється як терапевтичне партнерство лікаря з його пацієнтом. Допомога лікаря мотивує пацієнта, що курить, випиває, вживає наркотики, веде малорухомий спосіб життя, змінити свої звички, спонукає до того, щоб набути більш здорових навичок, рішуче порвати з минулим.

2. Консультування будь-якого пацієнта. Більшість пацієнтів із задоволенням сприймають медичну інформацію і рекомендації лікаря. Лікарі повинні розмовляти з пацієнтами, які ставлять запитання, проте саме ті, хто поводить себе неактивно, як правило, більше потребують інформації. Лікарю потрібно докладати певних зусиль, він повинен намагатися максимально інформувати всіх своїх пацієнтів з урахуванням специфіки їх віку, раси, статі, соціального та економічного стану і особистого досвіду.

3. Роз'яснення пацієнтам взаємозв'язку між їх поведінкою та їх здоров'ям. Розпитаєте їх про те, що вони знають, або, як їм здається, знають про взаємозв'язок між факторами ризику й станом здоров'я. Вважається, що пацієнти усвідомлюють, що на здоров'я згубно впливають паління, малорухливий спосіб життя, погане харчування та інші фактори, водночас це не обов'язково. Спробуйте їм пояснити, що певні фактори підвищують ризик

захворювання, що комбінація ряду таких факторів може виявитися більш небезпечною, ніж їх просте підсумовування. Докладно відповідайте на запитання, підкреслюйте основні моменти, заохочуйте пацієнтів записувати питання, що виникли в них з приводу факторів ризику, для того, щоб обговорити їх під час наступного відвідування. І не забувайте, що знання є важливим, але не єдиним стимулом, що спонукає людину змінити свою поведінку.

4. *Допомога пацієнтові у подолати бар'єрів, що стоять у нього на шляху до зміни свого способу життя.* Пацієнту нелегко дотримуватися порад лікаря у формуванні інших життєвих звичок. Лікар повинен чітко визначити ці області і намагатися вплинути на уявлення, які заважають людині вести більш здоровий спосіб життя. Одночасно необхідно намагатися змінити й інші стереотипи: невміння мотивувати свої вчинки, недостатність ресурсів соціальної підтримки.

5. *Отримання від пацієнта гарантії, що він готовий змінити свій спосіб життя.* Це надзвичайно важливий момент в інформуванні та консультуванні пацієнта, адже, як правило, він приходить у кабінет до лікаря, щоб отримати лікування від певного хворобливого стану. Якщо пацієнт не погоджується з тим, що саме його власна поведінка може впливати на результат лікування, то всі спроби підвищити ступінь його поінформованості та освіченості успіху не принесуть.

6. *Допомога пацієнтові у виборі ті факторів ризику, на які він прагне вплинути.* Для нього буде непосильним завданням змінити докорінно всю свою поведінку відразу. Нехай пацієнт висловить свою думку про пріоритети, якими він керується при виборі своєї лінії поведінки, але при цьому важливо ознайомити його з медичною точкою зору на те, якими проблемами потрібно зайнятися в першу чергу. Пацієнти, які досягли певних успіхів в одній своїй спробі, захочуть продовжити цей шлях, адже багато життєвих звичок пов'язані між собою. Скажімо, відмова від паління заряджає людину новою енергією, і вона може почати активно займатися спортом, а це, у свою чергу, дозволить перейняти більш здорові звички відносно їжі. У той же час існують ситуації, у яких на деякі фактори ризику треба впливати одночасно, наприклад залежність від цілого ряду хімічних препаратів.

7. *Поєднання різних стратегічних підходів.* Спроби навантажувати пацієнта великою інформацією, що поєднує індивідуальні поради, групове

навчання, аудіовізуальні засоби, письмові посібники, залучення громадськості значно ефективніші, ніж прагнення діяти лише за однією тактикою. Програма повинна бути гнучкою і адаптованою до індивідуальних потреб; деякі пацієнти не люблять групових занять, інші можуть приходити лише в певний час. Матеріали повинні бути надруковані акуратно, у них не повинно бути розбіжностей з висловленими лікарем поглядами, їх зміст повинний бути доступний пацієнтові. Письмові матеріали добре доповнюють усні роз'яснення, а додавання ремарок на полях, звернених до конкретного пацієнта, підсилює враження від сказаного і буде нагадувати пацієнтові про розмову з лікарем. Водночас друковані матеріали не замінять усної бесіди з хворим. У багатьох дослідженнях було показано, що індивідуальний підхід лікаря і наявність зворотного зв'язку з пацієнтом у значно більшому ступені дозволяють змінити його поведінку і підвищити ступінь його поінформованості, ніж відомості, отримані із засобів масової інформації, чи з інших загальнодоступних джерел.

8. *Розробка плану зміни поведінки.* Підвищення медичної освіченості хворого повинно бути спрямоване на те, щоб показати йому, що необхідно робити, а не просто, що слід знати. Запитаєте у хворого, чи робив він раніше спроби змінити свою поведінку, обговоріть з ним, якими методами він користувався, з якими труднощами зіткнувся, у чому досяг успіху. Якщо пацієнт уже робив спроби й зазнав поразки, запитаєте його, які ж висновки він із цього зробив. Домовтеся з ним про конкретні, визначені у часі, заходи і запишіть їх у його історію хвороби. Обговоріть ті моменти поведінки, які треба змінити, щоб досягти поставленої мети, приділяючи особливу увагу культурним навичкам хворого й тим його звичкам, які можуть сприяти або перешкоджати успіху. Допоможіть пацієнтові написати план дії, перегляньте з ним відповідну рекомендовану літературу, підкресліть, що ви постійно готові допомагати йому. Не забувайте про те, що навіть найкращий слухач із ваших хворих пам'ятає не більше 50% з того, що сказав йому лікар, а рекомендації, що стосуються норм поведінки, запам'ятовуються куди гірше лікарських призначень. Закінчуючи прийом, підсумуйте висловлені побажання і виразіть впевненість у здатності пацієнта внести зміни в його/її життя.

9. *Спостереження за прогресом шляхом наступних контактів.* Після того, як буде вироблена стратегія зміни поведінки, слід розробити програму наступних візитів або телефонних контактів для аналізу найменших

позитивних змін. Зворотний зв'язок у результаті розмов з лікарем значно підвищує шанс на успіх заходу.

Якщо пацієнт не витримує наміченого плану, треба попрацювати разом з ним, щоб визначити, що йому заважає, і придумати, як подолати ці труднощі. Якщо необхідно, змінити план, головне, щоб він дозволяв знизити фактори ризику. Тут стратегія полягає в тому, щоб пацієнт міг мати контакт із громадськими установами або групами самопідтримки, щоб члени родини, що користуються довірою пацієнта, особи з його соціального оточення допомагали йому витримати намічений режим. Інтервали візитів слід подовжувати, щоб контакти з пацієнтом ставали більш рідкими і він мимоволі починав усе більше брати відповідальність на себе. Оргтехніка, яка є у вашому офісі, також повинна допомагати стежити за пацієнтом – дані про нього повинні бути введені в комп'ютер, або слід розробити яку-небудь іншу систему спостереження за хворим.

10.Залучення до роботи своїх співробітників. Ваш персонал також повинен допомогти пацієнтові краще усвідомити поставлені перед ним завдання. За хворого повинен відповідати не тільки лікар, але й медичні сестри, консультанти, дієтологи, інші представники служб охорони здоров'я, якщо їх участь може допомогти справі. Реєстратор у вашому закладі також повинен заохочувати пацієнтів читати ті матеріали, які ви проаналізували, вважаєте корисними.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Thorner R. M. Principles and Procedures in the Evaluation of Screening for Disease / R. M. Thorner, Q. R. Remein. – Washington : Public Health Service, 1961. – (PHS publication no. 846. Public Health Monograph no. 67).
2. Wilson J. M. G. Principles and Practice of Screening for Disease / J. M. G. Wilson, G. Jungner, 1968. Geneva : World Health Organization.
Screening in Medical Care: Reviewing the Evidence / McKeown T (ed.). – Oxford : Oxford University Press for the Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1968. [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : [http:// www.nsc.nhs.uk](http://www.nsc.nhs.uk). – Назва з екрану.
3. US Commission on Chronic Illness Chronic Illness in the US. Vol. I : Prevention of Chronic Illness. Cambridge, Mass : Harvard University Press, 1957.
4. Health Departments of the United Kingdom First Report of the UK National Screening Committee, April, 1998.
5. Health Departments of the United Kingdom Second Report of the National, 2000.
6. Screening Committee, October.
7. Cochrane A. L. Validation of screening procedures / A. L. Cochrane, W. W. Holland British Medical Bulletin. – 1971. – Vol. 27(1). – P. 3–8.
8. Chamberlain Jocelyn M.. Which prescriptive screening programmes are worthwhile? / Jocelyn M. Chamberlain // Journal of Epidemiology and Community Health. – 1984. – Vol. 38. – P. 270–277.
9. Wykes W. N. Personal communication / W. N. Wykes – 2004.
10. Nakama M. Screening for cancer / M. Nakama // Scandinavian Journal of Social Medicine Supplement. – 1986. – Vol. 37. – P. 17–25.
11. Skrabanek P. The Death of Humane Medicine / P. Skrabanek. – London : Social Affairs Unit, 1994.
12. Health Screening (2004), 12 August. [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : [http://www.euro.who.int/ observatory](http://www.euro.who.int/observatory). – Назва з екрану.