

Включение услуг в области рациона питания, физической активности и контроля массы тела в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи





**Включение услуг в области рациона питания,
физической активности и контроля массы
тела в сферу деятельности первичного звена
медико-санитарной помощи**

АННОТАЦИЯ

В Европе очень высок уровень распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ), на долю которых приходится 77% бремени болезней и почти 86% преждевременной смертности. Глобальные рекомендации по борьбе с эпидемией НИЗ включают всеобъемлющий комплекс мероприятий как на популяционном, так и на индивидуальном уровне, направленных на уменьшение факторов риска. Первичное звено медико-санитарной помощи играет важную роль в предоставлении услуг, касающихся стимулирования здорового питания, вовлечения людей в физическую активность и помощи пациентам в контроле массы тела. В основу настоящего документа положены три принципиальных вопроса: какие данные подтверждают действенность услуг, оказываемых в первичном звене в сфере питания, физической активности и контроля массы тела? Какие трудности в службах и системах здравоохранения мешают предоставлению таких услуг в первичном звене? С чего следует начинать работу по улучшению предоставления этих услуг в первичном звене? В этом документе в качестве концептуальных ориентиров взяты положения Европейской рамочной основы для действий по организации комплексного предоставления медицинских услуг, и исходя из этого предлагаются методические рекомендации по осуществлению преобразований, которые требуются в системе предоставления медицинских услуг для того, чтобы включить услуги в области питания, физической активности и контроля массы тела в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

DELIVERY OF HEALTH CARE

PRIMARY CARE

NUTRITION

PHYSICAL ACTIVITY

EUROPE

ISBN 9789289052245

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение благодарности	iv
Сокращения	iv
Резюме	v
1. Введение	1
2. Необходимость появления документа и рассматриваемые в нем вопросы	2
2.1 Методы	6
2.2 Структура документа	6
3. Действенность услуг ПАМТ, предоставляемых в первичном звене: анализ имеющихся данных	6
4. Трудности, мешающие предоставлению услуг ПАМТ в первичном звене	12
4.1 Низкий уровень санитарной грамотности, ложные представления и установки пациентов	12
4.2 Отсутствие специальных клинических руководств и протоколов для первичного звена медико-санитарной помощи	13
4.3 Отсутствие четко определенной сферы практики	14
4.4 Устаревшие знания, навыки и умения	14
4.5 Несогласованность механизмов оплаты услуг в области ПАМТ	15
4.6 Недостаточные инфраструктура и инструментарий информационной технологии	16
5. Включение услуг ПАМТ в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи	16
5.1 Поддерживать самостоятельные действия пациентов и поощрять поддержку со стороны лиц равного статуса	16
5.2 Выбрать услуги ПАМТ на доказательной основе и включить их в сферу деятельности первичного звена	17
5.3 Разработать, адаптировать и обновить клинические руководства и протоколы по вопросам ПАМТ	17
5.4 Пересмотреть сферу практики поставщиков первичной медико-санитарной помощи	18
5.5 Обновить знания и компетентность поставщиков первичной медико-санитарной помощи	18
5.6 Обеспечить наличие оборудования и информационной технологии	19
5.7 Обеспечить согласованность с другими функциями системы здравоохранения	19
Заключение	20
Библиография	20
Приложение 1. Рекомендации ВОЗ в отношении питания и физической активности	28
Приложение 2. Графики прогноза сердечно-сосудистого риска, разработанные ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии	29
Приложение 3. Ранжирование исследований, включенных в анализ по системе «веса доказательств»	30
Приложение 4. Пример приложения «Модели 5А» к вопросам питания и физической активности	31
Приложение 5. Краткое изложение методического руководства Национального института клинического совершенства (NICE) по определению, оцениванию и ведению избыточной массы тела и ожирения у детей, подростков и взрослых ..	34

Выражение благодарности

В подготовке и написании настоящего документа принимали участие Алтынай Сатылганова (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Jo Jewell (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), João Breda (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Gauden Galea (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Barrie Margetts (Саутгемптонский университет, Соединенное Королевство), Karin Schindler (Венский университет, Австрия), Susanna Kugelberg (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Caroline Bollars (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Casimiro Dias (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген), Mette von Deden (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген) и Stephen Whiting (Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген). Отдельной благодарности заслуживает Ximena Ramos Salas (Канадская сеть по проблеме ожирения, г. Эдмонтон, провинция Альберта, и университет Альберты, факультет общественного здравоохранения, г. Эдмонтон, провинция Альберта) за выполненное ею внешнее рецензирование документа.

Появление данной публикации стало возможным благодаря финансированию, предоставленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Дизайн и верстку выполнил Lars Moller.

Сокращения

ВОП GP Врач общей практики

ИМТ BMI Индекс массы тела

НИЗ NCD Неинфекционное заболевание

ПАМТ DAW Питание, физическая активность и контроль массы тела

Резюме

В Европе очень высок уровень распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ), на долю которых приходится 77% бремени болезней и почти 86% преждевременной смертности. Глобальные рекомендации по профилактике НИЗ и борьбе с их эпидемией включают всеобъемлющий комплекс мероприятий как на популяционном, так и на индивидуальном уровне, направленных на уменьшение и устранение основных факторов риска. Спектр таких мероприятий широк – от вмешательств по укреплению и охране здоровья на уровне всего населения, как, например, регулирование содержания соли и сахара в пищевых продуктах, подвергаемых переработке, до ведения работы по профилактике заболеваний с лицами, входящими в группы повышенного риска, включающей стратификацию риска и индивидуальное консультирование в первичном звене медико-санитарной помощи. Общей целью такого сочетания мер вмешательства является сдерживание естественного прогрессирования поведенческих и метаболических факторов риска в полномасштабные НИЗ и далее в острые состояния.

Главный вопрос, который рассматривается в настоящем документе, – это оценка трудностей и благоприятных возможностей для реализации одной из рекомендаций ВОЗ, касающихся профилактики НИЗ и борьбы с ними, а именно, предоставления индивидуальных услуг пациентам первичного звена, входящим в группы повышенного риска. Первичному звену медико-санитарной помощи с его широким охватом населения и постоянными взаимодействиями между пациентами и поставщиками помощи принадлежит важнейшая роль в предоставлении услуг, связанных со стимулированием здорового питания, вовлечением людей в физическую активность и помощью пациентам в контроле массы тела.

Страны в Европейском регионе ВОЗ обязались следовать этим рекомендациям, приняв Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. и Стратегию в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. В обоих этих документах подчеркивается важность первичного звена медико-санитарной помощи. Тем не менее, данные по отдельным странам показывают, что консультирование по вопросам питания, физической активности и контроля массы тела (ПАМТ) должным образом не налажено как с точки зрения охвата пациентов, так и с точки зрения качества услуг.

В настоящем документе обобщены фактические данные о действенности услуг, оказываемых в первичном звене в целях поддержки и стимулирования здорового питания, физической активности и контроля массы тела, и приведен структурированный анализ причин, по которым предоставление услуг остается на низком уровне. В документе предлагаются варианты политики, необходимой для преобразования служб здравоохранения в странах таким образом, чтобы расширить охват и повысить качество услуг в области ПАМТ в первичном звене в полном соответствии с положениями Европейской рамочной основы для действий по организации комплексного предоставления медицинских услуг.

Факты показывают, что услуги в области ПАМТ, предлагаемые в первичном звене, реально приводят к снижению массы тела и повышению уровней физической активности и облегчают переход к более здоровому рациону питания. Они также свидетельствуют о том, что наиболее действенным является такое сочетание мер вмешательства, которое привязано к конкретным условиям, хотя и очевидно, что нужны дополнительные систематизированные обзоры и строгий научный анализ. Несмотря на важность контекстуальных факторов, в литературе уже имеются указания на общие принципы разработки схемы предоставления услуг в области ПАМТ. В частности, показано, что комплексные услуги, охватывающие одновременно вопросы питания и физической активности, более действенны, чем отдельные услуги; что прием и начало лечения пациентов врачами первичного звена с последующим плановым контролем медицинскими сестрами и работниками здравоохранения немедицинских специальностей¹ приводит к лучшим исходам для здоровья, чем услуги, предоставляемые только в рамках традиционного приема у врача, и что для обеспечения выполнения пациентами всех рекомендаций специалистов необходима поддержка самостоятельных действий пациентов, например, через группы взаимной поддержки и вмешательства по интернету.

¹ Работниками здравоохранения немедицинских специальностей, участвующими в предоставлении услуг в области ПАМТ, являются диетологи, физиотерапевты, консультанты по спорту и поведенческие терапевты.

К числу трудностей, препятствующих предоставлению полноценных услуг в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи, относятся отсутствие ясных клинических рекомендаций и четко определенной сферы практики, устаревшие знания и компетентность поставщиков в предоставлении услуг в области ПАМТ, отсутствие стимулов к более широкому внедрению услуг и недостаточные возможности у поставщиков первичной помощи для того, чтобы удовлетворять потребности пациентов. Эти трудности являются аргументом в пользу изменения системы предоставления услуг в первичном звене. В частности, необходимо тщательно отбирать услуги в области ПАМТ, которые следует включить в сферу деятельности первичного звена, и предоставлять их с учетом конкретных условий, обеспечить согласованность клинических руководств и разумно распределить роли поставщиков первичной помощи. Кроме того, изменения должны включать помощь в использовании техники и принятие таких форм и способов оказания услуг, которые поощряют пациентов к взаимной поддержке и самопомощи. Для достижения устойчивости подобных реформ в долгосрочной перспективе и их широкого распространения преобразования в системе здравоохранения должны согласовываться с планированием кадровых ресурсов здравоохранения, установлением партнерства с другими секторами и пересмотром порядка оплаты труда поставщиков первичной медико-санитарной помощи.

1. Введение

На фоне растущей распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ) и тех трудностей, которые они создают для систем здравоохранения во всем мире, государства-члены в Европейском регионе ВОЗ признали приоритетность стратегий, направленных на снижение и устранение таких факторов риска, как нездоровые рационы питания, низкие уровни физической активности, курение и вредное употребление алкоголя (1).

В июле 2013 г. министры из многих стран Региона приняли Венскую декларацию о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье-2020 (2), в которой содержался призыв к разработке и принятию нового плана действий в области пищевых продуктов и питания и впервые – отдельной стратегии в области физической активности для Европейского региона. После этого Европейский региональный комитет ВОЗ принял Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (3) и Стратегию в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. (4), которые предусматривают укрепление систем здравоохранения в части стимулирования и поддержки физической активности и здоровых рационов питания.

Эти региональные программно-стратегические документы были разработаны в контексте положений политики Здоровье-2020 – рамочной основы европейской политики ВОЗ, в которой поставлена цель улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья и улучшить стратегическое руководство в интересах здоровья (5). Изложенные в них стратегии также согласуются с другими стратегиями и направлениями политики ВОЗ – с Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (1), с Планом действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2020 гг. (6) и с Глобальной стратегией в области рациона питания, физической активности и здоровья (7).

В этих программных документах признается, что для снижения бремени болезней, обусловленных нездоровым питанием, недостаточной физической активностью и малоподвижным образом жизни, требуются стратегии и вмешательства как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне. Вмешательства на уровне всего населения в значительной степени состоят из мер по укреплению здоровья, охране здоровья и мер физического, социального, экономического и нормативно-правового характера, влияющих на окружающую среду (8,9). В отношении НИЗ вмешательства на уровне всего населения включают уменьшение наличия, доступности по стоимости и ограничение стимулирования продаж пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жирных кислот, свободных сахаров и/или соли, повышение осведомленности населения о здоровых рационах питания и физической активности и создание окружающих условий, благоприятствующих выбору здоровых вариантов и активному образу жизни (10). Индивидуальные услуги направлены главным образом на лиц, входящих в группы риска или уже имеющих заболевание, и состоят из прямых вмешательств с целью предупреждения и лечения заболеваний (8,9). В первичном звене индивидуальные услуги включают стратификацию оппортунистических рисков, предоставление адаптированных рекомендаций, мотивационную поддержку в изменении поведения и индивидуальное и групповое консультирование (10). Оба подхода взаимно дополняют друг друга и дают наибольший эффект при их сочетании.

Государства-члены в Европейском регионе ВОЗ обязались стимулировать здоровые рационы питания и физическую активность и осуществлять действенные вмешательства на доказательной основе в первичном звене медико-санитарной помощи, признавая его важную роль в оказании индивидуальных услуг. Принцип использования первичного звена для решения проблем, связанных с растущим бременем ожирения и НИЗ, находится в полном соответствии с ценностями и принципами, которые заложены в Алма-Атинской декларации (11) и были подкреплены положениями Доклада о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. (12). Оказание медицинских услуг в первичном звене способствует справедливому и равноправному доступу, защите от финансовых трудностей и снижению преждевременной смертности от НИЗ и, таким образом, ведет к достижению цели в области устойчивого развития, связанной со снижением к 2030 г. на одну треть преждевременной смертности от этих заболеваний (13,14). Решающая роль первичного звена в предоставлении услуг, удовлетворяющих медицинские и социальные

потребности населения, получила новое подтверждение в недавно принятой Европейской рамочной основе для действий по организации комплексного предоставления медицинских услуг (15).

Имеющиеся данные показывают, что услуги, оказываемые в первичном звене, более доступны для людей, характеризуются лучшим соотношением затрат и результатов и приводят к более высокой степени удовлетворенности пациентов и соблюдения ими режима лечения (12). Также в системах здравоохранения, базирующихся на прочном фундаменте первичной медико-санитарной помощи, обеспечивается предоставление комплексной медицинской помощи, ориентированной на нужды и запросы людей (16,17), поскольку в них оказываются упреждающие, комплексные услуги, основанные на длительных отношениях между пациентами и поставщиками помощи (18). В случае НИЗ, в свете пожизненной подверженности факторам риска и хронического характера этих заболеваний, особенно наглядно проявляется значение постоянных отношений между пациентом и поставщиком помощи. Вот почему чрезвычайно важно, чтобы преобразования в системе предоставления медицинских услуг учитывали характер новых вызовов здоровью, предполагали привлечение пациентов к оказанию помощи самим себе и расширяли права и возможности местных сообществ, семей и помощников по уходу в осуществлении упреждающих действий по сохранению и поддержанию их собственного здоровья (19).

Стимулирование здоровых рационов питания и физической активности должно быть одним из профилирующих видов компетентности поставщиков первичной медицинской помощи, которые играют важную роль в предоставлении индивидуальных услуг по уменьшению бремени НИЗ (20). Однако, ввиду высокой распространенности в настоящее время поддающихся изменению факторов риска (21), оказание индивидуальных услуг контингентам высокого риска, обращающимся в первичное звено, даже если оно вызвано требованиями конкретной ситуации, может привести к непомерной нагрузке на поставщиков первичной помощи. Поэтому нужно пересмотреть основные направления и акценты в первичной медицинской помощи, чтобы обеспечить осуществление таких вмешательств (22,23). Обычно это делается в три этапа: приведение оказываемых услуг в соответствие с потребностями и ясные указания на то, какие услуги в области ПАМТ будут предоставляться в конкретных ситуациях; преобразование системы предоставления медицинских услуг таким образом, чтобы в нее вошло оказание в необходимых объемах новых услуг в области ПАМТ, и согласование с остальными функциями системы здравоохранения, чтобы обеспечить устойчивость в долгосрочной перспективе, наряду с эффективным управлением процессом перемен (12).

В соответствии с принятыми сегодня стратегиями и на основании убедительных фактических данных в настоящем документе приводятся методические рекомендации относительно преобразований, которые необходимы в системе предоставления медицинских услуг для того, чтобы включить услуги в области ПАМТ в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи.

2. Необходимость появления документа и рассматриваемые в нем вопросы

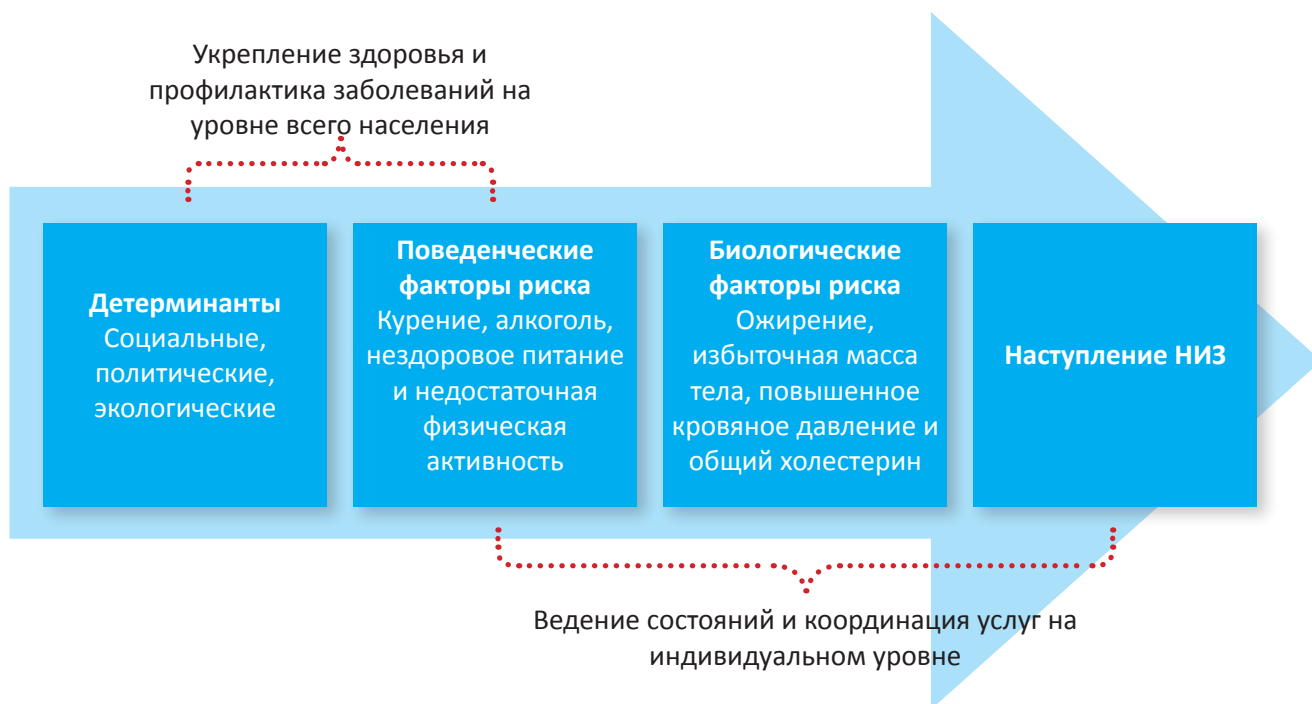
Всемирная организация здравоохранения предложила комплекс глобальных рекомендаций, касающихся рациона питания и физической активности, для уменьшения нарушений энергетического баланса и поддержания здоровой массы тела (7). Главные рекомендации относительно здорового рациона питания сводятся к ежедневному потреблению достаточного количества фруктов и овощей (400 г или более) и ограничению потребления свободных сахаров (менее 10% или, в идеале, менее 5% от общего суточного потребления энергии), жиров (менее 30% от общего суточного потребления энергии за счет общих жиров, менее 10% от общего суточного потребления энергии за счет насыщенных жиров) и соли (менее 5 г в сутки) (Приложение 1). В Европейском регионе ВОЗ найдется очень мало стран, в которых соблюдаются эти рекомендуемые целевые ориентиры. Например, по данным обследования,

проведенного в 2013 г. (24), ни в одной из 33 стран² в Регионе не был достигнут целевой ориентир суточного потребления соли менее 5 г.

ВОЗ также рекомендует, чтобы взрослые занимались не менее 150 минут в неделю аэробной физической активностью умеренной интенсивности или 75 минут в неделю физической активностью высокой интенсивности и 2 или более дней в неделю занимались упражнениями, укрепляющими мышцы. Детям и подросткам в возрасте от 5 до 17 лет ВОЗ рекомендует заниматься физической активностью от умеренной до высокой интенсивности не менее 60 минут каждый день. Что же касается рекомендаций в отношении питания, рекомендуемые ВОЗ целевые ориентиры соблюдаются в немногих странах в Европейском регионе. В 2010 г. были произведены подсчеты, согласно которым недостаточно активны 35% взрослого населения (25). В 2013 г. были приведены данные, показывающие, что 59% населения Европейского союза никогда не занимаются физическими упражнениями или спортом или делают это редко, а 30% никогда не занимаются другими видами физической активности (26).

Для выполнения рекомендаций нужны меры политики как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне (рис. 1). Вмешательства на уровне всего населения направлены на устранение детерминант нездорового поведения путем воздействия на такие факторы риска, как нездоровый рацион питания и недостаточная физическая активность, и стимулируют здоровые предпочтения людей и активный образ жизни. Они включают такие меры, как регламентация состава пищевых продуктов, введение ограничений на маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей, ограничения на продажу нездоровых пищевых продуктов в некоторых местах, поощрение физической активности средствами городского планирования, обеспечение адекватной инфраструктуры в школах и в микрорайонах для занятия спортом и физической активностью и общие мероприятия по укреплению здоровья (1). На индивидуальном уровне каждый случай взаимодействия человека с системой здравоохранения следует использовать как возможность оценить наличие факторов метаболического риска и степень и этап подверженности факторам риска для выявления людей с повышенным риском и предоставить соответствующим образом адаптированные услуги, чтобы остановить переход поведенческих и биологических факторов риска в НИЗ (рис. 1).

Рис. 1. Цепочка факторов, способствующих развитию НИЗ

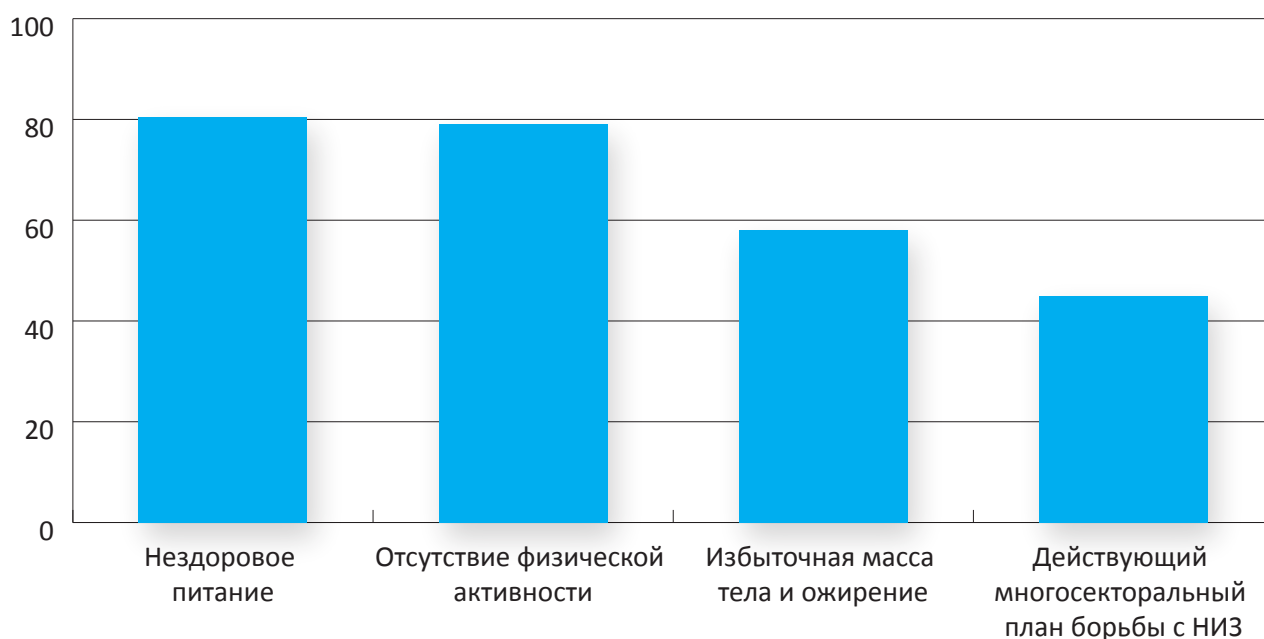


Источник: адаптировано авторами из (27).

² Страны, по которым имелись данные о суточном потреблении соли.

Широкое признание важности таких мер вмешательства для того, чтобы остановить рост бремени НИЗ, разработка и реализация политики в странах проходят неодинаково и неоднозначно. В обследовании потенциала стран для ведения профилактики НИЗ и борьбы с ними, проведенном в 2015 г. (28), на наличие стратегии ограничения нездоровых рационов питания указали 81% стран, ответивших на вопросник, на наличие стратегии борьбы с избыточной массой тела и ожирением – 58%, стратегии повышения уровня физической активности – 79%; однако лишь в 45% стран имелись приведенные в действие многосекторальные комплексные национальные планы борьбы с НИЗ, охватывающие все четыре главных фактора риска и четыре основных состояния (рис. 2). Когда же эти показатели были разбиты на отдельные составляющие их элементы (т.е. стратегии, направленные на маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей, снижение потребления соли или оказание индивидуальных услуг), оказалось, что у некоторых стран никаких стратегий нет, а многие страны осуществляли соответствующие меры лишь частично.

Рис. 2. Некоторые стратегии в странах в Европейском регионе ВОЗ



Источник: адаптировано из (28).

Вмешательства по профилактике НИЗ на индивидуальном уровне состоят из стратификации оппортунистических рисков³ (включая антропометрические и поведенческие оценки) и консультирования лиц, входящих в группу повышенного риска развития НИЗ. Имеющиеся данные показывают, что с помощью целенаправленных индивидуальных мер вмешательства в первичном звене можно с успехом стимулировать изменение в привычках питания и повысить уровень физической активности и в конечном счете добиться снижений в избыточной массе тела и степени ожирения (29).

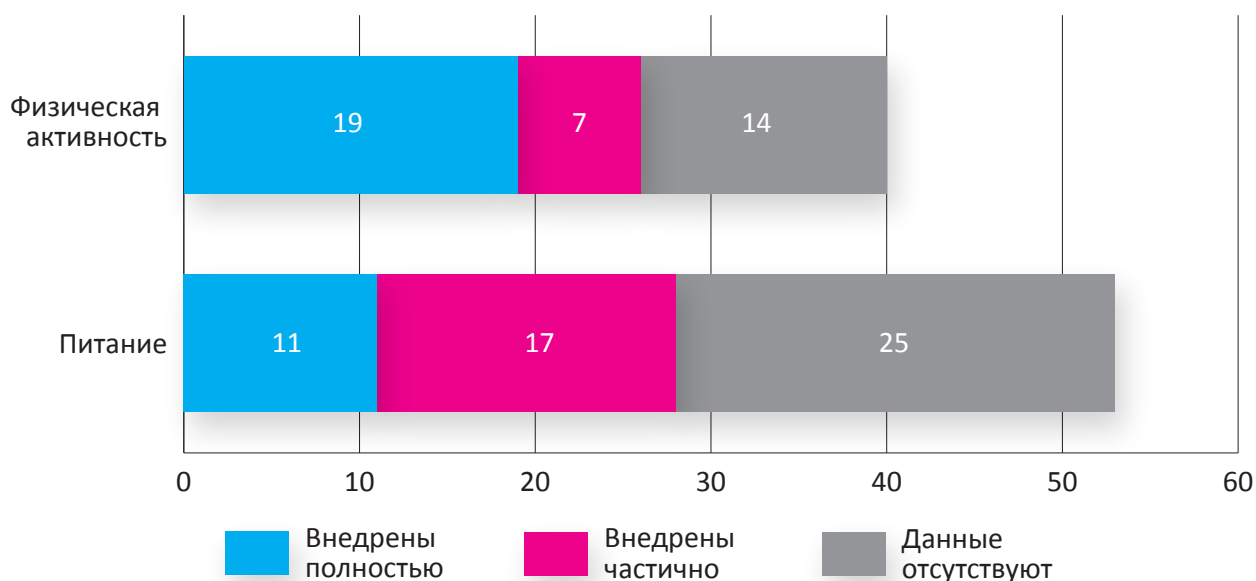
Цель 4 в Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. предусматривает включение мер вмешательства с наиболее благоприятным соотношением затрат и эффективности в базовый пакет первичной медико-санитарной помощи, чтобы способствовать достижению всеобщего охвата медицинским обслуживанием (1). ВОЗ и Всемирный экономический форум определили на основе фактических данных два наиболее выгодных с экономической точки зрения вмешательства⁴ по профилактике острых сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий среди пациентов, входящих в группу высокого риска: просвещение пациентов и ведение болезни, включающее применение приемов изменения мотивации и поведения (30).

³ Стратификация оппортунистических рисков состоит из оценки поведенческих и метаболических факторов риска с целью прогнозирования будущих рисков развития заболеваний (НИЗ). Затем пациенты классифицируются как входящие в группы низкого, среднего и высокого риска для того, чтобы определить стратегии последующих вмешательств.

⁴ Наиболее выгодные с экономической точки зрения вмешательства – это вмешательства, которые характеризуются действенностью, приемлемостью по стоимости, осуществимостью и благоприятным соотношением затрат и эффективности даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами.

Несмотря на выраженную политическую поддержку, лишь в нескольких странах в Европейском регионе ВОЗ предоставляются настоятельно рекомендуемые индивидуальные услуги в первичном звене. Например, меньше половины стран сообщили о том, что они полностью или частично внедрили национальные руководства по ведению НИЗ в первичном звене (25 из 53 стран) (31); 28 из 53 стран сообщили, что у них имеются положительным образом сформулированные стратегии предоставления недорогих или бесплатных консультаций в первичном звене по вопросам питания, тогда как 26 из 40 стран сообщили о предоставлении в первичном звене недорогих или бесплатных консультаций по вопросам физической активности (рис. 3).

Рис. 3. Доступность в первичном звене недорогих или бесплатных консультаций по вопросам питания и физической активности в странах в Европейском регионе ВОЗ



Источник: адаптировано из (24).

Первичное звено совершенно недостаточно используется для снижения и устранения факторов риска и прекращения их прогрессирования в полномасштабные НИЗ. Например, в Соединенном Королевстве две трети населения в среднем обращаются к своему врачу первичного звена⁵ один или несколько раз в год, а 90% – как минимум один раз в год (32). Поэтому поставщики первичной медико-санитарной помощи находятся в благоприятном положении для того, чтобы с учетом возраста и пола пациентов оказывать им услуги по укреплению здоровья и давать рекомендации, касающиеся профилактики заболеваний, а также оценивать метаболические риски пациентов независимо от того, по какому поводу они обратились к врачу (33).

С точки зрения предоставления медицинских услуг понятие доступности этих вмешательств в первичном звене распространяется на выбор услуг с благоприятным соотношением затрат и эффективности в определенных контекстах, на укрепление базы знаний и профессионального потенциала поставщиков первичной помощи и на согласованность с остальными функциями системы здравоохранения для обеспечения устойчивости в долгосрочной перспективе.

С учетом этих целей в настоящем документе дается критическая оценка фактических данных в пользу индивидуальных услуг в области ПАМТ в первичном звене и предлагаются варианты политики для улучшения их предоставления.

⁵ Врачи первичного звена включают врачей общей практики, терапевтов и врачей узких специальностей; этот термин используется для обозначения всех этих профессий в контексте настоящей публикации.

2.1 Методы

Действенные услуги, оказываемые в первичном звене в области ПАМТ, были выявлены в результате обзора литературы (34,35), который не был систематизированным, а просто позволил выявить перспективные элементы услуг в области ПАМТ и некоторые благоприятные возможности и препятствия для их предоставления. Используя эти данные, авторы затем проанализировали трудности, мешающие более широкому охвату пациентов услугами в области ПАМТ и предоставлению этих услуг в первичном звене, применив для этого Европейскую рамочную основу для действий по организации комплексного предоставления медицинских услуг (15), чтобы определить, с чего лучше всего приступать к предоставлению услуг в области ПАМТ в первичном звене.

В этом процессе мы руководствовались следующими принципиальными вопросами:

1. Какие данные подтверждают действенность услуг, оказываемых в первичном звене в области ПАМТ?
2. Какие трудности в службах и системах здравоохранения мешают предоставлению услуг в области ПАМТ в первичном звене?
3. С чего следует начинать работу по улучшению предоставления услуг в области ПАМТ в первичном звене?

Исследованию присущи несколько недостатков. Во-первых, из-за использованного метода обзор фактических данных не был исчерпывающим. Во-вторых, вследствие того, что большинство включенных в обзор исследований было проведено в странах Европейского союза, возможность обобщения результатов на весь Европейский регион ВОЗ и применимость рекомендаций ко всему Региону может быть ограничена. Наконец, в сферу данного исследования не входил анализ услуг в области ПАМТ, требующих применения лекарственных препаратов.

2.2 Структура документа

Структура документа соответствует принципиальным вопросам, определяющим его содержание. В разделе 3 представлены результаты анализа действенности и соотношения затрат и эффективности услуг в области ПАМТ, предоставляемых в первичном звене. В разделе 4 приведены фактические данные, касающиеся наиболее распространенных трудностей, мешающих предоставлению услуг в области ПАМТ, а в разделе 5 излагаются рекомендуемые меры на уровне политики для того, чтобы обеспечить положительное восприятие, внедрение и расширение оказания услуг в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи.

3. Действенность услуг ПАМТ, предоставляемых в первичном звене: анализ имеющихся данных

Доказано, что услуги в области ПАМТ, оказываемые в первичном звене медико-санитарной помощи, помогают пациентам в краткосрочном плане изменить к лучшему свой рацион питания и уровень физической активности и контролировать свою массу тела и предупреждают наступление НИЗ (36,37); меньше данных имеется о более долгосрочном влиянии этих услуг на массу тела и смертность (37,38). Что касается соотношения затрат и эффективности, то, по имеющимся оценкам Организации экономического сотрудничества и развития, консультирование лиц, входящих в группу риска, в первичном звене может оказывать положительное влияние на ожирение и связанные с ним НИЗ, но это одна из самых дорогостоящих стратегий: она оценивается в 15 долларов США на душу населения, тогда как, например, введение ограничений на маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей, обходится всего лишь в 0,10 долларов США (39). Несмотря на более высокую стоимость по сравнению с мерами, принимаемыми на уровне всего населения, консультирование характеризуется благоприятным соотношением затрат и эффективности (менее 50000 долларов США на один утраченный год

здоровой жизни – DALY) по сравнению с лечением НИЗ (таких как сердечно-сосудистые заболевания) только в момент их возникновения. Можно ожидать, что стоимость этой услуги будет в незначительной степени компенсирована благодаря уменьшению расходов на здравоохранение, а экономические прогнозы говорят о том, что интенсивное консультирование в первичном звене может давать общий выигрыш до 490000 DALY ежегодно, что является существенной цифрой в общем бремени более 3,6 млн DALY, относимом на счет избыточной массы тела и ожирения (40).

Оказание любой услуги вначале требует стратификации и выявления групп населения, которым будут оказываться услуги (18). В соответствии с рекомендациями ВОЗ, услуги в области ПАМТ, оказываемые в первичном звене категориям пациентов, входящих в группу высокого риска, являются самыми действенными и имеют самое благоприятное соотношение затрат и эффективности. Существующие риски можно выявлять, либо используя представившуюся возможность (независимо от первоначальной причины обращения к врачу), либо по просьбе пациента. Стратификация и выявление состоят, в частности, из антропометрических измерений (масса тела, рост и окружность талии (31)), измерения кровяного давления, сбора информации о поведении, например, о рационе питания и объеме ежедневной физической активности, расчета величин, ассоциирующих с риском, таких как индекс массы тела (ИМТ), соотношение окружностей талии и бедер, прогнозирования сердечно-сосудистого риска на предстоящие десять лет (Приложение 2) и оценивания индивидуальных рисков пациента путем комплексной интерпретации собранных данных.

После того, как выявлены лица, входящие в группу риска, следует инициировать обсуждение нездоровых рационов питания, недостаточной физической активности и избыточной массы тела, а также прийти к пониманию некоторых причин (возможно, кроющихся в социально-физической окружающей среде), присущих только данному лицу, и предлагаемых консультативных услуг. Вмешательства могут быть направлены либо на рацион питания, либо на физическую активность, либо сразу на то и другое. Для оценки эффекта предоставления стандартной информации о физической активности и питании с последующим индивидуальным или групповым просвещением и консультированием был проведен целый ряд рандомизированных контролируемых испытаний среди пациентов, входящих в группу высокого риска или страдающих ожирением, которые обратились к врачам общей практики (22). Испытания показали положительное влияние на рацион питания, уровень физической активности, массу тела, кровяное давление, содержание холестерина и качество жизни. Например, участники интервенционных испытаний сбавили свой первоначальный вес на 5% или более благодаря очному консультированию по вопросам снижения массы тела и поддержке, оказываемой дистанционно (41), а в некоторых испытаниях было показано, что интенсивное консультирование по вопросам образа жизни с предоставлением поддержки оказало большее положительное влияние, чем обычная помощь или краткие консультации по вопросам образа жизни (36). Главную обеспокоенность вызывает возможность расширить масштабы таких вмешательств и обеспечить устойчивость изменения в поведении пациента в долгосрочной перспективе. Однако при этом, если ожирение лечится как хроническое состояние, понятно, что пациент должен находиться под врачебным наблюдением. Регулярный, качественный контакт со специалистами первичного звена, которые поддерживают мотивацию и подбадривают пациентов, является одним из важнейших факторов в контроле массы тела.

Стимулировать физическую активность в первичном звене можно различными способами, в том числе путем консультирования, предоставления письменных материалов, выписывания рецептов и направления в ту или иную программу лечебной физкультуры. Действенность кратких консультаций и вмешательств в стимулировании физической активности как среди всего населения, так и у особенно неактивных взрослых подтверждается фактическими данными (42,42). Данные показывают, что краткое консультирование в сочетании с лечебной физкультурой по назначению или по рекомендации, проводимое поставщиками первичной медико-санитарной помощи, имеет более благоприятное соотношение затрат и эффективности, чем интенсивные вмешательства в спортзале или только с инструктором, без методического руководства медицинского специалиста (42,43). Для лиц с нездоровой структурой питания информацию и консультирование можно объединить со стратегиями улучшения познавательной функции, такими как мотивация, повышение санитарной грамотности, формирование психосоциальных установок и выработка самооэффективности, а также навыков приготовления пищи. Широко применяются приемы, которые включают в себя элементы когнитивно-поведенческой терапии, например, методы

пробуждения самомотивации, постановки целей, самоконтроля (например, дневники фактического питания или активности), приемы контроля процесса приема пищи и контроля стимула (например, размер порций) и приемы подкрепления и релаксации (44). Данные свидетельствуют о том, что сочетание консультирования по вопросам питания и физической активности более действенно, чем консультирование по этим вопросам отдельно (44,45).

В обзоре литературы авторы также старались найти исследования, посвященные действенности различных программ контроля или снижения массы тела для взрослых в первичном звене, и обнаружили 10 таких исследований (таблица 1). Исследования проводились с участием работников первичного звена и включали наблюдение в течение не менее 12 месяцев. Продолжительность наблюдения была одним из главных ограничивающих факторов при отборе исследований, но мы посчитали важным изучить устойчивость вмешательств в течение длительного времени. Первоначально поиск был ограничен исследованиями в Европе, но это ограничение было снято ввиду малого числа исследований. Дизайн исследований был разный – от экспериментальных без группы контроля до кластерных и обычных испытаний с группой контроля и проспективных исследований без группы контроля. Исследования оценивались на предмет силы доказательств с помощью системы «веса доказательств», описанной в работе Gough (46). В шести исследованиях вес доказательств был высок, тогда как в остальных сила доказательств была средняя (см. Приложение 3).

Таблица 1. Обзор включенных в анализ исследований, посвященных уменьшению массы тела, с некоторыми результатами

Исследование	Дизайн исследования, наличие контроля	Число участников	Вмешательство	Исходы
Alexander et al. 2011 (США) (47)	Экспериментальное, без контроля	461	Аудиозапись Модель 5A ^a	Уменьшение массы тела и окружностей тела, без изменений в показателях физической активности
Lowe et al. 2014 (США) (48)	Рандомизированное, контролируемое	238	Замена приемов пищи и энергетическая плотность	Уменьшение массы тела и окружностей тела через 12 месяцев врачебного наблюдения, не было сохранено
Eichler et al. 2007 (Швейцария) (49)	Проспективное, без контроля	191	Когнитивно-поведенческое лечение	Медианное снижение массы тела на 4 кг после 12 месяцев лечения
Mehring et al. 2013 (Германия) (50)	Кластерно-рандомизированное, контролируемое	186	Программа консультирования по интернету	Медианное снижение массы тела на 4,2 кг в группе вмешательства и на 1,7 кг в группе контроля
Jansson et al. 2013 (Швеция) (51)	Рандомизированное, контролируемое	133	Модель тарелки здоровой еды и дневник физической активности	Большее снижение массы тела и выше качество жизни со слов участников в группе вмешательства
Schutte et al. 2015 (Нидерланды) (52)	Рандомизированное, контролируемое	517	Независимые и адаптированные программы тренировок и рекомендации в отношении питания	Среднее снижение массы тела на 2,9 кг и уменьшение окружности талии на 4,3 см

Исследование	Дизайн исследования, наличие контроля	Число участников	Вмешательство	Исходы
Nanchahal et al. 2009 (Соединенное Королевство) (53)	Рандомизированное, контролируемое	123	Структурированная поддержка в повседневной жизни и шагомер	Среднее снижение массы тела на 4 кг в группе вмешательства и на 1,2 кг в группе контроля
Nanchahal et al. 2012 (Соединенное Королевство) (54)	Рандомизированное, контролируемое	381	Индивидуальная поддержка и адаптированная постановка цели, дневники потребления пищи и физической активности	Среднее снижение массы тела через 12 месяцев на 2,39 кг в группе вмешательства и на 1,3 кг в группе контроля
Ross et al. 2008 (Соединенное Королевство) (55)	Проспективная оценка, без контроля	1906	Изменение поведения путем постановки цели, прочтения этикеток на продуктах, планирования приема пищи и повышения уровня физической активности	Среднее снижение массы тела через 12 месяцев на 3 кг
Hardcastle et al. 2008 (Соединенное Королевство) (56)	Рандомизированное, контролируемое	334	Очное консультирование специалистом по физической активности и дипломированным диетологом, с элементами терапии, ориентированной на изменение поведения	Снижения массы тела, кровяного давления и содержания холестерина в крови положительно коррелировали с посещением сеансов консультирования

^a «Модель 5А»: ask (спросить), assess (оценить), advise (посоветовать), agree (договориться) и assist (помочь).

Для снижения массы тела участников применялись разные меры вмешательства. В нескольких исследованиях использовались методы когнитивно-поведенческой терапии. Одно вмешательство включало стандартные стратегии изменения поведения, такие как наблюдение за собственным поведением с помощью дневников потребления пищи и физической активности, выработка навыков решения проблем, контроль стимулов и тренинг по предупреждению рецидива, с целью изменения моделей питания и поощрения физической активности (55). Аналогичное исследование включало программу снижения массы тела на базе интернета, в которую пациентов набирали у врачей общей практики (ВОП) (50). В ходе исследования собиралась информация о бытовых условиях, коморбидных состояниях, пищевом статусе и уровнях физической активности, а у ВОП брали историю предыдущих консультаций. Каждый участник получил индивидуальный план консультирования, в основу которого были положены рекомендации врачей и физические характеристики и повседневное поведение участника. План консультирования

базировался на простой когнитивно-поведенческой терапии и был предназначен для снижения и поддержания массы тела. Группа вмешательства получала экстенсивное консультирование, включая индивидуальное просвещение, мотивацию, методическое руководство в занятиях лечебной физкультурой, ежедневные СМС с напоминаниями, самоконтроль по интернету и активный мониторинг, плюс три телефонных звонка от ВОП в течение 12 недель лечения.

В другом исследовании была применена «модель 5А» – метод, первоначально использовавшийся в программах по прекращению курения, который представляет собой строго упорядоченную комбинацию мотивационного интервьюирования и поведенческого консультирования (таблица 2). Мотивационное интервьюирование – это метод консультирования для достижения определенной цели через так называемый пациент-центрированный подход, при котором в центре внимания находится пациент с его проблемами и нуждами; в целом ряде исследований по изучению вмешательств в первичном звене в области питания и физической активности было установлено, что этот метод является одним из самых эффективных во взаимодействиях между врачом и пациентом (57).

Таблица 2. Основные элементы «модели 5А»

Спросить (Ask)	Инициировать обсуждение массы тела данного человека без каких-либо оценочных высказываний и выяснить его/ее готовность что-либо изменить.
Оценить (Assess)	Оценить данного человека с точки зрения биометрических показателей и оценить патогенез избыточной массы тела.
Посоветовать (Advise)	Описать пользу для здоровья от снижения массы тела, риски, связанные с избыточной массой тела и ожирением, варианты лечения и долгосрочные стратегии снижения массы тела
Договориться (Agree)	Достичь договоренности между врачом и пациентом об ожидаемых результатах и целевых ориентирах снижения массы тела, о целях, соответствующих принципу SMART ^a , и о конкретных, сугубо индивидуальных вариантах лечения.
Помочь (Assist)	Предоставить помощь в соблюдении согласованного плана лечения и индивидуальные или групповые услуги, сопровождаемые регулярным врачебным контролем.

Источник: адаптировано из (47).

^a SMART: конкретность, измеримость, достижимость, актуальность и привязка к срокам.

В первичном звене также применялся метод замены приемов пищи (48). Первоначально приемы пищи заменялись контролируемой едой и заранее планируемыми легкими закусками. На втором этапе пациентам либо предписывали продолжать получение замены приемов пищи, либо вводили их в программу получения пищи со сниженной энергетической плотностью, чтобы поддержать заданное потребление калорий.

Программа вмешательства в образ жизни предусматривала принцип сочетания разных профессий – медицинской сестры и физиотерапевта (51). Участникам в ходе исследования четыре раза звонили по телефону, чтобы подбодрить и поддержать их в соблюдении полученных ими советов и ответить на любые вопросы, которые могли у них возникнуть. Участников просили фиксировать свою физическую активность, и эти записи затем передавались для оценки физиотерапевту. Основой рекомендаций по вопросам питания была «модель тарелки», в которой иллюстрируются относительные доли различных групп пищевых продуктов. В модели особо оговаривается, что в двух главных ежедневных приемах пищи должно быть не более 25% белков животного или растительного происхождения. Пациентам также рекомендовалось не брать добавки и не есть легких закусок в промежутках между приемами пищи. Группа контроля получила информацию о важности сбалансированного рациона питания и регулярной физической активности и письменную информацию о модели тарелки, но без каких-либо последующих обсуждений.

В одном исследовании (52) был применен метод многопрофильной бригады, в которую входили физиотерапевты, диетологи и «консультанты по вопросам образа жизни». Участников распределили по трем программам:

самостоятельная лечебная физкультура, программа для начинающих и лечебная физкультура под руководством инструктора; в каждой программе было четыре типа сеансов консультирования: консультация специалиста по вопросам образа жизни, сеанс с физиотерапевтом, индивидуальные сеансы с диетологами и групповые сеансы с диетологами. Интенсивность консультирования зависела от группы вмешательства, в которую были определены участники. Остальные исследования (53-56) предусматривали очное консультирование медицинскими сестрами, диетологами и специалистами по физической активности, в то время как группы контроля обычно получали только стандартную информацию. Стратегии изменения поведения включали постановку цели, самоконтроль, методические указания по прочтыванию этикеток на пищевых продуктах и рекомендации по адекватному планированию приемов пищи, физической активности и сопротивлению рецидиву.

Во всех исследованиях были отмечены снижение массы тела и уменьшение окружностей тела, а в двух исследованиях (51,53) сообщалось об улучшении качества жизни. Некоторые исследования включали два сеанса последующего врачебного контроля, в зависимости от промежутков между осмотрами, через 12 или через 24 месяца после начала исследования. Обычно большее снижение массы тела наблюдалось при первом сеансе контроля. Качество жизни пациентов в группах вмешательства было лучше в конце исследования, чем в начале.

Различия в дизайне исследований ограничивали возможность сделать выводы о наиболее действенных методах снижения массы тела, и ни один отдельно взятый подход к предоставлению услуг в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи не был самым действенным; тем не менее, было выделено несколько общих принципов. Во-первых, все услуги в области ПАМТ, оказываемые в первичном звене, привели к уменьшениям массы тела и окружностей тела и к улучшению качества жизни. Во-вторых, был установлен целый ряд схожих элементов. Все исследования начинались со стратификации рисков у пациентов, для чего у них измерялись масса тела, рост, ИМТ и окружность талии; некоторые исследования включали определение дополнительных показателей, таких как содержание глюкозы и липидов в крови. Применяемые меры вмешательства включали ограничение потребления калорий, повышение уровня физической активности, ведение дневников потребления пищи, мониторинг изменений в поведении, сопротивление рецидиву и назначение на контрольный прием у врача. В нескольких исследованиях были добавлены вмешательства для повышения мотивации и уверенности пациентов в своих возможностях повлиять на детерминанты нездорового поведения, такие как домашнее окружение, и изменить практику приготовления пищи. Для мониторинга фактического питания в одних исследованиях сообщалось о применении метода суточного воспроизведения потребления пищи, в других выдавались дневники потребления пищи, а в некоторых главное внимание уделялось потреблению жиров, фруктов и овощей. Был описан ряд приемов коммуникации и консультирования, включая мотивационное интервьюирование, консультирование по вопросам поведения, методы кратких вмешательств, консультирование по телефону и по интернету и услуги поддержки.

Несмотря на то, что в разных странах применяются разные подходы к предоставлению услуг в области ПАМТ, выполненный нами анализ литературы подтверждает результаты обзора, проведенного Национальной обсерваторией Англии по ожирению (29), согласно которым услуги в области ПАМТ в первичном звене могут приводить хотя бы к краткосрочным изменениям в поведении и к снижению массы тела, если они направлены одновременно на питание и физическую активность, оказываются специалистами, обученными технике мотивационного интервьюирования, включают приемы изменения поведения, прежде всего самоконтроль и постановку цели, адаптированы к индивидуальным обстоятельствам и поощряют людей к обращению за поддержкой в группы пациентов, находящихся в одинаковом положении.

Данные свидетельствуют о том, что действенность услуг в области ПАМТ как в краткосрочном, так и в долгосрочном плане (включая сохранение сниженной массы тела и предупреждение повторного набора веса, или рецидива) зависит не только от доступности этих услуг, но и от интенсивности и продолжительности вмешательства. На их действенность также оказывают большое влияние другие элементы предоставления услуг. Например, выявление пациентов, входящих в группы высокого риска, в первичном звене зависит от наличия необходимого оборудования и инструментария. Незаменимыми инструментами для предоставления услуг в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи являются ростомер для измерения роста, весы для измерения массы тела, мерная лента для измерения окружностей тела, «колесо» ИМТ для расчета индекса массы тела и график для интерпретации

результатов, графики прогноза риска для расчета сердечно-сосудистого риска на предстоящие 10 лет, разработанные ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии (58). Аналогичным образом, для выполнения оценки рисков и/или предоставления консультаций по вопросам поведения и образа жизни должны быть достаточными умения и навыки, которыми обладают поставщики первичной помощи.

Для того, чтобы улучшить предоставление услуг в области ПАМТ и расширить охват этими услугами в первичном звене медико-санитарной помощи, потребуется перестроить систему предоставления услуг, в частности, схему маршрутов помощи, компетентность поставщиков и организацию и финансирование первичного звена. В следующем разделе рассматриваются трудности и благоприятные возможности для предоставления услуг в области ПАМТ, о которых сообщается в литературе.

4. Трудности, мешающие предоставлению услуг ПАМТ в первичном звене

Включение профилактики заболеваний и укрепления здоровья в практику первичного звена медико-санитарной помощи создает трудности, которые усугубляются различиями в структуре и организации первичного звена в странах Европы (59, 60). Это, в свою очередь, приводит к значительным различиям в объеме и качестве предоставляемых услуг в области ПАМТ (33). Трудности и ограничения, связанные с предоставлением таких услуг в первичном звене, были изучены в различных исследованиях, и в этом разделе дается краткий обзор их результатов.

4.1 Низкий уровень санитарной грамотности, ложные представления и установки пациентов

В большинстве исследований сообщается, что предоставление услуг в области ПАМТ в первичном звене ограничивают определенные представления и установки пациентов. Так, изучению представлений и отношения пациентов к услугам профилактики в 224 учреждениях первичного звена в 22 странах Европейского союза было посвящено обследование EUROPREVIEW, которое проводилось методом поперечных срезов (61). Его результаты показывают, что 73% пациентов, у которых были нездоровые привычки питания и наблюдалась недостаточная физическая активность, считали, что они должны изменить свое поведение, и было отмечено возрастание спроса пациентов на рекомендации по вопросам образа жизни от своих врачей первичного звена. В целом пациенты во всей Европе верят, что здравые советы о питании и физической активности они скорее получают от поставщиков медико-санитарной помощи, а не из других источников, таких как средства массовой информации (62, 63). Они воспринимают бригады первичного звена как компетентные, заслуживающие доверия и приемлемые источники информации (64). Люди хотели бы, чтобы лечащие их врачи общей практики и медсестры активнее участвовали в оказании поддержки при самооценке и в консультировании по вопросам изменения образа жизни, чем это делается сейчас. Пациенты обычно ожидают, что им будут предоставлены информация и помощь (22), и часто склонны следовать советам поставщиков медицинской помощи (61, 65).

Тем не менее, на полноценное предоставление услуг в области ПАМТ могут влиять несколько факторов, такие как пол, социально-экономический статус и санитарная грамотность пациентов. Пациенты значительно отличаются друг от друга по своим элементарным знаниям о пище, питании и здоровье, по способности и умению готовить пищу, и не все могут позволить себе здоровые пищевые продукты – рыбу, фрукты и овощи. Люди придерживаются разных взглядов на лишний вес и нездоровые рационы питания и различаются по своей готовности к изменениям, которая считается необходимым условием успеха. Даже когда пациенты достаточно мотивированы к тому, чтобы изменить свое поведение, и имеют достаточную поддержку со стороны поставщиков первичной помощи, на пути к достижению реальных результатов у них все равно могут возникать серьезные препятствия, обусловленные, например, индивидуальными навыками, санитарной грамотностью и способностью поддерживать новую линию поведения в течение долгого времени. Это могут быть социальные, культурные, образовательные или экономические барьеры, в том числе ограниченный доступ к здоровой пище или подходящим, приемлемым сооружениям для занятия физической активностью, культурные различия в рационах питания и невозможность

разобраться в том, как нужно реагировать на советы. Некоторые пациенты указывают на трудности в понимании того, что говорят им медицинские работники, и им кажется, что рекомендации с течением времени меняются. Эта трудность зачастую усугубляется общим недостатком знаний о пищевой ценности продуктов (66). Например, мужчины, как правило, меньше женщин осведомлены о пользе для здоровья определенных продуктов и с меньшей вероятностью станут читать этикетки на пищевых продуктах. Они часто сопротивляются советам о здоровом питании и не принимают, когда им говорят, что именно нужно есть, и гораздо реже женщин рассматривают соблюдение диеты как способ сбросить вес (67). Кроме того, группы могут различаться по способности влиять на собственный выбор вариантов и предпочтения в питании. Во многих странах Европейского региона покупка еды и приготовление пищи традиционно считаются обязанностью женщин, и поэтому женщины оказывают значительное влияние на пищевые предпочтения и фактическое питание в семье (68). Для того, чтобы в пищевом рационе и питании семьи произошли существенные изменения, люди, ответственные за покупку и приготовление еды, должны понимать принципы здорового питания.

Нужно, чтобы и пациент, и работники здравоохранения вместе выяснили, насколько пациент уверен в своей способности выполнить рекомендации. К пациентам, которым раньше «не удавалось» снизить массу тела, было бы полезно применить постепенный подход, чтобы они могли с самого начала добиться первых успехов в достижении целей (69). Некоторые пациенты могут проявлять нежелание или отказываться обсуждать свой вес, рацион питания или физическую активность. Например, работнику здравоохранения может быть трудно начать разговор про вес с пациентом, который пришел на прием для сезонной прививки против гриппа или для обработки раны, и пациент может воспринять это как вторжение в его частную жизнь. Возможно, было бы уместнее вначале обратиться к пациенту с вопросами о других рискованных состояниях или формах поведения, например, о курении, или поднимать такие вопросы по очереди (70).

4.2 Отсутствие специальных клинических руководств и протоколов для первичного звена медико-санитарной помощи

Лишь в немногих случаях во время приема пациентов в учреждениях первичного звена для них проводится оценка рисков и им предоставляется информация или поддержка для изменения поведения (22). Одной из существенных причин такого положения оказались нечеткие рекомендации и клинические руководства: 27% поставщиков первичной медико-санитарной помощи сообщили, что им трудно понять существующие рекомендации и определить конкретные шаги (33). Рекомендации по вопросам ПАМТ для всего населения, такие как рекомендации ВОЗ в отношении уровней физической активности и здорового питания (см. предыдущий раздел), представляются более понятными, хотя по-прежнему остается неясным, как практически применять содержащиеся в них идеи в клинической практике. Кроме того, успешное ведение ожирения должно быть адаптировано к сложной совокупности факторов, которые у каждого пациента определяют увеличение массы тела и препятствуют ее контролю. Исследование, проведенное в Австралии методом поперечных срезов, показало, что частота выполнения антропометрических измерений и оценки рисков коррелирует с ясностью протоколов предоставления этих услуг в первичном звене медико-санитарной помощи (71). Применение на практике рекомендаций ВОЗ в первичном звене осложняется большим разнообразием подходов и противоречивых советов, начиная с предоставления брошюр и кончая консультациями по вопросам поведения, а также отсутствием «золотого стандарта» для услуг в области ПАМТ (33). В странах, где клинические руководства и протоколы по предоставлению этих услуг имеются, поставщики первичной помощи были обеспокоены объемом работы и отсутствием четких алгоритмов и реалистичного перечня задач при том времени и тех ресурсах, которыми они располагают (72, 73). Еще одним препятствием является медленное или редкое обновление руководств и протоколов, что приводит к устареванию методов работы.

В числе других трудностей было указано на отсутствие систем направления к специалистам и соответствующих маршрутов получения пациентами согласованной помощи и доступа к специализированным консультациям (74). В вышеупомянутом австралийском исследовании было установлено, что в тех случаях, когда поставщики первичной помощи считали, что специализированных служб, куда они могли бы направлять пациентов, мало, они реже пытались выяснить поведение пациентов с точки зрения образа жизни (71).

4.3 Отсутствие четко определенной сферы практики

Несмотря на то, что обязательства, принятые в таких документах, как Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (3) и Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. (4), предусматривают предоставление услуг в области ПАМТ в первичном звене, сфера практики для него до сих пор не определена (33, 73, 75). Различия в структуре и организации первичного звена в Европейском регионе приводят к большим различиям в степени участия поставщиков первичной помощи в предоставлении услуг в области ПАМТ (58). Часто поставщики первичной помощи описывают свои задачи в предоставлении услуг в области ПАМТ весьма расплывчато, и услуги зачастую предоставляются по усмотрению поставщика (33, 73, 75). Многие действенные услуги в области ПАМТ, описанные в литературе, требуют интенсивного наблюдения в течение длительного периода времени, по многу раз в месяц, и это может быть затруднительно для многих учреждений первичного звена из-за большой нагрузки и нехватки ресурсов.

Поскольку в Европейском регионе ВОЗ 50% взрослого населения имеют избыточную массу тела, а 20% страдают ожирением, от возможности получать услуги в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи выиграла бы значительная часть пациентов. Таким образом, в предоставлении этих услуг мог бы быть задействован целый ряд специалистов здравоохранения (45). Сообщается, что больше возможностей для отбора и записи пациентов на получение услуг в области ПАМТ имеют врачи общей практики, в то время как медсестры и работники здравоохранения немедицинских специальностей лучше подходят для роли наставников пациентов и для проведения регулярных проверок их мотивации. Рандомизированное контролируемое исследование в Нидерландах не выявило никаких различий в предупреждении увеличения массы тела между случаями консультирования врачом и самостоятельно практикующей медсестрой. (76). Если медсестры имеют надлежащую подготовку и на них возложена ответственность, они могут обеспечить такое же качество помощи и добиться положительных исходов для здоровья пациентов (22). Меры, принятые медсестрами и работниками здравоохранения немедицинских специальностей, во многих случаях были более действенными и приводили к более устойчивым изменениям в образе жизни, сохранявшимся на протяжении длительного времени (77), что указывает на преимущества междисциплинарного подхода с участием врачей, медсестер и работников смежных областей, например, диетологов. Однако идеальное сочетание специальностей в значительной степени зависит от ситуации и личных обстоятельств пациента (78), к тому же у некоторых медицинских работников может быть мало опыта работы в многопрофильных бригадах. Поэтому необходимо выделять ресурсы для развития способности и умения специалистов медико-санитарной помощи эффективно работать бригадным методом.

4.4 Устаревшие знания, навыки и умения

Нежелание поставщиков первичной медико-санитарной помощи предоставлять услуги в области ПАМТ часто объясняется отсутствием компетентности (79-83). Согласно результатам обследования, проведенного Европейской сетью по профилактике и укреплению здоровья в семейной медицине и общей практике (33), врачи общей практики положительно относятся к предоставлению услуг по профилактике заболеваний и укреплению здоровья; тем не менее, 56% указали, что это непростая задача, главным образом по причине нехватки навыков и субъективно воспринимаемой неопределенности относительно действенности таких услуг. Хотя большинство ВОП признали, что пациенты, которые обращаются в учреждения первичного звена, нуждаются в услугах в области ПАМТ, реально предоставляемый объем этих услуг на практике неизменно ниже. Так, из 63,6% врачей, считающих, что необходимо рассчитывать ИМТ пациентов, только 41,6% предоставляли данную услугу. Аналогичным образом, из 85,8% врачей, согласных с тем, что они должны консультировать пациентов с избыточной массой тела, и 83,9% врачей, согласных с необходимостью консультировать пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни, фактически проводили такое консультирование, соответственно, 62,4% и 57,3%.

По данным исследования, в котором приняли участие врачи первичного звена в Германии, важность своей роли в реализации профилактических мер признали 96%, однако о том, что они обладают достаточным уровнем знаний, заявили 79%, а успешными такие вмешательства посчитали 70% врачей (75). Исследование с позиции пациентов показало, что некоторые работники здравоохранения не желают предоставлять консультации или давать советы по контролю массы тела, и пациенты часто оценивают их указания как неудовлетворительные (84). В ходе обследования «EUROPREVIEW» (61) врачи общей практики инициировали обсуждение вопросов здорового питания только с 59%

пациентов, а обсуждение вопросов физической активности - лишь с 55%. В одном исследовании только около трети пациентов с ожирением вспомнили, что врач консультировал их по вопросу снижения массы тела (85). Сравнение подхода голландских врачей к нездоровому поведению в 1975 г. и в 2008 г. показало, что вопросы курения и физической активности стали обсуждаться чаще, но в обсуждении вопросов питания и потребления алкоголя никаких изменений отмечено не было. В 2008 г. 23% ВОП затрагивали тему физической активности пациентов главным образом в ответ на их жалобы (подход, основанный на симптомах), а не для того, чтобы в порядке упреждения событий стратифицировать риск и предоставить консультацию (83).

Самооценка компетентности и навыков врачей и медсестер в сфере консультирования пациентов по вопросам здорового образа жизни колеблется внутри стран и между странами (75, 82, 83, 86). Например, норвежские врачи общей практики сообщили о недостатке у них компетентности для предоставления индивидуальных консультаций на доказательной основе (82), а почти половина из 1400 ВОП и 38% из 613 медсестер, опрошенных в Шотландии, дали неправильные ответы на вопросы о роли жира и сахара в развитии ожирения (86). Даже поставщики первичной помощи и пациенты, которые могли описать здоровый рацион питания и значение физической активности, не могли применить эти знания на практике, например, определить энергетическую плотность пищевых продуктов или содержание добавленного сахара, соли или насыщенных жиров или предложить стратегии перехода к более здоровому питанию, такие, например, как замена различных пищевых продуктов (86, 87). Многие поставщики первичной помощи не были уверены в том, что у них есть знания, необходимые для осуществления долгосрочных изменений в образе жизни пациентов (23, 84). Они сообщили о том, что у них недостаточно квалификации для того, чтобы превратить теоретические рекомендации в практические, адаптированные к реальным обстоятельствам советы о пользе активного образа жизни и здорового рациона питания (88-90). Врачи и практикующие медсестры считали, что им необходимо пройти дополнительную подготовку по консультированию по вопросам изменения поведения, в частности, освоить передовую методику общения с пациентами (83) и мотивационного интервьюирования и приемы изменения поведения для того, чтобы проводить консультирование по вопросам питания и физической активности (79).

Многие поставщики первичной помощи не желали обсуждать с пациентами рацион питания и физическую активность, т.к. считали, что пациентов это не интересует или что пациенты вряд ли станут следовать их рекомендациям (23, 91, 92). Значительное число врачей общей практики и медицинских сестер не были уверены в своей способности изменить поведение пациентов (79, 86, 88-90, 93). Для достижения положительных исходов для здоровья важно вовлечь пациентов в выполнение рекомендаций медиков (75); тем не менее, было признано, что в учебных программах по повышению квалификации медицинских работников в Канаде и Шотландии коммуникативные навыки охвачены недостаточно (73, 94). Было установлено, что существует очевидная связь между массой тела пациентов, их обращениями за медицинской помощью и недоброжелательным или отстраненным отношением со стороны врачей (91, 95). ВОП и медсестры воспринимают пациентов с ожирением как людей с низкой мотивацией, слабовольных, не желающих изменить свой образ жизни и не выполняющих их рекомендации (79, 85, 91). В проспективном исследовании в Австралии было показано, что медсестры первичного звена и работники здравоохранения немедицинских специальностей больше симпатизируют пациентам с более высоким социально-экономическим статусом, которые поэтому чаще получают консультации по вопросам рациона питания, физической активности и массы тела (71). Такое отношение может привести к тому, что пациенты с избыточной массой тела станут избегать общения, а поставщики первичной помощи станут тратить меньше времени и усилий на услуги по контролю массы тела и просвещение пациентов.

4.5 Несогласованность механизмов оплаты услуг в области ПАМТ

Возросшая роль поставщиков первичной медико-санитарной помощи в предоставлении услуг в области ПАМТ должна подкрепляться повышением оплаты труда и материальными стимулами. Поставщики помощи часто считают, что на оказание профилактических услуг уходит больше ресурсов, поэтому в условиях отсутствия стимулов вероятность того, что они будут оказывать эти услуги, снижается (23, 33). В исследовании, проведенном Европейской сетью по профилактике и укреплению здоровья в семейной медицине и общей практике, 40% ВОП воспринимали отсутствие вознаграждения как препятствие для предоставления профилактических услуг (33). В 2009 г. вознаграждение за профилактические услуги в Германии составило € 4,83 на одного человека в год, в то время

как в Австрии после введения в 2005 г. новых руководящих принципов организации периодических медицинских осмотров охват профилактическими услугами в первичном звене расширился благодаря повышению ставки вознаграждения за каждый осмотр до €75 (23).

4.6 Недостаточные инфраструктура и инструментарий информационной технологии

Благодаря современной технике существует широкий диапазон вариантов технических средств, помогающих оказывать услуги в области ПАМТ. Базы данных о пациентах позволяют осуществлять стратификацию населения и контролировать динамику изменения массы тела пациентов, имеют встроенные системы оповещения и напоминания; также они упрощают расчет ИМТ и рисков сердечно-сосудистых заболеваний (96). Эти системы облегчают предоставление услуг в области ПАМТ поставщиками первичной медико-санитарной помощи, поскольку сокращают продолжительность приема каждого пациента и дают возможность оказывать услуги, а не заниматься сбором данных и расчетом рисков (94, 97). Важными вариантами обеспечения самостоятельного ведения пациентами своего состояния являются мобильные приложения и приложения электронного здравоохранения, а также вмешательства по интернету, например, отправка подробных инструкций о выполнении различных действий; такие варианты могут включать информацию и инструменты для мониторинга прогресса в осуществлении вмешательств (50).

5. Включение услуг ПАМТ в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи

Рассмотренные в предыдущих разделах фактические данные свидетельствуют о том, что услуги в области ПАМТ, оказываемые в первичном звене, характеризуются благоприятным соотношением затрат и эффективности и могут приводить к сохраняющемуся длительное время изменению в поведении и к снижению массы тела. Данные также указывают на то, что оказание этих услуг при обращениях пациентов в обычном порядке в учреждения первичного звена сопряжено с трудностями на уровне организации обслуживания и на системном уровне. В настоящем разделе приводится обзор возможных решений на доказательной основе для преодоления этих трудностей. В качестве концептуальных ориентиров взяты положения Европейской рамочной основы для действий по организации комплексного предоставления медицинских услуг (15), и исходя из этого предлагаются реально осуществимые рекомендации по дальнейшему развитию системы предоставления услуг в области питания, физической активности и контроля массы тела в первичном звене медико-санитарной помощи.

5.1 Поддерживать самостоятельные действия пациентов и поощрять поддержку со стороны лиц равного статуса

В литературе указывается, что в предоставлении услуг в области ПАМТ многочисленные трудности самого разного характера связаны с самими пациентами – от низкой санитарной грамотности до барьеров на пути обращения в первичное звено, обусловленных гендерной и культурной спецификой. Для преодоления этих трудностей многое можно сделать на уровне всего населения, но и на уровне отдельного пациента учреждения первичного звена могут сделать немало, если будут давать адаптированные к конкретным обстоятельствам рекомендации, оказывать поддержку в изменении поведения, применять приемы мотивации и указывать путь к возможностям получения поддержки от местного сообщества и от людей, находящихся в одинаковом положении.

Рекомендация

5.1.1 В первичном звене подготовить руководства для пациентов с описанием первых шагов в направлении изменения поведения и поддерживать самостоятельные действия пациентов.

Временная шкала: Краткосрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и руководство лечебно-профилактических учреждений первичного звена

5.1.2 Обеспечить наличие групп взаимной поддержки пациентов в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена.

Временная шкала: Среднесрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Руководство лечебно-профилактических учреждений первичного звена

5.2 Выбрать услуги ПАМТ на доказательной основе и включить их в сферу деятельности первичного звена

Услуги в области ПАМТ предоставляются в разных объемах и с разной интенсивностью, а в некоторых странах таких услуг и вовсе нет (27,31). Существует широкий диапазон услуг в области ПАМТ, имеющих подтвержденную действенность, когда они предоставляются в первичном звене – от повышения осведомленности о рационе питания, физической активности и массе тела до раздачи пациентам брошюр, стратификации оппортунистических рисков избыточной массы тела и консультирования пациентов, входящих в группу высокого риска. При выборе услуг, которые должны быть включены в сферу деятельности первичного звена, нужно руководствоваться пониманием того, что услуги в области ПАМТ наиболее действенны, когда они направлены одновременно на рацион питания и на физическую активность и базируются на методах изменения поведения. Предоставление услуг в области ПАМТ, в которых учитывается культурная и гендерная специфика и которые отвечают индивидуальным ценностям и потребностям, не менее важно, чем первоначальный отбор услуг (98).

Рекомендация

5.2.1 Внедрить стратификацию оппортунистических рисков, имеющих отношение к ПАМТ, для пациентов, обращающихся в первичное звено.

Временная шкала: Краткосрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и фонды медицинского страхования

5.2.2 Внедрить услуги в области ПАМТ с подтвержденной действенностью, такие как мотивационное интервьюирование и консультирование по вопросам изменения поведения, для пациентов первичного звена, входящих в группу высокого риска.

Временная шкала: Среднесрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и руководство лечебно-профилактических учреждений первичного звена

5.3 Разработать, адаптировать и обновить клинические руководства и протоколы по вопросам ПАМТ

Для того, чтобы внедрить в сферу деятельности первичного звена услуги в области ПАМТ, необходимо обновить нынешние клинические руководства и протоколы, поскольку одним из самых серьезных препятствий для выполнения ныне существующих руководств и протоколов признано отсутствие ясных алгоритмов (33). Кроме того, должно быть обеспечено надлежащее распространение обновленных, удобных для пользователя клинических руководств и протоколов (Приложения 4 и 5). В обеспечении максимального использования знаний и налаживания работы в области питания, физической активности и ожирения и в оказании помощи в деле внедрения и распространения руководств потенциальными соратниками являются профессиональные ассоциации в этой области, при условии, что будет уделяться должное внимание урегулированию и недопущению конфликта интересов (например, вследствие получения финансирования от промышленности).

Рекомендация

5.3.1 Обновить нынешние клинические руководства и протоколы по предоставлению услуг в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи.

Временная шкала: Краткосрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и ассоциации общей врачебной практики

5.3.2 Подготовить и распространить клинические руководства и протоколы, адаптированные к функциям индивидуальных поставщиков услуг.

Временная шкала: Краткосрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Ассоциации общей врачебной практики и семейной медицины и руководство лечебно-профилактических учреждений первичного звена

5.4. Пересмотреть сферу практики поставщиков первичной медико-санитарной помощи

Для предоставления полноценных услуг в области ПАМТ необходимо в положительной форме обозначить сферу практики поставщиков помощи (33,59,73,75), рационально распределить обязанности между врачами, медицинскими сестрами и работниками здравоохранения немедицинских специальностей и применять принципы междисциплинарного подхода к предоставлению услуг (76–78).

Рекомендация

5.4.1 Включить предоставление услуг в области ПАМТ в сферу практики поставщиков первичной медико-санитарной помощи.

Временная шкала: Краткосрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Ассоциации общей врачебной практики и семейной медицины, другие специалисты первичного звена и министерства здравоохранения

5.4.2 Определить роли и обязанности поставщиков первичной помощи в предоставлении услуг в области ПАМТ.

Временная шкала: Краткосрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Ассоциации общей врачебной практики и семейной медицины, другие специалисты первичного звена и министерства здравоохранения

5.5. Обновить знания и компетентность поставщиков первичной медико-санитарной помощи

Поставщикам первичной медико-санитарной помощи часто не хватает компетентности для того, чтобы оказывать адекватные услуги в области ПАМТ пациентам, входящим в группу высокого риска, и поэтому у них нет достаточной уверенности, необходимой для предоставления определенных услуг, они дают рекомендации, которые не соответствуют фактическим данным, и не проявляют объективности при выборе пациентов, которые нуждаются в помощи (23, 82,83,86,87). Действенность услуг в области ПАМТ в первичном звене зависит от наличия у поставщиков помощи необходимых знаний и компетентности.

Рекомендация

5.5.1 Включить обучение по вопросам ПАМТ в учебные планы непрерывного медицинского образования и повышения квалификации, чтобы выработать компетентность в общении с пациентами, в консультировании по изменению поведения и в предоставлении рекомендаций по вопросам рациона питания и физической активности.

Временная шкала: Среднесрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Институты непрерывного медицинского образования, ассоциации общей врачебной практики и семейной медицины, национальные институты питания, национальные институты физической активности и министерства здравоохранения

5.6. Обеспечить наличие оборудования и информационной технологии

Облегчить предоставление услуг в области ПАМТ в первичном звене медико-санитарной помощи может информационная технология (94,97). Средства информационной технологии можно использовать для стратификации рисков и регистрации массы тела и других антропометрических параметров пациентов на протяжении длительного времени. Поскольку изменение образа жизни в большой мере зависит от решений, ежедневно принимаемых пациентами, для самостоятельных действий требуются соответствующие пособия и средства. У населения уже есть постоянный доступ к интернету и «интеллектуальной» технике, и люди могли бы пользоваться средствами и пособиями для самостоятельного контроля и ведения своего состояния, например, вести дневник фактического питания, фиксировать физическую активность и получать консультации по телефону или по интернету.

Рекомендация

- 5.6.1 Оснастить поставщиков первичной помощи информационной технологией для облегчения предоставления услуг в области ПАМТ.
Временная шкала: Краткосрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Национальные ведомства по информации здравоохранения и руководство лечебно-профилактических учреждений первичного звена
- 5.6.2 Добиться, чтобы в первичном звене было в наличии необходимое оборудование для оказания услуг в области ПАМТ (например, весы и ростомеры).
Временная шкала: Краткосрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и руководство лечебно-профилактических учреждений первичного звена
- 5.6.3 Регламентировать и создавать возможности для консультаций в первичном звене по телефону и интернету
Временная шкала: Среднесрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и национальные ведомства по информации здравоохранения
- 5.6.4 Предоставить пациентам, получающим услуги в области ПАМТ, средства и пособия для самостоятельных действий по контролю и ведению своих состояний
Временная шкала: Среднесрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Ассоциации общей врачебной практики и семейной медицины, национальные ведомства по информации здравоохранения и частные разработчики информационной технологии

5.7. Обеспечить согласованность с другими функциями системы здравоохранения

Расширение масштабов и продолжение маломасштабных и экспериментальных проектов предоставления услуг ПАМТ в первичном звене требует изменений, связанных с приведением всей системы здравоохранения в соответствие с новыми услугами (18). Например, компетентность, необходимая для предоставления услуг в области ПАМТ, должна вырабатываться на уровне додипломного образования, поэтому требуется привести в соответствие программы медицинского образования. Аналогичным образом, для того, чтобы создать стимулы для предоставления услуг в области ПАМТ, нужно привести в соответствие механизмы оплаты труда поставщиков первичной помощи.

Следующие рекомендации, сделанные на основании результатов обзора литературы, касаются того, с чего, по мнению авторов литературных источников, целесообразнее всего начинать эту работу.

Рекомендация

- 5.7.1 Придать вопросу включения услуг ПАМТ в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи высокую приоритетность в национальной повестке дня в области развития здравоохранения (1, 3, 4, 6).
Временная шкала: Средне-долгосрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения
- 5.7.2 Пересмотреть и согласовать программы додипломного и последипломного медицинского образования работников первичного звена таким образом, чтобы они включали виды компетентности, необходимые для предоставления услуг в области ПАМТ.
Временная шкала: Средне-долгосрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и образования, учебные заведения врачебного и сестринского профиля, институты непрерывного медицинского образования
- 5.7.3 Пересмотреть механизмы оплаты труда поставщиков услуг и привести в соответствие материальные стимулы, чтобы обеспечить предоставление услуг в области ПАМТ в первичном звене.
Временная шкала: Средне-долгосрочная рекомендация
Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и фонды медицинского страхования
- 5.7.4 Ввести в систему оценки функционирования и качества учреждений первичного звена показатели, касающиеся услуг в области ПАМТ.

Временная шкала: Среднесрочная рекомендация

Заинтересованные стороны: Министерства здравоохранения и фонды медицинского страхования

Заключение

В настоящем документе авторы собрали и обобщили фактические данные о том, какие услуги в области ПАМТ являются действенными, какие основные трудности мешают их предоставлению в первичном звене медико-санитарной помощи и с чего следует начинать преобразование системы предоставления медицинских услуг.

- 1. Фактические данные, подтверждающие действенность услуг в области ПАМТ, предоставляемых в первичном звене.** Услуги в области ПАМТ реально приводят к снижению массы тела, повышению уровней физической активности и переходу к более здоровым рационам питания. Наиболее действенным является сочетание мер вмешательства, тесно связанное с конкретными условиями, поэтому вмешательства следует адаптировать к потребностям пациентов и к возможным помехам. Самыми действенными являются услуги, которые одновременно охватывают питание и физическую активность; к лучшим исходам приводит первоначальное направление от врача первичного звена и последующий плановый контроль, осуществляемый медсестрами и работниками здравоохранения немедицинских профессий; важную роль в обеспечении приверженности пациента лечению играет поддержка его/ее самостоятельных действий по ведению своего состояния. Требуется постоянные научные исследования и систематизация данных, в том числе по мерам вмешательства в более широких масштабах, однако предпринимать практические действия на основе рассмотренных здесь фактических данных можно уже сейчас.
- 2. Трудности, мешающие предоставлению услуг в области ПАМТ в первичном звене.** Во многих исследованиях сообщается об отсутствии ясных указаний в клинических рекомендациях; устарели знания и компетентность поставщиков первичной помощи, в том числе навыки оценивания и преодоления сопротивления пациентов; нечетко обозначена сфера практики; ограничена работа в составе многопрофильных бригад, не согласованы материальные стимулы и недостаточна поддержка информационной технологии.
- 3. С чего следует начинать работу по включению услуг в области ПАМТ в сферу деятельности первичного звена медико-санитарной помощи.** Первые шаги по преобразованию системы предоставления услуг включают вовлечение самих пациентов путем организации взаимной поддержки и самопомощи, отбор и предоставление услуг в области ПАМТ поставщиками первичной помощи сообразно с конкретными условиями и возможностями после обновления клинических руководств и четкое определение сферы практики поставщиков первичной помощи. Для того, чтобы обеспечить устойчивость и требуемые масштабы реформ, необходимо также подумать о том, чтобы придать предоставлению услуг в области ПАМТ более высокую приоритетность в национальных программах и планах развития здравоохранения, обновить программы обучения медицинских работников и согласовать механизмы оплаты труда поставщиков первичной помощи.

Библиография

1. Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг. Женева: ВОЗ; 2013 г.
2. Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).

3. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/253779/64wd14_Rus_FoodNutAP_140426.pdf?ua=1, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
4. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/283845/65wd09r_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
5. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
6. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г.
7. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Женева: ВОЗ; 2004 г. (<http://www.who.int/publications/list/9241592222/ru/>, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
8. Population and individual approaches to the prevention and management of diabetes and obesity. Washington DC: WHO Regional Office for Americas; 2011.
9. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO; 2010.
10. Улучшение исходов неинфекционных заболеваний: трудности и благоприятные возможности для систем здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г.
11. Алма-Атинская декларация. Женева: ВОЗ; 1978 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
12. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: ВОЗ; 2008 г. (http://www.who.int/entity/whr/2008/whr08_ru.pdf?ua=1 по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
13. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: ВОЗ; 2010 г. (http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
14. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций; 2015 г. (<https://daccess-ods.un.org/TMP/9592236.28044128.html>, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
15. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления медицинских услуг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1, по состоянию на 14 ноября 2016 г.).
16. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1).

17. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г..
18. Tello J, Barbazza E. A concept note on health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf?ua=1).
19. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1).
20. The European definition of general practice/family medicine. World Organization of Family Doctors (WONCA) Europe; 2011 (<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, по состоянию на 5 июля 2016 г.).
21. Boyce T, Peckham S, Hann A, Trenholm S. A pro-active approach. Health Promotion and Ill-health prevention. London: King's Fund; 2010 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/health-promotion-ill-health-prevention-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf, по состоянию на 5 июля 2016 г.).
22. Harris M. The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol. Sydney: Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales; 2009 ([http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/0FBE203C1C547A82CA257529000231BF/\\$File/commpaper-primary-hlth-care-harris.pdf](http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/0FBE203C1C547A82CA257529000231BF/$File/commpaper-primary-hlth-care-harris.pdf), по состоянию на 2 июня 2016 г.).
23. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. *BMC Fam Pract* 2010;11:68.
24. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/243337/Summary-document-53-MS-country-profile.pdf?ua=1, по состоянию на 14 июня 2016 г.).
25. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012;380:247–57.
26. Sport and physical activity. Brussels: European Commission; 2014 (Special Eurobarometer 412) (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ebs_412_en.pdf, по состоянию на 6 июня 2016 г.).
27. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 г. Женева: ВОЗ; 2014 г.
28. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246223/1/9789241565363-eng.pdf?ua=1>).
29. Cavill H, Hillsdon M, Anstiss T. Brief interventions for weight management. London: National Obesity Observatory; 2011 (<https://www.hse.ie/eng/health/child/healthyeating/weightmanagement.pdf>).
30. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of NCDs in low- and middle-income countries. Geneva: WHO, World Economic Forum; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/, по состоянию на 6 июня 2016 г.).

31. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf?ua=1, по состоянию на 13 июня 2016 г.).
32. Fraser RC. Clinical method: a general practice approach. 2nd edition. London: Butterworth-Heinemann Ltd; 1987.
33. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595–601.
34. Levac D, Colquhoun H, O’Brein K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69.
35. Arksey H, O’Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2007;8:19–32.
36. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG, Berkowitz RI, et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *N Engl J Med* 2011;365:1969–79.
37. Leblanc ES, O’Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Капка Т. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;155:434–47.
38. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;1:CD001561.
39. Obesity and the economics of prevention. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010 (<http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264084865-en>, по состоянию на 2 июня 2016 г.).
40. Healthy choices. OECD ministerial meetings report. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010 (<https://www.oecd.org/health/ministerial/46098333.pdf>, по состоянию на 13 июня 2016 г.).
41. Appel LJ, Clark JM, Yeh H-C, Wang N-Y, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *N Engl J Med* 2011;365:1959–68.
42. Pavey TG, Taylor AH, Fox KR, Hillsdon M, Anokye N, Campbell JL, et al. Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011;343:d6462.
43. Williams NH. Promoting physical activity in primary care. *BMJ* 2011;343:d6615.
44. Hainer V, Toplak H, Mitrakou A. Treatment modalities of obesity. *Diabetes Care* 2008;31(Suppl 2):S269–77.
45. Fransen GA, Hiddink GJ, Koelen MA, van Dis SJ, Drenthen AJM, van Binsbergen JJ, et al. The development of a minimal intervention strategy to address overweight and obesity in adult primary care patients in The Netherlands. *Fam Pract* 2008;25(Suppl 1):i112–5.
46. Gough D. Weight of evidence: a framework for the appraisal of the quality and relevance of evidence. *Res Pap Educ* 2007;22:213–28.
47. Alexander SC, Cox ME, Boling Turer CL, Lyna P, Østbye T, Tulsy JA, et al. Do the five A’s work when physicians counsel about weight loss? *Fam Med* 2011;43:179–84.
48. Lowe MR, Butryn ML, Thomas JG, Coletta M. Meal replacements, reduced energy density eating, and weight loss maintenance in primary care patients: a randomized controlled trial. *Obesity* 2014;22:94–100.

49. Eichler K, Zoller M, Steurer J, Bachmann LM. Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. *Swiss Med Wkly* 2007;137:489–95.
50. Mehring M, Haag M, Linde K, Wagenpfeil S, Frensch F, Blome J, et al. Effects of a general practice guided web-based weight reduction program – results of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2013;14:76.
51. Jansson SP, Engfeldt P, Magnuson A, Pt GL, Liljegren G. Interventions for lifestyle changes to promote weight reduction, a randomized controlled trial in primary health care. *BMC Res Notes* 2013;6:213.
52. Schutte BAM, Haveman-Nies A, Preller L. One-year results of the BeweegKuur lifestyle intervention implemented in Dutch primary healthcare settings. *BioMed Res Int* 2015; 2015: 484823 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561871/>, по состоянию на 7 июня 2016 г.).
53. Nanchahal K, Townsend J, Letley L, Haslam D, Wellings K, Haines A. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2009;59:e157–66.
54. Nanchahal K, Power T, Holdsworth E, Hession M, Sorhaindo A, Griffiths U, et al. A pragmatic randomised controlled trial in primary care of the Camden Weight Loss (CAMWEL) programme. *BMJ Open* 2012; PMC3353130 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353130/>, по состоянию на 7 июня 2016 г.).
55. Ross H, Laws R, Reckless J, Lean M. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. *Br J Gen Pract* 2008;58:548–54.
56. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns* 2008;70:31–9.
57. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Physician Méd Fam Can* 2013;59:27–31.
58. WHO/ISH cardiovascular risk prediction charts. Geneva: WHO; 2016 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Chart_predictions/en/).
59. Boerma W, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997;47:481–6.
60. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000;320:354–7.
61. Brotons C, Bulc M, Sammut MR, Sheehan M, Martins CM da S, Björkelund C, et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Fam Pract* 2012;29(Suppl 1):i168–76.
62. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van't Hof MA. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 1997;65(Suppl 6):S1974–79.
63. de Almeida MDV, Graça P, Lappalainen R, Giachetti I, Kafatos A, de Winter AMR, et al. Sources used and trusted by nationally-representative adults in the European Union for information on healthy eating. *Eur J Clin Nutr* 1997;51:S16.
64. Dillen SME van, Hiddink GJ. A comparison of Dutch family doctors' and patients' perspectives on nutrition communication. *Fam Pract* 2008;25(Suppl 1):i87–92.

65. Ndetan H, Evans MW, Bae S, Felini M, Rupert R, Singh KP. The health care provider's role and patient compliance to health promotion advice from the user's perspective: analysis of the 2006 National Health Interview Survey data. *J Manipulative Physiol Ther* 2010;33:413–8.
66. Mela DJ. Consumer estimates of the percentage energy from fat in common foods. *Eur J Clin Nutr* 1993;47:735–40.
67. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obes Facts* 2008;1:106–16.
68. McCarthy M, Richardson N. Report on best practice approaches to tailoring lifestyle interventions for obese men in primary care setting.. Carlow: Institute of Technology; 2011 (<https://www.hse.ie/eng/health/child/healthyating/tacklingmaleobesityinprimarycare.pdf>).
69. Bennett WL, Gudzone KA, Appel LJ, Clark JM. Insights from the POWER practice-based weight loss trial: a focus group study on the PCP's role in weight management. *J Gen Intern Med* 2014;29:50–8.
70. Pryke R, Hughes C, Blackburn M. Addressing barriers for GPs in obesity management: The RCGP Nutrition Group. *Br J Obes* 2015;1:9–13.
71. Laws RA, Jayasinghe UW, Harris MF, Williams AM, Davies GP, Kemp LA. Explaining the variation in the management of lifestyle risk factors in primary health care: a multilevel cross sectional study. *BMC Public Health* 2009;9:165.
72. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3:209–14.
73. Hudon E, Beaulieu MD, Roberge D. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care Obstacles perceived by a group of family physicians. *Fam Pract* 2004;21:11–7.
74. Visser F, Hiddink G, Koelen M, van Binsbergen J, Tobi H, van Woerkum C. Longitudinal changes in GPs' task perceptions, self-efficacy, barriers and practices of nutrition education and treatment of overweight. *Fam Pract* 2008;25(Suppl 1):i105–11.
75. Schneider S, Diehl K, Bock C, Herr RM, Mayer M, Görig T. Modifying health behavior to prevent cardiovascular diseases: a nationwide survey among German primary care physicians. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:4218–32.
76. ter Bogt NCW, Bemelmans WJE, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Preventing weight gain: one-year results of a randomized lifestyle intervention. *Am J Prev Med* 2009;37:270–7.
77. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Educ Couns* 2006;64:6–20.
78. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD001271.
79. Dietz WH, Baur L, Hall K, Puhl R, Taveras E, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet* 2015;385:2521–33.
80. McAvoy BR. A scandal of inaction: how to help GPs implement evidence-based health promotion. *Br J Gen Pract* 2000;50:180–1.

81. Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Fam Pract* 2011;12:7.
82. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice: a focus group study on patient experiences. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:205–10.
83. Noordman J, Verhaak P, van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. *BMC Fam Pract* 2010;11:87.
84. Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *J Adv Nurs* 2007;59:329–41.
85. Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, Halford JCG, Yumuk V, European Association for the Study of Obesity. Need for a paradigm shift in adult overweight and obesity management – an EASO position statement on a pressing public health, clinical and scientific challenge in Europe. *Obes Facts* 2014;7:408–16.
86. Hankey CR, Eley S, Leslie WS, Hunter CM, Lean MEJ. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutr* 2004;7:337–43.
87. Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC, Tovey P, Griffiths J, Henderson M, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *BMJ* 2003;327:1085.
88. Noordman J, Koopmans B, Korevaar JC, van der Weijden T, van Dulmen S. Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. *Fam Pract* 2013;30:332–40.
89. van Dillen SME, van Binsbergen JJ, Koelen MA, Hiddink GJ. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: a critical review. *Patient Educ Couns* 2013;90:155–69.
90. Walseth LT, Abildsnes E, Schei E. Lifestyle, health and the ethics of good living. Health behaviour counselling in general practice. *Patient Educ Couns* 2011;83:180–4.
91. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003;11:1168–77.
92. Mercer SW, Tessier S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bull (Edinb)* 2001;59:248–53.
93. Abildsnes E, Walseth LT, Flottorp SA, Stensland PS. Power and powerlessness: GPs' narratives about lifestyle counselling. *Br J Gen Pract* 2012;62:e160–6.
94. Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. *BMC Public Health* 2006;6:138.
95. Dietz WH. Reversing the tide of obesity. *Lancet* 2011;378:744–6.
96. Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems in Croatia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/301182/Better-NCD-outcomes-challenges-opportunities-HSS-Croatia.pdf?ua=1, по состоянию на 14 июня 2016 г.).
97. Glasgow RE, Goldstein MG, Ockene JK, Pronk NP. Translating what we have learned into practice: principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *Am J Prev Med* 2004;27(Suppl 2):88–101.

98. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

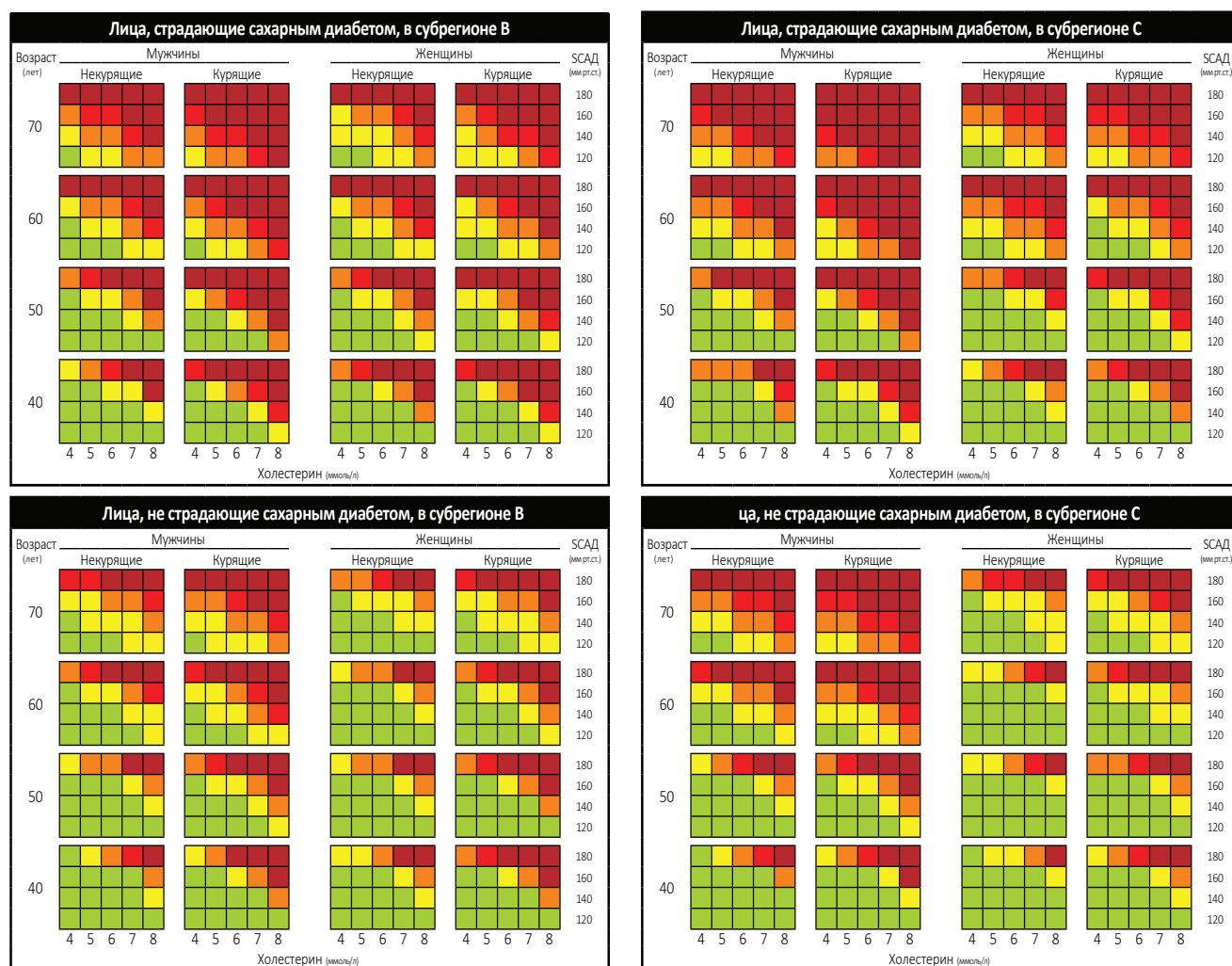
Приложение 1. Рекомендации ВОЗ в отношении питания и физической активности

Категория	Рекомендация	
Питание	Фрукты и овощи	Не менее 400 г (пять порций) фруктов и овощей в день. Не считаются фруктами или овощами картофель, батат, маниока и другие крахмалистые корнеплоды.
	Сахара	За счет свободных сахаров менее 10% от общего количества потребляемой энергии, эквивалентно 50 г (или примерно 12 чайным ложкам без верха) для человека со здоровой массой тела, потребляющего примерно 2000 калорий в день, но в идеале для дополнительной пользы для здоровья – менее 5% от общего количества потребляемой энергии.
	Жиры	За счет жиров менее 30% от общего количества потребляемой энергии. Ненасыщенные жиры (содержатся, например, в рыбе, авокадо, орехах и подсолнечнике, масле канола и оливковом масле) более предпочтительны, чем насыщенные жиры (содержатся, например, в жирном мясе, сливочном масле, пальмовом масле и масле какао, сливках, сыре, топленом масле и сале). Не являются частью здорового рациона питания промышленные транс-жирные кислоты (встречаются в прошедших переработку пищевых продуктах, блюдах быстрого питания, легких закусках, жареной пище, замороженной пицце, пирожках, печенье, маргаринах и спредах).
	Соль	Менее 5 г йодированной соли (эквивалентно примерно 1 чайной ложке) в день.
Физическая активность	Аэробная физическая активность	Не менее 150 минут аэробной физической активности умеренной интенсивности или 75 минут аэробной физической активности высокой интенсивности в неделю. Для получения дополнительной пользы для здоровья следует увеличить соответственно до 300 или 150 минут в неделю. Аэробной физической активностью следует заниматься урывками продолжительностью не менее 10 минут.
	Укрепление мышц	2 или более дней в неделю – упражнения на основные группы мышц.

Источник: Бюллетень ВОЗ о здоровом питании и физической активности. Женева: ВОЗ, 2016 г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru/>).

Приложение 2. Графики прогноза сердечно-сосудистого риска, разработанные ВОЗ и Международным сообществом артериальной гипертензии

Графики прогноза риска, разработанные ВОЗ/ISH для европейского населения (субрегион В и субрегион С, см. определение в примечании ниже). Десятилетний риск сердечно-сосудистого события с летальным или нелетальным исходом по полу, возрасту, систолическому кровяному давлению, общему холестерину в крови, употреблению табака и наличию или отсутствию сахарного диабета.



Уровень риска ■ <10% ■ 10% to <20% ■ 20% to <30% ■ 30% to <40% ■ ≥40%

Источник: Графики прогноза сердечно-сосудистого риска, разработанные ВОЗ и Международным сообществом артериальной гипертензии. Женева: ВОЗ, 2016 г. (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Chart_predictions/en/).

Примечание: Приведенные выше графики можно использовать только для стран в Европейском регионе ВОЗ, в субрегионах В и С, и в условиях, где можно измерить уровень холестерина в крови. Страны в субрегионе В: Албания, Азербайджан, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, бывшая югославская Республика Македония, Туркменистан, Турция, Узбекистан. Страны в субрегионе С: Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония.

Приложение 3. Ранжирование исследований, включенных в анализ по системе «веса доказательств»

Исследование	Исследуемая мера	Группа сравнения	Анализ	Среднее	Релевантность метода	Релевантность фактических данных	Общее качество
1. Alexander et al. 2011 (США)	Высокая 3	Низкая 1	Средний 2	2	Низкая 1	Средняя 2	Среднее 1,67
2. Lowe et al. 2014 (США)	Высокая 3	Высокая 3	Высокий 3	3	Высокая 3	Высокая 3	Высокое 3
3. Eichler et al. 2007 (Швейцария)	Средняя 2	Низкая 1	Средний 2	1,67	Низкая 1	Средняя 2	Среднее 1,56
4. Mehring et al. 2013 (Германия)	Высокая 3	Средняя 2	Высокий 3	2,67	Высокая 3	Средняя 2	Высокое 2,56
5. Jansson et al. 2013 (Швеция)	Средняя 2	Высокая 3	Средний 2	2,33	Высокая 3	Средняя 2	Среднее 2,4
6. Schutte et al. 2015 (Нидерланды)	Высокая 3	Высокая 3	Высокий 3	3	Высокая 3	Средняя 2	Высокое 2,67
7. Nanchahal et al. 2009 (Соединенное Королевство)	Средняя 2	Высокая 3	Высокий 3	2,67	Высокая 3	Средняя 2	Высокое 2,56
8. Nanchahal et al. 2012 (Соединенное Королевство)	Средняя 2	Высокая 3	Высокий 3	2,67	Высокая 3	Средняя 2	Высокое 2,56
9. Ross et al. 2008 (Соединенное Королевство)	Средняя 2	Низкая 1	Высокий 3	2	Средняя 2	Средняя 2	Среднее 2
10. Hardcastle et al. 2008 (Соединенное Королевство)	Средняя 2	Высокая 3	Высокий 3	2,67	Высокая 3	Средняя 2	Высокое 2,56

Приложение 4. Пример приложения «Модели 5А» к вопросам питания и физической активности

Шаг 1: спросить

Начало обсуждения темы массы тела и модели питания у человека – шаг важный, но очень деликатный. Для того, чтобы обсуждать такие вопросы, как избыточная масса тела, недостаточность физической активности и нездоровый рацион питания, начинающий беседу лечащий врач или ВОП должен обладать соответствующими навыками и приемами коммуникации. Оценочные суждения и покровительственный тон часто приводят к уклонению и отказу пациента от разговора. Вероятность успеха последующих этапов консультации будет выше, если пациент выказывает готовность изменить свои модели питания и физической активности. Обзор литературы позволяет сделать вывод о том, что этап, на котором, условно говоря, «спрашивают», бывает наиболее результативным, если он начинается при поддержке и по инициативе врача, так как пациенты доверяют его компетентности и знаниям.

Мотивационное интервьюирование

Обсуждение должно включать элементы мотивационного интервьюирования. Врачи и работники здравоохранения немедицинских специальностей, проводящие консультирование по вопросам питания и физической активности, должны уметь пользоваться приемом мотивационного интервьюирования, и это нужно учитывать в процессе повышения квалификации кадров.

Шаг 2: оценить

После того, как пациент признал наличие проблемы избыточной или недостаточной массы тела или необходимость больше двигаться и заниматься физическими упражнениями и мотивирован к тому, чтобы изменить положение дел, медицинский работник должен суметь оценить статус пациента. Для легкой и быстрой оценки в первичном звене существует несколько методик и инструментов. В качестве основы для диагноза не следует использовать какую-то одну меру (например, ИМТ или соотношение окружностей талии и бедер): подтолкнуть пациентов к действиям можно только в том случае, если будет получен набор биометрических параметров и показателей, собрана понятная, тщательно составленная история их болезни и ими самими будет признана необходимость изменения. Нет смысла ставить диагноз «ожирение» и потом ничего не предпринимать. Ниже рассматриваются методики и инструменты, которые могут использоваться в первичном звене медико-санитарной помощи.

ИМТ

ИМТ удобен для оценки наличия у пациента ожирения или избыточной массы тела. Поскольку ИМТ рассчитывается на основании роста и веса, под рукой всегда должны быть надлежащим образом откалиброванные цифровые весы для измерения массы тела и ростомеры для измерения роста. ИМТ могут рассчитать прошедшие соответствующую подготовку медицинские сестры, и он позволяет точно контролировать массу тела и ее колебания на протяжении длительного времени. У всех медицинских работников всегда должны быть таблицы для интерпретации ИМТ. Измерения должны производиться в медицинском учреждении, поскольку пациенты могут неправильно указать свой вес и рост. Данные должны быть занесены в карту пациента, что также позволяет вести контроль пациентов. Ниже показаны категории массы тела в зависимости от ИМТ (см. таблицу 4.1).

Таблица 4.1. Категории массы тела в зависимости от ИМТ

Категория	Степень	ИМТ (кг/м ²)
Низкая		≤ 18,5 и ниже
Нормальная		18,5–25,0 (стандартная масса тела 22)
Ожирение	1	25,0–30,0
Ожирение	2	30,0–35,0
Ожирение	3	35,0–40,0
Ожирение	4	≥ 40,0

Соотношение окружностей талии и бедер

Центральное распределение жира ассоциирует с рисками ишемической болезни сердца и инсульта. Соотношение рассчитывается по двум простым измерениям: окружности талии (чуть выше верхней тазовой кости) и окружности верхней части бедер в самой широком месте. Соотношение талия-бедра, равное 0,7 у женщин и 0,9 у мужчин, указывает на нормальное распределение жира на теле, а соотношение более 1,0 у мужчин и более 0,8 у женщин свидетельствует о центральном ожирении и о повышенных рисках сахарного диабета, гипертензии и сердечного приступа.

Информационные системы: скрининг, мониторинг и оценка

Использование информационных систем, таких как электронная медико-санитарная документация и электронные медицинские карты, дает возможность легко получать и передавать историю болезни пациента и такие данные измерений, как масса тела, ИМТ, соотношение окружностей талии и бедер, кровяное давление и содержание глюкозы в крови. При оказании услуг в области ПАМТ информационные системы позволяют наблюдать тенденции в изменении массы тела и других показателей на протяжении длительного времени. Когда есть хорошая информационная система, обладающая свойствами функциональной совместимости, это помогает как пациентам, так и врачам и к тому же сдерживает расходы, поскольку позволяет избежать дублирования дорогостоящих диагностических исследований.

В некоторых странах имеются очень хорошие системы увязывания собираемых в обычном порядке данных, хотя данные об образе жизни включаются редко; однако во многих странах нет никакой системы или информации о том, какие данные собираются и как они собираются или хранятся. Большинство поставщиков первичной помощи, собирающих информацию о поддержке пациентов в повседневной жизни, не соблюдают согласованного протокола или не заносят информацию систематически в медицинскую документацию пациентов. Антропометрические и другие данные, связанные с питанием (такие как уровни гемоглобина и липидов в сыворотке крови), как правило, собираются не систематически или не используются для отслеживания прогресса с течением времени.

Вполне реальным представляется проведение теста на образ жизни пациентов с помощью компьютера, когда это делается деликатно, подобающим образом, и этот метод может быть полезен при вмешательствах, проводимых лицом к лицу с пациентом. Тест на образ жизни, проведенный в одном исследовании, включал вопросы о возрасте, кровяном давлении, потреблении алкоголя, физической активности, мотивации к изменению образа жизни и об отношении к проведению теста. Уровни потребления алкоголя и физической активности оказались сравнимы или выше, чем в исследованиях с очными интервью, и это позволяет сделать вывод о том, что при таком методе у пациентов может быть меньше ощущения угрозы или осуждения, и они более склонны давать честные ответы.

Шаг 3: посоветовать

После того, как состояние пациента оценили, должны быть представлены возможности лечения и составлен индивидуальный план, в котором поставлены краткосрочные и долгосрочные цели. Рекомендации в отношении питания и советы по физической активности должны быть реалистичными и соответствовать характеристикам

пациента. Дать советы и составить план лечения может быть легче, если использовать некоторые методики и пособия, описанные ниже.

Пищевые модели

Большинство пищевых моделей при всем их широком разнообразии имеют форму пирамиды или тарелки, где разные ступени или сегменты представляют группы пищевых продуктов (например, фрукты, жиры, белки). Размер каждой ступени или каждого сегмента указывает на частоту или количество здорового потребления каждой группы продуктов. Наиболее широко используются такие модели, как «пищевая пирамида», «тарелка хорошего здоровья», «пирамида средиземноморского рациона» и «пирамида традиционной афроамериканской пищи». Однако мало просто вручить листовку с изображением пищевой модели: в зависимости от уровня санитарной грамотности данного пациента нужно объяснить ему/ей группы пищевых продуктов и размеры порций.

Назначение пациенту физической активности

Модели назначения пациенту физической активности – упражнений или тренировок – так же индивидуальны, как и любой другой вид вмешательства. Здесь в основе подхода лежит понятие о том, что данному пациенту можно назначить «дозу» физической активности, как при медикаментозном лечении. Назначение такой дозы врачом также повышает в глазах пациента важность назначенного лечения: это уже нечто большее, чем простые рекомендации об изменении образа жизни.

Шаг 4: договориться

Этот этап консультирования по вопросам питания и физической активности должен включать разработку долговременного плана лечения, в котором должны быть указаны все методы и принципы лечения данного пациента с конкретными, измеримыми, согласованными, реальными, привязанными к определенным срокам (принцип SMART) целями. Пациентам должно быть понятно использование такой схемы, и они должны дать на это свое согласие. На этом этапе важно заключить «договор» между врачом и пациентом, в котором оговариваются согласованные условия и сроки лечения, снижения массы тела и изменения фактического питания. При всякой двусмысленности в планах и целях лечения у пациента обычно снижается желание соблюдать рекомендации и назначения. Консультирование по вопросам питания и физической активности должно охватывать все медицинские, социальные и прочие детерминанты состояния пациента.

Шаг 5: помочь

Долговременный характер программ изменения образа жизни требует оказывать пациенту постоянную поддержку, контролировать преодоление возникающих трудностей и отмечать достижения. Вероятно, лучше всего, когда ведением повседневного контроля и оказанием помощи занимаются работники здравоохранения немедицинских специальностей, у которых может быть меньше ограничений по времени. Важно, однако, чтобы и врач отмечал достижения и помогал преодолевать трудности пациента и для этого в той или иной форме вел промежуточный контроль. В идеале помощь в изменении образа жизни не должна ограничиваться первичным звеном медико-санитарной помощи: эти усилия должны находить активную поддержку со стороны местного сообщества.

Приложение 5. Краткое изложение методического руководства Национального института клинического совершенства (NICE) по определению, оцениванию и ведению избыточной массы тела и ожирения у детей, подростков и взрослых

Подготовка медицинских работников

В методическом руководстве, опубликованном этим институтом из Соединенного Королевства, говорится, что профессиональные организации и другие органы, отвечающие за принятие решений о компетентности и за непрерывное повышение профессиональной квалификации, должны добиваться того, чтобы у медицинских работников были адекватные знания и умения, необходимые для предоставления консультаций. Например, профессиональные организации должны стремиться к тому, чтобы медицинские работники, помощники по уходу за больными и работники, оказывающие поддержку в повседневной жизни, умели рассказывать пациентам о пользе контроля массы тела для здоровья и о рисках избыточной массы тела и ожирения. Они также должны обладать знаниями, умениями и компетентностью, необходимыми для того, чтобы изменить поведение пациентов, в том числе помочь людям определить, каким образом их поведение влияет на здоровье, составить план действий, осуществить изменения и сохранить их. Такие умения и навыки включают приемы коммуникации, позволяющие осторожно и деликатно поднять тему контроля массы тела.

Требования к медицинским работникам в учреждениях первичного звена заключаются в следующем:

- они должны обладать умениями и знаниями, позволяющими им консультировать пациентов о пользе контроля массы тела для здоровья и рассказывать о рисках избыточной массы тела и ожирения;
- они должны обладать знаниями, умениями и компетентностью, позволяющими им вызвать изменения в поведении пациентов, в том числе помочь людям признать, как их поведение влияет на здоровье, составить план действий, осуществить изменения и сохранить их;
- они должны уметь пользоваться необходимыми приемами коммуникации, чтобы осторожно и деликатно поднять тему контроля массы тела.

Методы изменения поведения, применяемые в первичном звене медико-санитарной помощи

Методическое руководство призывает медицинских работников признать, что удивление, гнев, отрицание или недоверие, высказываемые по поводу здоровья людей, могут подорвать способность или готовность людей изменить свое поведение. Для того, чтобы уменьшить негативные реакции, в методическом руководстве рекомендуется описывать избыточную массу тела и ожирение клиническими терминами, показывать специфические последствия для здоровья, а не намекать на то, как люди выглядят.

В процессе консультации медицинским работникам рекомендуется:

- оценить мнение пациента о его массе тела, о диагнозе и о возможных причинах увеличения массы тела;
- выяснить модель питания и уровень физической активности пациента;
- выяснить мнения пациента о еде, физической активности и увеличении массы тела, так как эти мнения могут препятствовать его попыткам сбросить вес;

- помнить, что люди определенной этнической принадлежности и социально-экономического статуса могут подвергаться большому риску ожирения и могут придерживаться неожиданных убеждений о том, что такое здоровый вес, и установок в отношении контроля массы тела;
- определить, какие попытки пациент предпринимал раньше, насколько успешными они были и какие выводы он сделал из своего опыта;
- оценить готовность пациента пойти на изменения и
- оценить уверенность пациента в возможности осуществить изменения.

В методическом руководстве рекомендуется предпринять (при поддержке квалифицированного специалиста, имеющего надлежащую подготовку) вмешательство с целью изменения поведения, которые включают в себя следующие стратегии:

- самостоятельный мониторинг пациентом своего поведения и прогресса;
- контроль стимулов;
- постановку цели;
- замедление скорости приема пищи;
- обеспечение социальной поддержки;
- решение проблем;
- позитивный настрой;
- перестройку мышления (изменение образа мыслей);
- подкрепление изменений;
- предупреждение рецидива;
- стратегии противодействия восстановлению массы тела.

Конкретные рекомендации относительно улучшения рационов питания и повышения уровней физической активности

Для того, чтобы поддержать в населении здоровую массу тела, сбалансированный рацион питания и достаточный уровень физической активности, методическое руководство напоминает о рекомендациях в отношении питания и активного образа жизни, в том числе о включении физической активности в повседневную жизнь. Например, медицинским работникам рекомендуется советовать людям употреблять пищу на основе крахмалистых продуктов, таких как картофель, хлеб, рис и макаронные изделия, и выбирать по возможности цельнозерновые продукты. Поощряется рацион питания, богатый продуктами с высоким содержанием пищевых волокон, включающий не менее пяти порций в день разнообразных фруктов и овощей. В качестве пищевых продуктов, «которых нужно есть меньше», определены жареная пища и напитки и сладости с высоким содержанием свободных сахаров. Рекомендуется регулярно принимать пищу, в том числе завтрак, обращая внимание на размеры порций и «перекусы». Частью повседневной жизни должны стать ходьба пешком, езда на велосипеде, плавание, аэробика и работа в саду или огороде, должны прилагаться усилия к ограничению малоподвижных занятий, таких как долгое сидение перед телевизором, за компьютером или за видеоиграми. Медицинские работники должны рекомендовать людям встраивать физическую активность в свой рабочий день, например, подниматься пешком по лестнице, а не пользоваться лифтом, выходить на прогулку во время перерыва на обед и т.п. В методическом руководстве медицинским работникам предлагается рекомендовать взрослым периодически взвешиваться и измерять окружность талии или находить какую-либо простую альтернативу, например, следить, не стала ли им тесной одежда, и оказывать им в этом всяческую поддержку.

Медицинским работникам следует рекомендовать взрослым, желающим похудеть, программы снижения массы тела (включая коммерческие программы и группы самопомощи, книги и веб-сайты о похудении) только в том случае если эти программы:

- базируются на сбалансированном здоровом питании,
- поощряют регулярную физическую активность и
- предусматривают, что люди будут терять не более 0,5–1 кг веса в неделю.

В руководстве говорится, что программы, которые не соответствуют этим критериям, вряд ли могут помочь людям сохранить здоровую массу тела в течение длительного времени.

Советы медицинских работников должны быть адаптированы к индивидуальным пищевым предпочтениям пациента и давать возможность гибко, индивидуально подходить к снижению потребления калорий. Медицинским работникам рекомендуется избегать назначения чересчур строгих, несбалансированных по пищевым веществам диет, которые в долгосрочном плане эффекта не дают, но могут быть вредными. Кроме того, медицинским работникам следует поощрять людей к тому, чтобы они улучшали свой рацион питания даже в том случае, если они не сбавляют вес, так от этого все равно будет польза для здоровья, хотя бы и в других проявлениях.

Для устойчивого снижения массы тела рекомендуются рационы питания, в которых содержится на 600 ккал меньше, чем требуется человеку для сохранения неизменного веса, или которые приводят к снижению потребления калорий за счет уменьшения содержания жиров (рационы с низким содержанием жиров), и все это в сочетании с поддержкой и интенсивным наблюдением специалистов.

В методическом руководстве не рекомендуется при лечении ожирения (ИМТ более 30 кг/м²) назначать потребление в обычном режиме рационов питания с очень низкой калорийностью (800 ккал в день или меньше). Медицинским работникам следует рассматривать вопрос о назначении рационов питания с очень низкой калорийностью в рамках многосоставной стратегии контроля массы тела только тем людям, у которых имеется ожирение и которым по результатам клинической оценки необходимо быстро уменьшить массу тела: например, людям, которым будет проводиться операция по замене сустава или которым требуются услуги по восстановлению фертильности. В таких случаях медицинскому работнику рекомендуется проследить за тем, чтобы рацион был полноценным в пищевом отношении и соблюдался не более 12 недель (непрерывно или с чередованиями) и чтобы пациент, находящийся на такой диете, получал постоянную медицинскую поддержку. Прежде, чем поставить пациента на очень низкокалорийную диету в рамках многосоставной стратегии контроля массы тела, специалистам следует обсудить с ним все риски и выгоды и довести до его сознания, что эта диета не является стратегией долгосрочного контроля массы тела и что масса тела может восстановиться, но не по его вине и не по вине его лечащего врача.

В отношении детей и подростков рекомендации Национального института клинического совершенства заключаются в том, чтобы медицинские работники:

- поощряли и поддерживали родителей и помощников по уходу в том, чтобы они готовили еду для детей грудного и раннего возраста дома без добавления соли, сахара или меда;
- поощряли семьи к тому, чтобы они питались вместе, а родителей и помощников по уходу к тому, чтобы они подавали добрый пример при выборе пищевых продуктов для себя;
- рекомендовали ограничивать потребление сладких продуктов временем приема пищи и не давать печенье или конфеты как угощение;
- в промежутках между основными приемами пищи поощряли легкие закуски без соли или добавленного сахара (например, овощи и фрукты);
- рекомендовали в промежутках между приемами пищи давать молоко или воду.

Направление к специалистам

Медицинским работникам рекомендуется рассматривать вопрос о направлении к специалистам в тех случаях, когда:

- необходимо оценить первоначальные причины избыточной массы тела или ожирения;
- у пациента наблюдаются сложные состояния болезни и/или потребности, при которых в первичном звене медико-санитарной помощи адекватные меры не могут быть приняты;
- обычное лечение оказалось безуспешным;
- рассматривается вопрос о медикаментозном лечении пациента с ИМТ более 50 кг/м²;
- может потребоваться специализированное вмешательство (например, очень низкокалорийный рацион питания);
- рассматривается вопрос о хирургической операции.

Источник: NICE guidance on obesity: identification, assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG189>).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int