

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЯК РЕСУРС ПОКРАЩАННЯ ЯКОСТІ ТА ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ

Радник Президента України, чл.-кор. АМН України В.Ф. МОСКАЛЕНКО

Профілактика, як відомо, є дуже важливим і ефективним засобом вирішення багатьох медико-соціальних проблем. Водночас це ефективний шлях щодо економії матеріальних ресурсів. Наголос на профілактиці передбачає зосередження уваги на причинах хвороб і травм та на їх наслідках [1–3].

Зараз, як ніколи, директивні органи — уряди, міністерства, відомства, інші органи влади — різних країн стикаються з проблемою існування чисельних та найрізноманітніших факторів ризику для здоров'я (ФРЗ). Важливі проблеми аналізу, впливу, оцінки та ефективності протидії були розглянуті на 55-й Асамблеї охорони здоров'я ВООЗ (Женева, 2002) [4]. При цьому ще мало уваги приділяється достеменній оцінці порівняльних масштабів різних ФРЗ, не повністю використовуються можливості ліквідації відомих найважливіших видів небезпеки для здоров'я.

Між тим існує низка ефективних з точки зору витрат профілактичних і терапевтичних варіантів щодо зниження цих небезпечностей. Але часто ними нехтують, щоб догодити менш ефективним з точки зору витрат заходам втручання, які можна було б використати для усунення менш важливих ФРЗ або тих, які характеризуються суттєвою невизначеністю.

Під ФРЗ треба розуміти будь-який фактор, який підвищує вірогідність несприятливих наслідків для здоров'я. Небезпечності для здоров'я практично безмежні. У якості ФРЗ виступають як зовнішні, так і внутрішні умови (внутрішні особливості організму, схема 1). Провідними факторами, що обумовлюють здоров'я (індивідуальне і громадське), є спосіб життя, стан навколишнього середовища, спадковість, охоро-

на здоров'я. За ознакою можливості регулювання ФРЗ вони можуть бути розподілені на керовані та некеровані.

Без розробки кількісної концепції визначення важливості ФРЗ з точки зору їх можливого впливу існує велика вірогідність того, що політика у цьому напрямі буде визначатися виключно такими факторами, як тиск з боку окремих груп або емоційне забарвлення окремих випадків. Тому головним завданням аналізу ризиків є покращання порівняння між оцінками впливу різних факторів ризику. Важливий також всебічний підхід до визначення різних видів небезпеки, незалежно від таких факторів, як місце у конкретному причинно-наслідковому ланцюжку та наукові методи, які використовуються у процесі аналізу. Організаційні засади впровадження та управління ФРЗ наведені у схемі 2.

Для оцінки факторів ризику і доведення цієї інформації до відома громадськості та директивних органів потрібна стандартизована й порівняльна рамкова структура. Директивним органам необхідно вирішувати проблеми, пов'язані з деякими видами небезпеки, беручи до уваги чітко встановлені найважливіші фактори ризику та вдосконалення системи використання витратно-ефективних заходів втручання. У багатьох країнах, особливо для найбільш розвинених верств населення [5], потенційна користь достатньо велика — як мінімум додаткових десяти років здорового життя (схема 3).

Для ідентифікації найбільш важливих видів небезпеки для здоров'я необхідні критерії, які можуть включати: потенційний глобальний вплив, що охоплює всі найголовніші причини смерті та інвалідності

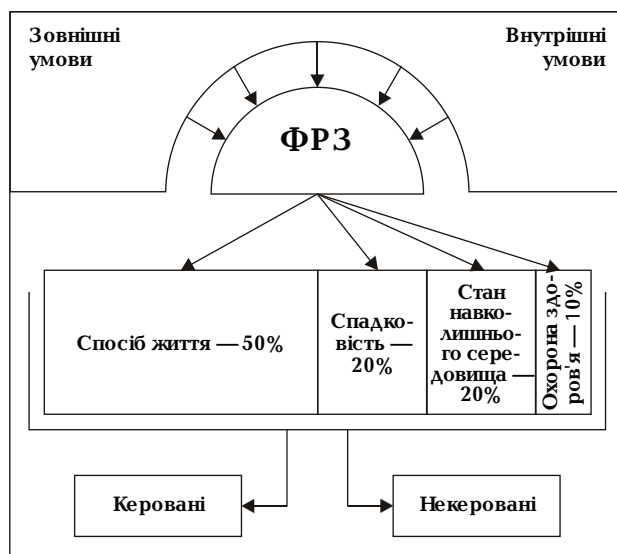


Схема 1. Фактори ризику для здоров'я: умови впливу, класифікація

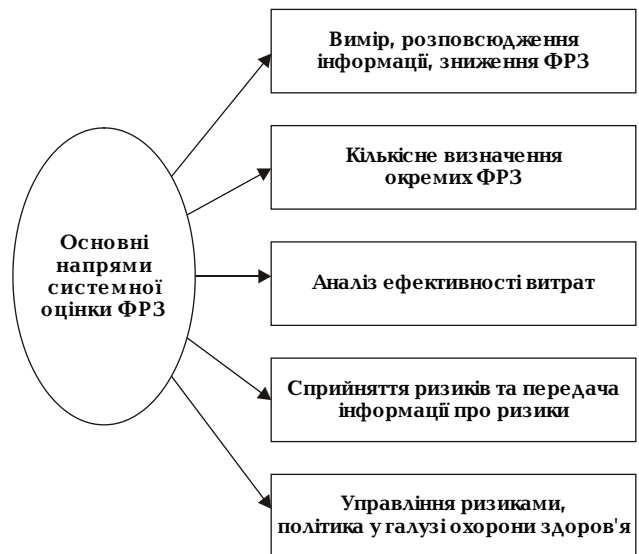


Схема 2. Основні напрями системної оцінки ФРЗ

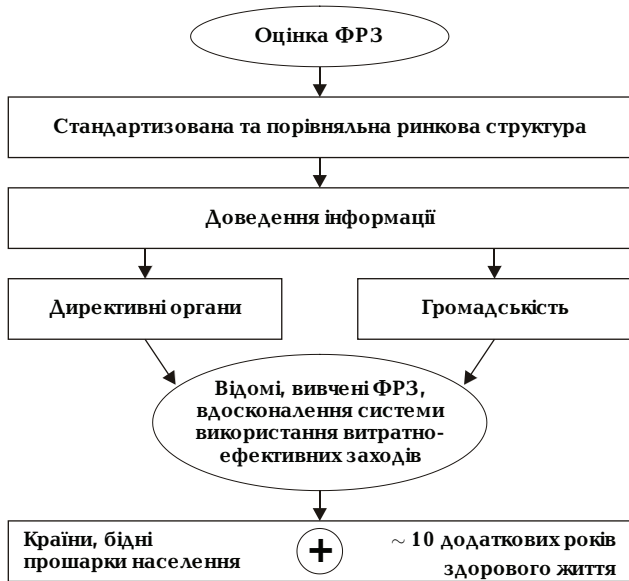


Схема 3. Алгоритм дій від оцінки ФРЗ до реальних результатів покращання здоров'я населення

(які є провідними причинами тягаря хвороб); надійність та послідовність наукових даних та можливості модифікації. Інші фактори, які дозволяють визначити наявність відповідної політики у цій сфері, включають сприйняття громадськістю відповідних ризиків та вигоди, масштаби розподілу таких ризиків та ступінь нерівності з точки зору їх результатів. Успішна ліквідація небезпеки для здоров'я передбачає участь багатьох представників різних верств суспільства, поєднання наукового та політичного прогресу, безліч якісних та кількісних заключень та відкрите спілкування і діалог [6].

Часто найбільша тяжкість ризику для здоров'я припадає на вразливі групи: найбідніші та малоосвічені верстви населення, а також ті, хто виконує роботу, яка характеризується низьким статусом. Ліквідація цього дисбалансу — ключове завдання сучасної політики ВООЗ, органів охорони здоров'я країн, починаючи з оцінки того, наскільки ширше розповсюджені ФРЗ серед найбідніших верств населення.

Протягом останніх десятиліть охоплення аналізу ризиків швидко збільшується. Він зосереджений на ідентифікації, кількісному визначенні різних видів небезпеки для здоров'я людей та навколишнього середовища [7; 8]. Певну роль відіграє також сприйняття небезпеки громадськістю, що додає йому такі аспекти, як цінності, процедури, влада та довіра до створеної картини існуючої небезпеки. Таким чином, найголовнішими питаннями є роль та внесок оцінки ризиків, розповсюдження інформації про ризики, керування ними, витратна ефективність та розробка відповідної політики.

Оцінка провідних ФРЗ у вибраній сукупності факторів ризику наводиться у таблиці. Ці дані розраховані у співробітництві з весвітньою мережею експертів, які спеціалізуються на оцінці ризиків. У глобальному плані головною причиною хвороб у 2000 р. була білково-калорійна недостатність — явище, яке розпо-

Окремі найважливіші причини хвороб (дані ВООЗ 2000 р.)

Показники	Групи країн з високою МС та високою або дуже високою СД	Групи країн з низькою МС та низькою СД	Групи країн з дуже низькою або низькою МС
Всього населення, тис. осіб ПЧТВРЖ	2 295 264	2 396 789	1 353 119
більше 5	БКН, НСС	ВА, ВКТ, БКН, ВТ	ВА, ВКТ, ВВХ, ВТ
1-5	ВА, ВКТ, ВВХ, ДП/ТВП, ДЗ, ВТ, НВС/Г, ДЦ	ВІМТ, ВВХ, ДП/ТВП, ДЗ, ВФА, НВС/Г	ВІМТ, ВФА
менше 1	СН/Д, ВІМТ, АС, ВПГВ, ВФА, ОПР, НМІ, НВ, ДВА	СН/Д, АС, ВПГВ, ОПР, НМІ, НСС, НВ, ДВА, ДЦ	СН/Д, ДП/ТВП, ДЗ, АС, ВПГВ, БКН, ОПР, НМІ, НСС, НВС/Г, НВ, ДЦ
Загальний тягар хвороб	845 628	411 268	215 496

- АС — абсорбція свинцю
- БКН — білково-калорійна недостатність
- ВА — вживання алкоголю
- ВВХ — високий вміст холестерину
- ВІМТ — високий індекс маси тіла
- ВКТ — високий кров'яний тиск
- ВПГВ — відсутність практики грудного вигодовування
- ВТ — вживання тютюну
- ВФА — відсутність фізичної активності
- ДВА — дефіцит вітаміну А
- ДЗ — дефіцит заліза
- ДП/ТВП — дим усередині приміщень від спалювання твердих видів палива
- ДЦ — дефіцит цинку
- МС — малюкова смертність
- НВГ — небажана вагітність
- НВС/Г — небезпечна вода, санітарія та гігієна
- НМІ — небезпечні медичні ін'єкції
- НСС — небезпечні статеві стосунки
- ОПР — окремі професійні ризики
- ПЧТВРЖ — передбачена частка тягаря втрачених років життя коректуванням на інвалідність по кожному фактору ризику, %:
- СД — смертність дорослих
- СН/Д — статеве насилування над дітьми

Примітка. Деякі причини діють сумісно та можуть усуватися за допомогою відповідних заходів втручання, наприклад ті, які пов'язані з недостатністю харчування та вітамінів.

всюджене головним чином у малорозвинених регіонах. На таку недостатність та пов'язаний з нею дефіцит харчових мікроелементів припадає до однієї третини тягара хвороб у Африканському регіоні.

Наступним за значенням фактором ризику, на який припадає більша частина тягара хвороб, що концентруються також у Африканському регіоні, є небезпечні статеві стосунки. Далі йдуть ще чотири фактори ризику: високий кров'яний тиск, вживання тютюну, вживання алкоголю та небезпечна вода (схема 4).

Оцінка ризиків дає можливість розраховувати тягар хвороб, обумовлених різними факторами ризиків, кожний з яких можливо виміряти за допомогою найрізноманітніших стратегій. Така оцінка може дати загальну картину відносних ролей щодо здоров'я людей, яка, у свою чергу, може допомогти у визначенні кола найважливіших питань, що потребують дослідження і розробки політики. Окрім того, вона дозволяє виявити **потенційні** вигоди щодо здоров'я у результаті усунення ризиків.

Аналіз ефективності витрат — один із засобів, що можуть бути використані директивними органами для оцінки заходів, які забезпечують найбільшу «окупність витрат». Існує багато варіантів, які можливо розглядати при виборі тих чи інших потенційних заходів втручання. Ідеальний захід втручання міг би міститися у діях, направлених на усунення того фактора ризику, який є причиною суттєвого тягара хвороб, та у таких, що підтвердили свою ефективність з точки зору витрат на рівні населення. Хоча нині існують заходи втручання, які можна розглядати як ідеальні, такі як добавки вітаміну А та інші заходи втручання у здоров'я матері та дитини, все ж таки у багатьох випадках такого чіткого вибору немає. Особливо важкою проблемою

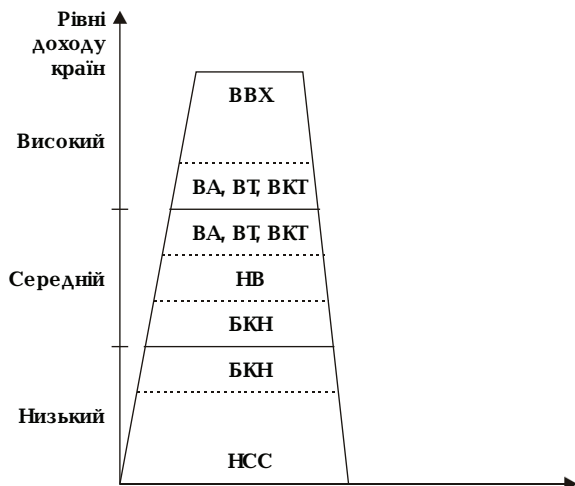


Схема 4. Провідні причини хвороб у країнах у розподілі за широкими категоріями доходів

- БКН* — білково-калорійна недостатність
- ВА* — вживання алкоголю
- ВВХ* — високий вміст холестерину
- ВКТ* — високий кров'яний тиск
- VT* — вживання тютюну
- НВ* — небезпечна вода
- НСС* — небезпечні статеві стосунки

є прийняття компромісного рішення при виборі між лікуванням та профілактикою. Цю ситуацію можливо проілюструвати на прикладі теперішніх вимог до забезпечення високоефективного антиретровірусного лікування хворих, інфікованих на ВІЛ/СНІД, без виділення ресурсів на добровільне консультування та тестування і без проведення роботи з розширення практики безпечних статевих стосунків. Ефективність цих двох заходів втручання з точки зору витрат надто неоднакова.

Інша проблема вибору, з якою стикаються директивні органи, полягає у тому, чи слід їм акцентувати свою роботу на особах, які схильні до високого ризику, або застосовувати своєрідний демографічний підхід, який полягає у зменшенні впливу ризику. Чи є більш ефективним з точки зору витрат забезпечення вторинної профілактики осіб, які палять, хворіють на гіпертензію, ожиріння, мають високий вміст холестерину, у яких вже було перше серцево-судинне порушення та які схильні до високого ризику ще одного порушення, або краще приступити до втілення програм щодо зміни стилю життя на рівні всього населення, результати яких можуть виявитися через тривалий час? Великі зрушення у демографічній структурі населення, схильного до того чи іншого фактора ризику, цілком можливі, як це вже було підтверджено на прикладі програми по запобіганню серцево-судинних захворювань у Фінляндії. У тих випадках, коли ризики можливо виміряти, вони продовжують знижуватися щодо найважливіших факторів ризику і зменшуються до найнижчих рівнів спостереження.

Аналіз ефективності витрат найбільш корисний у випадках розробки політики по відношенню до найзвичайніших та широко розповсюджених факторів ризику, що характеризуються низькими рівнями невизначеності і добре зрозумілі вченим, які мають у розпорядженні ефективні стратегії їх зниження. Такий аналіз, найімовірніше дасть можливість визначити три групи заходів втручання: витратно-ефективні та дешеві; витратно-ефективні, але не дешеві; не ефективні з точки зору витрат і не пріоритетні. У міру підвищення рівнів невизначеності — чи йде мова про оцінку ризиків або наявність фактичних даних, необхідних для розробки стратегії зниження, — корисність аналізів ефективності витрат щодо прийняття рішення про управління ризиками стає меншою (схема 5).

Нарешті, виключно важливе значення має співставлення впливу заходів втручання на майбутнє здоров'я населення та впливу факторів ризику. Разом з тим важливо також визначити роль інших заходів втручання, які сприяють досягненню таких необхідних соціальних цілей, як зниження нерівності з точки зору здоров'я та гнучке реагування на законні очікування населення (схема 6).

Дослідження, які були розпочаті ще у 80–90-х роках, дозволили виявити істотні розбіжності у сприйнятті одного й того ж ризику, особливо між вченими та населенням у цілому, наприклад у випадку ризиків, обумовлених ядерною енергією або автотранспортними засобами. Зараз усе більше визнається, що сприйняття цих ризиків обома групами має важливе значення і успішна політика в області

керування ризиками повинна будуватися на погоджувальній основі. Інші аспекти ризиків — побачені вони або непобачені, чи підпадають під їх вплив люди вільно чи невільно, поєднані вони з небезпекою або страхом чи ні, можуть вони привести до передачі наслідків від одного покоління іншому чи ні — були у всіх випадках сприйняті важливими для пояснення стурбованості населення. Дослідження також виявили, що до невеликих та загальних ризиків люди часто ставляться терпляче, тоді як незвичайні або драматичні ризики можуть викликати значні розбіжності. Проте у тих випадках, коли вигода від тієї чи іншої технології вважається істотною, а ризик несприятливого впливу вельми низьким, як, наприклад, у випадку збагачення вакцинами, медичними процедурами та медикаментозними лікарськими засобами, ці ризики звичайно допускаються як фахівцями, так і громадськістю (схема 7).

Нині широко визнається передача інформації щодо ризиків, зокрема у відносинах між директивними органами та їх науковими консультантами, з одного боку, та групами особливих інтересів — з іншого. Значний вплив на вибір кінцевої політики у модифікації та обмеженні ризиків для здоров'я справляють такі моменти, як спосіб, за допомогою якого робиться опис та «кваліфікуються» ризики, хто виступає від імені наукових кіл, як організовано діалог та переговори та чи доводяться належним чином до відома населення невизначеності, пов'язані з цими ризиками. Для здійснення розумної політики обмеження ризиків велике значення має атмосфера взаємної довіри між усіма сторонами. Проте у тих випадках, коли політика у сфері обмеження та регулювання ризиків зачіпає корпоративні інтереси (наприклад, компаній з виробництва алкогольних напоїв та тютюнових виробів), часто виникають добре організовані спроби спровокувати наукові та публічні суперечки з метою перешкодити досягненню політичного та громадського консенсусу.

У політиці керування ризиками необхідно враховувати місцевий контекст, особливо культуру суспільства та політичні і економічні реалії. Проте щодо країн з низьким і середнім рівнем доходу та різних суспільств, то досліджень у них ризиків для здоров'я проводиться ще замало. Зараз є реальна потреба у більшій кількості епідеміологічних даних про ці ризики, відповідної інформації про сприйняття ризиків та у більш широкому доведенні її до відома громадськості. Наприклад, до цього часу не зовсім зрозумілий механізм впливу злиденності та поведінки на уразливість різних груп населення по відношенню до ВІЛ/СНІДу, на засіб, за допомогою якого окремі люди намагаються усунути ризик, пов'язаний з передачею цієї хвороби (схема 8).

Політика у сфері керування ризиками варіює узалежності від того, чи можливо згрупувати ризики для здоров'я у категорії, які добре вивчені наукою та є загальними (наприклад, такі, як кров'яний тиск, вживання тютюну, відсутність доступу до чистої води), у менш зрозумілі категорії (включення овочів у раціон харчування, ожиріння) або менш розповсюджені (дефіцит цинку, абсорбція цинку) і категорії,

які не зовсім зрозумілі (зміна клімату). Певні наукові невизначеності, вірогідно, варіюють аналогічним чином (схема 9).

У цілях максимального забезпечення вигоди для здоров'я від стратегій керування ризиками директивні органи повинні використовувати такі підходи, які передбачають, у першу чергу, усунення основних екологічних (наприклад, зміна клімату) та периферичних (наприклад, санітарія), а також більш проксимальних ризиків. Потрібні також стратегії розширення профілактики як шляхом зниження рівня схильності людей до ризиків у масштабі всього населення, так і шляхом цілеспрямованої роботи з людьми, схильними до високого ризику, у чітко визначених підгрупах населення (схема 10).

Найбільші суперечки викликає керування рідкісними, вельми невизначеними ризиками. Фактори, які стримують прийняття відповідних заходів, включають недостатні наукові знання, істотну різницю у сприйнятті ризику, конфлікти між державними та приватними пріоритетами, наявність недостатніх фак-

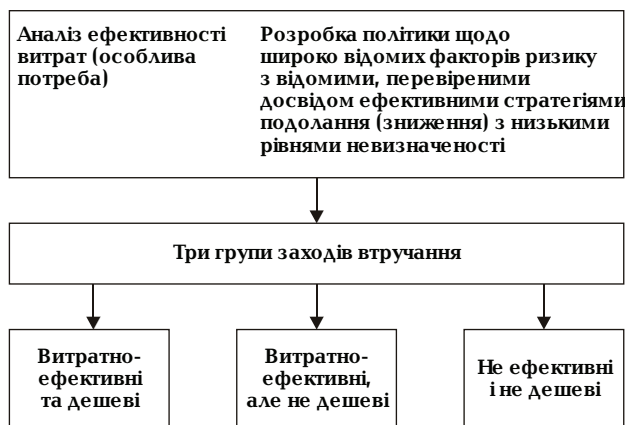


Схема 5. Ефективність витрат: тактика та стратегія



Схема 6. Взаємний вплив факторів ризику на заходи втручання



Схема 7. Варіанти сприйняття ФРЗ для визначення політики у галузі управління ризиками



Схема 8. Сприйняття ризиків для здоров'я

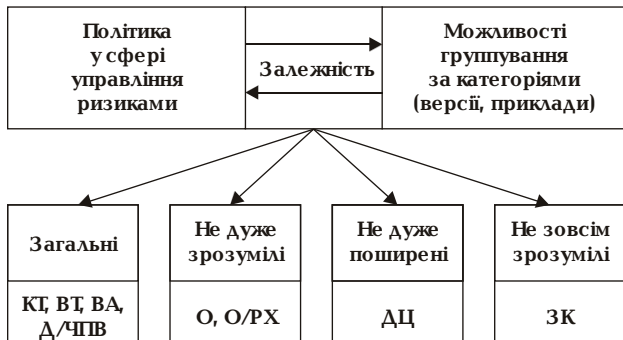


Схема 9. Варіанти групування ФРЗ за категоріями

- ВА — вживання алкоголю
- ВТ — вживання тютюну
- Д/ЧПВ — доступ до чистої питної води
- ДЦ — дефіцит цинку
- ЗК — зміна клімату
- КТ — кров'яний тиск
- О — ожиріння
- О/РХ — овочі у раціоні харчування

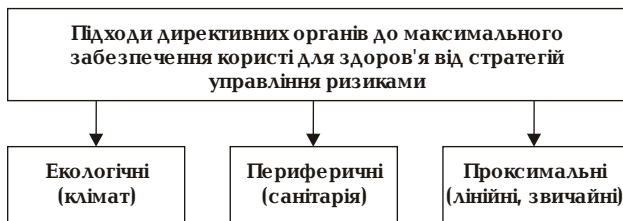


Схема 10. Основні напрями дії директивних органів щодо забезпечення здоров'я при застосуванні стратегій управління ризиками

тичних даних щодо зниження та регулювання ризиків та слабку систему прийняття програмних рішень. Навряд чи можна розраховувати на прийняття політики зниження рівня впливу ризиків у масштабі всього населення. У залежності від значення, яке надається даному виду ризику науковими, політичними колами і громадськістю, та суперечки, розгорнутої навколо нього, різні варіанти політики у сфері керування ризиками можуть бути такими: зачекати та подивитися; активно намагатися знизити рівні невизначеності шляхом подальших наукових досліджень; зачекати результатів подальших наукових повідомлень та діалогу з громадськістю; прийняти обережний підхід.

Принцип передбачуваного підходу можна використати у тих випадках, коли широко визнається, що потенційні серйозні ризики реальні, а їх потенційні, але невідомі наслідки можуть також бути вельми руйнівними, коли існують кардинальні розбіжності у думках відносно сприйняття ризику та коли наукові дані про той чи інший вид небезпеки, вірогідності виникнення ризику або масштабів наслідків відсутні чи недостатні. Цей принцип краще за все застосовувати у серйозних ситуаціях, коли прийняття рішень неможливе через силу високого рівня невизначеності та сварок (схема 11).

Директивні органи покликані грати важливу роль у зниженні рівня впливу ризиків на населення. Людям також необхідно зрозуміти, яким чином директивні органи приймають рішення, пов'язані з керуванням такими ризиками. Вже накопичено певний досвід найбільш ефективної передачі інформації про ризики, включаючи необхідність надання всіх відомих фактів і невизначеність та забезпечення того, щоб особи, які сповіщають про ризик, були висококваліфікованими, визнаними, але незалежними експертами. У цьому зв'язку важливо розвивати культуру довіри між посадовими особами, експертами, громадськістю та засобами масової інформації.

Необхідність укріплення довіри передбачає більш відкриту систему керування та регулюючі органи, не схильні до підкорення політичному тиску. Громадськість повинна знати всю інформацію щодо ризику, а діяльність наукових консультантів повинна бути відома громадськості й носити відкритий характер. Засоби масової інформації також повинні мати право на проведення без перешкод розслідування і публікацію своїх висновків.

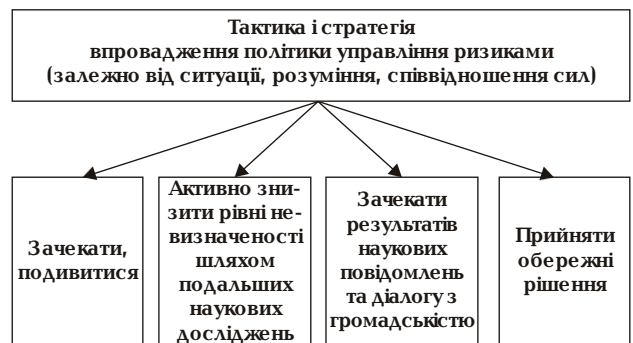


Схема 11. Принцип передбаченого підходу: алгоритм дії

Насамкінець слід ще раз нагадати, що для багатьох країн, до яких належить і Україна, особливо для найбідніших верств населення, потенційна користь від вищезгаданої діяльності достатньо велика — як

мінімум додаткових десяти років здорового життя. Таким чином, системний підхід до ФРЗ є важливим та ефективним ресурсом на шляху покращання здоров'я і збільшення тривалості життя населення.

Література

1. Методологические проблемы учения о факторах риска с позиций профилактической медицины / И.А.Гундаров, И.С.Глазунов, В.Ю.Лисицын и др. // Вестн. АМН СССР.— 1998.— № 2.— С.34–41.
2. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции.— М.: Медицина, 1992.— 512 с.
3. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения.— К., 1989.— 204 с.
4. Факторы риска для здоровья: Матер.55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ.— Женева, 2002.
5. Здоровье населения в Европе. Региональная публикация ВОЗ.— Европейская серия № 83.— Копенгаген: ВОЗ, 1997.— 90 с.
6. Здоровый образ жизни. Теоретические и прикладные проблемы (аналитический обзор).— К.: Укр. центр наук. мед. інформації та пат.-ліценз. роботи, 2002.— 21 с.
7. Нагорна А.М., Ковешнікова І.В. Самооцінка здоров'я та розповсюдженість деяких факторів ризику серед населення різної статі міст України (за результатами медико-соціологічних досліджень) // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сб. статей.— Донецк, 2000.— С. 25–29.
8. Основні соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2001 році: Стат. бюл.— К.: Держкомстат України, 2001.— 65 с.

Поступила 19.03.2003