

Секреты эффективного профилактического консультирования

Жанна Владимировна Максимова

Доцент кафедры терапии ФПК и ПП УГМУ,

Зав. отделом мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний
Свердловского областного центра медицинской профилактики,
врач-кардиолог, к.м.н.

Профилактическое консультирование

- Вариант простой психотерапии, приспособленной для первичной помощи
- Цель – помочь пациенту изменить образ жизни (скорректировать нездоровое поведение)
- Обычно требует 5–10 минут



Профилактическое консультирование

- По вопросам отказа от курения, уменьшения потребления алкоголя, рационального питания, увеличения физической активности, коррекции веса, управления реакцией на стресс

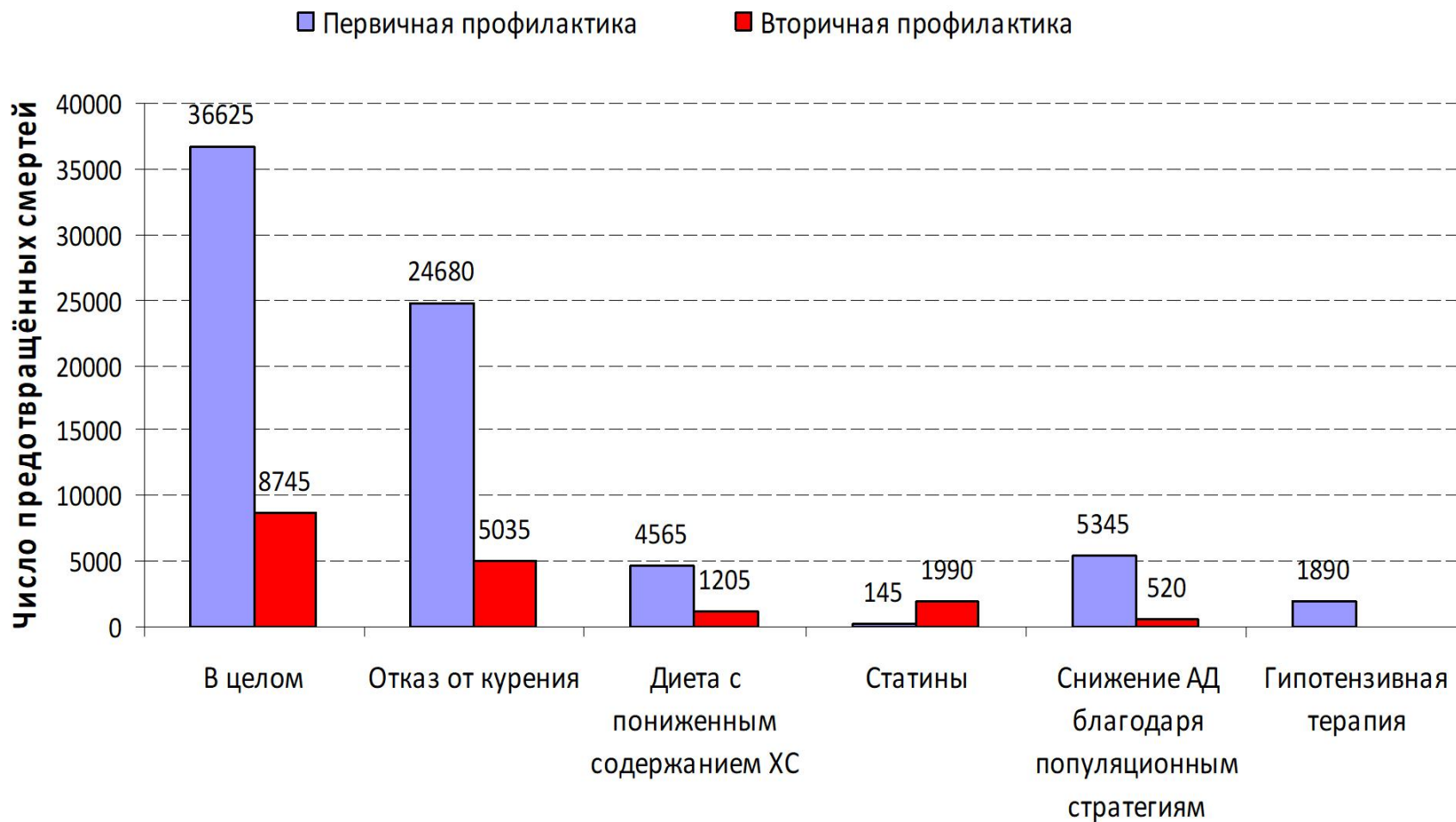


Распространённость поведенческих факторов риска ХНИЗ, артериальной гипертонии и абдоминального ожирения среди жителей Свердловской области по данным исследования 2017 г.

n = 2230

Фактор риска / ХНИЗ	Всего	Среди мужчин	Среди женщин
Курение	28,8%	50,1%	16,4%
Употребление высоких доз алкоголя в течение последнего месяца	30,7%	44,4%	20,0%
Недостаточное употребление овощей и фруктов	87,4%	88,3%	86,9%
Низкая физическая активность	20,5%	20,0%	20,5%
Артериальная гипертония	37,7%	34,9%	39,3%
Абдоминальное ожирение	34,0%	16,4%	43,6%

Вклад первичной и вторичной профилактики в снижении смертности от ИБС



Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. Belgin Unal, Julia Alison Critchley, Simon Capewell, British Medical Journal

Польза от поведенческого вмешательства

- После короткого консультирования стойкие поведенческие изменения наблюдаются у 5-15% пациентов
- Снижение распространённости факторов риска на популяционном уровне – от 1 до 20%
- Консультирование по вопросам образа жизни повышает удовлетворенность пациентов медицинской помощью
- Приносит огромную пользу для населения в целом и большого числа отдельных пациентов в частности, когда проводится систематически и распространяется на всех обратившихся за медицинской помощью

Whitlock E.P., Orleans C.T., Pender N., Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-based Approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4)

Jepson R.G., Harris F.M., Platt S., Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* 2010; 10(538)

Поведенческое консультирование

«Подумай, как трудно
изменить себя самого, и ты
поймешь, сколь ничтожны твои
возможности изменить
других»



Voltaire
1694 -
1778

Особенности поведенческого консультирования

- Неавторитарный стиль консультирования: давать советы, а не директивы
- Уважать взгляды пациента: не осуждать, а поощрять
- Побуждать высказывать свою точку зрения
- Подчеркивать преимущества того или иного изменения образа жизни - «не пугать плохим, а привлекать хорошим»
- Подчеркивать ответственность пациента за своё здоровье

Структурированное пятиступенчатое консультирование (5«А»)

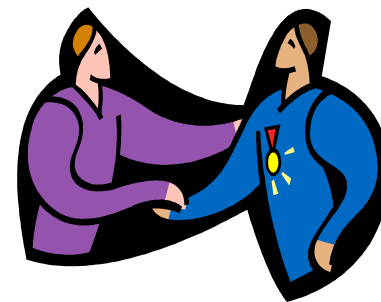
- **Спросить (Ask)** – выяснить, какие поведенческие изменения необходимы
- **Советовать (Advise)** – кратко описать пациенту последствия, связанные с продолжением воздействия фактора риска, и преимущества от изменения
- **Оценить (Assess)** готовность к изменениям, предыдущие попытки поведенческих изменений, барьеры
- **Помочь (Assist)** – дать конкретные рекомендации по изменению того или иного фактора риска
- **Поддержать (Arrange)** усилия пациента на последующих визитах; при каждом посещении осведомляться о достигнутых результатах, проблемах, или о готовности к изменениям

Составляющие профилактического консультирования

- **Что менять?** Информирование пациента об имеющихся у него факторах риска
- **Зачем?** Мотивирование и побуждение пациента к активным действиям по отказу от вредных привычек и соблюдению врачебных рекомендаций
- **Как?** Обучение пациента практическим навыкам

Реальные возможности поведенческого консультирования

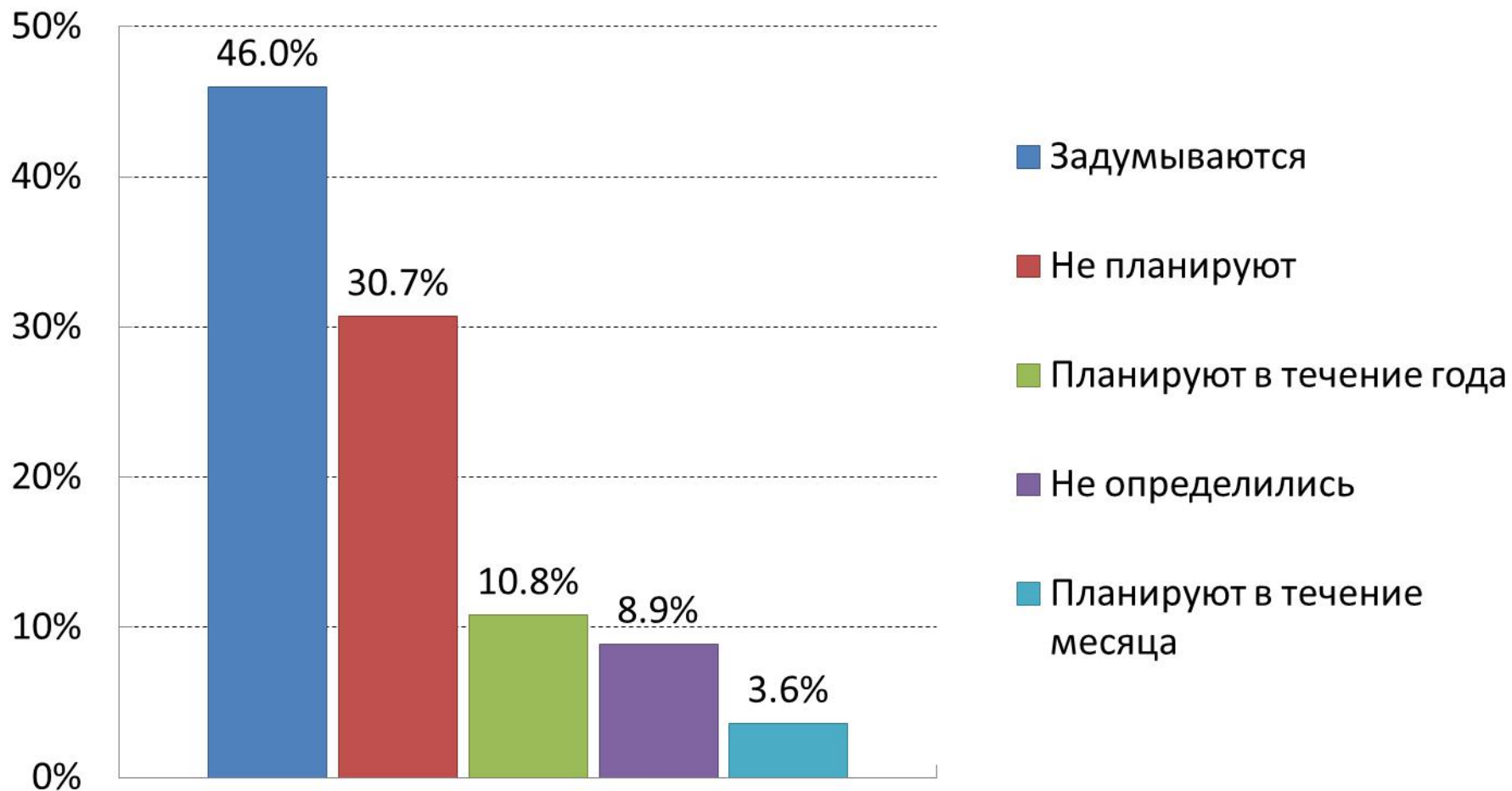
- Информирование
- Мотивационное консультирование
- Личный пример врача



Стадии цикла изменения поведения



Распределение курящих по степени мотивации к отказу



Мотивационное собеседование

Проводится с курильщиками, которые не готовы бросить в настоящее время (колеблющиеся)

- **Значимость** – почему пациенту может быть важен отказ от курения?
- **Риск** – есть ли у пациента проблемы со здоровьем, которые могут быть связаны с курением?
- **Вознаграждение** - что хорошего может произойти после отказа от курения?
- **Препятствия** – что мешает отказаться от курения, что может спровоцировать срыв?
- **Повторение** – повторно оценивать мотивацию к отказу при последующих консультациях

Особенности мотивационного собеседования

- Выявлять причины, побуждающие пациента к переменам, а не советовать ему причину, по которой он что-то должен изменить
- Мотивация возникает у самого пациента, а не навязывается ему извне
- Избегать прямого убеждения, принуждения и других приемов внешнего управления пациентом
- «Подталкивание» пациента к переменам в жизни, к которым он еще не готов увеличивает сопротивление пациента и снижает вероятность изменения

Модели поведения, которым нужно научиться при консультировании

- Оценивать уровень реагирования пациента, внимательно выслушивая его высказывания
- Стремление понять «систему координат» пациента
- Выражение признания
- Мониторинг степени готовности пациента к изменениям и недопущение возникновения сопротивления пациента
- Подтверждение свободы выбора и самоуправления пациента

The Absolute CVD Risk/Benefit Calculator

Framingham
US Data, 10 Year Risk
 Heart attacks + angina/coronary insufficiency + heart failure + strokes + intermittent claudication

QRISK[®]2-2014
UK Data, 10 Year Risk
 Heart attacks + strokes

ACC/AHA ASCVD
US Data, 10 Year Risk
 CHD death + nonfatal heart attacks + fatal/nonfatal strokes

PREDICT
New Zealand Data, 5 Year Risk
 Heart attacks + angina + heart failure + strokes/TIAs + peripheral vascular disease

Age
 years

Gender
 Male Female

Smoker
 Yes No
CVD risk is reversed after 5-10 years of no smoking

Diabetes
 Yes No

Systolic Blood Pressure
 mmHg
Enter present blood pressure regardless of treatment
 120 mmHg is used for baseline risk

On treatment for BP
 Yes No
Click YES if taking blood pressure medication

Total Cholesterol
 mmol/L
Cholesterol should be prior to drug treatment
 3 mmol/L is used for baseline risk.
[Click to change to mg/dL.](#)

HDL Cholesterol
 mmol/L
HDL should be prior to drug treatment
 1.3 mmol/L is used for baseline risk.

Chronic Kidney Disease
 Yes No
CKD status is not part of the risk algorithm but is used for calculating the benefit of certain therapies

Family History of Early CHD

Relative Benefit: 0%

Benefit often has nothing to do with the effect on the surrogate marker. At present, you can only select one intervention at a time.

- Physical Activity
- Mediterranean Diet vs Low fat
- Vitamin/Omega-3 supplements
- BP meds (not atenolol/doxazosin)
- Low-mod intensity statins
- High intensity statins Fibrates
- Niacin Ezetimibe Metformin
- Sulfonylureas Insulins Glitazones
- GLPs DPP-4s Meglitinides
- SGLT2 Smoking Cessation
- ASA

[Benefit Estimate Details](#)

Risk Time Period

10 years



	68.8%	No event
	31.2%	Total with an event
	0.0%	Number who benefit from treatment
NNT	∞	Number needed to treat
	10.8%	Baseline events using baseline factors alone
	20.4%	Additional events "caused" by risk factors

As with all risk calculators, calculated risk numbers are +/- 5% at best. [More information.](#)

[Print Report](#)

The Absolute CVD Risk/Benefit Calculator

Languages: English (EN) ▼

Framingham US Data, 10 Year Risk
Heart attacks + angina/coronary insufficiency + heart failure + strokes + intermittent claudication

QRISK[®]2-2014 UK Data, 10 Year Risk
Heart attacks + strokes

ACC/AHA ASCVD US Data, 10 Year Risk
CHD death + nonfatal heart attacks + fatal/nonfatal strokes

PREDICT New Zealand Data, 5 Year Risk
Heart attacks + angina + heart failure + strokes/TIAs + peripheral vascular disease

Age years

Gender Male Female

Smoker Yes No
CVD risk is reversed after 5-10 years of no smoking

Diabetes Yes No

Systolic Blood Pressure mmHg
Enter present blood pressure regardless of treatment
120 mmHg is used for baseline risk

On treatment for BP Yes No
Click YES if taking blood pressure medication

Total Cholesterol mmol/L
Cholesterol should be prior to drug treatment
3 mmol/L is used for baseline risk
[Click to change to mg/dL](#)

HDL Cholesterol mmol/L
HDL should be prior to drug treatment
1.9 mmol/L is used for baseline risk

Relative Benefit: **Variable**

Benefit often has nothing to do with the effect on the surrogate marker. At present, you can only select one intervention at a time.

- Physical Activity
- Mediterranean Diet vs Low fat
- Vitamin/Omega-3 supplements
- BP meds (not atenolol/doxazosin)
- Low-mod intensity statins
- High intensity statins Fibrates
- Niacin Ezetimibe Metformin
- Sulfonylureas Insulins Glitazones
- GLPs DPP-4s Meglitinides
- SGLT2 Smoking Cessation

Harm Of Intervention

- No Harms

ASA

[Benefit Estimate Details](#)

Risk Time Period

10 years



- 68.8% No event
- 17.6% Total with an event
- 13.6% Number who benefit from treatment
- NNT 7 Number needed to treat
- 10.8% Baseline events using baseline factors alone
- 6.8% Additional events "caused" by risk factors

Relative Benefit: **30%**

Benefit often has nothing to do with the effect on the surrogate marker. At present, you can only select one intervention at a time.

- Physical Activity
- Mediterranean Diet vs Low fat
- Harm Of Intervention
- No real harms
- Vitamin/Omega-3 supplements
- BP meds (not atenolol/doxazosin)
- Low-mod intensity statins
- High intensity statins Fibrates
- Niacin Ezetimibe Metformin
- Sulfonylureas Insulins Glitazones
- GLPs DPP-4s Meglitinides
- SGLT2 Smoking Cessation
- ASA

[Benefit Estimate Details](#)

Relative Benefit: **25%**

Benefit often has nothing to do with the effect on the surrogate marker. At present, you can only select one intervention at a time.

- Physical Activity
- Harm Of Intervention
- Potential for activity-related injury
- Additional Benefits
 - Less depression
 - Improves sleep quality
 - Improves OA pain and function
- Mediterranean Diet vs Low fat
- Vitamin/Omega-3 supplements
- BP meds (not atenolol/doxazosin)
- Low-mod intensity statins
- High intensity statins Fibrates
- Niacin Ezetimibe Metformin
- Sulfonylureas Insulins Glitazones
- GLPs DPP-4s Meglitinides
- SGLT2 Smoking Cessation

Risk Time Period

10 years



- 68.8% No event
- 21.8% Total with an event
- 9.4% Number who benefit from treatment
- NNT 11 Number needed to treat
- 10.8% Baseline events using baseline factors alone
- 11.0% Additional events "caused" by risk factors

Risk Time Period

10 years



- 68.8% No event
- 23.4% Total with an event
- 7.8% Number who benefit from treatment
- NNT 13 Number needed to treat
- 10.8% Baseline events using baseline factors alone
- 12.6% Additional events "caused" by risk factors

Поведенческое консультирование

«Искусство медицины
заключается в том, чтобы
развлекать пациента, пока
природа занимается его
лечением»



Voltaire
1694 -
1778