

Hryshunina N. Y.: <https://orcid.org/0000-0001-6159-1551> ^{ACDF}
Totska A. V.: <https://orcid.org/0009-0001-7169-3022> ^{BDE}
Krapyva D. M.: <https://orcid.org/0009-0005-7896-4792> ^{ADF}
Oleksenko I. M.: <https://orcid.org/0000-0002-8926-6344> ^{BEF}
Manin M. V.: <https://orcid.org/0000-0002-2620-1631> ^{BDF}

Conflict of interest / Конфлікт інтересів:

The authors declare no conflict of interest / Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Hryshunina Nataliia Yuriivna / Гришуніна Наталія Юріївна
Dnipro State Medical University / Дніпровський державний медичний університет
Ukraine, 49000, Dnipro, 9 Vernadskoho str. / Адреса: Україна, 49000, м. Дніпро, вул. Вернадського 9
Tel.: +380963790236 / Тел.: +380963790236
E-mail: nat.gridma@gmail.com

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article / A – концепція роботи та дизайн, B – збір та аналіз даних, C – відповідальність за статистичний аналіз, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Received 29.07.2024 / Стаття надійшла 29.07.2024 року
Accepted 21.11.2024 / Стаття прийнята до друку 21.11.2024 року

DOI 10.29254/2077-4214-2024-4-175-18-32

UDC 616-084-053.9

Zhdan V. M., Babanina M. Yu., Kitura Ye. M., Tkachenko M. V.,
Kyrian O. A., Volchenko G. V., Slipchenko L. B.

CURRENT ISSUES OF PREVENTIVE MEDICINE IN ELDERLY PATIENTS

Poltava State Medical University (Poltava, Ukraine)

maryna.babanina@gmail.com

Prevention is the most important principle of family medicine. Predicting the risk of developing diseases in the elderly, early diagnosis, timely informing patients, and taking preventive measures are the most important elements of a family doctor's daily work. Prediction and early detection of diseases are understood to mean detection of the early stages of diseases and developmental abnormalities that can be prevented and treated. The organization of a general practitioner's work should include preventive work based on the time spent. The success of preventive interventions depends on many factors, including the availability of preventive technologies with proven effectiveness, a conscious attitude of everyone to their own health and, as a result, the desire to follow the prescriptions and advice of a family doctor. The purpose of our study was to analyze and highlight current data on disease prevention in the elderly and the role of the family doctor in preventing the onset and progression of diseases.

Prevention in medicine is a set of medical, sanitary, hygienic, educational, social and economic measures aimed at preventing diseases and eliminating risk factors. In a broad sense, prevention also includes the comprehensive development of a person. The basis of preventive medicine is an individual holistic approach to treatment. Telemedicine consultations, medical chatbots, medical applications on smartphones - sensors built into fitness bracelets, watches, or clothing - allow monitoring important indicators of the human body. Medical prevention is a key area of healthcare reform in Ukraine.

Key words: evention, medicine, family doctor, disease, elderly people.

Connection of the publication with planned research works.

The work is a fragment of the research work "Multi-disciplinary personalized approach to the management of patients with comorbidities and mental health disorders", state registration no: 0124U000097.

Introduction.

Ensuring an adequate level of public health is a priority for any state and its healthcare system, as stated in strategic documents at the international and national levels. The goals and objectives of the modern healthcare system of Ukraine are aimed at preserving and promoting health, providing the population with affordable and high-quality medical care in accordance with the level of financial capabilities and technological develop-

ment, real needs and in compliance with the principles of equality and justice [1, 2].

Preventive care to improve public health is becoming increasingly important worldwide. The implementation of national programs for the prevention of non-communicable diseases in developed countries confirms the possibility of influencing risk factors and reducing the incidence of cardiovascular, bronchopulmonary, gastroenterological, hepatobiliary, and renal pathology [2, 3]. It is medical prevention as a type of preventive activity in health care that should influence health indicators and optimize the body's resources. And here, family doctors have a key role to play: they should initiate and facilitate the attraction of resources for the development of prevention as a vital type of professional activity. Healthcare professionals should be motivated to study preven-

tion issues, understand the importance and necessity of such training, and believe in its effectiveness [1, 2, 4].

The aim of the study.

To analyze and highlight current data on disease prevention in the elderly and the role of the family doctor in preventing the onset and progression of diseases.

Main part.

At the present stage, individual and public sanitary and hygienic measures are of great importance in preventive medicine. Disease prevention includes various aspects of medical activity: promoting a healthy lifestyle (nutrition, physical activity, sleep and work habits), improving the mental health of individuals and society, improving living conditions and food quality, immunization against infectious diseases (measles, diphtheria, pertussis, etc.), using diagnostic and monitoring tools, improving public health and access to quality information [4, 5, 6].

There are primary, secondary, and tertiary prevention.

- *Primary prevention* (radical) is aimed at eliminating the cause of the disease by improving working and living conditions (environmental improvement, organization of a healthy lifestyle, hygienic regulation of the impact of factors); it involves either the complete elimination of the adverse factor or its reduction to a safe level (for example, smoking cessation reduces the likelihood of developing lung cancer);

- *Secondary prevention* is carried out among apparently healthy citizens to detect premorbid conditions – pre-diseases (for example, breast examinations, smear tests for atypical cells, etc.) and is aimed at increasing the body's resistance (therapeutic and preventive nutrition, personal protective equipment, etc.);

- *Tertiary prevention* (rehabilitation) – aimed at preventing complications, relapses of already developed diseases, transition of the disease to a chronic form (for example: lowering cholesterol levels, prescribing β -blockers in patients with myocardial infarction) [7, 8].

Primary prevention includes the following measures:

- production and procurement of vaccines for children and adults, creation of necessary vaccine stocks;
- vaccination of children, adults and the elderly, post-exposure prophylaxis of persons at risk of contracting an infectious disease;
- providing information on behavioral or medical health risks, counseling and risk reduction measures at the individual and community level;
- maintaining systems and procedures for integrating primary health care and specialized care into disease prevention programs;
- manufacturing and procurement of nutritional additives.

Secondary prevention includes:

- implementation of evidence-based screening programs for early diagnosis of diseases, maternal and child health programs (screening and prevention of birth defects);
- production and procurement of chemoprophylaxis products;
- production and procurement of screening tests for early diagnosis of diseases;
- capacity building to meet current and future needs.

Tertiary prevention includes:

- rehabilitation of patients with diseases to minimize residual disabling effects and complications, as well as to maximize the prolongation of a full life;
- improving the patient's quality of life, even if full recovery is not possible.

Tertiary prevention of diseases is also seen as an activity aimed at individuals and population groups that demonstrate various types of risky behavior.

The conceptual differences between primary, secondary and tertiary prevention in the practice of a family doctor/GP are blurred. Diagnosis and treatment of hypertension, for example, can be considered secondary prevention measures, while hypertension is a threatening risk factor for atherosclerosis, heart failure, and stroke, so treatment of the latter should be considered primary prevention of hypertension complications. Tobacco prevention is presented as primary prevention of chronic bronchitis in healthy people and as tertiary prevention for patients with an already established diagnosis of chronic obstructive bronchitis and coronary artery disease [9, 10].

The means of medical prevention are:

- promotion of a healthy lifestyle;
- organization and conduct of preventive vaccinations;
- periodic and targeted medical examinations;
- medical examination;
- hygienic education, etc.

Emphasis should be placed on primary prevention and control of modifiable risk factors, as it is much easier to prevent the disease than to cure it [11, 12, 13].

At the same time, preventive medicine is non-personalized, meaning that recommendations for preventing the development of diseases (primary prevention) or the progression of diseases (secondary prevention) are common to all (for example, proper nutrition, exercise, sports).

The main component of preventive medicine is the detection of diseases in groups of people at early stages. It should be understood that these are the stages at which most diseases can be diagnosed (secondary prevention) by such available methods as laboratory tests, X-ray, ultrasound.

The main practical medical methodology for medical prevention is to conduct motivational interviewing in the treatment and modification of patients' lifestyles [14, 15].

According to the principles of preventive medicine, a family doctor should clearly explain to the patient why it is critical for him or her to quit smoking, for example, and why general types of physical training are not very effective in this or that case or can be harmful. When counseling, the family doctor should give the patient specific recommendations for proper and rational nutrition (which foods are useful and why, and which are harmful and what causes this) [15].

When it comes to early diagnostics using biomarkers, according to the recommendations of preventive medicine, a family doctor should convince patients of the need to determine certain biomarkers.

Modern drug therapy often has side effects (sometimes severe), it is not always effective for everyone, because when testing medicines, the concept of number needed to treat is used – the number of people who need to be treated to help one person, this figure is at

best 1:5 – 1:10. Therefore, modern technologies are developing along the path of creating targeted therapy (targeted), which acts selectively and precisely [16, 17].

Currently, the vast majority of visits to family doctors are related to the treatment of diseases that have developed gradually, including chronic diseases of the cardiovascular system, endocrinological, rheumatological, gastroenterological, neurological, and respiratory system pathologies.

In this regard, early diagnosis of these diseases becomes a priority, which will allow family doctors to start timely and effective treatment. Another important principle of preventive medicine is not passive waiting for the disease and its subsequent treatment, but taking preventive measures long before the disease develops [18].

A further task of preventive medicine is to minimize the risks of developing diseases and their complications, and to maintain the patient's health for many years. Another distinctive feature of preventive medicine is not passive compliance with family doctor's prescriptions, but rather, with the participation of the latter and his/her help, getting to know your body, understanding what negatively affects your health and learning to manage this process [1, 2, 18].

In addition to the classical treatment of human diseases, a distinctive feature of preventive medicine is targeted treatment algorithms (e.g., dyslipidemia correction) using non-drug (lifestyle and dietary changes) and drug (statins, fibrates or other medications) aimed at preventing metabolic and endothelial changes that can further lead to coronary heart disease, diabetes mellitus and other pathologies.

On the other hand, regular monitoring of target markers (low-density lipoprotein, total cholesterol, triglycerides) will enable the family doctor to assess the effectiveness of preventive therapy [19, 20, 21].

The American College of Preventive Medicine (ACPM) defines prevention as the practice of promoting primary care and improving the well-being of patients.

People with the most common diseases (coronary heart disease, arterial hypertension, diabetes mellitus, and others) need more outpatient consultations to prevent devastating complications (heart attacks, strokes, micro- and macrovascular peripheral lesions) or comorbidities that seriously affect their health.

Risk factors are endogenous or exogenous additional adverse effects on the body that increase the likelihood of disease or death. The concept of risk factors is one of the most important principles underlying modern ideas about the possibilities and directions of preventive medicine. The concept of "risk factors" is essentially epidemiological. It was formed as a result of the accumulation of extensive scientific evidence in the course of special studies conducted on certain population groups. Risk factors are those factors that are associated with a high frequency of certain diseases. These are the following factors, the fight against which is aimed at reducing the frequency of diseases, reducing the severity or eliminating certain disease processes [7, 13, 20, 21].

Modifiable risk factors are those that can be changed by adjusting lifestyle, eliminating harmful environmental factors and habits, rationalizing nutrition, etc.; *non-modifiable risk factors* are those that cannot be adjusted (e.g., heredity).

It is advisable to identify two main groups of risk factors that are important for preventive measures [11, 20].

The first group of socio-cultural risk factors includes:

- sedentary (inactive) lifestyle, including during leisure time;
- stressful and conflict-ridden conditions of modern life;
- irrational diet;
- environmental imbalance;
- unhealthy lifestyle, including bad habits.

The second group includes internal risk factors, which represent certain physiological and biochemical disorders in the human body (obesity, high blood pressure, increased blood cholesterol, etc.). The manifestation of many of these internal factors may be associated with genetic characteristics (hereditary predisposition). Many risk factors begin to affect in childhood. Therefore, preventive measures should be taken as early as possible.

There are also primary and secondary risk factors. Primary factors include factors that have a negative impact on health: unhealthy lifestyle, environmental pollution, burdened heredity, poor performance of health care services, etc. Secondary risk factors include diseases that aggravate the course of other diseases: diabetes mellitus, atherosclerosis, hypertension, etc [13, 20, 21].

Thus, there are many risk factors and their classifications.

The main risk factors for non-communicable diseases:

Among the primary risk factors that preventive medicine takes into account, the most common are:

- active/passive smoking;
- alcohol consumption;
- air pollution;
- overweight and obesity;
- excessive consumption of table salt;
- drinking unsuitable or contaminated water;
- low physical activity;
- unhealthy diet and excessive consumption of easily digestible carbohydrates and fats;
- insufficient amount of vegetables and fruits in the human diet
- infections.

Secondary factors include:

- high blood sugar levels;
- elevated levels of cholesterol and low-density lipoprotein, triglycerides;
- high blood pressure;
- respiratory tract infections.

In the elderly, preventive measures should address illness, frailty, accidents (i.e., unintentional injuries), iatrogenic complications, psychosocial problems, and the ability to carry out activities of daily living. Not all elderly patients benefit from every preventive measure. The choice of preventive measures is guided by the patient's general condition:

- Healthy
- Chronically ill
- Weakened/complex

Healthy elderly people have minimal or no chronic diseases and are functionally independent. Primary and secondary prevention of diseases and prevention of frailty are the most appropriate measures for this group of patients.

Chronic patients – these patients usually have several incurable but treatable diseases, are usually functionally independent or minimally dependent, often take several prescription drugs, and are sometimes hospitalized when their chronic diseases are exacerbated. Secondary and tertiary disease prevention and frailty prevention are prioritized, as well as primary disease prevention, prevention of iatrogenic complications and accidents [7, 8].

Chronically ill patients should be fully aware of their illnesses and have information about their treatment plans, and their caregivers should be aware of this as well. Regular visits to the doctor and prompt reporting of symptom changes can help reduce the number of serious exacerbations that can lead to hospitalization and functional impairment.

Weakened/complex patients. These people usually have a history of severe chronic diseases, are functionally dependent and have lost their physiological reserve. They are frequently hospitalized and provided with statutory assistance. For them, prevention of accidents and iatrogenic complications is of utmost importance.

Caregivers of fragile elderly people have an obligation to try to prevent accidents at home by making a checklist of home safety measures and correcting any potential hazards identified. Caregivers should monitor even minor functional changes in elderly patients and immediately report any changes to the attending physician. If the patient has multiple unmet needs, especially in combination with functional impairment, the caregiver should consider referring the patient to a geriatric interdisciplinary team for care.

Some preventive measures that apply to all elderly people include:

Diet and exercise: A healthy diet and regular physical activity can help prevent or delay illness and many diseases, and other disease prevention measures can also help. For example, physical activity can help prevent bone fragility in both healthy patients and chronically ill older adults. In frail patients, exercise can help maintain functional capacity and reduce the number of accidents [19].

Screening and prevention: Healthy elderly people should visit their doctor at least annually to ensure that primary and secondary disease prevention measures, including screening and chemoprophylaxis (e.g., vaccination, aspirin), are taken in a timely manner. Vaccination against influenza (annually) and vaccination against pneumococcal infection (with PPSV23 vaccine and PCV13 for older people with certain diseases) are effective, inexpensive and associated with minimal morbidity [4].

Prevention of diseases in the elderly

Disease prevention is treatment aimed at preventing the onset or worsening of a disease. Preventive measures are useful for all elderly people without chronic or mild diseases, as well as for elderly people with several incurable diseases that can be controlled by medication.

Primary prevention in the elderly is aimed at preventing the onset of a disease by reducing or eliminating risk factors. Primary prevention can include immunization (vaccination), chemoprophylaxis, and lifestyle changes.

The purpose of *secondary prevention* is to detect and treat a disease or its complications at an early stage,

before symptoms or functional changes develop, which minimizes morbidity and mortality.

Screening can be a primary or secondary prevention measure. Screening is used to identify risk factors to prevent or detect asymptomatic disease in people that can be treated early.

In *tertiary prevention*, patients with an existing symptomatic, usually chronic disease are properly prevented from further functional loss.

Disease management is carried out with the help of practice-specific methodological developments and documents on disease management. Several disease management programs have been developed:

- providing special care for the patient's condition: a specially trained nurse, together with a doctor or geriatrician, coordinates documentation and observation, organizes support and education services for the patient;
- chronic care in clinics: patients with the same chronic disease are educated in groups and visited by a practitioner. This approach can help patients with diabetes achieve better blood glucose control;
- specialists: patients with a chronic condition that is difficult to stabilize may be referred to a specialist. This approach works best when a subspecialist and a general practitioner work as a team. Patients with the following chronic conditions, which are most common among older adults, may benefit most from tertiary prevention [1, 2, 4].

Prevention of frailty.

Frailty is the loss of physiological reserve, which increases the susceptibility of people to disability due to minor stress. Common signs of frailty include weakness, decreased physical activity, weight loss, muscle atrophy (sarcopenia), exercise intolerance, frequent falls, immobility, urinary incontinence, and frequent exacerbations of chronic diseases.

Physical activity and a healthy diet are recommended to prevent or reduce frailty. Older adults who regularly perform aerobic exercise (e.g., walking, swimming, running) increase their life expectancy and are less likely to experience functional decline than those who are sedentary. Mood and possibly cognitive function can also be improved. Strength training can help increase bone mass and reduce the risk of falls and fractures. A healthy diet can prevent or reduce the risk of many diseases that contribute to frailty, including breast and colon cancer, osteoporosis, obesity, and malnutrition; morbidity and mortality may also be reduced [22, 23].

Prevention of injuries in the elderly (falls)

Older people are vulnerable to injury from falls. For people who are at high risk or have already suffered a fall, a fall prevention program should be implemented, including physical activity (with/without physiotherapy) and vitamin D administration.

Dangers existing in everyday life.

There can be many hazards in the home. For example, people with peripheral neuropathy are at increased risk of burns from hot water; burns can be prevented by installing a water heater with a temperature of no higher than 49°C. For people with dementia, it is especially dangerous to use electrical and gas appliances; in this situation, they can be helped by using an alarm system and automatically turning off the functions of the appliances. Smoke and carbon monoxide detectors should

be installed and maintained in working order. Firearms should be safely stored or removed from the home.

All patients or their caregivers should complete a home safety checklist to identify possible hazards, including those that increase the risk of falls. Family physicians can visit the patient's home to assess its safety [24, 25, 26].

Prevention of iatrogenic complications in the elderly.

Iatrogenic complications are more common and often more serious among the elderly population than among younger patients. These complications include side effects of antiretroviral drugs, falls, hospital-acquired infections, pressure ulcers, delirium, and surgery-related complications. Prophylaxis is often used.

Risk factors for iatrogenic complications.

The first step in prevention is to identify patients with high risk factors:

1. Multiple chronic diseases. The more chronic diseases a patient has, the greater the risk that treating one disease will aggravate others. For example, treating arthritis with NSAIDs may cause an exacerbation of heart failure, coronary artery disease, or chronic gastritis;

2. Observation of the patient by several doctors. Having multiple treating physicians can lead to uncoordinated care and polypharmacy. It is difficult to exchange information among doctors every time one of them visits a common patient. As a result, the patient's treatment regimen is often changed without the knowledge of other doctors, thereby increasing the risk of iatrogenic complications;

3. Using multiple medications (polypharmacy) and taking inappropriate medications. Taking several medications at the same time and having several chronic diseases significantly increase the risk of developing undesirable drug interactions or drug interactions with other diseases. The risk of such interactions is particularly high among patients suffering from malnutrition or renal failure. In addition, some medicines have a particularly high risk of adverse reactions in the elderly due to changes in body structure and drug metabolism. Specific examples include anticholinergics such as diphenhydramine, benzodiazepines and other hypnotics, opioids, neuroleptics, anticoagulants, and NSAIDs.

4. Hospitalization. Risks associated with hospitalization include hospital-acquired infections, hypersensitivity disorders, and transfusion reactions. Hospitalized patients suffering from dementia, immobilized (e.g., after surgery) and at high risk of iatrogenic complications (e.g., pressure ulcers, deep vein thrombosis, urinary retention, delirium).

5. Medical technologies may contribute to iatrogenic complications, including sudden death or myocardial infarction following valve replacement surgery, stroke following carotid endarterectomy, hyperhydration following blood transfusions and infusions, unwanted prolongation of life with artificial life support, and hypoxic encephalopathy following potentially life-prolonging cardiopulmonary resuscitation.

Prevention of iatrogenic complications.

Measures that can prevent iatrogenic complications include the following:

- Patient follow-up. Caregivers are responsible for patient management, establishing communication between health care providers, providing necessary services, preventing duplication of services. Caregivers can

be hired by physician groups, community or governmental organizations through health plans. People in poor health benefit most from such supervision.

- Geriatric interdisciplinary team – assesses all of the patient's needs, develops an agreed-upon care plan, and monitors the patient (or co-monitors with the physician). As this intervention is resource-intensive, it is best reserved for very complex cases. Geriatric interdisciplinary teams sometimes focus on specific problems related to aging, such as fall risk and prevention, frailty assessment (especially before surgery or cancer treatment), and dementia diagnosis and treatment.

- Consultation with a pharmacist. A pharmacist can help prevent possible complications caused by polypharmacy and inappropriate use of medications.

- Intensive care units for the elderly. These units have hospital wards in which conditions are maintained so that elderly patients can be carefully assessed for iatrogenic problems before they occur and so that such problems are identified and properly monitored with careful documentation.

- Advance legal directive. Patients are advised to prepare legal directives in advance, including a certified power of attorney for health care decisions. These documents can help prevent unwanted treatment for seriously ill patients who are in critical condition or unable to speak [24, 25, 26].

Prevention of psychosocial problems of the elderly

Diagnosis of depression is recommended, as depression is common among older adults. Several validated screening tests can be used to detect depression (e.g., Geriatric Depression Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Patient Health Questionnaire-9 [PHQ-9]). The screening is relatively easy to perform; it does not require tools or a doctor's presence. For patients who feel lonely and isolated, help from a social worker to increase social contact can prevent morbidity and delay death. For those patients who are depressed, appropriate intervention with patient counseling or prescription of appropriate medications is warranted.

Maintaining a sense of self-worth can help improve health. Patients should be encouraged to remain productive, participate in leisure activities, and be around people or participate in community activities. Such activities can increase self-esteem. Predictable activities that fulfill the meaning of social connectedness, such as getting a pet, doing housework, or doing volunteer work, can help prevent psychosocial problems (and physical disability) [25, 27].

Physical activity in the elderly

At least 75% of people aged >65 years do not exercise at the recommended levels, despite the known health benefits: life expectancy, improved quality of life (e.g., endurance, strength, mood, sleep, flexibility, possibly cognitive function, bone density (when using weight-bearing exercises)).

In addition, many older people do not know how intensively they should exercise and cannot accurately assess their capabilities.

Exercise is one of the safest ways to improve health. Because of the decline in physical performance due to aging and age-related diseases, older people may benefit more from exercise than younger people. Physical exercise has been shown to be beneficial even in old age. Basic moderate strength exercises help elderly patients

to cope with their daily activities. Many elderly patients need guidance in order to regularly perform safe and acceptable physical activities.

Aerobic exercises, in particular, have the greatest health benefits for sedentary patients. Strength decreases with age, and a decline in strength can jeopardize the body's functioning. For example, almost half of women over 65 and more than half of women over 75 cannot lift 4.5 kg. Strength training can increase muscle mass by 25-100% or more, significantly improving the ability to perform daily activities. Also, the degree of muscle work requires less cardiovascular effort; increased leg muscle strength improves walking speed and stair climbing. In addition, elderly people with high muscle mass living in nursing homes have better nitrogen balance, less deterioration in physical condition and a better prognosis during critical illnesses [22, 24].

To help increase flexibility, the major muscle groups can be stretched daily, although stretching >3 times per week is associated with some improvements. Ideally, major muscle groups should be stretched after exercise, when the muscles are most elastic.

Balance training traditionally involves shifting the center of gravity while performing exercises in an unstable position, such as standing on one leg or balancing on wobbly boards. Balance training can help some people with impaired proprioception and is often used to prevent falls in older adults. However, this is often ineffective because any action related to maintaining balance is skill-dependent (e.g., maintaining good balance while standing on a balancing board does not improve balance in heterogeneous activities). For most older adults, exercises to increase flexibility and strength prevent falls more effectively; they also cushion falls. Such a program strengthens joints and helps people maintain their body position more effectively when standing and walking. For people who have difficulty standing and walking because of poor balance, more complex balance tasks (e.g., standing on a wobble board) are contraindicated because of the possible risk of injury.

Falls in the elderly

A fall is defined as a condition of a person who is at rest on the ground or at an even lower level; sometimes parts of the body strike an object, which cushions the fall. As a rule, cases caused by acute disorders (e.g., stroke, seizure) or the presence of overwhelming environmental hazards (e.g., being struck by a moving object) are not considered falls.

Falls threaten the independence of older people and cause a number of individual and socioeconomic conse-

quences. However, physicians are often unaware of falls in patients who do not recall injuries because routine history and physical examination usually do not include a specific assessment for signs of falls. Many older people are reluctant to report falls because they attribute falls to aging or fear of being restricted in their activities or institutionalized. [22, 23, 25].

Prevention of falls in the elderly

Emphasis should be placed on preventing or reducing the number of further falls, fall-related injuries and complications, while maintaining as many of the patient's functions and independence as possible. At a regular physical examination or preventive care visit, patients should be asked about falls and balance or mobility problems that have occurred in the past year.

Patients who report one fall and do not have balance or walking problems when taking the "lift and walk" test or similar should be given general information about reducing their risk of falls. This should include the safe use of medications and the reduction of environmental hazards. Patients should also be taught what to do if they fall and are unable to get up. Useful activities include rolling from supine to prone, rising to all fours, crawling to secure support on a surface, and pulling oneself up. Frequent contact with family members or friends, a phone that can be reached while on the floor, a remote alarm, or an emergency response system can reduce the likelihood of lying on the floor for a long time after a fall [22, 23].

Conclusions.

Preventive medicine studies the problems of forming, maintaining and improving human health. Thanks to modern technologies, preventive medicine allows us to predict the very possibility of developing a disease in an individual and to influence the measures aimed at preventing the development of this disease. The main role in preventing the onset and progression of diseases in the elderly belongs to the family doctor. One of the important tasks of a primary care physician in Ukraine is to actively participate in the process of prevention and rehabilitation of patients who have signed declarations for medical care by this physician.

Prospects for further research.

To analyze the statistical data on the development of cardiovascular complications in elderly patients with type 2 diabetes mellitus and to analyze the list of preventive measures taken by family physicians for this category of patients.

DOI 10.29254/2077-4214-2024-4-175-18-32

УДК 616-084-053.9

**Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Кітура Є. М., Ткаченко М. В.,
Кир'ян О. А., Волченко Г. В., Сліпченко Л. Б.**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

maryna.babanina@gmail.com

Профілактична спрямованість – найважливіший принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку захворювань у осіб похилого віку, рання їх діагностика, своєчасне інформування пацієнтів, а також прийняття профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря. Під прогнозуванням і раннім розпізнаванням захворювань розуміють виявлення ранніх стадій тих

захворювань і аномалій розвитку, які піддаються профілактиці і лікуванню. Організація роботи лікаря загальної практики має передбачати проведення профілактичної роботи з урахуванням витраченого часу. Успіх профілактичних утручань залежить від багатьох факторів, серед яких основними є наявність профілактичних технологій з доведеною ефективністю, усвідомлене відношення кожного до власного здоров'я і, як наслідок, бажання виконувати призначення і поради сімейного лікаря. Метою нашого дослідження було провести аналіз та висвітлити сучасні дані щодо профілактики хвороб у осіб похилого віку та ролі сімейного лікаря в попередженні виникнення та прогресування захворювань.

Профілактика в медицині – комплекс медичних, санітарно-технічних, гігієнічних, педагогічних і соціально-економічних заходів, спрямованих на попередження захворювань та усунення факторів ризику. У широкому розумінні профілактика включає також і всебічний розвиток людини. Основою профілактичної медицини є індивідуальний холистичний підхід до лікування. Телемедичні консультації, медичні чат-боти, медичні додатки на смартфонах – датчики, які вмонтовані в фітнес-браслети, годинники, або одяг, дозволяють проводити моніторинг важливих показників організму людини. Медична профілактика є провідним напрямом реформи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: профілактика, медицина, сімейний лікар, захворювання, похилий вік.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Мультидисциплінарний персоніфікований підхід до менеджменту пацієнтів з коморбідною патологією та порушенням ментального здоров'я», № державної реєстрації: 0124U000097.

Вступ.

Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я, про що наголошено в стратегічних документах міжнародного та національного рівнів. Цілі та завдання, що стоять перед сучасною системою охорони здоров'я України, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою відповідно до рівня фінансових можливостей та технологічного розвитку, реальних потреб і згідно з дотриманням принципів рівності та справедливості [1, 2].

Профілактична допомога з метою зміцнення здоров'я населення стає все більш актуальною у світі. Реалізація національних програм із профілактики неінфекційних захворювань у розвинених країнах підтверджує можливість впливу на фактори ризику та зменшення захворюваності населення на серцево-судинну, бронхолегеневу, гастроентерологічну, гепатобіліарну, ниркову патологію [2, 3]. Саме медична профілактика як вид профілактичної діяльності в охороні здоров'я повинна впливати на показники здоров'я й оптимізувати ресурси організму. І тут сімейним лікарям відводиться головна роль: вони мають виступити ініціаторами і сприяти залученню ресурсів розвитку профілактики як життєво необхідного виду професійної діяльності. Медичні працівники повинні бути мотивовані до вивчення питань профілактики, розуміти важливість і необхідність такої підготовки, вірити в її ефективність [1, 2, 4].

Мета дослідження.

Провести аналіз та висвітлити сучасні дані щодо профілактики хвороб у осіб похилого віку та ролі сімейного лікаря в попередженні виникнення та прогресування захворювань.

Основна частина.

На сучасному етапі важливе значення в профілактичній (превентивній) медицині мають індивідуальні та громадські санітарно-гігієнічні заходи. До профілактики захворювань відносяться різні сторони

лікарської діяльності: поширення здорового способу життя (харчування, фізична активність, звички сну та праці), покращення психічного здоров'я індивідуумів та суспільства, покращення умов життя та якості продуктів харчування, імунізації проти інфекційних захворювань (кір, дифтерія, кашлюк та ін.), використання засобів діагностики та моніторингу, покращенню суспільного здоров'я та доступності якісної інформації [4, 5, 6].

Виділяють профілактику первинну, вторинну і третинну.

- *Первинна профілактика* (радикальна) – спрямована на усунення причини хвороби шляхом покращення умов праці та побуту (оздоровлення навколишнього середовища, організація здорового способу життя, гігієнічне нормування впливу факторів); передбачає або повне усунення несприятливого фактора, або його зниження до безпечного рівня (наприклад, відмова від паління знижує вірогідність розвитку раку легень);

- *Вторинна профілактика* – проводиться серед зовні здорових громадян для виявлення в них преморбідних станів – передхвороби (наприклад: обстеження молочних залоз, мазок на атипичні клітини тощо) і спрямована на підвищення резистентності організму (лікувально-профілактичне харчування, засоби індивідуального захисту та ін.);

- *Третинна профілактика* (реабілітація) – спрямована на попередження ускладнень, рецидивів уже розвинутих захворювань, переходу захворювання в хронічну форму (наприклад: зниження рівня холестерину, призначення β-блокаторів у пацієнтів з інфарктом міокарду) [7, 8].

Первинна профілактика включає такі заходи:

- виробництво й закупівля вакцин для дітей і дорослих, створення необхідних запасів вакцин;

- вакцинація дітей, дорослих і людей похилого віку, постконтактна профілактика осіб, які підлягають ризику зараження інфекційною хворобою;

- надання інформації про поведінкові або медичні ризики для здоров'я, консультативна допомога та заходи щодо зниження ризиків на індивідуальному рівні й у масштабі спільноти;

- підтримання систем і процедур для включення первинної медико-санітарної та спеціалізованої допомоги до програм з профілактики хвороб;

- виготовлення та закупівля харчових добавок.

Вторинна профілактика передбачає:

- реалізацію програм скринінгу на основі фактичних даних для ранньої діагностики захворювань, програм охорони здоров'я матерів і дітей (скринінг і профілактика вроджених вад);

- виробництво і закупівлю засобів хіміопротекції;

- виробництво і закупівлю скринінгових тестів для ранньої діагностики захворювань;

- нарощування потенціалу для задоволення поточних і перспективних потреб.

Третинна профілактика передбачає:

- реабілітацію пацієнтів із захворюваннями для мінімізації залишкових інвалідизуючих наслідків та ускладнень, а також задля максимального продовження повноцінного життя;

- покращення якості життя пацієнта, навіть за неможливості повного одужання.

Третинна профілактика хвороб розглядається також як діяльність, спрямована на індивідів і групи населення, які демонструють різні види ризикованої поведінки.

Концептуальні відмінності між первинною, вторинною та третинною профілактикою у практичній діяльності сімейного лікаря/лікаря загальної практики стираються. Діагностику та лікування артеріальної гіпертензії, наприклад, можна розглядати як заходи вторинної профілактики гіпертонічної хвороби, тоді як гіпертензія є загрозливим фактором ризику розвитку атеросклерозу, серцевої недостатності та інсульту, тому лікування останньої слід вважати первинною профілактикою ускладнень гіпертонічної хвороби. Запобігання тютюнопалінню репрезентується як первинна профілактика здорових людей щодо хронічного бронхіту та як третинна профілактика для пацієнтів з уже встановленим діагнозом хронічного обструктивного бронхіту та ураженням вінцевих артерій [9, 10].

Засобами медичної профілактики є:

- пропаганда здорового способу життя;

- організація і проведення профілактичних щеплень;

- періодичні і цільові медичні огляди;

- диспансеризація;

- гігієнічне виховання і т. д.

Акцент повинен робитися на первинну профілактику та боротьбу з модифікованими факторами ризику, так як попередити захворювання значно легше, ніж вилікувати [11, 12, 13].

В той же час профілактична медицина неперсоніфікована, тобто рекомендації по попередженню розвитку захворювань (первинна профілактика) або прогресування захворювань (вторинна профілактика) спільні для всіх (наприклад – правильне харчування, заняття фізичними вправами, спортом).

Основною складовою профілактичної медицини є виявлення захворювань в групах людей на ранніх стадіях. При цьому слід розуміти, що ті стадії, на яких більшість захворювань можуть бути діагностовано (вторинна профілактика) такими доступними методами як: лабораторні дослідження, рентгенологічні, ультразвукові.

Основною практичною лікарською методологією проведення медичної профілактики є проведення мотиваційного інтерв'ю у лікуванні та модифікації способу життя пацієнтів [14, 15].

Згідно принципів профілактичної медицини сімейний лікар повинен чітко пояснити пацієнту чому для нього критично важливо, наприклад, кинути паляти, а загальні види фізичних тренувань не дуже ефективні в тому чи іншому випадках, або можуть принести шкоду. При консультуванні сімейний лікар повинен дати пацієнту конкретні рекомендації щодо правильного і раціонального харчування (які продукти корисні і чому, а інші – шкідливі і чим це зумовлено) [15].

Якщо мова йде про ранню діагностику за допомогою біомаркерів, то згідно рекомендацій превентивної медицини, сімейний лікар повинен переконати пацієнтів у необхідності визначення тих чи інших з них.

Сучасна медикаментозна терапія нерідко володіє побічними ефектами (інколи вираженими), вона не завжди ефективна у всіх, адже при апробації медикаментозних препаратів використовується поняття *number needed to treat* – кількість людей, яких потрібно пролікувати, щоб одному допомогло, цей показник в кращому разі становить 1:5 – 1:10. Тому сучасні технології розвиваються по шляху створення таргетної терапії (цільової), що діє вибірково і точно [16, 17].

В теперішній час переважна більшість звернень до сімейних лікарів пов'язана з лікуванням захворювань, що розвинулись поступово і серед них хронічні недуги серцево-судинної системи, ендокринологічні, ревматологічні, гастроентерологічні, неврологічні, патологія дихальної системи.

В зв'язку з цим на перший план виходить рання діагностика даних захворювань, що дозволить сімейним лікарям почати своєчасне і ефективне лікування. Ще одним важливим принципом превентивної медицини є не пасивне очікування хвороби і її наступне лікування, а проведення попереджувальних профілактичних заходів за довго до розвитку хвороби [18].

Наступним завданням превентивної медицини – мінімізація ризиків розвитку захворювань і їх ускладнень, збереження здоров'я пацієнта на довгі роки. Ще однією відмінністю превентивної медицини є не пасивне виконання призначень сімейного лікаря, а разом з участю останнього і його допомогою, пізнання свого організму, розуміння, що негативно впливає на здоров'я і навчання керувати цим процесом [1, 2, 18].

Окрім класичного лікування захворювань людини, відмінною особливістю превентивної медицини є адресні алгоритми лікування (наприклад, корекція дисліпідемії) за допомогою немедикаментозних (зміна способу життя і характеру харчування) та медикаментозних (статици, фібрати або інші медикаменти) спрямовані на попередження метаболічних і ендотеліальних змін, що можуть в подальшому призвести до ішемічної хвороби серця, цукрового діабету і інших патологій.

З іншого боку регулярний моніторинг цільових маркерів (рівень ліпопротеїдів низької щільності, загальний холестерол, тригліцериди) дасть сімейному лікарю можливість оцінити ефективність превентивної терапії [19, 20, 21].

Американським коледжем превентивної медицини (ACPM) профілактика визначається як практика

сприяння первинній допомозі і покращенню самопочуття пацієнтів.

Люди з найбільш поширеними захворюваннями (ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і інші) потребують більшої кількості амбулаторних консультацій для попередження руйнівних ускладнень (інфаркти, інсульти, мікро- і макросудинні периферичні ураження) або супутньої патології, що серйозно впливають на стан здоров'я.

Фактори ризику – ендо- або екзогенний додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи смерті. Концепція про фактори ризику – один з найважливіших принципів, що лежать в основі сучасних уявлень про можливості та напрями профілактичної медицини. Поняття «чинники ризику» є по суті епідеміологічним. Воно сформувалося в результаті накопичення великого наукового фактичного матеріалу в ході спеціальних досліджень, проведених на окремих групах населення. Факторами ризику слід називати такі чинники, які асоціюються з великою частотою тих чи інших захворювань. Це такі фактори, боротьба з якими спрямована на зменшення частоти виникнення хвороб, зниження вираженості або усунення тих чи інших хворобливих процесів [7, 13, 20, 21].

Виділяють *модифіковані фактори ризику* – фактори ризику захворювання, які можна змінити шляхом корекції способу життя, усунення шкідливих факторів довкілля та звичок, раціоналізації харчування тощо; *немодифіковані фактори ризику* – чинники, які скорегувати не можна (наприклад, спадковість).

Доцільно виділити дві основні групи факторів ризику, що мають важливе значення для проведення профілактичних заходів [11, 20].

До першої групи соціально-культурних чинників ризику можна віднести:

- сидячий (малоактивний) спосіб життя, в тому числі у вільний від роботи час;
- насичені стресами і конфліктами умови сучасного життя;
- нераціональне харчування;
- екологічний дисбаланс;
- нездоровий спосіб життя, в тому числі шкідливі звички.

Друга група – внутрішні фактори ризику, які представляють ті чи інші фізіологічні та біохімічні порушення в організмі людини (ожиріння, підвищений артеріальний тиск, збільшення вмісту холестерину в крові та ін.). Прояв багатьох з цих внутрішніх чинників може бути пов'язаний з генетичними особливостями (спадкова схильність). Багато чинників ризику починають впливати в дитячому віці. Тому профілактичні заходи слід проводити якомога раніше.

Розрізняють також фактори ризику первинні і вторинні. До первинних факторів належать фактори, що негативно впливають на здоров'я: нездоровий спосіб життя, забруднення навколишнього середовища, обтяжена спадковість, незадовільна робота служб охорони здоров'я і т.д. До вторинних факторів ризику відносяться захворювання, які обтяжують перебіг інших хвороб: цукровий діабет, атеросклероз, артеріальна гіпертензія і т.д. [13, 20, 21].

Отже, факторів ризику та їх класифікацій досить багато.

Основні фактори ризику неінфекційних захворювань:

Серед первинних факторів ризику, які враховує превентивна медицина найбільш частими є:

- активне/пасивне паління;
- вживання алкоголю;
- забруднення повітря;
- надмірна маса тіла і ожиріння;
- надмірне вживання кухонної солі;
- пиття непридатної або забрудненої води;
- низька фізична активність;
- нераціональне харчування та надмірне вживання легкозасвоюваних вуглеводів та жирів;
- недостатня кількість овочів і фруктів в раціоні людини;
- інфекції.

До вторинних факторів відносяться:

- високий рівень цукру в крові;
- підвищений рівень холестерину і ліпопротеїдів низької густини, тригліцеридів;
- підвищений артеріальний тиск;
- інфекції дихальних шляхів.

У людей похилого віку профілактичні заходи мають бути спрямовані на захворювання, немічність, нещасні випадки (тобто ненавмисні травми), ятрогенні ускладнення, психосоціальні проблеми та забезпечення здатності вести повсякденне життя. Не всі літні пацієнти отримують користь від кожного превентивного заходу. Вибір превентивних заходів керується тим, який загальний стан пацієнта:

- Здоровий
- Хронічний хворий
- Ослаблений/комплексний

Здорові особи похилого віку мають мінімальну кількість або не мають хронічних захворювань та функціонально незалежні. Первинна та вторинна профілактика захворювань та попередження розвитку слабкості є найбільш підходящими заходами для цієї групи пацієнтів.

Хронічні хворі – ці пацієнти, як правило, мають декілька невиліковних, але таких, що підлягають лікуванню, захворювань, як правило, вони функціонально незалежні або мінімально залежні, часто приймають кілька препаратів, що відпускаються за рецептом, та іноді госпіталізуються при загостренні їх хронічних захворювань. Вторинна та третинна профілактика захворювань та профілактика розвитку слабкості є пріоритетними, як і первинна профілактика захворювань, попередження ятрогенних ускладнень та нещасних випадків [7, 8].

Хронічно хворі пацієнти повинні всі знати про їхні захворювання та володіти інформацією про плани лікування, про це також повинні знати їхні піклувальники. Регулярні відвідування лікаря та найкоротші терміни подання звітності щодо змін симптомів можуть допомогти скоротити кількість серйозних загострень захворювань, які можуть призвести до госпіталізації та функціональних розладів.

Ослаблені/комплексні пацієнти. В анамнезі цих людей зазвичай присутні багато тяжких хронічних захворювань, вони функціонально залежні і втратили свій фізіологічний резерв. Вони часто госпіталізуються та забезпечуються законодавчими видами допомоги. Для них запобігання нещасним випадкам і ятрогенним ускладненням є найважливішим.

Ті, хто доглядає немічних літніх людей, зобов'язані постаратися запобігти нещасним випадкам в домашніх умовах, склавши контрольний список заходів для забезпечення безпеки вдома та виправивши будь-які виявлені потенційні загрози. Опікуни повинні стежити навіть за незначними функціональними змінами у пацієнтів похилого віку і негайно повідомляти про будь-які зміни лікуючому лікарю. Якщо пацієнт має кілька незадоволених потреб, особливо у поєднанні з функціональними розладами, піклувальнику слід розглянути питання про звернення за отриманням догляду до геріатричної міждисциплінарної команди.

Деякі профілактичні заходи, які застосовуються до всіх осіб похилого віку, включають:

Дієта та фізичні навантаження: здорове харчування і регулярні фізичні навантаження можуть допомогти запобігти або відстрочити недугу і багато захворювань, також можуть допомогти і інші заходи профілактики захворювань. Наприклад, фізичні навантажувальні вправи можуть допомогти запобігти крихкості кісток як у здорових пацієнтів, так і у хронічно хворих людей похилого віку. У немічних пацієнтів фізичні вправи допоможуть зберегти функціональну здатність та зменшити кількість нещасних випадків [19].

Скринінг та профілактика: здорові особи похилого віку повинні відвідувати свого лікаря, принаймні, щорічно, щоб забезпечити своєчасне вживання заходів з первинної та вторинної профілактики захворювань, включаючи скринінг і хемопротекцію (наприклад: вакцинація, аспірин). Вакцинація проти грипу (щорічно) та вакцинація проти пневмококової інфекції (вакциною PPSV23, а для літніх людей з певними захворюваннями також і PCV13), є ефективними, недорогими та пов'язані з мінімальною захворюваністю [4].

Профілактика захворювань у людей похилого віку.

Профілактика захворювань – це лікування, спрямоване на запобігання виникненню чи погіршенню захворювання. Профілактичні заходи корисні для усіх людей похилого віку без хронічних захворювань або при легкому їх перебігу, а також людям похилого віку з кількома невиліковними захворюваннями, які можна медикаментозно контролювати.

Первинна профілактика у осіб похилого віку спрямована на те, щоб попередити виникнення захворювання, шляхом скорочення або усунення факторів ризику. Первинна профілактика може включати імунпрофілактику (вакцинацію), хемопротекцію та зміну способу життя.

Метою *вторинної профілактики* є виявлення та лікування захворювання або його ускладнень на ранній стадії, до розвитку симптомів або функціональних змін, що мінімізує захворюваність і смертність.

Скринінг може бути первинним або вторинним заходом профілактики. Скринінг використовують для виявлення факторів ризику, щоб запобігти або виявити у людей асимптоматичне захворювання, лікування якого можна розпочати на ранніх стадіях.

У *третинній профілактиці* пацієнтам з існуючим симптоматичним, як правило, хронічним захворюванням належним чином вдається запобігти подальшим функціональним втратам.

Спостереження за хворобою здійснюється за допомогою практико-специфічних методичних розробок та документів щодо спостереження за хворобою. Було розроблено декілька програм з ведення захворювань:

- здійснення особливого догляду за станом пацієнта: спеціально навчена медсестра спільно з лікарем або геріатром координує ведення документації та спостереження, організує послуги з підтримки та навчання пацієнта;

- догляд за хронічними хворими у клініках: пацієнти з однаковими хронічними захворюваннями навчаються у групах та їх відвідує практикуючий лікар. Цей підхід може допомогти пацієнтам із цукровим діабетом досягти кращого контролю рівня глюкози у крові;

- профільні спеціалісти: пацієнти з хронічним захворюванням, яких важко стабілізувати, можуть бути направлені до профільного спеціаліста. Цей підхід працює найкраще, коли вузький спеціаліст та лікар працюють в команді. Пацієнти з нижче перерахованими хронічними захворюваннями, які найбільш поширені серед людей похилого віку, можуть отримати найкращу користь від третинної профілактики [1, 2, 4].

Профілактика немочі.

Неміч – це втрата фізіологічного резерву, який підвищує сприйнятливості людей до виникнення непрацездатності через незначні навантаження. Загальні ознаки старості включають слабкість, зниження рухової активності, втрату ваги, м'язову атрофію (саркопенія), непереносимість фізичного навантаження, часті падіння, нерухомість, нетримання сечі і часті загострення хронічних захворювань.

Фізичні навантаження та здорове харчування рекомендуються для запобігання або зниження немочі. Літні люди, які регулярно виконують аеробні вправи (наприклад, ходьба, плавання, біг), збільшують свою очікувану тривалість життя і менш схильні до функціонального спаду, ніж ті, які ведуть малорухливий спосіб життя. Настрій та, можливо, когнітивні функції також можуть бути покращені. Силові тренування можуть сприяти збільшенню кісткової маси та знизити ризик падінь та переломів. Здорове харчування може запобігти або знизити ризик багатьох захворювань, які сприяють немочі, включаючи рак молочної залози та рак товстої кишки, остеопороз, ожиріння та недоїдання; також можуть бути знижені захворюваність та смертність [22, 23].

Профілактика травм у літніх людей (падіння).

Літні люди є вразливими для травм у результаті падінь. Для людей, які мають високий ризик або вже перенесли падіння, повинна бути реалізована програма профілактики падінь, у тому числі фізичні навантаження (з/без фізіотерапії) та призначення вітаміну D.

Небезпеки, що існують у побутових умовах.

У будинку може бути багато небезпек. Наприклад, люди з периферичною нейропатією зазнають підвищеного ризику отримання опіків від гарячої води; запобігти опікам можна шляхом встановлення водонагрівача з температурою не вище 49°C. Для людей, які страждають на деменцію, особливо небезпечно користуватися електричними та газовими приладами; у цій ситуації їм може допомогти використання сис-

теми сигналізації та автоматичне вимкнення функцій приладів. Повинні бути встановлені та підтримуватись у робочому стані датчики на дим та чадний газ. Вогнепальна зброя повинна підлягати безпечному зберіганню або бути вилученою з дому.

Всім пацієнтам або їхнім опікунам слід заповнити перелік контрольних питань безпеки будинку для ідентифікації можливої небезпеки, у тому числі тієї, яка збільшує ризик падіння. Сімейні лікарі можуть відвідати будинок пацієнта, щоб оцінити його безпеку [24, 25, 26].

Профілактика ятрогенних ускладнень у людей похилого віку.

Ятрогенні ускладнення більш поширені і частіше бувають серйознішими серед літнього населення, ніж серед молодих пацієнтів. Ці ускладнення включають побічні ефекти антиретровірусних препаратів, падіння, внутрішньолікарняні інфекції, виникнення пролежнів, марення та ускладнення, пов'язані з операцією. Дуже часто використовується профілактика.

Фактори ризику ятрогенних ускладнень.

Першим кроком у профілактиці є виявлення пацієнтів із високими факторами ризику:

1. Множинні хронічні захворювання. Чим більше у пацієнта хронічних захворювань, тим більший ризик, що лікування одного захворювання посилює інші. Наприклад, лікування артриту за допомогою НПЗЗ, можливо, викликає загострення серцевої недостатності, ішемічної хвороби або хронічного гастриту;

2. Спостереження за пацієнтом кількома лікарями. Наявність кількох лікуючих лікарів може призвести до нескоординованого догляду та поліпрагмазії. Утруднений обмін інформацією серед лікарів щоразу, коли один із них відвідує спільного пацієнта. Внаслідок лікування пацієнта часто змінюється його терапевтичний режим без відома інших лікарів, тим самим збільшуючи ризик ятрогенних ускладнень;

3. Вживання кількох препаратів (поліпрагмазія) та прийом невідповідних лікарських засобів. Прийом кількох препаратів одночасно і наявність кількох хронічних захворювань помітно підвищують ризик розвитку небажаних лікарських взаємодій чи взаємодій препаратів інші захворювання. Ризик такої взаємодії є особливо високим серед пацієнтів, які страждають на недоїдання або ниркову недостатність. Крім того, деякі лікарські засоби мають особливо високий ризик виникнення небажаних реакцій у людей похилого віку через зміни в будові тіла та метаболізмі ліків. Конкретні приклади включають антихолінергічні засоби, такі як дифенгідрамін, бензодіазепіни та інші снодійні засоби, опіоїди, нейролептики, антикоагулянти та нестероїдні протизапальні засоби.

4. Госпіталізація. До ризиків, пов'язаних із госпіталізацією, належать набуті в лікарнях інфекції, порушення чутливості та трансфузійні реакції. Госпіталізовані пацієнти, які страждають на деменцію, іммобілізовані (наприклад, після хірургічного втручання) та мають високий ризик ятрогенних ускладнень (наприклад, пролежні, тромбоз глибоких вен, затримка сечі, делірій).

5. Медичні технології можуть сприяти виникненню ятрогенних ускладнень, в т.ч., викликати раптову смерть або інфаркт міокарда в результаті операції із заміни клапанів, інсульт після каротидної ендартеректомії, гіпергідратацію після трансфузій та інфузій

крові, небажане продовження життя за допомогою штучного життєзабезпечення та гіпоксичну енцефалопатію після потенційно продовжувачої життя серцево-легеневої реанімації.

Профілактика ятрогенних ускладнень.

Заходи, які можуть запобігти ятрогенним ускладненням, включають в себе наступне:

- Спостереження за пацієнтом. Відповідальний персонал за ведення пацієнта встановлює зв'язок між медичними працівниками, забезпечує необхідні послуги, запобігаючи дублюванню послуг. Працівники догляду можуть найматися групами лікарів, громадськими чи державними організаціями за планами охорони здоров'я. Люди зі слабким здоров'ям мають найбільшу користь від такого спостереження.

- Геріатрична міждисциплінарна команда – оцінює всі потреби пацієнта, розробляє узгоджений план догляду і спостерігає за пацієнтом (або спільно з лікарем здійснює спільне спостереження). Так як це втручання є ресурсомістким, його краще резервувати для дуже складних випадків. Геріатричні міждисциплінарні команди іноді фокусуються на конкретних проблемах, пов'язаних зі старінням, таких як ризик та запобігання падінням, оцінка слабкості (особливо перед хірургічним втручанням або лікуванням раку), а також на діагностику та лікування деменції.

- Консультації фармацевта. Фармацевт може допомогти запобігти можливим ускладненням, викликаним поліпрагмазією та недоречним вживанням препаратів.

- Відділення інтенсивного догляду за людьми похилого віку. Ці відділення мають лікарняні палати, в яких зберігаються умови для того, щоб пацієнти похилого віку могли ретельно оцінюватися з точки зору виникнення ятрогенних проблем до їх виникнення і щоб такі проблеми були виявлені і підлягали належному спостереженню при ретельному документуванні.

- Завчасне юридичне розпорядження. Пацієнтам рекомендується заздалегідь підготувати юридичні розпорядження, включаючи завірену довіреність щодо прийняття медичних рішень. Ці документи можуть допомогти запобігти небажаному лікуванню для тяжкохворих пацієнтів, які перебувають у критичному стані або не здатні розмовляти [24, 25, 26].

Профілактика психосоціальних проблем людей похилого віку

Рекомендується діагностика депресії, оскільки депресія поширена серед людей похилого віку. Можна використовувати кілька сертифікованих скринінгових тестів для виявлення депресії (наприклад, Геріатрична шкала депресії (Geriatric Depression Scale), шкала Гамільтона для оцінки депресії, опитувальник здоров'я пацієнта-9 [PHQ-9]). Скринінг проводиться відносно легко; він не вимагає інструментарію та присутності лікаря. Для пацієнтів, які почуваються самотніми та ізольованими, допомога соціального працівника, спрямована на розширення соціальних контактів, може запобігти захворюваності та відстрочити смерть. Для тих пацієнтів, які перебувають у стані депресії, є виправданим відповідне втручання із консультуванням пацієнта або приписом відповідних препаратів.

Збереження почуття власної гідності може сприяти поліпшенню здоров'я. Пацієнтам слід рекомен-

дувати залишатися продуктивними, брати участь у проведенні загального дозвілля та перебувати серед людей або брати участь у активному житті колективу. Такі дії можуть підвищити самооцінку. Передбачувана діяльність, яка підтверджує зміст соціальної зв'язності, така як отримання домашнього вихованця, виконання робіт по дому або виконання волонтерської роботи, може допомогти запобігти фізіосоціальним проблемам (і фізичній непрацездатності) [25, 27].

Фізичне навантаження у людей похилого віку

Принаймні 75% людей віком >65 років не виконують фізичних вправ у рекомендованих обсягах, незважаючи на відому користь для здоров'я: тривалість життя, поліпшення якості життя (наприклад, витривалість, сила, настрій, сон, гнучкість, можливо когнітивна функція, щільність кісткової тканини (при використанні вправ з навантаженням)).

Крім того, багато людей похилого віку не знають, наскільки інтенсивно їм слід виконувати фізичні вправи, і не можуть точно оцінити свої можливості.

Фізичні вправи є одним із найбезпечніших способів поліпшення здоров'я. Через зниження фізичної працездатності у зв'язку зі старінням та віковими захворюваннями літні люди можуть отримати більше користі з виконання фізичних вправ, ніж молоді. Фізичні вправи доводять користь їх застосування навіть у літньому віці. Основні помірні силові вправи допомагають пацієнтам похилого віку справлятися зі своєю повсякденною діяльністю. Багатьом пацієнтам похилого віку потрібен посібник для регулярного виконання безпечних і прийнятних фізичних вправ.

Найбільшу користь для здоров'я мають, зокрема, аеробні вправи для малорухливих хворих. Сила зменшується з віком і зниження сили може поставити під загрозу функціонування організму. Наприклад, майже половина жінок старших 65 років і більше половини жінок старших 75 не можуть підняти 4,5 кг. Силові тренування можуть збільшувати м'язову масу на 25-100% і більше, значно покращувати здатність виконувати повсякденну діяльність. Також ступінь м'язової роботи потребує менше серцево-судинних зусиль; збільшення сили м'язів ніг покращує швидкість ходьби та ходіння сходами. Крім того, у літніх людей з великою м'язовою масою, які проживають у будинках для людей похилого віку, кращий азотистий баланс, меншою мірою проявляється погіршення фізичного стану і кращий прогноз під час критичних захворювань [22, 24].

Щоб допомогти збільшити гнучкість, основні групи м'язів можна розтягувати щодня, хоча розтягування >3 рази на тиждень супроводжується деякими поліпшеннями. В ідеалі основні групи м'язів потрібно розтягувати після навантаження, коли м'язи найбільш еластичні.

Тренування рівноваги традиційно включає зміщення центру тяжкості при виконанні вправ у нестійкому положенні, таких як стояння на одній нозі або утримання рівноваги на дошках, що «хитаються». Тренування рівноваги може допомогти деяким людям з порушеною пропріоцепцією та часто використовується для профілактики падінь у літніх людей. Однак це часто виявляється неефективним, тому що будь-яка дія, пов'язана зі збереженням рівноваги, залежить від навичок (наприклад, збереження гарної рівноваги, стоячи на дошці, що балансує, не по-

кращує рівновагу при різномірних видах діяльності). Для більшості людей похилого віку, вправи для збільшення гнучкості та сили запобігають падінню більш ефективно; вони також пом'якшують падіння. Така програма зміцнює суглоби та допомагає людям утримувати становище тіла більш ефективно при стоянні та ходьбі. Людям, які зазнають труднощів при стоянні і ходьбі через погану рівновагу, складніші завдання, пов'язані з розвитком рівноваги (наприклад, стоячи на дошці, що «хитається»), протипоказані через можливий ризик травми.

Падіння у людей похилого віку

Падіння визначається як стан людини, яка перебуває у стані спокою на землі або на ще нижчому рівні; іноді частини тіла ударяються об предмет, що пом'якшує падіння. Як правило, випадки, викликані гострими розладами (наприклад, інсульт, напад), або наявність пригнічуючих небезпек навколишнього середовища (наприклад, ураження об'єктом, що рухається) не вважаються падінням.

Падіння загрожують незалежності людей похилого віку і викликають ряд індивідуальних та соціально-економічних наслідків. Однак лікарі часто не підозрюють про факти падінь у пацієнтів, які не згадують про травми, тому що звичайний збір анамнезу та фізичне обстеження, як правило, не включають специфічної оцінки наявності ознак падіння. Багато людей старшого віку неохоче повідомляють про падіння, тому що вони пояснюють падіння результатом старіння або через страх згодом отримати обмеження у своїй діяльності або потрапити до закладів закритого типу [22, 23, 25].

Профілактика падінь

Акцент повинен бути зроблений на запобігання чи зниження числа подальших падінь, спричинених падіннями травм та ускладнень, водночас на підтримку якнайбільшої кількості функцій пацієнта та його незалежності, наскільки це можливо. На регулярному медичному огляді або профілактичному обстеженні пацієнти повинні бути опитані про падіння і проблеми з рівновагою або пересуванням, що відбулися за останній рік.

Пацієнтам, які повідомляють про одне падіння і не мають проблем з рівновагою або ходом під час проходження тесту «Підніми та йди» або аналогічного йому, має бути надана загальна інформація про зниження ризику падінь. Вона повинна включати безпечне використання лікарських засобів і зниження шкідливого впливу навколишнього середовища. Пацієнти також мають бути навчені тому, що слід робити, якщо вони впадуть і не зможуть підвестися. Корисними є перевертання з лежачого становища на спині в становище на живіт, підйом на карачки, підповзання до надійної підтримки на поверхні і підтягування нагору. Часті контакти з членами сім'ї або друзями, телефон, який можна дістати, перебуваючи на підлозі, індикація віддаленого сигналу тривоги, або пристрій системи реагування на надзвичайні ситуації можуть зменшити ймовірність лежання на підлозі протягом тривалого часу після падіння [22, 23].

Висновки.

Профілактична медицина вивчає проблеми формування, збереження та зміцнення здоров'я людини. Завдяки сучасним технологіям, превентивна (профілактична) медицина дозволяє передбачати саму

можливість розвитку того чи іншого захворювання у окремої людини і вплинути якраз на такі заходи, які спрямовані на розвиток цього захворювання. Основна роль в попередженні виникнення та прогресування захворювань у осіб похилого віку належить сімейному лікарю. Одним із важливих завдань лікаря первинної медичної допомоги в Україні є активна участь у процесі профілактики і реабілітації пацієнтів,

які підписали декларації на медичне обслуговування даним лікарем.

Перспективи подальших досліджень.

Провести аналіз статистичних даних щодо розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи у пацієнтів похилого віку на цукровий діабет 2-го типу та проаналізувати перелік профілактичних заходів, вжитих сімейними лікарями до цієї категорії пацієнтів.

References / Література

1. Matiukha LF, Kolesnyk PO, Svab I, Katie M, redaktor. Simeina medytsyna. Uzhhorod: RIK-U; 2022. 692 s. [in Ukrainian].
2. Babinets LS, redaktor. Pervynna medychna dopomoha. Tom 2. Profilni pytannia u zahalnohikarskii praktytsi. Lviv: «Mahnoliia 2006»; 2019. 424 s. [in Ukrainian].
3. Kabinet ministriv Ukrainy. Derzhavna sotsialna prohrama "Natsionalnyi plan dii shchodo realizatsii Konventsii OON pro prava dytyn" na period do 2021 roku. Kyiv: Kabinet ministriv Ukrainy; 2018. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/453-2018-%D0%BF#Text>. [in Ukrainian].
4. Matiukha LF, Lishchysyna OM, Babinets LS, Lekhan VM, Hoida NH, Slabkyi HO, ta in. Skrynnih u pervynni dopomozhi: klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Kyiv; 2018. 464 s. [in Ukrainian].
5. Babinets LS, redaktor. Nutrytsioliia v simeinii medytsyni. Chastyna 1: Zahalni pytannia. Lviv: «Mahnoliia 2006»; 2023. 376 s. [in Ukrainian].
6. Babinets LS, redaktor. Nutrytsioliia v simeinii medytsyni. Chastyna 2: Spetsializovani aspekty. Lviv: «Mahnoliia 2006»; 2023. 348 s. [in Ukrainian].
7. Babinets LS, redaktor. Aktualni aspekty profilaktyky i preventyvnoi medytsyny u zahalnohikarskii praktytsi. Chastyna I. Ternopil: Osadtsa YuV; 2023. 616 s. [in Ukrainian].
8. Babinets LS, redaktor. Aktualni aspekty profilaktyky i preventyvnoi medytsyny u zahalnohikarskii praktytsi. Chastyna II. Ternopil: Osadtsa YuV; 2023. 622 s. [in Ukrainian].
9. Yevropeiske rehionalne biuro VOOZ. Proponovanyi VOOZ paket osnovnykh vtruchan shchodo neinfektsiinykh zakhvoriuvan (PEN) na rivni pervynnoi medychnoi dopomohy. Kopenhagen: Yevropeiske rehionalne biuro VOOZ; Litsenzia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2022. Dostupno: <https://apps.who.int/streams/handle/10665/362117/WHO-EURO-2022-852-40587-65596-ukr.pdf?sequence=1&isAUowed=y>. [in Ukrainian].
10. Pasiieshvoli LM, Zazdravnov AA, redaktor. Paliativna ta khospisna medytsyna: medyko-sotsialni aspekty. Lviv: Marchenko TV; 2023. 340 s. [in Ukrainian].
11. Zhdan VM, Kitura YeM, Babanina Mlu, Kitura Ole, Volchenko HV, Tkachenko MV, ta in. Aktualni pytannia kardiologii v praktytsi simeinoho likaria. 2-e vyd., pererobl. i dopovn. Poltava: FOP Myronenko IH; 2017. 248 s. [in Ukrainian].
12. Sirenko O. Rekomendatsii Yevropeiskoho tovarystva kardiologiv (European Society of Cardiology, ESC) i Yevropeiskoho tovarystva hiper-tenzii (European Society of Hypertension, ESH) z likuvannia arterialnoi hipertenzii 2018 r. Arterialnaia hipertenzia. 2018;5(61):58-156. [in Ukrainian].
13. Khimion LV, Yashchenko OB, Danyliuk SV, Sytiuk TO. Profilaktyka sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan. Semeinaia medytsyna. 2018;3:5-12. Dostupno: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2018_3_3. [in Ukrainian].
14. Motivational Interviewing Network of Trainers. Motivational Interviewing Training New Trainers Manual. Reston: MINT; 2014. 213 p. Available from: https://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/tnt_manu_al_2014_d10_20150205.pdf.
15. Bezsheiko V, Davydenko I. Algorithm for professional communication in medical settings. PMGP. 2017;2(4):e020477. Available from: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/77>.
16. Morley JE, Vellas B, Sinclair AJ, Cesari M, Munshi M. Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine. 6th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2022. 1856 p.
17. Wendt J, Considine C, Kogan M. Integrative Geriatric Nutrition. 1st ed. A Practitioner's Guide to Dietary Approaches for Older Adults. Berlin: Springer; 2021. 318 p.
18. MOZ Ukrainy. Nakaz MOZ Ukrainy № 504 Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2018. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>. [in Ukrainian].
19. Babinets LS, redaktor. Nutrytyvnyi status patsientiv v zahalnohikarskii praktytsi. Chastyna 2: Spetsializovani aspekty. Ternopil: Osadtsa YuV; 2021. 448 s. [in Ukrainian].
20. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/SH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2018;36(10):1953-2041. DOI: [10.1097/HJH.0000000000001940](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940).
21. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). European Heart Journal. 2021;42:3227-3337. DOI: [10.1093/eurheartj/ehab484](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484).
22. Sherrington C, Fairhall N, Wallbank G, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. Br J Sports Med. 2020;54(15):885-891. DOI: [10.1136/bjsports-2019-101512](https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512).
23. Thanapluetiwong S, Chewcharat A, Takkavatakarn K, Praditpornsilpa K, Eiam-Ong S, Susantitaphong P. Vitamin D supplement on prevention of fall and fracture: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Medicine (Baltimore). 2020;99(34):e21506. DOI: [10.1097/MD.00000000000021506](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021506).
24. Aw DCW, Chowdhury AR. The Geriatric Admission: A Handbook for Hospitalists. Singapore: World Scientific Publishing Company; 2023. 364 p.
25. Reuben DB. Geriatrics at Your Fingertips 2022. 24th ed. New York: American Geriatrics Society; 2022. 364 p.
26. Beavers-Kirby JR, Segal-Gidan FI. Gerontology and Geriatrics for NPs and PAs. 1st ed. An Interprofessional Approach. Berlin: Elsevier; 2023. 720 p.
27. Fedorenko RP, Khlivna OM, Duchymynska TI, Mahdysyuk LI, Bortsevych SV. Psykholohichna dopomoha u klinitsi. Luts'k: Vezha-Druk; 2018. 224 s. [in Ukrainian].

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Кітура Є. М., Ткаченко М. В., Кир'ян О. А., Волченко Г. В., Сліпченко Л. Б.

Резюме. Профілактика, профілактична медицина, превентивна медицина – система науково обґрунтованих заходів, спрямованих на попередження, зниження ризику розвитку відхилень у стані здоров'я людини, запобігання виникнення або уповільнення прогресування хвороб і зменшення їхніх тяжких наслідків. У широ-

кому значенні профілактику розглядають як створення найсприятливіших для здоров'я населення соціальних і природних умов.

Превентивна медицина – це система науково-обґрунтованих заходів, спрямованих на попередження чи зниження ризику розвитку відхилень у стані здоров'я людини, запобігання виникнення або уповільнення прогресування хвороб та зменшення їхніх тяжких наслідків.

Ще одне визначення даного поняття, полягає в тому, що превентивна (профілактична) медицина – це виявлення змін, здатних вести до захворювання і прийняття адресних заходів, спрямованих на попередження хвороб і тих факторів, які ведуть до покращення стану здоров'я окремого індивідууму (персоніфікована превентивна медицина) або певної популяції (загальна превентивна медицина).

Головним же завданням превентивної медицини є збереження здоров'я людини за рахунок раннього виявлення і своєчасної корекції дисбалансів в організмі, що в подальшому могли б призвести до різноманітних захворювань і їх ускладнень.

У людей похилого віку профілактичні заходи мають бути спрямовані на захворювання, немічність, нещасні випадки (тобто ненавмисні травми), ятрогенні ускладнення, психосоціальні проблеми та забезпечення здатності вести повсякденне життя. Не всі літні пацієнти отримують користь від кожного превентивного заходу. Вибір превентивних заходів керується тим, який загальний стан пацієнта: здоровий, хронічний хворий, ослаблений/комплексний. Саме медична профілактика як вид профілактичної діяльності в охороні здоров'я повинна впливати на показники здоров'я й оптимізувати ресурси організму. І тут сімейним лікарям відводиться головна роль: вони мають виступити ініціаторами і сприяти залученню ресурсів розвитку профілактики як життєво необхідного виду професійної діяльності. Медичні працівники повинні бути мотивовані до вивчення питань профілактики, розуміти важливість і необхідність такої підготовки, вірити в її ефективність.

Метою нашого дослідження було провести аналіз та висвітлити сучасні дані щодо профілактики хвороб у осіб похилого віку та ролі сімейного лікаря в попередженні виникнення та прогресування захворювань.

Превентивна медицина, завдяки сучасним технологіям, дозволяє передбачати саму можливість розвитку того чи іншого захворювання у окремої людини і вплинути якраз на такі заходи, які спрямовані на розвиток цього захворювання. Таким чином, превентивна медицина – це принципово нова стратегія медичної практики, що виникла на основі революційних відкриттів у галузі молекулярної генетики, молекулярної біології, біостатистики, біоінженерії. Також превентивна медицина дає можливість не тільки виявити хворобу на доклінічній стадії, але й на основі геному проаналізувати схильність до неї. Тому превентивна (профілактична) медицина – це можливість конкретних дій для попередження самого розвитку захворювання (дій – ефективних для кожної людини).

Ключові слова: профілактика, медицина, сімейний лікар, захворювання, похилий вік.

CURRENT ISSUES OF PREVENTIVE MEDICINE IN ELDERLY PATIENTS

Zhdan V. M., Babanina M. Yu., Kitura Ye. M., Tkachenko M. V., Kyrian O. A., Volchenko G. V., Slipchenko L. B.

Abstract. Prevention, preventive medicine is a system of scientifically based measures aimed at preventing, reducing the risk of developing deviations in human health, preventing the onset or slowing the progression of diseases and reducing their serious consequences. In a broad sense, prevention is seen as the creation of social and environmental conditions that are most favorable for public health.

Preventive medicine is a system of scientifically based measures aimed at preventing or reducing the risk of developing abnormalities in human health, preventing or slowing the progression of diseases and reducing their serious consequences.

Another definition of this concept is that preventive medicine is the identification of changes that can lead to disease and the adoption of targeted measures aimed at preventing diseases and those factors that lead to the improvement of the health of an individual (personalized preventive medicine) or a certain population (general preventive medicine).

The main objective of preventive medicine is to preserve human health through early detection and timely correction of imbalances in the body that could lead to various diseases and their complications.

In the elderly, preventive measures should address illness, frailty, accidents (i.e., unintentional injuries), iatrogenic complications, psychosocial problems, and the ability to carry out activities of daily living. Not all elderly patients benefit from every preventive measure. The choice of preventive measures is guided by the general condition of the patient: healthy, chronically ill, weakened/complex. It is medical prevention as a type of preventive healthcare activity that should influence health indicators and optimize the body's resources. And here, family doctors have a key role to play: they should initiate and facilitate the attraction of resources for the development of prevention as a vital type of professional activity. Healthcare professionals should be motivated to study prevention issues, understand the importance and necessity of such training, and believe in its effectiveness.

The purpose of our study was to analyze and highlight current data on disease prevention in the elderly and the role of the family doctor in preventing the onset and progression of diseases.

Preventive medicine, thanks to modern technologies, allows us to predict the very possibility of developing a disease in an individual and to influence the measures aimed at the development of this disease. Thus, preventive medicine is a fundamentally new strategy of medical practice that has emerged from revolutionary discoveries in the field of molecular genetics, molecular biology, biostatistics, and bioengineering. Preventive medicine also makes it possible not only to detect a disease at a preclinical stage, but also to analyze the predisposition to it based on the genome. Therefore, preventive medicine is the possibility of specific actions to prevent the development of the disease itself (actions that are effective for each person).

Key words: prevention, medicine, family doctor, disease, elderly people.

ORCID and contributionship / ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Zhdan V. M.: <https://orcid.org/0000-0002-4633-5477>^{AF}
Babanina M. Yu.: <https://orcid.org/0000-0002-6546-9454>^{BD}
Kitura Ye. M.: <https://orcid.org/0000-0002-2636-4596>^B
Tkachenko M. V.: <https://orcid.org/0000-0002-0253-8686>^C
Kyrian O. A.: <https://orcid.org/0000-0003-4855-4208>^B
Volchenko H. V.: <https://orcid.org/0000-0003-0151-3660>^E
Slipchenko L. B.: <https://orcid.org/0000-0003-2561-9478>^C

Conflict of interest / Конфлікт інтересів:

The authors declare that they have not conflict of interests. / Автори заявляють, що не мають конфлікту інтересів.

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Babanina Maryna Yuriyivna / Бабаніна Марина Юріївна
Poltava State Medical University / Полтавський державний медичний університет
Ukraine, 36011, Poltava, 23 Shevchenko str. / Адреса: Україна, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка 23
Tel.: 0954503535 / Тел.: 0954503535
E-mail: maryna.babanina@gmail.com

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article / A – концепція роботи та дизайн, B – збір та аналіз даних, C – відповідальність за статистичний аналіз, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Received 13.07.2024 / Стаття надійшла 13.07.2024 року
Accepted 15.11.2024 / Стаття прийнята до друку 15.11.2024 року

DOI 10.29254/2077-4214-2024-4-175-32-45

UDC 616.34-008.314.4+616-08

Iziumska O. M., Koval T. I., Vatsenko A. I., Marchenko O. H.,
Poltorapavlov V. A., Pryimenko N. O., Bodnar V. A.

DIARRHOEAL SYNDROME: ALGORITHM OF EXAMINATION AND TACTICS OF PATIENT MANAGEMENT

Poltava State Medical University (Poltava, Ukraine)

o.izyumska@gmail.com

The article analyzes the current data on the diagnosis and treatment of diarrhoeal syndrome and proposes an algorithm for diagnostic search and tactics for managing a patient with acute infectious diarrhoea. General statistical information about the nature and prevalence of diseases associated with diarrhoea and adverse effects are presented. A modern definition of diarrhoea is given, and classification is provided by the course duration. The leading pathogenetic mechanism of development is presented. The article describes the primary syndromes in the clinic of infectious diarrhoea, particularly gastrointestinal tract lesions, dehydration and intoxication, which is necessary for a doctor to conduct a topical diagnosis, understand the severity of the disease and determine treatment tactics. The diagnostic search stages, which include a thorough general clinical examination of patients and the use of laboratory and instrumental research methods, are described in detail and, summarised and schematized in an algorithm. Attention is paid to the differential diagnosis of infectious and non-infectious genesis diarrhoea, primarily acute surgical and therapeutic conditions requiring different patient management tactics. A separate section is devoted to treating patients with diarrhoea of infectious origin, indications for hospitalization, and types of drug treatment. It is emphasized that rehydration is the cornerstone of treatment, symptomatic drugs are of limited interest, and antibiotics should be prescribed only in severe cases and in case of suspected invasive intestinal infections with enteropathogenic bacteria, as well as in patients at high risk of complications.

Key words: diarrhoeal syndrome, algorithm, diagnosis, treatment.

Connection of the publication with planned research works.

The work is a fragment of the research work "Improvement of diagnostics and treatment tactics in current infectious diseases based on the assessment of their clinical and pathogenetic characteristics", state registration number 0124U000091.

Introduction.

Diarrhoea is one of the most common syndromes encountered in the practice of a doctor of any speciality. According to the literature, infectious diseases, particularly acute intestinal infections (AII) of viral and bacterial aetiology, account for the largest share among the causes of acute diarrhoea [1]. In the modern world, they remain a serious problem. According to the World Health Organization, more than 500 million cases are registered annually, which is only 10% of the