

В.А. Піщиків, Ю.Б. Яценко, Н.Ю. Кондратюк, Н.В. Шестак
 Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
 Державного управління справами, Київ

Основні підходи до профілактики хвороб системи кровообігу

У статті окреслено медико-соціальну значимість хвороб системи кровообігу в структурі первинної захворюваності населення в Україні. Висвітлено основні засади організації та проведення профілактики хвороб системи кровообігу на основі світового досвіду та результатів сучасних досліджень. Авторами описано існуючі на сьогодні підходи до управління та планування диспансеризації населення і запропоновано алгоритм проведення профілактичних заходів щодо запобігання розвитку хвороб системи кровообігу на рівні обслуговування сімейного лікаря.

Ключові слова: стратегія профілактики, хвороби системи кровообігу, алгоритм, скринінг, профілактика.

Вступ

Хвороби системи кровообігу (ХСК) — актуальна медико-соціальна проблема у сфері охорони здоров'я більшості країн світу (Корнацький В.М., Клименко В.І., 2009). Зниження поширеності ХСК та смертності від найпоширеніших нозологічних форм цього класу хвороб є стратегічним напрямком національної політики в Україні.

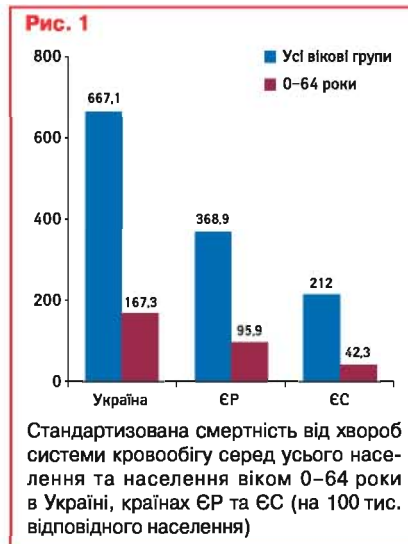
Серед нозологічних форм ХСК у структурі первинної захворюваності населення України провідні місця посідають гіпертонічна хвороба (ГХ) — 41,2%, ішемічна хвороба серця (ІХС) — 27,5% та цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) — 16,0%. У структурі поширеності ХСК частка цих нозологічних форм становить 46,3; 34,4 та 11,9% відповідно. Для кожної з наведених провідних нозологічних форм характерна негативна динаміка. Так, поширеність ГХ серед населення за останні 15 років зросла в 3,6 разів, ІХС — в 3,3 рази, ЦВХ — в 2,4 рази.

ХСК зумовлюють майже 7% випадків тимчасової непрацездатності населення, що становить 4,3 випадка та 72,1 календарного дня непрацездатності на 100 працюючих. Серцево-судинна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26% (Коваленко В.М., Корнацький В.М. (ред.), 2011; Котівська А.А., Лобова І.О., 2012). Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок ХСК близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих (Москаленко В.Ф. та співавт., 2012).

У структурі причин втрат населення України, перш за все, внаслідок зменшення тривалості здорового життя та підвищення передчасної смертності, ХСК становлять 66,5%, тоді як онкологічні хвороби — 13,9%, хвороби органів травлення та дихання — 6,5%, зовнішні причини — 6,6% (Мусій О.С. (ред.), 2014). У структурі причин смертності працездатного населення частка ХСК становить 30%.

За даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», стандартизована смертність внаслідок ХСК в Україні у 2012 р. становила 167,3 випадка на 100 тис. населення, тоді як середній показник у краї-

нах Європейського регіону (ЄР) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейського Союзу (ЄС) становив 95,9 та 42,3 випадка відповідно (рис. 1). За стандартизованою смертністю від ХСК населення працездатного віку Україна посідала 7-ме місце після Туркменістану, Казахстану, Російської Федерації, Узбекистану, Білорусі та Киргизстану.



Концепція стратегії профілактики та боротьби зі ХСК в Україні базується на використанні принципів і підходів, рекомендованих ВООЗ та Європейським регіональним комітетом ВООЗ. В основу стратегії покладено комплексний підхід, заснований на наукових доказах, інтегрованні досягнень соціальних і поведінкових наук та стратегічній соціальній маркетингу.

Мета роботи — висвітлення основних засад організації та проведення профілактики ХСК на основі світового досвіду та результатів сучасних досліджень.

Об'єкт і методи дослідження

У процесі дослідження використано метод контент-аналізу, інформаційно-аналітичний та бібліосемантичний методи.

Результати та їх обговорення

Відповідно до чинного наказу МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення», в Україні регламентовано обов'язковий обсяг обстежень при проведенні диспансеризації всіх верств населення. Окрім цього, на сьогодні в країні регламентовані періодичні профілактичні огляди окремих груп населення (працівників харчових, лікувально-профілактичних, дитячих дошкільних та інших закладів, а також тих, хто працює в небезпечних для життя та здоров'я умовах), що є економічно неефективним та не забезпечує виконання п. 2.2 наказу «Про диспансеризацію населення»: забезпечити послідовність та уникнення повторного проведення диспансеризації у різних закладах охорони здоров'я.

Основна мета диспансеризації — здійснення комплексу заходів, спрямованих на формування, збереження та укріплення здоров'я населення; запобігання розвитку захворювань; зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; збільшення активного довголіття. Диспансеризація проводиться закладами охорони здоров'я державної та комунальної форм власності та за необхідності — із залученням медичних навчальних закладів, наукових установ. Що стосується первинної ланки надання медичної допомоги населенню, то сімейні лікарі у цьому процесі здійснюють медичний огляд, у разі потреби визначають необхідні додаткові обсяги обстежень та консультації лікарів інших спеціальностей, групу диспансерного нагляду. Іншими словами — проводять скринінг, основним завданням якого є формування контингентів (груп ризику), які мають найвищу імовірність захворіти і потребують запровадження заходів щодо запобігання несприятливому впливу чинників ризику розвитку хвороби, а також відбору осіб, які дійсно хворі у різних стадіях (у тому числі донозологічної) захворювання (Національний комітет зі скринінгу, друга доповідь, 2000).

Управління та планування диспансеризації населення здійснюють уповнова-

жені структурні підрозділи галузі охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади та заклади охорони здоров'я. Організаційний супровід та облік диспансеризації виконують уповноважені структурні підрозділи галузі охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади та заклади охорони здоров'я, які визначені відповідальними за стан надання медичної допомоги населенню на відповідній території.

Планування заходів щодо організації диспансеризації здійснюється дільничними лікарями або лікарями загальної практики — сімейної медицини (ЗП/СМ). З цією метою проводиться облік населення, яке обслуговує дільничний лікар або лікар ЗП/СМ.

Дільничні лікарі або лікарі ЗП/СМ під керівництвом закладів охорони здоров'я:

- організують щорічний персоналізований облік населення на території обслуговування чи прикріпленого контингенту з урахуванням місця його медичного спостереження (заклад охорони здоров'я на території обслуговування, на місці роботи, у тому числі у закладах відомчого підпорядкування тощо);
- визначають обсяг роботи;
- планують послідовність і беруть участь у проведенні профілактичних оглядів населення;
- координують роботу всіх спеціалістів та служб із диспансеризації населення;
- проводять лікувально-оздоровчі заходи населенню за індивідуальними планами;
- проводять динамічне спостереження осіб, які потребують диспансерного спостереження;
- проводять роз'яснювальну роботу щодо мети та завдань диспансеризації.

Лікарі-терапевти у закладах охорони здоров'я, що забезпечують медичною допомогою установи промисловості, транспорту тощо, здійснюють роботу щодо диспансеризації прикріплених контингентів у тому ж обсязі, що й дільничні лікарі (лікарі ЗП/СМ). Окрім того, з урахуванням особливостей виробництва, характеру професійних чинників опрацьовують річні та місячні плани диспансеризації, об'єднуючи їх із проведенням періодичних профілактичних оглядів, уточнюють обов'язковий обсяг обстежень.

Лікарі інших спеціальностей:

- здійснюють динамічне спостереження осіб із виявленою патологією (відповідно до спеціальності);
- проводять лікувально-оздоровчі заходи для хворих та осіб із факторами ризику.

Молодші спеціалісти з вищою медичною освітою:

- здійснюють облік та реєстрацію населення на території обслуговування чи прикріпленого контингенту;
- уточнюють списки населення на території обслуговування чи прикріпленого контингенту в комунальних службах або шляхом відвідування населення вдома;

- проводять із населенням роз'яснювальну роботу щодо необхідності його диспансеризації;
- узгоджують із лікарем строки проведення оглядів;
- забезпечують явку осіб відповідно до узгоджених графіків;
- забезпечують виконання комплексу лікувально-оздоровчих заходів.

Відповідно до сучасних рекомендацій, профілактика ХСК має базуватися на концепції чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань, основою якої є модифікація способу життя та зниження чинників ризику з метою запобігання виникненню захворювань ще на доклінічних стадіях їх розвитку. Критерії чинників ризику ХСК виявляються та оцінюються за даними анкетування пацієнтів, вимірювання артеріального тиску (АТ), антропометрії, визначення у крові рівнів загально-го холестерину (ліпідних фракцій) та глюкози.

За результатами анкетування оцінюють такі чинники ризику:

- нераціональне харчування — це недостатнє щоденне споживання фруктів та овочів, відсутність контролю за жирністю харчових продуктів, надмірне вживання солі та цукру;
- тютюнопаління (щоденне паління більше ніж однієї цигарки);
- низька фізична активність — ходьба помірним темпом <30 хв/добу без виконання будь-яких фізичних вправ або фізичної роботи;
- зловживання алкоголем.

За результатами огляду та лабораторних досліджень оцінюють такі чинники ризику:

- підвищений АТ — виявлення АТ, рівень якого >140/90 мм рт. ст.;
- надмірна маса тіла — встановлюється, якщо індекс маси тіла (індекс Кетле — співвідношення маси тіла (кг) до зросту (м²)) становить 25–29,9 кг/м². Про ожиріння свідчить підвищення індексу маси тіла ≥ 30 кг/м²;
- гіперхолестеринемія — рівень загального холестерину крові >5 ммоль/л;
- дисліпідемія — рівень одного або декількох показників ліпідного спектра: загальний холестерин >5 ммоль/л; ліпопротеїди високої щільності у жінок <1,0 ммоль/л, у чоловіків <1,2 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності >3 ммоль/л; тригліцериди >1,7 ммоль/л.

Для пацієнтів із нормальною масою тіла кількість калорій, що постачаються продуктами харчування, має відповідати витратам енергії. Тобто споживання їжі передбачає регулярну фізичну активність для витрат енергії, що надійшла до організму людини. ВООЗ рекомендує оцінювати енергетичні витрати з урахуванням віку людини, статі, маси тіла та рівня фізичної активності. Алгоритм розрахунків наведено для витрат енергії, що надійшла до організму людини. ВООЗ рекомендує оцінювати енергетичні витрати з урахуванням віку людини, статі, маси тіла та рівня фізичної активності. Алгоритм розрахунків наведено у таблиці «Оновлені рекомендації ВООЗ з розрахунку енергетичних витрат» (Наказ МОЗ України, 2013).

Алгоритм профілактики ХСК можна представити таким комплексом заходів:

1. Скринінгове обстеження. Програму скринінгу щодо раннього виявлення ХСК проводять у цільовій групі чоловіків і жінок віком 18, 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 років, які не перебувають на диспансерному обліку з приводу ГХ та ІХС.

І етап скринінгового обстеження виконує середній медичний працівник, який:

- проводить антропометричні вимірювання (визначає масу тіла, зріст, окружність талії), розрахунок індексу маси тіла;
- проводить опитування пацієнта відповідно до скринінг-тесту з метою встановлення наявності болю або інших неприємних відчуттів за грудниною у стані спокою чи під час навантажень, головного болю, підвищення АТ, хвороб серця у батьків (ГХ, ІХС);
- вимірює АТ;
- забезпечує виконання діагностичних обстежень: загального аналізу крові, сечі, визначення рівня глікемії, креатиніну, проведення електрокардіографії.

За неможливості виконання досліджень у закладах первинної ланки необхідно направити пацієнта до закладу, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

ІІ етап проводять вибірково у разі наявності показань (огляд профільного спеціаліста).

2. Виявлення факторів ризику ХСК. Лікар ЗП/СМ, або лікар-терапевт дільничний:

- виявляє фактори ризику серцево-судинних захворювань шляхом оцінки загального серцево-судинного ризику;
- за відсутності факторів ризику захворювання рекомендує проведення наступного скринінгового огляду відповідно до періодичності його проведення;
- за наявності ≥ 2 факторів ризику (тютюнопаління, зловживання алкоголем, індекс маси тіла >25 кг/м², окружність талії у чоловіків >102 см, у жінок — >88 см), при рівнях систолічного або діастолічного АТ ≥ 140 мм рт. ст. або ≥ 90 мм рт. ст. відповідно, позитивних відповідях на скринінг-тест, пацієнтові надають рекомендації щодо корекції факторів ризику, визначення у сироватці крові рівня загального холестерину і тригліцеридів та, за необхідності, направлення на консультацію до кардіолога.

3. Проведення поглибленого обстеження (дообстеження) лікарем-кардіологом:

- проведення дообстеження, за необхідності направлення пацієнта на високоспеціалізований (третинний) рівень надання медичної допомоги;
- направлення результатів обстеження пацієнта та рекомендацій щодо його подальшого спостереження лікарю ЗП/СМ або дільничному лікарю-терапевту.

Оцінку абсолютного ризику фатальних серцево-судинних ускладнень із прогнозуванням на майбутні 10 років життя (сумар-

ний серцево-судинний ризик) проводять за допомогою Європейської шкали SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

До фатальних серцево-судинних ускладнень відносять смерть від інфаркту міокарда та інших форм ІХС, інсульту, раптова смерть, смерть у перші 24 год з моменту появи серцево-судинної симптоматики.

Визначення сумарного ризику за шкалою SCORE рекомендується за умов, якщо пацієнт:

- середнього віку та палить;
- має ожиріння, особливо абдомінальне;
- має один або більше факторів ризику (підвищений рівень АТ, ліпідів або глюкози крові);
- має спадкову обтяженість за ХСК;
- має симптоми, які свідчать про можливість наявності серцево-судинного захворювання.

Не потребують оцінки ризику за шкалою SCORE три категорії населення, які автоматично відносяться до групи високого ризику: особи з діагностованою ІХС, з цукровим діабетом та особи, які мають надзвичайно високі рівні індивідуальних факторів ризику. Решта населення підлягає оцінці ризику за шкалою SCORE.

У шкалі SCORE враховано п'ять факторів ризику, два з яких не підлягають модифікації (вік 40–65 років і стать), решта факторів ризику відносяться до категорії тих, що модифікуються (систолический АТ, статус куріння і по горизонталі — рівень холестерину у крові).

Шкала дає можливість не лише визначити рівень ризику, а й спрогнозувати його динаміку надалі, визначити конкретні шляхи щодо його зниження. За допомогою шкали SCORE можна прогнозувати загальний серцево-судинний ризик на вік 60 років у майбутньому, що має надзвичайно важливе значення для людей молодого віку, в яких абсолютна вірогідність смерті від серцево-судинних захворювань низька, але визначається несприятливий профіль факторів ризику, що погіршується з віком.

Сумарний серцево-судинний ризик за шкалою SCORE <1% вважається низьким, у діапазоні 1–5% — середнім або помірно підвищеним, 5–10% — високим та ≥10% — дуже високим. Для осіб вікової групи <40 років визначають не абсолютний, а відносний сумарний серцево-судинний ризик (рис. 2).

Висновки

Отже, щодо необхідності та пріоритетності профілактики наголошено у багатьох нормативно-правових документах. Проте визначення профілактики ХСК та інших хронічних неінфекційних захворювань як стратегічного напрямку має декларативний характер.

До існуючих бар'єрів належать:

- відсутність адекватної нормативно-правової бази;
- відсутність критичної маси професійних кадрів та експертних знань у сфері профілактики і контролю хронічних неінфекційних захворювань;

- відсутність наступності при розробці нових стратегій розвитку сфери охорони здоров'я;
- конкуруючі пріоритети (залежність управлінських рішень від політики представників фармацевтичного бізнесу) в осіб, які приймають законодавчі рішення.

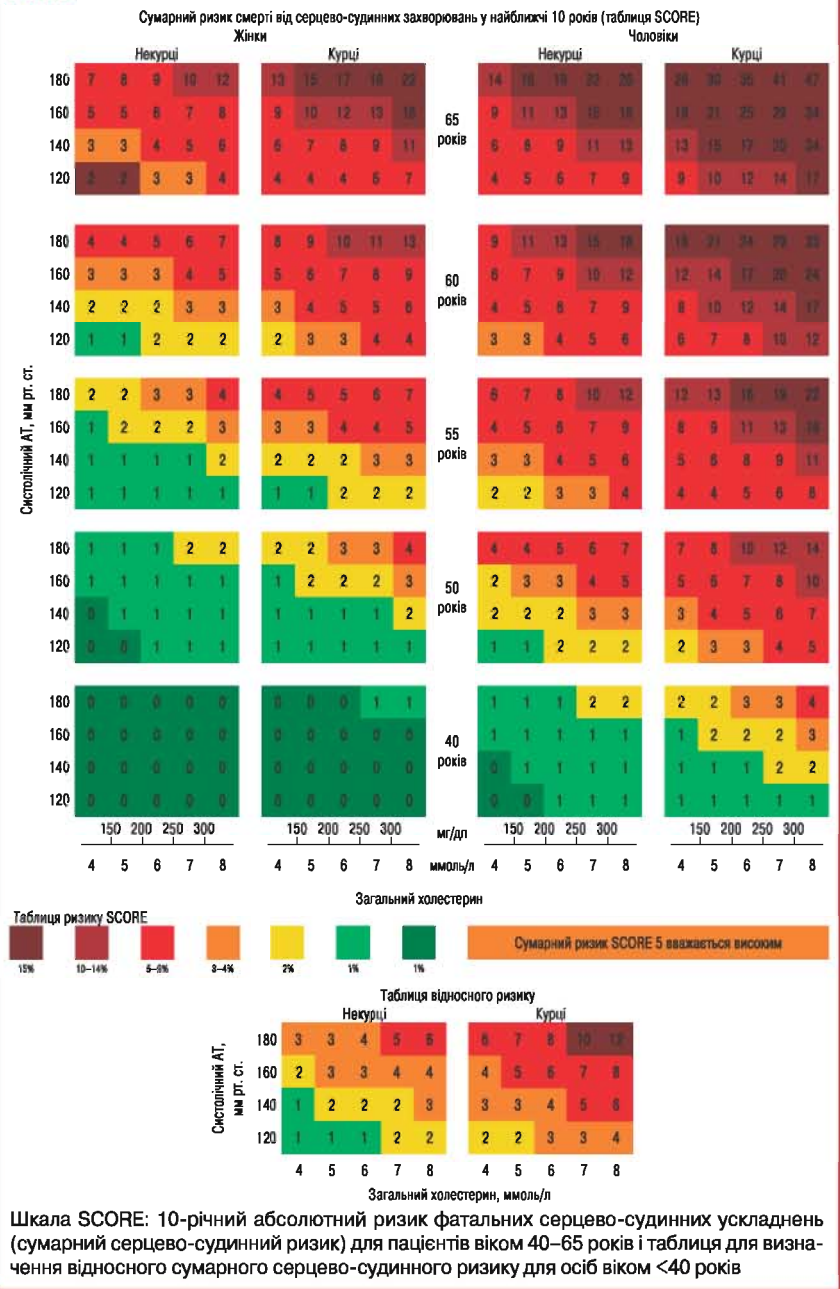
Загалом основні принципи профілактики хронічних неінфекційних захворювань в цілому і хвороб серцево-судинної системи зокрема мають забезпечуватися шляхом:

- розробки та реалізації програм щодо формування здорового способу життя, в тому числі програм зниження вживання алкоголю і тютюну, запобігання та боротьби з немедичним вживанням наркотичних і психотропних засобів;
- проведення санітарно-просвітницьких заходів;

- здійснення заходів з метою запобігання та раннього виявлення захворювань, у тому числі соціально значущих хвороб, і боротьби з ними;
- проведення профілактичних медичних оглядів, скринінгу найпоширеніших захворювань, диспансерного спостереження тощо;
- здійснення заходів щодо збереження здоров'я громадян протягом їх життя.

Таким чином, розробка та впровадження програм із раннього виявлення та моніторингу перебігу серцево-судинної патології серед населення працездатного віку, запобігання її розвитку, проведення цільової роботи у групах ризику щодо розвитку ХСК є актуальним напрямком роботи, особливо на рівні первинної ланки надання медичної допомоги населенню. Заходи з її реалізації дозволять запобігти захворюваності на ХСК та смертності від цих хвороб.

Рис. 2



Шкала SCORE: 10-річний абсолютний ризик фатальних серцево-судинних ускладнень (сумарний серцево-судинний ризик) для пацієнтів віком 40–65 років і таблиця для визначення відносного сумарного серцево-судинного ризику для осіб віком <40 років

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та впровадженні програм щодо раннього виявлення та моніторингу найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань як на загальнодержавному, так і на регіональних рівнях.

Список використаної літератури

- Коваленко В.М., Корнацький В.М. (ред.)** (2011) Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналіз.-статист. посіб., Київ, 166 с.
- Корнацький В.М., Клименко В.І. (2009)** Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я. Медінформ, Київ, 176 с.
- Котівська А.А., Лобова І.О. (2012)** Дослідження соціально-епідеміологічних показників населення України внаслідок хвороб системи кровообігу на державному та регіональному рівнях. Вісн. фармації, 4(72): 62–65.
- Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галієнко Л.І. та ін. (2012)** Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я. Східноєвроп. журн. громад. здоров'я, 2–3(18–19): 238–247.
- Мусій О.С. (ред.) (2014)** Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. Медінформ, Київ, 438 с.
- Наказ МОЗ України (2010)** Про диспансеризацію населення від 27.08.2010 р. № 728 (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100827_728.html).

Наказ МОЗ України (2013) Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики — сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування від 14.01.2013 р. № 16 (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130114_0016.html).

Основные подходы к профилактике болезней системы кровообращения

В.А. Пищиков, Ю.Б. Яценко, Н.Ю. Кондратиук, Н.В. Шестак

Резюме. В статье обозначена медико-социальная значимость болезней системы кровообращения в структуре первичной заболеваемости населения в Украине. Освещены основные принципы организации и проведения профилактики болезней системы кровообращения на основе мирового опыта и результатов современных исследований. Авторами описаны существующие на сегодня подходы к управлению и планированию диспансеризации населения и предложен алгоритм проведения профилактических мероприятий по предотвращению развития болезней системы кровообращения на уровне обслуживания семейного врача.

Ключевые слова: стратегия профилактики, болезни системы кровообращения, алгоритм, скрининг, профилактика.

Basic approaches to prevention of cardiovascular diseases

V.A. Pishchikov, Y.B. Yashchenko, N.Y. Kondratiuk, N.V. Shestak

Summary. The article outlined the medical and social importance of cardiovascular diseases in the primary structure of morbidity in Ukraine. The basic principles of the organization and the prevention of cardiovascular diseases based on international experience and the results of modern research. The authors outlined the currently existing approaches to the management and planning of population and clinical examination algorithm preventive measures for the prevention of cardiovascular diseases at the family doctor service.

Key words: strategy of prevention, cardiovascular diseases, algorithm, screening, prevention.

Адреса для листування:

Яценко Юрій Борисович
01014, Київ, вул. Верхня, 5
Державна наукова установа
«Науково-практичний центр
профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами
E-mail: yayubor@yandex.ru

Одержано 27.10.2014

Реферативна інформація

Стояние в пробках опасно для лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Загрязнение окружающей среды — актуальная проблема, для решения которой нужен комплексный подход, ученых, изучающих этот вопрос, чиновников, нажимающих на нужные рычаги, и собственно простого населения, от уровня самосознания которого и зависит качество их жизни. Еще одним «колокольчиком», подчеркивающим важность решения экологического вопроса, стала публикация, посвященная влиянию загрязненного воздуха на развитие сердечно-сосудистой заболеваемости, опубликованная в «European Heart Journal». Ее авторы советуют избегать пробок в час пик лицам с болезнями сердечно-сосудистой системы. В статье приведены рекомендации, направленные на уменьшение негативного действия загрязненного воздуха. Также эксперты Европейского общества кардиологов (The European Society of Cardiology) советуют уменьшить применение ископаемого топлива в повседневной жизни.

Профессор Р.Ф. Стори (R.F. Storey), автор статьи, заявил: «Более 3 млн смертей в мире вызваны загрязнением воздуха: оно занимает девятое место среди модифицированных факторов риска заболеваемости. Существующие сегодня доказательства негативного влияния загрязненного воздуха на развитие сердечно-сосудистых заболеваний неоспоримы. Избегание мест повышенного загрязнения воздуха является профилактической мерой по снижению риска возникновения сердечно-сосудистых болезней. Поэтому кардиологи должны включать эту информацию в рекомендации образа жизни для своих пациентов. Также мы обязаны усилить соответствующее давление на политиков, которые могут помочь решить этот вопрос на законодательном уровне».

Если говорить о стандартах Европейского Союза, около 1/3 европейцев, проживающих в городских районах, подвержены значительному воздействию загрязненного воздуха. Но, согласно научно обоснованным критериям Всемирной организации здравоохранения, этот показатель достигает 90%.

В статье приведены следующие рекомендации по уменьшению негативного влияния загрязненного воздуха:

- предпочтительны путешествия пешком либо на велосипеде и на общественном транспорте как альтернатива использованию автомобилей и мотоциклов;
- избегание неэффективных методов отопления жилых помещений, сопровождающихся сжиганием биоматериала;
- минимизация пребывания на открытых пространствах возле/на дорогах в час пик;
- гуляние в парках и садах, при этом избегать мест интенсивного дорожного движения;
- ограничение пребывания на улице в периоды повышенного загрязнения, особенно это касается младенцев и лиц пожилого возраста;
- установление в вентиляционных системах фильтров в районах с высокой загрязненностью.

Людям с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний следует обратить особое внимание на эти рекомендации. Также регулярное применение препаратов, назначенных с целью лечения или профилактики, существенно снижает негативное влияние экологических факторов на состояние здоровья. Особенно это касается пациентов с избыточной массой тела, ожирением и сахарным диабетом, поскольку загрязненный воздух способствует повышению артериального давления и снижению чувствительности клеток к инсулину.

Также авторы публикации обращают внимание на важность роли загрязненного воздуха внутри помещения, что может быть скорректировано при проектировании вентиляционных каналов. Они указывают, что использование ископаемых видов топлива является основной причиной загрязнения воздуха и источником парниковых газов.

Ученые подчеркивают необходимость законодательного урегулирования проблемы экологической этики.

European Society of Cardiology (ESC) (2014) Heart disease patients advised to avoid being outside in rush hour traffic. ScienceDaily, 9 December (www.sciencedaily.com/releases/2014/12/141209081905.htm).

Newby D.E., Mannucci P.M., Tell G.S. et al. (2014) Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease. European Heart Journal, 9 December [Epub ahead of print].

Анна Антонюк