



В. В. КОРОЛЕНКО

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Перспективи імплементації стратегії зниження шкоди у сферу охорони здоров'я сучасної України

Концепція зниження шкоди являє собою стратегію державної політики, яка передбачає комплекс заходів із протидії шкідливим поведінковим моделям (надмірне споживання алкоголю, тютюнокуріння, нерациональне харчування, брак фізичної активності, залежність від психоактивних речовин, інші варіанти девіантної поведінки) за рахунок впровадження механізмів та інструментів стимулювання споживання менш шкідливих продуктів і послуг. Прикладами ефективного використання принципів зниження шкоди є практика протидії небезпечним наслідкам вживання наркотиків та споживання платних секс-послуг, створення захисного одягу для спортсменів та мандрівників, контроль тверезості водіїв транспортних засобів, регламентація шкідливих викидів в атмосферу. Актуальним для України прикладом застосування стратегії зниження шкоди для запобігання розвитку епідемії найбільш поширених серцево-судинних захворювань є зниження шкоди тютюну, яке ґрунтується на тезі щодо меншої шкідливості власне нікотину порівняно з іншими компонентами тютюнового диму, доведеної тривалим його використанням у виробництві нікотинозамісної продукції, що зумовлює доцільність скорочення або припинення використання тютюну для куріння за рахунок пошуку альтернативних варіантів. Такі рішення дають змогу втілювати у життя європейський принцип «Health in all policies» (здоров'я в усіх стратегіях).

Ключові слова: епідеміологія, громадське здоров'я, ВООЗ, Україна, зниження шкоди.

Сучасна охорона здоров'я швидко оновлюється через зміни у способі життя, глобальну мобільність, міграції, зростання розмаїття популяцій, культурне розмаїття, поширення захворювань, глобалізацію пропозицій медичних послуг.

У ХХ ст. одночасно з поліпшенням стану здоров'я спостерігалися зміни провідних причин смертності: на перший план вийшли неінфекційні захворювання — легеневі та серцево-судинні хвороби, злоякісні пухлини, цукровий діабет, залишивши позаду інфекційні захворювання і дефіцит харчування [4, 13]. Цей «епідеміологічний перехід» відбувся внаслідок постаріння населення (через зниження народжуваності та збільшення тривалості життя) і зростання темпів урбанізації, що разом з глобалізацією зумовило появу такого способу життя, за якого збільшився тягар чинників ризику виникнення ішемічної хвороби сер-

ця та інсульту, які є головними причинами смертності у світі [13]. Водночас додалася дія низки специфічних чинників, які безпосередньо впливали на здоров'я і тривалість життя населення, причому практично незалежно від рівня доходу. Це насамперед розвиток медицини та поліпшення санітарно-гігієнічних умов завдяки розвитку промисловості та науково-технічному і культурному прогресу в цілому, а також зміна екологічних умов. Унаслідок зазначених процесів смертність від епідемій, спричинених інфекційними захворюваннями, різко зменшилася, але зросла відносна кількість смертей від захворювань кровоносної системи та раку. Така зміна структури смертності отримала назву «епідеміологічний перехід». Цю концепцію вперше обґрунтував американський демограф та епідеміолог А. Р. Omran [10].

На першій стадії зменшується або навіть нівелюється смертність від найбільш небезпечних інфекційних захворювань (чума, холера, віспа), а та-

© В. В. Короленко, 2017

кож від голоду. На другій стадії епідеміологічного переходу знижуються захворюваність на туберкульоз, шлунково-кишкові та дитячі інфекції, а також смертність від них. Це супроводжується зростанням захворюваності і смертності від так званих квазіендогенних причин (хвороби системи кровообігу, пухлини), причому на них страждають особи дедалі молодшого віку. Причини цього — пов'язані з процесом індустріалізації чинники: забруднення довкілля, збільшення фізичного і психологічного навантаження, що спричиняє стрес та смертність від нещасних випадків на виробництві.

Третя стадія характеризується подоланням значених наслідків індустріалізації. Актуальними є завдання охорони довкілля, поліпшення умов праці та побуту населення, розробка техніки безпеки, пропаганда здорового способу життя. Подальший розвиток медицини та орієнтованість на профілактику хвороб зменшують захворюваність і смертність, середня очікувана тривалість життя збільшується, очікуваний вік смерті від більшості захворювань підвищується.

Четверта стадія епідеміологічного переходу спостерігається здебільшого в розвинених країнах. Рівень смертності продовжує знижуватися завдяки профілактиці багатьох захворювань квазіендогенної та ендемогенної природи і прогресу в лікуванні природжених генетичних захворювань та вад внутрішньоутробного розвитку. Зменшуються смертність новонароджених, дитяча смертність, а також смертність осіб похилого і старечого віку.

Для перших трьох стадій епідеміологічного переходу характерне поліпшення здоров'я і тривалості життя дітей та молодих жінок, для четвертої — літніх і старих осіб, переважно чоловіків. При цьому на четвертій стадії прискорено зростає поширеність хронічних захворювань.

«Епідеміологічний перехід» уже відбувся у країнах з високим рівнем доходів, зокрема у США та країнах Західної Європи. Він також спостерігається у країнах із середнім та низьким рівнем доходів із залученням осіб молодшого віку з бідніших етнічних груп або регіонів [9]. У цих країнах, наприклад, гіпертензивне ураження міокарда та інсульт є чітко встановленими причинами смертності та інвалідності, що пов'язано з недостатнім контролем артеріальної гіпертензії [8].

Із загальної кількості (50 млн) смертей щорічно 15 млн спричинені серцево-судинними захворюваннями. Головна причина смерті у світі — атеротромбоз, який можна визначити як атеросклероз із тромботичними ускладненнями. Патологічний процес полягає у формуванні багатого на тромбоцити тромбу в атеросклеротично зміненій кровеносній судині. Атеротромбоз — загальне генералізоване захворювання, яке вражає багато артеріальних басейнів, зокрема коронарні, церебральні та периферичні артерії. У пацієнтів з атеротромбозом з ознаками ураження одного судинного басей-

ну ризик захворювання в інших судинних басейнах збільшується. Пацієнти із захворюваннями периферичних артерій також мають більший ризик як інсульту, так і інфаркту міокарда [6].

Вияви атеротромбозу різноманітні — транзиторні ішемічні атаки, ішемічний інсульт, стенокардія, інфаркт міокарда, переміжна кульгавість та критична ішемія кінцівки. У головному мозку атеротромбоз може призводити до транзиторних ішемічних атак або ішемічного інсульту.

Важливо, що незалежно від ураженого судинного басейну, застосовують схожі принципи діагностики і лікування:

- виявлення чинників ризику атеротромбозу;
- стратегія усунення чинників ризику;
- відповідне лікування гострих ішемічних подій;
- стратегія запобігання ішемічним подіям у пацієнтів з ризиком інфаркту міокарда, ішемічного інсульту або периферичних судинних захворювань.

Близько 80 % інсультів є ішемічними, які спричиняє атеротромбоз у великих судинах (15 %), малих судинах (лакунарні (25 %), емболічні (60 %)), фібриляція передсердь (15 %) та зрідка інші причини.

У розвинених країнах інсульт — провідна причина непрацездатності. Багато пацієнтів, які перенесли інсульт, стають непрацездатними на тривалий термін, що збільшує витрати на медичну допомогу. За оцінками, кількість випадків інсульту у світі упродовж 1995—2005 рр. збільшувалася щорічно на 2 %. Однією з причин цього є демографічні зміни, зокрема збільшення кількості населення похилого віку [6].

Як усі судинні захворювання, інсульт є всесвітньою пандемією та щорічно вражає близько 7 млн осіб. Кількість нових випадків інфаркту міокарда у США та об'єднаній Європі становить 2,1 млн на рік, а кількість випадків ішемічного інсульту — 1,75 млн. Кількість нових випадків атеротромботичних ускладнень у різних регіонах неоднакова: у США — 350 випадків інфаркту міокарда на рік на 100 тис. населення, у Франції — 150, в Італії — 150, у Великій Британії — 250, тоді як кількість нових випадків ішемічного інсульту в цих країнах менше відрізняється — від 120 до 180 випадків на 100 тис. населення на рік.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, понад 60 % загального тягаря захворювань пов'язано із 7 чинниками ризику [2]:

- підвищений артеріальний тиск;
- тютюнокуріння;
- зловживання алкоголем;
- високий рівень холестерину в крові;
- надлишкова маса тіла та ожиріння;
- низький рівень споживання овочів і фруктів;
- недостатня фізична активність.

Назріла необхідність зміни політики у сфері охорони здоров'я, що зумовлено негативними соціальними наслідками: порушенням прав людини (насамперед стигми, пов'язані з відмовами в ме-

дичному та соціальному обслуговуванні або наданням його неналежної якості), руйнуванням суспільних зв'язків тощо [5].

У країнах, у яких спостерігається постаріння населення, наприклад у Південній Америці [3], частіше трапляються випадки недотримання принципів здорового способу життя, що призводить до збільшення виникнення атеросклеротичних захворювань, які виявляються у молодшому віці, порівняно з країнами з високим рівнем доходів [13]. Профілактика, своєчасна діагностика і лікування ішемічної хвороби серця, інсульту та їх чинників ризику зумовлюють відтермінування значущого зростання захворюваності та смертності у зв'язку з цими станами, котрі зазвичай реєструють у віці понад 50 років [13]. Дані реєстрів скандинавських країн свідчать про те, що, незважаючи на процес старіння, такі дії сприяють стрімкому зниженню стандартизованої за віком серцево-судинної смертності [12].

Зазначений комплекс проблем потребує підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я, що позначається на політичному, соціально-економічному та практичному рівнях. У зв'язку з низкою проблем охорони здоров'я актуальним є питання щодо адекватного адресного розподілу ресурсів для надання медичної допомоги конкретним категоріям осіб. Основні критерії такого розподілу (ефективність та доступність) використовують економісти, оцінюючи державні заходи, нові продукти та інші практичні ініціативи у сфері охорони здоров'я [1].

Нині у більшості розвинених країн діяльність фахівців у сфері громадського здоров'я значною мірою пов'язана з пошуком оптимальної моделі розвитку та функціонування системи охорони здоров'я. Висока наукова та соціальна активність щодо пошуку рішення цієї проблеми пояснюється специфікою ринкових відносин, а саме необхідністю постійно зіставляти остаточний результат з витратами на його досягнення.

Стратегія зменшення шкоди від моделей поведінки дає змогу перенести акцент з довгострокової та ідеалістичної мети викоринення відповідних поведінкових патернів у світі або в окремій країні на досягнення короткострокових і реалістичних цілей — зниження вираженості таких стереотипів, відповідне зменшення захворюваності на поширені неінфекційні хвороби, збереження життя і здоров'я. Проте зазначені моделі поведінки неминучі, принаймні в найближчому майбутньому, тому слід спрямувати зусилля на зменшення негативних наслідків цього явища. Насамперед необхідно запобігти ускладненням та дії додаткових чинників ризику, умов праці, рівня доходів, стереотипів у харчуванні тощо для того, щоб мати змогу реалізувати інші довгострокові цілі, зокрема знизити захворюваність на серцево-судинні хвороби.

Одним із міжсекторальних підходів, мета якого — ефективно і доступно зменшити шкідливі наслідки,

пов'язані з різними патернами (стереотипами) людської поведінки, є зниження шкоди або зведення її до мінімуму (*англ.* harmreduction). Термін «зниження шкоди» було запропоновано наприкінці ХХ ст. для позначення стратегій і програм, метою яких було зменшення «негативних медичних, соціальних та економічних наслідків вживання психоактивних речовин для наркоспоживачів, їх сімей та суспільства в цілому». Цей підхід спрямований на збереження здоров'я кожного члена людського суспільства, не на заборону шкідливої для здоров'я поведінки, а на зменшення її шкідливих наслідків і зміну поведінки на безпечнішу. Нині цей принцип дедалі ширше використовують у різних галузях охорони здоров'я.

У зниженні шкоди чільне місце відведене охороні здоров'я, праву людини на отримання адекватної інформації про своє здоров'я і свої права та на доступ до медичних послуг. Пріоритетом у зниженні шкоди не є вирішення проблем захворюваності в цілому та захворювання конкретної людини. Будучи окремим видом превентивного і терапевтичного втручання, зниження шкоди не заперечує необхідність інших форм роботи у сфері громадського здоров'я.

Основа програм «зниження шкоди» — поступовий процес зміни поведінки. Виходячи з цього підходу, який ґрунтується на психологічних особливостях та соціальних передумовах, котрі формують поведінку особистості, було прийнято так звану ієрархію зменшення шкоди.

Програми зниження шкоди відіграють провідну роль у формуванні у цільових категорій населення прихильності до здорового способу життя та дають змогу зменшити вияви девіантної поведінки. Співробітники, задіяні у цих програмах, завдяки безпосередньому контакту і знанню проблеми зсередини, можуть донести інформацію про специфіку профілактики та, за потреби, про лікування. Аутрич-працівники, спеціально підготовлені та навчені працювати «рівними консультантами», котрі володіють необхідними знаннями, допомагають знайти вихід із складних ситуацій і вирішити соціальні питання. Це є корисним при забезпеченні популяційного здоров'я в місцях компактного проживання у разі вимушеного переселення [5].

Прикладом застосування стратегії зниження шкоди для запобігання розвитку епідемії серцево-судинних захворювань є зниження шкоди тютюнокуріння, яке визнано важливою причиною захворюваності та смертності [7]. Сам по собі нікотин є менш шкідливим порівняно з іншими компонентами тютюнового диму, що доведено тривалим його використанням для виробництва нікотинозамісної продукції [11]. Знизити шкоду тютюнокуріння можна шляхом скорочення або припинення використання тютюну для куріння, використовуючи альтернативні варіанти:

1. Скорочення споживання (тривале або перед повною відмовою від куріння).

2. Тимчасове утримання.

3. Перехід на нетютюнові нікотиновмісні продукти, зокрема на фармацевтичну нікотинову замісну терапію або на електронні сигарети.

4. Перехід на бездимні тютюнові вироби, такі як шведський жувальний тютюн.

5. Перехід на негорючі органічні тютюнові вироби або тютюнові вироби без добавок.

Відомо, що лише повна відмова від куріння забезпечує найбільший рівень зменшення ризику. Традиційні методи відмови від тютюнокуріння асоціюються з високою частотою (за деякими даними, до 90 %) невдач [7]. Крім того, існує значна кількість курців, які не можуть або не бажають позбутися залежності. Тому використання підходу зниження шкоди є ефективнішим та буде корисним як для курців, так і для суспільного здоров'я в цілому. Забезпечення курців альтернативами щодо зниження шкоди з більшою ймовірністю сприятиме зменшенню загального ризику серед населення, ніж стратегія утримання від тютюнокуріння [11].

Нині імплементація в Україні світового досвіду використання зниження шкоди для вирішення проблем розвитку сфери громадського здоров'я супроводжується певними труднощами, оскільки вітчизняна нормативно-правова база не містить відповідного юридичного глосарію та обґрунтування засад застосування цієї стратегії на практиці на відміну від офіційних документів ВООЗ та інституцій Європейського Союзу. У низці нормативно-правових актів з охорони здоров'я та дотичних сфер містяться аналогічні за змістом терміни, які лише згадують, але не розкривають поняття «зниження шкоди». Відсутність уніфікованої нормативно-правової бази з цього питання створює бар'єр для ширшого впровадження стратегії зниження шкоди, який можна подолати спільними зусиллями фахової громадськості та влади.

Підготовлено за підтримки громадської організації «Законодавчі ініціативи: Україна-ЄС».

Висновки

Концепція зниження шкоди являє собою стратегію державної політики, яка передбачає комплекс заходів із протидії шкідливим поведінковим моделям (надмірне споживання алкоголю, тютюнокуріння, нераціональне харчування, брак фізичної активності, залежність від психоактивних речовин, інші варіанти девіантної поведінки) за рахунок впровадження механізмів та інструментів стимулювання споживання менш шкідливих продуктів і послуг. Прикладами ефективного використання принципів зниження шкоди є практика протидії небезпечним наслідкам вживання наркотиків та споживання платних секс-послуг, створення захисного одягу для спортсменів та мандрівників, контроль тверезості водіїв транспортних засобів, регламентація шкідливих викидів в атмосферу. Такі рішення дають змогу втілювати у життя європейський принцип «Health in all policies» (здоров'я в усіх стратегіях).

Актуальним для України прикладом застосування стратегії зниження шкоди для запобігання розвитку епідемії найбільш поширених серцево-судинних захворювань є зниження шкоди тютюну, яке ґрунтується на тезі щодо меншої шкідливості власне нікотину порівняно з іншими компонентами тютюнового диму, доведеної тривалим його використанням у виробництві нікотинозамісної продукції, що зумовлює доцільність скорочення або припинення використання тютюну для куріння за рахунок пошуку альтернативних варіантів.

Запровадження підходу зниження шкоди у вітчизняну сферу охорони здоров'я — потенційно доцільний напрям її розвитку. Першочерговим завданням є розробка та нормативне затвердження відповідної концепції з уніфікованим понятійним апаратом згідно з вимогами міжнародного законодавства відповідно до глобальних викликів та застосування принципів зниження шкоди у вирішенні проблем охорони здоров'я.

Література

1. Князевич В. М., Авраменко Т. П., Короленко В. В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України // Вісник НАДУ при Президентіві України. — 2016. — № 1. — С. 56—65.
2. Brown T. M., Cueto M., Fee E. The World Health Organization and the transition from «international» to «global» public health // Amer. J. Public Health. — 2006. — Vol. 96. — P. 62—72.
3. De Fatima Marinho de Souza M., Gawryszewski V. P., Ordunez P. et al. Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities // Heart. — 2012. — Vol. 98. — P. 1207—1212.
4. Hunter D. J., Reddy K. S. Noncommunicable diseases // New Engl. J. Med. — 2013. — Vol. 369. — P. 1336—1343.
5. Harm Reduction: A British Columbia Community Guide. — Режим доступу: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>
6. Kjellstrom T. Епідеміологія інсульту. Лекція прочитана на пленумі правління Українського кардіологічного товариства 28 вересня 2001 р. (м. Київ). — Режим доступу: http://www.journal.ukrcardio.org/cardio_archive/2002/D1/kjellstrom.htm
7. Nitzkin J. The case in favor of e-cigarettes for tobacco harm reduction // Int J Environ Res Public Health. — 2014. — N 11(6). — P. 6459—6471. doi:10.3390/ijerph110606459
8. Ntsekhe M., Damasceno A. Recent advances in the epidemiology, outcome, and prevention of myocardial infarction and stroke in sub-Saharan Africa // Heart. — 2013. — Vol. 99. — P. 1230—1235.
9. O'Flaherty M., Buchan I., Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? // Heart. — 2013. — Vol. 99. — P. 159—162.
10. Omran A.R (First published 1971), «The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change» // The Milbank Quarterly. — 2005. — Vol. 83(4). — P. 731—757. doi:

- 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x, PMC 2690264, PMID 16279965 Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly 49 (No.4, Pt.1), 1971, pp.509-538
11. Phillips C.V. Debunking the claim that abstinence is usually healthier for smokers than switching to a low-risk alternative, and other observations about anti-tobacco-harm-reduction arguments // Harm Reduct J. — 2009. — N 6. — P. 29. doi:10.1186/1477-7517-6-29.
 12. Salomaa V., Havulinna A.S., Koukkunen H. et al. Aging of the population may not lead to an increase in the numbers of acute coronary events: a community surveillance study and modelled forecast of the future // Heart. — 2013. — Vol. 99. — P. 954—959.
 13. Yusuf S., Reddy S., Ounpuu S. et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization // Circulation. — 2001. — Vol. 104. — P. 2746—2753.

В. В. КОРОЛЕНКО

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Перспективы имплементации стратегии снижения вреда в сферу здравоохранения современной Украины

Концепция снижения вреда представляет собой стратегию государственной политики и предусматривает комплекс мер противодействия вредным поведенческим моделям (чрезмерное потребление алкоголя, курение, нерациональное питание, недостаток физической активности, зависимость от психоактивных веществ, другие варианты девиантного поведения) за счет внедрения механизмов и инструментов стимулирования потребления как можно менее вредных продуктов и услуг. Примерами эффективного использования принципов снижения вреда являются практика противодействия опасным последствиям употребления наркотиков и потребления платных секс-услуг, создание защитной одежды для спортсменов и путешественников, контроль трезвости водителей транспортных средств, регламентация вредных выбросов в атмосферу. Актуальным для Украины примером применения стратегии снижения вреда с целью предотвращения эпидемии наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний является снижение вреда табака, основанное на тезисе о меньшей вредности собственно никотина по сравнению с другими компонентами табачного дыма, что доказано длительным его использованием в производстве никотинсодержащей продукции, что обуславливает целесообразность сокращения или прекращения потребления табака для курения за счет поиска альтернативных вариантов. Такие решения позволяют воплощать в жизнь европейский принцип «Health in all policies» (здоровье во всех стратегиях).

Ключевые слова: эпидемиология, общественное здоровье, ВОЗ, Украина, снижение вреда.

V. V. KOROLENKO

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Prospects of implementation of harm reduction strategy in health care of contemporary Ukraine

The concept of the harm reduction is a strategy of governmental policy that provides a coherent set of measures to counter harmful behavioral patterns (excessive alcohol consumption, smoking, poor nutrition, lack of physical activity, dependence on psychoactive substances, other variants of deviant behavior) through the introduction of mechanisms and instruments for stimulating consumption the least harmful products and services. Examples of effective implementation of harm reduction approaches are the practice of resistance to dangerous consequences of drug use and paid sex services, creation of protective clothing for athletes and travelers, monitoring drivers sobriety, regulation of harmful emissions. Relevant example of the strategy of harm reduction in Ukraine to prevent the epidemics of most common cardiovascular disease is to reduce the harm of tobacco, which is based on a thesis on less harm of nicotine itself compared to other components of tobacco smoke, which was proved by the long term usage in nicotine-relevant products manufacturing. Hence one can see the advisability of reducing or stopping the use of tobacco for smoking by searching for alternatives. These solutions allow to further the European principle «Health in all policies».

Key words: epidemiology, public health, WHO, Ukraine, harm reduction.