

Хвороби системи кровообігу як світова проблема

У статті проаналізовано досвід організації профілактики хвороб системи кровообігу Всесвітньою організацією охорони здоров'я, європейськими країнами і в Україні.

Ключові слова:

хвороби системи кровообігу, профілактика, чинники ризику.

В умовах нових викликів для громадського здоров'я, світової економічної кризи та обмеженості ресурсів, зокрема у сфері охорони здоров'я, та з огляду на зростання очікувань населення щодо підвищення стандартів медичної допомоги і якості життя в цілому питання профілактики хронічних неінфекційних захворювань (ХНЗ) набувають усе більшої актуальності і значущості [4, 26].

Міжнародний, європейський та національний досвід застосування профілактичних програм і використання профілактичних технологій свідчить про їх високу ефективність. Проте, незважаючи на незаперечні докази величезної ролі профілактики в попередженні виникнення захворювань, вона все-таки ще не стала справжнім пріоритетом і дієвим інструментом зміцнення та збереження здоров'я населення в системі охорони здоров'я багатьох держав [1, 16, 21].

Відомо, що в основі формування концепцій профілактики лежить теорія чинників ризику. На відміну від безпосередніх причин захворювань та їх наслідків, які прямо чи опосередковано викликають патологічні зміни в організмі, чинники ризику створюють негативний фон, що сприяє виникненню ХНЗ. Значна увага до чинників ризику пов'язана з тим, що багато захворювань поліетіологічні. Існує можливість застосування на практиці знань про чинники ризику для профілактики, прогнозування виникнення, особливостей діагностики й перебігу захворювань [17, 32].

Як свідчить історичний досвід, більшість досягнень у сфері громадського здоров'я пов'язано з успіхами в профілактичному напрямі, з викоріненням або зменшенням дії чинників ризику захворювань [2, 10, 12].

Досвід Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо організації профілактики хвороб системи кровообігу (ХСК)

Уперше на глобальному рівні про важливість активної участі кожної людини в охороні здоров'я було заявлено в межах стратегічної концепції здоров'я для всіх, визначеної під час Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 1977 р. і проголошеної в Алма-Атинській декларації, прийнятій на Міжнародній конвенції з первинної медико-санітарної допомоги 1978 р. Цей документ став першим кроком на шляху до формування нової політики охорони здоров'я на глобальному, регіональному та національному рівнях держав — членів ВООЗ, підкресливши, що охорона здоров'я кожної людини — це стрижень стратегії досягнення здоров'я для всіх і що вона залежить від рівня санітарної освіти та



А.С. Бідучак

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Бідучак Анжела Степанівна

асист. кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я

58002, м. Чернівці, вул. Театральна, 2
Тел. (0372) 52-52-75
E-mail: biduchak5@gmail.com

Стаття надійшла до редакції
24 вересня 2013 р.

інформованості людини з питань охорони здоров'я [3, 13].

ВООЗ визначено провідні чинники ризику виникнення ХНЗ. Для країн, що розвиваються, до них належить бідність, низька маса тіла людини, неякісна вода, незадовільні санітарно-гігієнічні умови, незахищений секс, залізодофіцитна анемія, дим від спалювання твердих видів палива у приміщеннях. В економічно розвинених країнах палітру чинників ризику складають високі артеріальний тиск, підвищений вміст холестерину крові, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, ожиріння та низька фізична активність. Ці фактори ризику, що асоціюються з багатством та достатком, отримують сьогодні поширення також у країнах, що розвиваються, створюючи подвійний тягар нездоров'я [18, 21].

У країнах Європейського регіону ВООЗ, де проживає лише 15 % населення світу, глобальний тягар хвороб, пов'язаних зі споживанням тютюну, становить третину світового. У відповідь на глобалізацію тютюнової епідемії ВООЗ розробила і прийняла у 2003 р. Рамкову конвенцію боротьби з тютюнокурінням, яка набула чинності у 2005 р. Конвенцію підтримали 167 країн світу [25].

У 2008 р. ВООЗ запропонувала комплекс заходів (MPOWER), спрямованих на скорочення споживання тютюну в глобальному масштабі, яким передбачено здійснення ефективних стратегій, заснованих на даних систематичних обстежень, а саме: моніторинг тютюнокуріння, захист людей від тютюнового диму, надання допомоги у відмові від тютюнокуріння, попередження про загрозу, забезпечення дотримання заборони реклами і стимулювання продажу, а також спонсорства тютюнових виробів, підвищення податків на тютюнові вироби [6, 10, 29].

Значна поширеність ожиріння у світі та пов'язані з ним медико-соціальні й економічні проблеми зумовили прийняття ВООЗ Глобальної стратегії з харчування, фізичної активності та здоров'я (2004), а також затвердження Європейським регіональним бюро Європейської хартії з боротьби з ожирінням (2006) [8, 17, 22].

Ще одна важлива запорука успіху — поєднання загальнонаціональних програм з активними заходами на регіональному рівні. Наближеність профілактичних зусиль до населення з урахуванням місцевих особливостей, традицій та інших аспектів дозволяє найефективніше використовувати наявні ресурси й досягати найбільших успіхів. На сьогодні у світі накопичено досить великий досвід регіональних програм із профілактики серцево-судинних захворювань. Лідером за кількістю таких програм є США. Це

зумовлено не лише тим, що в цій країні передбачено великі витрати на охорону здоров'я, а й усім ходом розвитку цієї країни, традиціями демократії, досконалою системою соціального захисту людей, розвитком суспільної думки. Найважливішим етапом у появі популяційних програм стало Фремінгемське дослідження, яке значно розширило знання про фактори ризику, їх прогностичне значення, перебіг серцево-судинних захворювань. Зібрано унікальну інформацію про чинники, пов'язані з високим ризиком розвитку судинних катастроф [1, 3, 11, 18].

У 1980-х роках Європейським регіональним бюро ВООЗ у рамках стратегії «Досягнення здоров'я для всіх до 2000 року» було розроблено довгострокову міжнародну інтегровану програму профілактики неінфекційних захворювань (CINDI). Мета програми — зниження захворюваності й смертності населення від найважливіших неінфекційних захворювань шляхом зменшення впливу основних чинників ризику, спільних для багатьох недуг. Пріоритетними чинниками були визначені такі: тютюнокуріння, нерациональне харчування, зловживання алкоголем, недостатня фізична активність, психосоціальний стрес [21, 27]. Із того часу програма CINDI в Європейському регіоні ВООЗ трансформувалася в цілеспрямовану спільну роботу із профілактики неінфекційних захворювань і зміцнення здоров'я. Вона також слугує одним з основних механізмів здійснення регіональної політики «Здоров'я для всіх».

За підтримки ВООЗ в окремих європейських країнах — членах ВООЗ, зокрема в Угорщині, Німеччині, Норвегії, Швеції, Великій Британії, колишньому СРСР, було розгорнуто здійснення національних програм CINDI. Досвід реалізації цих програм, а також інших національних і міжнародних профілактичних програм підтвердив ефективність інтегрованих підходів для боротьби з неінфекційними хворобами [16, 17].

ВООЗ рекомендує урядам, міністерствам охорони здоров'я країн займати провідні позиції в розробці стратегій профілактики чинників ризику, підтримувати наукові дослідження, вдосконалювати системи контролю та розширювати доступ до глобальної інформації. Першочергову увагу необхідно приділяти формуванню ефективних профілактичних стратегій, спрямованих на чинники високого ризику для здоров'я (тютюнокуріння, незбалансоване харчування, зловживання алкоголем, ожиріння, малорухливий спосіб життя). Діяльність з усунення або зменшення впливу чинників ризику та їх детермінантів, а також зі зміцнення систем охорони здоров'я з метою більш ефективної профілактики повинна

базуватися на 6 основних принципах, викладених у Європейській стратегії ВООЗ профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями «Курс на оздоровлення»: проведення профілактики на всіх етапах життя як інвестиції у здоров'я нації та її розвиток; створення середовища існування, сприятливого для здоров'я та вибору способу життя; відповідність діяльності служб завданням, що стоять перед ними, у плані боротьби з існуючими хворобами та зміцнення здоров'я населення; створення в суспільстві можливостей для зміцнення здоров'я, ефективної взаємодії з медичними службами та активної участі у прийнятті рішень відносно лікування й контролю хвороб; забезпечення загальної доступності можливостей для зміцнення здоров'я населення, профілактики хвороб і отримання медичної допомоги; відповідальність урядів за вироблення державної політики з охорони здоров'я населення і вжиття належних заходів у всіх секторах суспільства [14, 23, 25].

Комплексну стратегію зміцнення здоров'я також було проголошено у визначальних документах міжнародного рівня, зокрема в Оттавській хартії зміцнення здоров'я (1986), програмі ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» (1998), Бангкокській хартії зміцнення здоров'я (2005) [29, 31]. Проблема профілактики й контролю захворювань знайшла відображення в низці найважливіших документів європейського рівня.

Загальновизнано, що будь-яка стратегія зі зміцнення здоров'я населення повинна базуватися на широкому міжсекторальному підході й передбачати здійснення заходів у самій системі охорони здоров'я. В основу її обґрунтування необхідно закласти принципові положення стратегічних документів ВООЗ, зокрема Рамкової програми вдосконалення систем охорони здоров'я (2000), Бангкокської хартії зі зміцнення здоров'я (2005), Таллінської хартії «Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту» (2008) тощо [1, 3, 29].

Досвід організації профілактики ХСК у країнах дальнього та ближнього зарубіжжя

Наприкінці 70-х років у США було опубліковано документ «Здорова нація: звіт по зміцненню здоров'я та профілактиці хвороб» (Healthy People: Surgeon Generals Report on health promotion and Disease prevention), де було названо такі пріоритети профілактики серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, тютюнокуріння, надмірне вживання алкоголю, неправильне харчування, низька фізична активність.

З 1980-х років починається бум профілактичних програм, національних кампаній з боротьби із серцево-судинними захворюваннями. Більшість успішних (ефективних і економічних) проєктів ґрунтуються на комбінації двох стратегій: популяційного втручання стратегії високого ризику (їх суть було викладено вище). У 5 містах Америки з 1978 по 1992 рік здійснювалась одна з перших програм, розроблена Стенфордським університетом. За основу було взято принципи вдосконалення організації суспільства. У результаті в містах, де проводили втручання, підвищився рівень знань та зменшилась поширеність чинників ризику серцево-судинних захворювань порівняно з регіонами, не охопленими програмою [3, 9, 13].

Проведення антиалкогольної кампанії 1985—1987 рр. у СРСР дало змогу скоротити вживання алкоголю на 27 %, знизити смертність чоловіків на 12 %, жінок — на 7% [15, 20, 30].

Досвід розвинених країн світу з упровадження широкомасштабних профілактичних програм підтвердив можливість управління чинниками ризику та зниження захворюваності населення на серцево-судинні хвороби. На початку 1970-х років минулого століття в США на федеральному рівні було розроблено та проведено цілеспрямовані заходи щодо боротьби з артеріальною гіпертензією, які згодом дали феноменальні результати: смертність від мозкових інсультів за 20 років зменшилася вдвічі, від інфаркту міокарда — на 40 %. Завдяки реалізації аналогічних програм у Японії смертність від інсультів скоротилася в 4 рази, у Німеччині — у 2 рази [1, 17]. Проведення у 1980-х роках у декількох містах колишнього СРСР широкомасштабних профілактичних програм також продемонструвало ефективність профілактики на популяційному рівні [16].

Довгострокове здійснення проєкту «Північна Карелія» у Фінляндії показало, що шляхом проведення дієвих заходів у боротьбі з такими чинниками ризику, як артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія і тютюнокуріння, можна зменшити частоту ішемічної хвороби серця серед чоловічого населення працездатного віку на 80 % [3, 18]. Аналогічним чином за рахунок зниження рівнів артеріального тиску, холестерину, індексу маси тіла й тютюнокуріння зменшилася загальна смертність від ішемічної хвороби серця за 10-річний період у Литві [21, 29]. Завдяки скороченню поширеності основних чинників ризику за період з 1985 до 2000 року на 48,1 % зменшилася смертність від ішемічної хвороби серця серед жителів Ірландії віком 25—84 роки [30, 31].

В останні десятиліття ХХ століття в багатьох країнах світу було отримано дієві результати виконання профілактичних програм, які наочно підтвердили необхідність широкомасштабного здійснення комплексних профілактичних заходів на популяційному рівні, що є найефективнішою стратегією на довгострокову перспективу. Саме профілактика, що реалізується в рамках національних стратегій на основі міжсекторального підходу, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем у сфері збереження та зміцнення здоров'я.

Комплексна стратегія зміцнення здоров'я була проголошена Оттавською хартією зміцнення здоров'я, затвердженою Міжнародною конференцією зі зміцнення здоров'я, що відбулася в Канаді 1986 р. Особливість Оттавської хартії полягає в тому, що в цьому документі було поставлено завдання допомогти людям повністю реалізувати свій потенціал у плані здоров'я; заохотити їх діяльність щодо охорони здоров'я; надати сектору охорони здоров'я посередницькі функції щодо координації зусиль у суспільстві з метою підтримки розвитку охорони здоров'я [1, 3, 35].

Подальшому вирішенню проблем зміцнення громадського здоров'я шляхом активної профілактики й підтримки заходів щодо зміцнення здоров'я була присвячена IV Міжнародна конференція зі зміцнення здоров'я, що відбулася в Джакарті (Індонезія). Саме Джакартська декларація визначила основні пріоритети зміцнення здоров'я в ХХІ столітті: розвиток суспільної відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій, спрямованих на розвиток охорони здоров'я; консолідація й розширення партнерства на користь здоров'я; розвиток потужності суспільства й індивідуума; забезпечення інфраструктури зміцнення здоров'я [6, 33].

Цікавий також досвід профілактики в Польщі. Найвідомішою регіональною програмою там є СОПКАРД, яка проводиться в межах міст Сопот та Гдиня. Програма ґрунтується на проведенні індивідуальних і популяційних втручань, оцінці ризиків серцево-судинних захворювань, плануванні профілактичних заходів та економічному аналізі результатів. Мета СОПКАРД — покращення виявлення, профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, діабету та гіперхолестеринемії. Досягнення цієї мети оцінюється шляхом проведення скринінгів серед населення міста віком 40 та 50 років. Програма здійснюється в кооперації з місцевими органами охорони здоров'я, муніципалітетом, медичною академією Гданська, медичними страховими фондами. Безпосередні виконавці проекту — медсестри та лікарі первинної ланки. Програма

СОПКАРД має дослідницький і практичний послуговий характер (жителям міста пропонуються послуги з вимірювання артеріального тиску, визначення рівня холестерину, цукру та, за необхідності, лікування). Час реалізації програми — 10 років. Адресовано її всім мешканцям Сопота, яким у 1999—2009 роках виповниться 40 та 50 років. На даний час завершується оцінка результатів [7, 18].

Як зазначено в Талліннській хартії, сучасний підхід до зміцнення здоров'я населення має поєднувати заходи, ужиті на різних рівнях. Заходи, що впроваджуються на верхньому рівні, тобто державному, повинні містити дії, які поряд з іншими цілями сприятимуть зміцненню здоров'я (зокрема перерозподіл податкових надходжень, підвищення якості життя й застосування стимулів, що заохочують до навчання). Заходи, що застосовуються на нижньому рівні, тобто місцевому, охоплюють безпосередні дії зі зміцнення здоров'я та первинної профілактики захворювань і часто спрямовані на зміну поведінки та способу життя окремих людей [21].

Досвід організації профілактики ХСК в Україні

В Україні профілактичний напрям проголошено стратегічним у діяльності національної охорони здоров'я. У статті 49 Конституції України вказано, що «Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм» [16, 17]. Стаття 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» проголошує, що «основними принципами охорони здоров'я в Україні є попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я» [26, 32].

Офіційну домовленість МОЗ України з ВООЗ було підписано 1994 р. Базовим документом є «Протокол CINDI— Україна» і наказ МОЗ України від 30.05.1995 р. про виконання програми CINDI [24, 26].

З 2006 по 2010 рік була впроваджена «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006—2010 рр.», мета якої — запобігання і зниження рівня захворюваності на серцево-судинні й судинно-мозкові хвороби, інвалідності та смертності від їх ускладнень, збільшення тривалості й підвищення якості життя населення. Виконання програми дало змогу: збільшити середню тривалість життя населення; орієнтовно знизити рівень смертності від інсультів на 3 %, ішемічної хвороби серця — до 5 %; зменшити

рівень первинної інвалідності, зумовленої серцево-судинними й судинно-мозковими захворюваннями у працездатному віці, до 5 % у 2008 р. та до 10 % у 2010 р. [27, 28].

У державі започатковані й виконуються «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», затверджена Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99, міжгалузєва програма «Здоров'я нації», підставою для виконання якої була Постанова Кабінету Міністрів України № 14 від 10 січня 2002 р., «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», затверджена постановою Кабінету Міністрів № 761 від 31 травня 2006 р. Замовником названих програм виступає Міністерство охорони здоров'я України. З часу запровадження Програми минуло 10 років. Передбачалося, що через 10–12 років цілеспрямованих зусиль можна буде очікувати зменшення смертності від мозкових інсультів на 20–30 %, від ішемічної хвороби серця — на 10 %, що в цілому приведе до збільшення загальної тривалості життя. Початковий етап виконання Програми був спрямований на активне виявлення пацієнтів з артеріальною гіпертензією та широке інформування населення про хворобу та її наслідки, стратифікацію груп ризику розвитку ускладнень, утілення нових технологій лікування, навчання й підвищення кваліфікації медичних працівників тощо [26, 28, 31].

Необхідно визнати, що зниження смертності від ХСК — проблема не лише охорони здоров'я; це соціальна проблема всього суспільства, усієї держави. Відповідно, і шляхи вирішення цієї проблеми мають бути загальнодержавними заходами за участю всієї спільноти.

Успішному розвитку профілактики перешкоджає нерозуміння політиками, урядом, організа-

торами охорони здоров'я, громадськими й науковими діячами того, що соціально-економічного зиску, збільшення кількості років здорового життя і продуктивності населення, що працює, можна досягти, вкладаючи ресурси в профілактику захворювань і програми зміцнення здоров'я.

Одна з проблем неефективності профілактики в нашій країні — це недосконалість нормативно-правової бази й низький контроль над виконанням чинних законів та адміністративних документів.

Зниження смертності, інвалідизації та захворюваності на ХСК потребує цілісної системи надання профілактичної допомоги, формування якої вимагає вирішення цілої низки проблем, а саме:

- створення системи моніторингу та прогнозування ризику виникнення ХСК у населення з урахуванням регіональних особливостей, значущості чинників ризику та доступності;
- розробку та апробування оптимальних моделей роботи медичного працівника із профілактики поведінкових чинників ризику на засадах ЗП/СМ та координації дій медичних працівників, соціальних і громадських структур;
- навчання методам профілактики медичних працівників під час проходження передатестаційних курсів підвищення кваліфікації та тематичного вдосконалення.

Висновки

Якщо не протидіяти поведінковим чинникам ризику, їх негативний вплив на здоров'я буде ще більшим у майбутньому. Переорієнтація охорони здоров'я на економічно-зацікавлену профілактику, участь громадян, масштабні програми підвищення усвідомлення, спеціально спрямовані на молодь і школи, можуть допомогти зменшити поширення поведінкових чинників ризику в наступному поколінні.

Список літератури

1. Борьба с основными болезнями в Европе — актуальные проблемы и пути их решения / Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/06.— Копенгаген, 2012.— 7 с.
2. Вийгимаа М., Янсон Э., Гросс Л. Счастлиное сердце: как предотвратить сердечно-сосудистые заболевания?— Литва, 2012.— 20 с.
3. ВОЗ: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе.— 2011.— 64 с.
4. Вялков А.И., Семашко Н.А. Основоположник профилактического направления в отечественном здравоохранении // Общественное здоровье и профилактика заболеваний.— 2007.— № 1.— С. 3—10.
5. Гайдаев Ю.О. Розробка і впровадження Державної профілактики та лікування серцево-судинної і судинно-мозкової патології // Укр. кардіол. журн.— 2007.— № 4.— С. 8—12.
6. Гурина Н.А., Плавинский С.Л. Комплексный подход к оценке долгосрочной эффективности профилактических программ на примере болезней системы кровообращения // Российский семейный врач.— 2009.— Т. 13, № 3.— С. 13—16.
7. Дислігідемії: діагностика, профілактика та лікування: Метод рекомендації.— К., 2011.— 48 с.
8. Европейская хартия по борьбе с ожирением / Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением «Питание и физическая активность в интересах здоровья», Стамбул, Турция, 15—17 ноября 2006 г. / Документ ВОЗ EUR/06/5062700/8, 16 ноября 2006 г.— ВОЗ, 2006.— 7 с.
9. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.— 2012.— 84 с.
10. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2010 г.) // Серце і судини.— 2010.— № 1.— С. 17—23.
11. Коваль Е.А. От профилактики ишемической болезни сердца к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: новый взгляд на проблему // Серце і судини.— 2004.— № 1.— С. 12—16.
12. Ковальчук Л.Е., Козовий Р.В., Малофій Л.С. Роль спадкових, екологічних, соціальних факторів у формуванні тривалості

- життя і довголіття // Буковинський медичний вісник.— 2009.— Т. 13, № 4.— С. 137—140.
13. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.— Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2008.— 62 с.
 14. Макдаид Д. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?— ЕРБ ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008.— 32 с.
 15. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я // Здоров'я України.— 2009.— № 23 (228).— С. 48—49.
 16. Москаленко В.Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики — інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (аналітичний огляд літератури та власних досліджень) // Журнал Академії медичних наук України.— 2009.— Т. 15, № 3.— С. 516—542.
 17. Москаленко В.Ф. Чинники ризику як концептуальна основа глобальних стратегій профілактичних програм // Науковий вісник національного медичного університету імені О.О. Богомольця.— 2009.— № 1.— С. 9—24.
 18. Мушенко І. Питання профілактики серцево-судинних хвороб. «Хартія Серця» // Превентивна кардіологія.— 2009.— № 3 (9).— С. 18—19.
 19. Національна стратегія профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / За ред. Р.В. Богатирьової, В.М. Коваленка.— К.: Моріон, 2012.— 120 с.
 20. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ.— Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006.— 30 с.
 21. Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств / Доклад ВОЗ.— Канада: Агенция общественного здоровья, 2005.— 33 с.
 22. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегия ее решения. Резюме.— ВОЗ, Копенгаген, 2012.— 77 с.
 23. Радченко Г.Д., Марцовенко І., Сіренко Ю. Підвищення освіти лікарів: чи можуть лекції допомогти покращити визначення ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з артеріальною гіпертензією // Артеріальна гіпертонія.— 2010.— № 5.— С. 26—31.
 24. Радченко Г.Д., Марцовенко І., Сіренко Ю. Профілактика серцево-судинних захворювань — почни з себе. Результати анонімного опитування лікарів, які лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією // Укр. кардіол. журн.— 2011.— № 4.— С. 54—58.
 25. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.— Женева: ВОЗ, 2005.— 40 с.
 26. Ревенько І.Л., Гандзюк В.А. Серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання. Регіональні шляхи оптимізації медичної допомоги.— К., 2012.— 191 с.
 27. Слободянюк А.Л. Методы оптимизации выявления артериальной гипертонии, некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и сосудистой деменции у пожилых в общих врачебных практиках // Российский семейный врач.— 2010.— Т. 14, № 3.— С. 47—48.
 28. Смірнова І.П., Горбась І.М. Результати реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії // Нова медицина.— 2004.— № 4.— С. 12—14.
 29. Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе.— Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2011.— 64 с.
 30. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации (проект) // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.— 2008.— № 4.— С. 9—19.
 31. Тобен Д. Зміни на популяційному рівні сприятимуть серцево-судинному здоров'ю // Превентивна медицина.— 2012.— № 9—10 (95—96).— С. 10—16.
 32. Уварено А.Р., Ледошук Б.О., Яворовський О.П., Марчук Н.В. Методичні рекомендації розробки та застосування основних профілактичних технологій у діяльності профілактичної охорони здоров'я.— К., 2006.— 16 с.
 33. Gitt A.K., Bueno H., Danchin N. et al. The role of cardiac registries in evidence-based medicine // Eur. Heart J.— 2010.— N 3.— P. 525—529.
 34. Ford E.S., Greenlund K.J., Hong Y. Ideal cardiovascular health and mortality from all causes and diseases of the circulatory system among adults in the United States // Circulation.— 2012.— N 4.— P. 345—351.
 35. Kotseva K. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.— 2010.— N 17 (5).— P. 530—540.

А.С. Бидучак

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы

Болезни системы кровообращения как мировая проблема

В статье проанализирован опыт организации профилактики болезней системы кровообращения Всемирной организацией здравоохранения, европейскими странами и в Украине.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, профилактика, факторы риска.

A.S. Biduchak

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

The diseases of circulatory system as a worldwide problem

The article presents the analysis of experience in organization of prophylaxis of the diseases of circulatory system by World Health Organization, european countries, and in Ukraine.

Key words: diseases of circulatory system, prevention, risk factors.