

Д.Д. Дячук, Н.О. Рингач, О.О. Чернобрівенко (Київ)

НОВІ ПІДХОДИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ БОРОТЬБИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УКРАЇНІ: РОЛЬ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЦЕНТРУ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
Антигіпертензивний центр Дарницького району м. Києва

Обґрунтовано необхідність розвитку нових підходів до реалізації стратегії боротьби з артеріальною гіпертензією (АГ) в Україні через створення сучасних організаційних форм лікувально-профілактичного амбулаторного підрозділу на прикладі Антигіпертензивного центру Дарницького району м. Києва (АГЦ). Визначено його функції та можливості щодо впровадження довготривалої вторинної профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, вторинна профілактика, Антигіпертензивний центр.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найбільш поширена ССЗ, на яке страждає 29,6% міського населення України (І.М. Горбась, 2010). Саме з АГ пов'язано 50% усіх випадків ішемічної хвороби серця (ІХС) та майже 75% інсультів у Європі. При цьому понад 20% хворих мають важку АГ (III ст. – артеріальний тиск (АТ) вище 180/110 мм. рт. ст.) з високим ризиком ускладнень, а до 18% пацієнтів – рефрактерну, або стійку до лікування трьома та більше антигіпертензивними препаратами в адекватних дозах, форму. Зазначимо, що понад 50% осіб з АГ мають безсимптомні ураження органів-мішеней (головного мозку, серця, нирок, судин тощо). Неадекватне, нерегулярне та безсистемне лікування АГ призводить до значного підвищення ризику серцево-судинних ускладнень і передчасної смерті. У 2010 р. Україна втратила понад 465 тис. людських життів внаслідок смертності від ССЗ¹, з них понад 42 тис. – у працездатному віці. Резолюцією Всеукраїнської науково-практичної конференції «Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» (в рамках виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні), яка відбулася 17–19 травня 2010 р. у м. Києві, визнано, що «не проводиться медичними працівниками первинних структур охорони здоров'я оцінка серцево-судинного ризику та корекція факторів ризику у хворих на АГ, недостатньо призначається немедикаментозне лікування». Таким чином, необхідно посилити боротьбу з епідемією АГ

в Україні (насамперед на амбулаторному рівні надання), у т.ч. в плані організації консультативної допомоги з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій та новітніх лікувально-профілактичних технологій як для пацієнтів, так і для лікарів первинної ланки.

За результатами щорічних опитувань домогосподарств останніми роками, приблизно кожен третій із загальної кількості опитаних осіб вказує на наявність хронічних захворювань або проблем зі здоров'ям, причому найбільшу частку в структурі всіх хронічних розладів посідають АГ (на що вказали 38% респондентів) і ССЗ (у 30% випадків) [8].

У 2010 р. в Україні завершилась 10-річна Національна програма боротьби з артеріальною гіпертензією, проте її вплив на показники смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК) не досяг очікуваних результатів. Основними причинами недостатньої ефективності програми стали: відсутність цільового державного фінансування її виконання на рівні ланок первинної та вторинної медичної допомоги; відсутність ефективного реформування; недостатність фінансування всієї медичної галузі; подальше зниження якості та доступності медичної допомоги населенню; відсутність або низька ефективність системних і послідовних заходів первинної профілактики за межами медичних закладів та неадекватна вторинна профілактика з боку медичних працівників. На останньому XII Національному конгресі кардіологів України у вересні 2011 р. підкрес-

¹ У м. Києві у 2010 р. – 18,5 тис. осіб

лено важливість підвищення прихильності хворих до лікування і ролі у цьому лікаря [6]. Прихильність до лікування залишається низькою (як, до речі, і у розвинутих європейських країнах, де 60–80% пацієнтів не досягає цільових рівнів АТ). Однак зазначено, що кількість обізнаних про наявність захворювання зростає від 43% до 63% [5].

Мета роботи – показати необхідність розвитку нових організаційних форм лікувально-профілактичного амбулаторного підрозділу на прикладі створеного АГЦ; визначити основні функції цього центру як осередку для впровадження та поширення довготривалої вторинної профілактики ССЗ, передусім АГ.

Матеріали та методи

Проаналізовано офіційні статистичні дані щодо захворюваності населення на ССЗ за віковими категоріями. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

З аналізу офіційних статистичних даних щодо захворюваності населення на ССЗ за віковими категоріями встановлено, що кожне десяте звернення дорослого населення України по медичну допомогу викликає саме ССЗ. Смертність внаслідок ХСК у 2010 р. становила 1 017,9 на 100 тис. населення.

За даними статистики, в Україні ХСК є основною причиною передчасної (до досягнення 65 років) смертності населення, зовнішні причини і новоутворення посідають відповідно друге та третє місця. На відміну від України, у країнах Європейського Союзу (ЄС) найвагомішою причиною передчасної смерті є новоутворення, які значно випереджають суму наступних за рангом причин. Виявляється, що українці йдуть з життя внаслідок ССЗ значно раніше за громадян ЄС: так, українські чоловіки відносно молодого віку (30–44 роки) помирають в 5,1 разу частіше, ніж їхні однолітки з країн ЄС, жінки – відповідно у 3,6 разу, населення (незалежно від статі) віком 45–59 років – у 4 рази.

За Рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і Міжнародного товариства з гіпертензії, з 1999 р. проживання у країнах СНД є додатковим чинником ризику смерті від ССЗ водночас із загальноновизнаними факторами ризику. Так, в Україні перевищення рівня передчасної смертності від ХСК порівняно з країнами ЄС на сьогодні більш істотне (у 4,8 разу), ніж унаслідок всіх причин (відповідно втричі).

Слід зазначити, що останніми роками передчасна смертність від ССЗ постійно зростає, за винятком коротких проміжків часу (першого, що збігається з антиалкогольною кампанією середини 80-х років ХХ ст.,

другого – незначного зниження після піку 1995 р.), залишаючись при цьому значно вищою за загальноєвропейський рівень, тоді як у країнах ЄС цей показник невинно знижується.

Однак, якщо в колишніх країнах соціалістичного табору, які на початку 90-х років переживали соціально-економічні трансформації, показники передчасної смертності від ХСК поступово зменшувались, наближаючись до рівня розвинених європейських країн, то в Україні ситуація була невтішною. Зазначимо, що не так давно (у 1989 р.) в ЄС питома вага ХСК у структурі передчасної смертності була більш ніж удвічі вищою. Зниження смертності у країнах Європи пов'язане передусім з успішною реалізацією заходів щодо провадження здорового способу життя і формування у населення більш відповідального ставлення до власного життя та самозбережувальної поведінки; що, своєю чергою, сприяє зменшенню негативного впливу таких факторів ризику ХСК, як тютюнокуріння, недостатня фізична активність, АГ, підвищений рівень холестерину і цукру в крові, надмірна вага тощо.

Загальноновизнаною стратегією боротьби з передчасною смертністю від ХСК є сформульована ВООЗ концепція факторів ризику, якою основна увага надається попередженню виникнення хвороби (первинна профілактика) або її ускладнень (вторинна профілактика) [1;7]. За даними фахівців ВООЗ, високий АТ обумовлює в Україні 36,3% усіх смертей, а тютюнопаління – 14,8% [2, с. 153]. У глобальному масштабі 8 основних факторів ризику (АГ, зловживання алкоголем, тютюнопаління, надмірна вага / високий індекс маси тіла, високі рівні холестерину і глюкози крові, низька фізична активність) відповідають за 61% серцево-судинних смертей [10]. Якщо в організації первинної профілактики вирішальна роль належить державі, то у здійсненні вторинної основна роль відводиться медичному закладу і медичним працівникам [3;11].

Зазвичай тактичні цілі лікування АГ (досягнення та утримання цільових рівнів АТ) досягаються на первинному рівні надання медичної допомоги, тоді як стратегічні (за рахунок виявлення та корекції факторів ризику, які можна модифікувати, максимально знизити ймовірність розвитку серцево-судинних ускладнень та передчасної смерті) в багатьох випадках потребують втручання лікарів-спеціалістів в умовах нової організаційної структури – АГЦ.

Антигіпертензивний центр – це спеціалізований стаціонарозамінний лікувально-профілактичний підрозділ, основними напрямками діяльності якого є:

1. Вторинна профілактика і лікування АГ, ІХС та супутніх ССЗ.
2. Оцінка серцево-судинного ризику, а за його наявності – корекція.
3. Оптимізація та підвищення доступності спеціалізованої медичної допомоги кардіологічним хворим

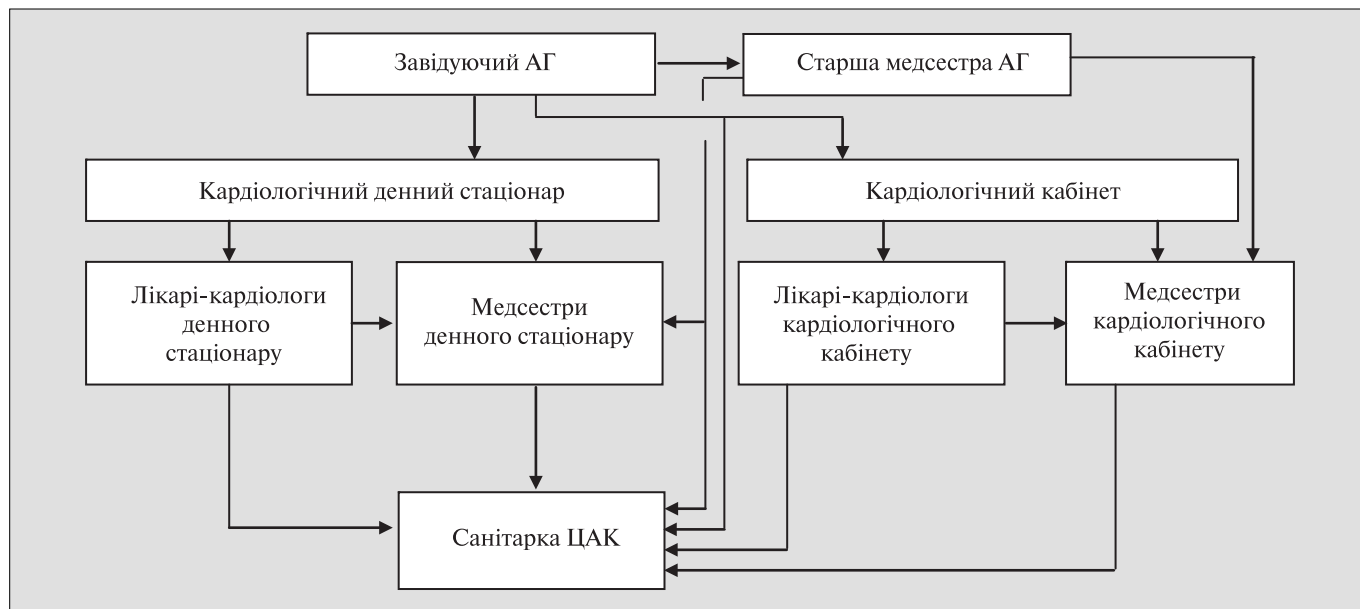


Рис. 1. Структура Антигіпертензивного центру

на амбулаторному етапі з метою зниження частоти серцево-судинних ускладнень, зменшення потреб у стаціонарній, невідкладній та кардіохірургічній допомозі.

Основні переваги АГЦ:

1. Концентрація в одному місці та в одних «руках» діагностики, оцінки ризику, лікування та вторинної профілактики, що значно зменшує необхідну кількість відвідувань медичного закладу та збільшує прихильність пацієнтів до таких відвідувань.
2. Кращі можливості визначення індивідуального ризику серцево-судинних ускладнень та заходів щодо їх корекції.
3. Кращі можливості для заохочення пацієнтів до позитивного лікування АГ, навчання основам первинної та вторинної профілактики ССЗ із застосуванням електронних та паперових наглядних матеріалів і рекомендацій, щоденників самоконтролю АТ тощо.
4. Кращі перспективи індивідуального добору та контролю антигіпертензивної, гіполіпідемічної, антиагрегантної, антиішемічної та антиаритмічної терапії, що підвищує ефективність та безпечність лікування, а також прихильність пацієнтів до нього.

До складу АГЦ входить два структурні підрозділи – кардіологічний кабінет та кардіологічний денний стаціонар (рис. 1). Потужність денного стаціонару становить 32 ліжка (12 ліжок у 2 зміни і 8 ліжок в 1 зміну) з відповідним лікувальним та діагностичним обладнанням і оргтехнікою. Він складається з 4 лікувально-діагностичних палат, 2 процедурних (маніпуляційних) кабінетів і 2 кабінетів для прийому хворих. У АГЦ працюють 4 лікарі-кардіологи вищої категорії, у т.ч. зав. АГЦ – к.мед.н., 4 медсестри вищої категорії та 1 молодша мед-

сестра-прибиральниця. Кожен лікар має на робочому місці ЕКГ-апарат, 2 лікарі – персональний комп'ютер.

Усі лікарі АГЦ мають можливість проводити ЕКГ (а лікарі денного стаціонару – ще й ЕхоКГ) безпосередньо під час прийому хворого, що не передбачено діючою системою організації надання спеціалізованої допомоги кардіологічним хворим в амбулаторно-поліклінічних закладах. Відповідно, всі кардіологічні медсестри на робочому місці пройшли навчання з проведення ЕКГ.

Серед діагностичних можливостей АГЦ:

- цифрова ЕКГ з дослідженням варіабельності ритму серця, комп'ютерною архівацією та веденням бази даних;
- холтерівський добовий моніторинг АТ (прилад АВРМ-04, сертифікований Європейським товариством кардіологів за стандартом ВHS);
- холтерівський добовий комбінований моніторинг АТ та ЕКГ (прилад CardioTens);
- велоергометрія (прилад ErgoTest);
- визначення за допомогою комп'ютерних програм швидкості клубочкової фільтрації, індексу та надлишку маси тіла, індивідуального ризику розвитку ССЗ та смерті, індивідуального ризику розвитку цукрового діабету (ЦД) 2-го типу – важливого фактора ризику ССЗ та їх ускладнень.

Безпосередньо у денному стаціонарі запроваджено взяття венозної крові для біохімічних досліджень (визначення рівня холестерину тощо), яке виконують медсестри АГЦ. Такий комплексний підхід сприяє скороченню кількості відвідувань хворим медичного закладу та, відповідно, економить час на обстеження і встановлення діагнозу, що забезпечує більшу індивідуалізацію та кращу оперативність корекції лікування хворих.

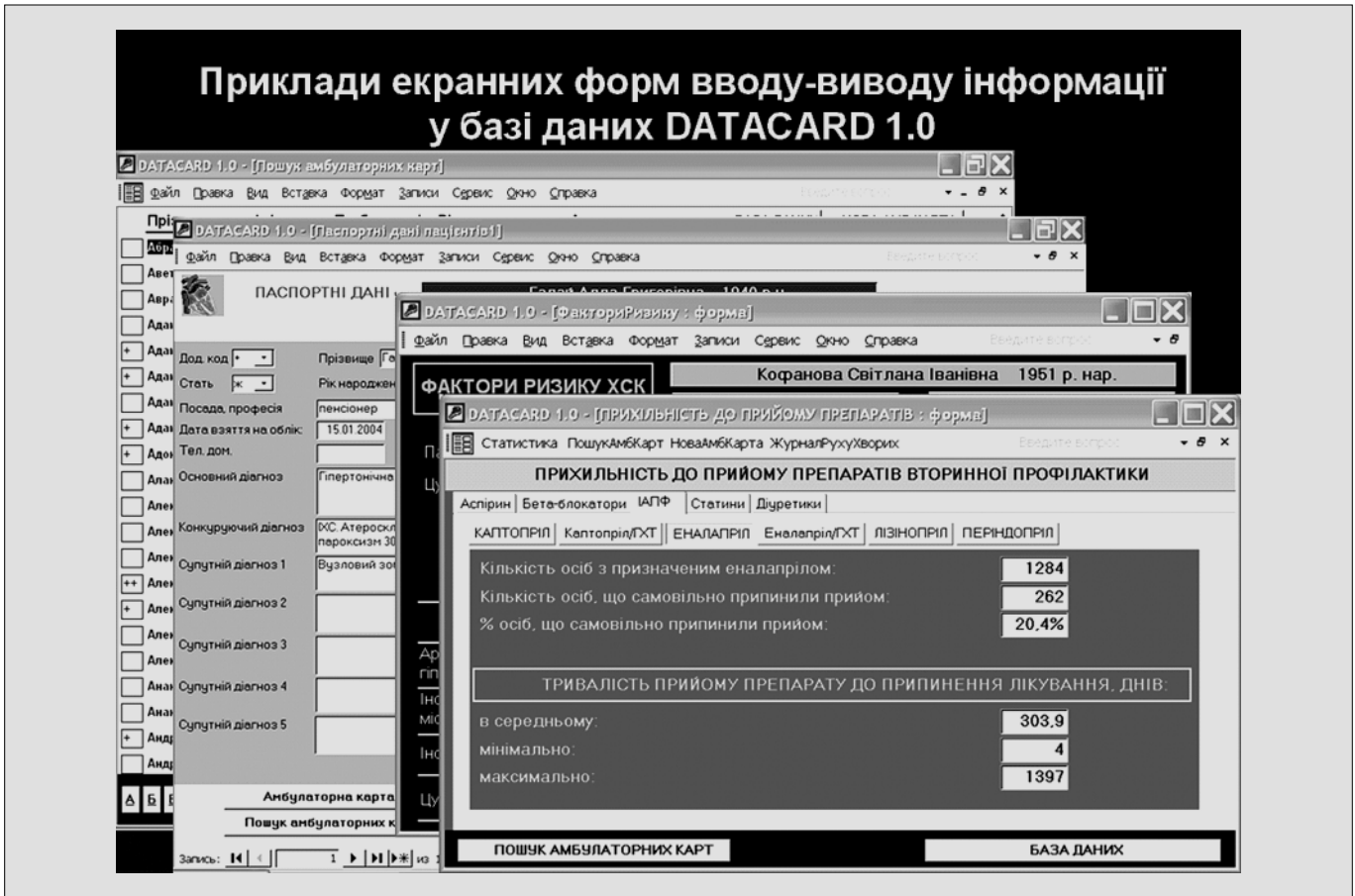


Рис. 2. Вигляд з екрану бази даних кардіологічних пацієнтів DATACARD

Власними силами створені та застосовуються у поточній роботі:

- віртуальна історія хвороби та база даних кардіологічних пацієнтів DATACARD (рис. 2);
 - програма індивідуального добору економічно доступної для пацієнта схеми тривалого амбулаторного лікування та порівняння вартості різних схем лікування EcoFarm-CARDIO [9];
 - навчально-освітня програма-презентація для пацієнтів «Антигіпертензивна школа»;
 - калькулятор індексу маси тіла (автоматичний розрахунок надлишкової ваги) тощо.
- Також у разі необхідності використовуються:
- віртуальна база даних ЕКГ Medibase;
 - електронний фармакологічний довідник Compendium 2010;
 - електронний фармакологічний довідник Фармкомітету МОЗ України (останнього оновлення);
 - програма розрахунку швидкості клубочкової фільтрації;
 - калькулятори ризику розвитку ССЗ і ЦД 2-го типу.

Зазвичай пацієнтів до АГЦ направляють дільничні лікарі та лікарі загальної практики / сімейні лікарі. Всім пролікованим у денному стаціонарі АГЦ проводять ЕКГ, визначають креатинін та глюкозу крові, розрахо-

вують швидкість клубочкової фільтрації, індекс маси тіла та надлишкову вагу, індивідуальний ризик ускладнень за шкалами Рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування АГ, EuroScore, Framingham або RiskIt, надають письмові рекомендації з медикаментозного та немедикаментозного лікування, а також домашнього самоконтролю АТ з веденням щоденника АТ. Лікарі АГЦ всім оглянутим пацієнтам рекомендують визначити ліпідограму, пройти ЕхоКГ, УЗД судин ший та органів черевної порожнини.

За показаннями та при необхідності виключення симптоматичної АГ пацієнтів направляють на проведення магнітно-резонансної та мультиспіральної комп'ютерної томографії, ангіографії та складних лабораторних досліджень до інших медичних закладів м. Києва.

Показники роботи наведені у таблиці, коливання показників пояснюється випадками тимчасової непрацездатності співробітників АГЦ, перебуванням на курсах підвищення кваліфікації та виходом з ладу відповідного медичного обладнання.

Для оптимізації роботи створено концепцію «групи втручання», затверджену адміністрацією Дарницького ТМО як додаток до положення про АГЦ. Згідно з цією концепцією (на відміну від звичайної диспансерної групи терапевтичної дільниці, до якої включають всіх

Таблиця

Основні показники роботи Антигіпертензивного центру за 2006–2011 рр.

Показник		Рік					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Кількість хворих, пролікованих у денному стаціонарі АГЦ		1,774	1,403	1,572	1,705	1,710	1,715
у т.ч. працездатного віку (%)		55,5	56,0	53,9	55,9	52,9	52,4
Середній ліжко-день		10,8	10,8	10,7	10,6	10,6	10,6
Виписано з поліпшенням (%):		99,0	99,2	99,1	99,3	99,3	99,2
Кількість наданих консультацій	фактично	24 999	25 343	23 531	24 212	22 339	22 123
	за планом навантаження на посаду	18 518	18 424	18 424	18 382	16 932	16 612
	перевантаження (%)	35,0	37,6	27,7	31,7	31,9	33,2
Кількість ЕКГ		6 707	7 357	7 139	8 023	6 532	5 924
Кількість ВЕМ		65	67	22	–	40	18
Кількість холтеровського моніторингу АТ та ЕКГ		89	100	80	99	104	104

виявлених хворих з АГ та/або ІХС, або тимчасової диспансерної групи кардіолога, до якої на час підбору адекватної терапії входять пацієнти з найбільш важкими формами захворювань – наказ МОЗ України від 30.12.1992 р. № 206, дод. 7), до «групи втручання» пропонується залучати хворих насамперед за ступенем прихильності до виконання рекомендацій з вторинної профілактики. Іншими критеріями до включення у вказану групу є: пацієнти будь-якого віку, які перенесли інфаркт міокарда; пацієнти працездатного віку, що мають типову (за анкетною Роуза або даними ВЕМ) стенокардію, а також пацієнти працездатного віку з важкою АГ. Іншими словами, перевага надається хворим працездатного віку, які мають високий ризик серцево-судинних ускладнень і прагнуть ефективно лікуватись, маючи усвідомлену мотивацію і відчуваючи відповідальність за власне здоров'я. При цьому за умови виконання наданих медичних рекомендацій всі бажаючі пацієнти з АГ та/або ІХС можуть перебувати під наглядом лікаря-кардіолога необмежено довго. Крім того, кожен лікар-кардіолог АГЦ закріплений за одним з терапевтичних відділень Центральної поліклініки ТМО, в якому і надає консультативно-методичну допомогу. Фахівці АГЦ тісно співпрацюють з іншими підрозділами та медичними установами, регулярно проводять лекції та практичні заняття з підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу первинної ланки.

Таким чином, наріжним каменем функціонування АГЦ стало усвідомлення того, що саме організаційно-методична робота є одним із головних напрямів діяльності лікаря-кардіолога поліклініки, поряд із загально-визнаними сторонами діяльності (такими як консультативно-діагностичний прийом; тимчасове або постійне диспансерне спостереження пацієнтів, що перенесли гострий коронарний синдром або інфаркт міокарда, хірургічну ревазуляризацію, імплантацію штучних клапанів серця, постійних електрокардіостимуляторів тощо; відбір та направлення пацієнтів на кардіохірургічні втручання, стаціонарне та санаторно-курортне лікування та реабілітацію).

Слід зазначити, що загальноприйняті затверджені статистичні показники оцінки роботи амбулаторної ланки кардіологічної служби (кількість відвідувань лікаря, кількість відпрацьованих годин на прийомі, кількість пролікованих у денному стаціонарі хворих тощо) не дають уявлення про ефективність впровадження заходів вторинної профілактики АГ та ІХС. На нашу думку, вони потребують доповнення або заміни, зокрема скоригованими за віком показниками: профільної смертності; частоти серцево-судинних ускладнень; госпіталізації та звертань по невідкладну допомогу з приводу ХСК; частоти досягнення цільових рівнів АТ та загального холестерину крові; поширеності сучасних технологій застосування основних препаратів вторинної профілактики тощо.

Крім усього вищезгаданого, в підрозділі проводиться наукова діяльність. Так, в АГЦ за 2006–2011 рр. проведено ряд клінічних досліджень серцево-судинних препаратів («Квадропріл» – спірапріл виробництва фірми «Pliva», «Кардівас» – карведілол виробництва фірми «Sun», «Теночек» – комбінований препарат ателололу та амлодіпіну виробництва фірми «IPCA», «Симватин» – симвастатин виробництва фірми «Pharma International», «Фозикард» – фозінопріл виробництва фірми «Actavis» та «Вазар» – вальсартан виробництва фірми «Actavis»). За результатами досліджень опубліковано статті у журналах «Ліки України», «Новости медицины и фармации», «Здоров'я України», «Український терапевтичний журнал» тощо, наведено доповіді на науково-практичних конференціях.

Антигіпертензивний центр брав участь у міжнародних багатоцентрових дослідженнях «ФЛАГ» (Фозінопріл у Лікуванні Артеріальної Гіпертензії), «МАЛАХІТ» та епідеміологічному дослідженні з вивчення стану діагностики і лікування фібриляції передсердь.

У 2006–2011 рр. співробітниками АГЦ підготовлено 57 публікацій (як наукових статей та тез, так і статей у вітчизняній медичній друкованій періодиці та медичних Інтернет-виданнях «Медобзор» і «Страна врачей»). Лікарі АГЦ беруть участь у всіх науково-практичних конференціях, конгресах, семінарах, симпозиумах та інших заходах за кардіологічною тематикою, що проводяться у м. Києві.

Підсумовуючи результати розвитку кардіологічної допомоги в країні, Президент Асоціації кардіологів України В. Н. Коваленко відзначив, що в діагностиці та лікуванні АГ намічено явний прогрес, причому успіхи пов'язані передусім із впровадженням фармакотерапевтичних підходів до вторинної профілактики і досягненням підвищення прихильності пацієнтів до лікування, приведенням повсякденної практики українських кардіологів і терапевтів до існуючих міжнародних стандартів [4]. Автори сподіваються, що фахівці АГЦ долучилися до досягнення цього успіху.

Висновки

1. Зменшення негативного впливу чинників ризику, передусім боротьба з АГ у масштабах країни, є одним із основних шляхів зниження рівня смертності від ХСК (насамперед передчасної), і, відповідно, збереження трудового потенціалу країни, позитивним внеском у подовження очікуваної тривалості життя в Україні.
2. Антигіпертензивний центр поліклініки № 1 Дарницького району м. Києва є потужною спеціалізованою стаціонарозамінною структурою з високою ефективністю діагностично-лікувального процесу



Рис. 3. Проведення велоергометрії пацієнтові з артеріальною гіпертензією

для впровадження та поширення довготривалої вторинної профілактики АГ та ІХС в умовах міської поліклініки. Так, діяльність АГЦ дає змогу у «групі втручання» зменшити захворюваність на гострий інфаркт міокарда і мозковий інсульт (відповідно на 56,1% і 66,6%), а також «зсунути» основний тягар вказаних ускладнень з працездатного на непрацездатний вік.

3. Одним із головних напрямів діяльності АГЦ є організаційно-методична робота: крім консультативно-діагностичного прийому та диспансерного спостереження пацієнтів, проводиться постійна взаємодія з лікарями поліклініки та стаціонару, невідкладної допомоги та реабілітаційної служби, інших лікарняних закладів; організовується підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу первинної ланки; імплементуються сучасні діагностично-лікувальні технології та нові форми роботи з пацієнтами.
4. Таким чином, АГЦ активно реалізує політику, спрямовану на протидію факторам ризику ССЗ та боротьбу з АГ в Україні; втілює у практику пріоритети профілактики; поліпшує обізнаність широкого загалу щодо чинників ризику і можливостей запобігання їх впливу; водночас сприяє зростанню поінформованості та активної участі самих пацієнтів у процесі лікування; забезпечує реалізацію засад здорового способу життя та своєчасної кваліфікованої кардіологічної допомоги на амбулаторному рівні.

Перспективи подальших досліджень

Надбаний досвід фахівців АГЦ стане корисним на шляху удосконалення вторинної профілактики ХСК в Україні.

Список літератури

1. *Гайдаєв Ю. О.* Проблеми здоров'я та напрямки його покращання в сучасних умовах / Ю. О. Гайдаєв, В. М. Корнацький // Укр. кард. журнал. — 2007. — № 5. — С. 12–16.
2. *Доклад* о состоянии здравоохранения в Европе, 2005. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. — Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. — 168 с.
3. *Доклад* о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. — Женева : ВОЗ, 2008. — 152 с.
4. *Коваленко В. Н.* 2011 год в кардиологии / В. Н. Коваленко // Здоров'я України. — 2011. — № 5/20. — С. 7.
5. *Оцінка* ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень / І. М. Горбась, І. П. Смірнова, І. П. Кваша, А. П. Дорогой // Артеріальна гіпертензія. — 2010. — № 6 (14). — С. 51–67.
6. *Прихильність* до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, К. В. Міхеєва [та ін.] // Укр. кард. журнал. — 2011. — Додаток до № 1. — С. 5–15.
7. *Рингач Н. О.* Роль управління охороною громадського здоров'я в організації боротьби з чинниками ризику серцево-судинних захворювань / Н. О. Рингач // Вісн. НАДУ. — 2009. — № 1. — С. 214–223.
8. *Самооцінка* населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2009 р.) : стат. збірник. — К. : Держкомстат, 2010. — 166 с.
9. *Чернобрювенко О. О.* Комп'ютерна програма «EcoFarm-CARDIO 1.0» як інструмент підвищення прихильності пацієнтів до вторинної медикаментозної профілактики артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця / О. О. Чернобрювенко // Матеріали Об'єднаного пленуму правління асоціацій кардіологів, серцево-судинних хірургів, нейрохірургів та невропатологів України в рамках виконання Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки, 19–20 вересня 2006 р. — К., 2006. — С. 48.
10. *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* — Geneva : WHO, 2009. — 70 p.
11. *Schwappach D. L. B.* The economics of primary prevention of cardiovascular diseases — a systematic review of economic evaluations / D. Schwappach, T. A. Boluarte, M. Suhcke // Cost effectiveness and resource allocation. — 2007. — Vol. 5. — P. 1–12.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.03.2012 р.

Новые подходы к реализации стратегии борьбы с артериальной гипертензией в Украине: роль Антигипертензивного центра

*Д.Д. Дячук, Н.А. Рынгач,
А.А. Чернобрювенко (Киев)*

Обоснована необхідність розвитку нових підходів к реалізації стратегії боротьби с артеріальною гіпертензією в Україні путем створення сучасних організаційних форм лікувально-профілактичного амбулаторного підрозділення на прикладі Антигіпертензивного центру Дарницького району г. Києва. Визначені його функції і можливості по впровадженню довготривалої вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, вторичная профилактика, Антигипертензивный центр.

New approaches to the implementation of antihypertension strategies in Ukraine: the role of Antihypertension Center

*D.D. Dyachuk, N.O. Rynkach,
O.O. Chernobryvenko (Kyiv)*

The article is dedicated to the need for new approaches to the implementation of antihypertension strategies in Ukraine by creating up-to-date organization of therapeutic and preventive outpatient units as exemplified by The Antihypertension Center. Its functions and capabilities in long-term secondary prevention of cardiovascular diseases were defined.

Key words: arterial hypertension, secondary prevention, Antihypertension Center.

Рецензент: д.мед.н. В.І. Клименко.