

Выводы. Основными формами и методами коммуникативного влияния на индивидуальном уровне являются памятки, буклеты, плакаты, муляжи, слайды, видео-, аудио материалы и др.; на уровне семьи – создание общественных движений за здоровье, обращение через средства массовой информации к населению по вопросам здорового способа жизни.

Summary

ORGANIZATION OF DISEASE-PREVENTIVE SERVICE BY GENERAL PRACTITIONERS

Slabkiy G.A., Znamenska M.A.

Key words: general practitioners, preventive work, directions, forms and methods.

Diseases-preventive services in the routine of general practitioners, family doctors are among the priority activities. Objective: to determine the main approaches in the disease-preventive services performed by general practitioners and to develop a model of forms and methods of communication activities in their work in preventing chronic non-communicable diseases. Materials and methods. The research is based on the following methods: biblio-semantic, structural and logical analysis, sociological method. 73 general practitioners and family physicians were polled by a specially designed questionnaire. Results and discussion. In their daily practice general practitioners and family doctors spend about 14.7% of time on the disease-preventive services. The commonest screening investigations carried out by general practitioners in their daily practice include chest x-ray (93.5%), screening for hypertension (75.4%). In addition, doctors examine women to detect breast cancer (52.6%), cervical cancer (21.4%); they determine blood cholesterol (19.6%) and blood sugar level (20.8%). The basic directions of their disease-preventive services involve the diagnostic, monitoring, education, and community health activities. Conclusions. The main forms propagating and promoting preventive healthcare are booklets, posters, models, slides, video- and audio materials, media, as well as meeting and round-table with healthcare professionals.

УДК 616.12/.14-002(M77.53)

Хорош М.В.

СЕРЦЕВО-СУДИННА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, ЯК СКЛАДОВА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ МІСТО ПОЛТАВА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Проведене дослідження висвітлює загальносвітовий стан проблеми серцево-судинної патології, стан захворюваності та поширеності кардіологічної патології в Україні, показує основні нормативно-правові документи, якими керована кардіологічна служба нашої області. Особлива увага приділяється динаміці поширеності та захворюваності на серцево-судинні захворювання серед жителів Полтавської області. Дослідження проводилось бібліосемантичним та статистико-математичним методами. Було проаналізовано бібліографічні джерела щодо питань серцево-судинного ризику, епідеміологічної ситуації стосовно неінфекційних захворювань. На другому етапі було проаналізовано статистичні дані Обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики стосовно поширеності, захворюваності (за 10 років) та інвалідизації (за 5 років) внаслідок серцево-судинної патології. Дані піддано комп'ютерній статистичній обробці за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2003 та IBM SPSS Statistics 20.

Ключові слова: система охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання, фактори ризику, профілактика захворювань.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування технологій управління і організації різних видів медичної, в тому числі стоматологічної, допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування системи охорони здоров'я», номер державної реєстрації № 0113U004778.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), що є провідним агентством організації об'єднаних націй (ООН) у сфері охорони здоров'я, за останні роки все більше значення надає проблемі профілактики та контролю неінфекційних захворювань (НІЗ).

Основні НІЗ об'єднано в 4 групи хвороб – серцево-судинні хвороби та онкологічні захворювання, хронічні хвороби легенів та цукровий діабет, що є основними причинами смертності у світі. Так, за даними статистики 2010 року, понад 36 мільйонів осіб щорічно гине внаслідок НІЗ (що складає 63% від усіх випадків

смертей в загальносвітовому масштабі).

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною інвалідизації та смертності в усьому світі. Згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно від інфаркту міокарду та інших захворювань серцево-судинної системи помирає 17 мільйонів осіб [1].

За оцінками, в 2008 році від ССЗ померло 17,3 мільйонів осіб, що склало 30% усіх випадків смертей в світі [1]. Із цього числа 7,3 мільйони осіб померло від ішемічної хвороби серця (ІХС) та 6,2 мільйони осіб в результаті інсульту [2].

До 2030 року близько 23,3 мільйонів осіб загине від ССЗ [1, 3], головним чином від захворювань серця та інсульту, які, за прогнозами, лишатимуться єдиними основними причинами смерті.

Більшість серцево-судинних захворювань можна попередити шляхом застосування заходів по відношенню таких факторів ризику як вживання тютюнових виробів, нездорове харчування та ожиріння, відсутність фізичної активності, підвищений кров'яний тиск, діабет та підвищений рівень ліпідів.

9,4 мільйони щорічних випадків смерті, або 16,5% усіх випадків смерті, може бути обумовлено підвищенням кров'яного тиску. В це число входять 51% випадків смерті в результаті інсультів та 45% випадків смерті в результаті ішемічної хвороби серця [4].

У відповідь на цю епідемію країни члени ВООЗ узгодили між собою перелік цільових показників по зниженню смертності на 25% до 2025 року від чотирьох основних неінфекційних хвороб у осіб у віці 30-70 років [5].

З кінця 1960-х років смертність від ССЗ в Україні неухильно збільшується: за минуле десятиріччя вона зросла майже на 40 % і становить 72 % у структурі загальної смертності жінок, в той час як у чоловічого населення цей показник дорівнює 54 % [6]. Рівень смертності від серцево-судинних захворювань, займає перше місце серед різних причин всього населення (61,7%), і друге місце серед осіб працездатного віку. Залишається тенденція збільшення смертності (на 20%) від ССЗ серед осіб молодого віку [7].

За різними даними тільки у 17—25% дорослого населення країни не має ні ішемічної хвороби серця, ні чинників ризику. Решта дорослого населення потребує первинної і/або вторинної профілактики [8, 9].

Мета дослідження

Вивчити питання поширеності та захворюваності на серцево-судинну патологію в світі; дослідити вплив факторів ризику на формування кардіологічної патології; провести аналіз нормативно-правової бази стосовно серцево-судинних захворювань; вивчити поширеність серцево-судинних захворювань та факторів ризику, які їх спричиняють серед жителів Полтавської області.

Матеріал і методи дослідження

Серцево-судинну захворюваність вивчали за загальноприйнятими показниками:

- показник захворюваності (первинної захворюваності) на 10000 населення;
- показник поширеності на 10000 населення;
- структура захворюваності серцево-

судинною патологією;

- структура поширеності серцево-судинної патології.

Матеріалами дослідження була статистична звітність Обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, довідники показників діяльності лікувально-профілактичних закладів області з 2003 по 2013 роки.

Нормативно-правову базу щодо серцево-судинних захворювань вивчали за допомогою контент аналізу.

Проведено математичну обробку даних з розрахунками інтенсивних показників та екстенсивних показників. Динаміку захворюваності та поширеності вивчали за допомогою динамічних рядів.

У процесі виконання дослідження використані такі методи як кваліметричний, ретроспективний, соціологічний, статистичний, математичний, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

Отримані епідеміологічні дані опитування оброблені автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм „Microsoft Office Excel 2003” и „IBM SPSS Statistics 20”.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними ВООЗ, у розвитку передчасної ССЗ смертності істотну роль відіграють 3 фактори ризику: артеріальна гіпертонія, паління та гіперхолестеринемія. В 2004 році були опубліковані результати одного крупномасштабного міжнародного дослідження INTERHEART, в якому приймали участь дослідники 52 країн світу [10]. В контрольованому дослідженні у 26 тисяч пацієнтів, госпіталізованих у відділення інтенсивної кардіології, вивчали зв'язок гострого коронарного синдрому та 9-ти факторів ризику. Було показано, що наряду з класичними факторами ризику у розвитку інфаркту міокарда важливу роль відіграють і нові фактори ризику (стрес/депресія, ожиріння, цукровий діабет, низький рівень ХС ЛВЩ та низький рівень вживання у їжу овочем та фруктів) [11].

За даними літератури спадковість відіграє важливу роль в розвитку серцево-судинних захворювань. До спадкових факторів відноситься наявність серцево-судинної патології у родичів першого ступеню (мати, батько і т.ін.) що проявились у віці до 55 років у чоловіків та 65 років у жінок, тобто, в такому випадку, наявна обтяженість спадковості по серцево-судинній патології [12].

Статистично доведено, що чоловіки страждають на кардіологічну патологію частіше за жінок: в віці 35-65 років ризик розвитку патології у чоловіків на 30% вище за жінок, а в

подальшому ризик приблизно вирівнюється [13, 14].

Значення тютюнопаління як фактора ризику ССЗ і передчасної смерті доведено численними дослідженнями і є загально визнаним фактом. За даними Фремінгемського дослідження [15], тютюнопаління вдвічі підвищує ризик розвитку стенокардії та інфаркту міокарда (ІМ) і майже в 5 разів — виникнення раптової смерті. Встановлено, що близько третини випадків смерті від ішемічної хвороби серця (ІХС) пов'язано з тютюнопалінням [16].

За даними літератури ризик виникнення ІХС при підвищеному рівні холестерину збільшується в 2,2-5,5 рази [17]. Експериментальні, епідеміологічні і клінічні дослідження, проведені за останні 50 років, виявили тісний зв'язок між порушенням ліпідного спектра (дисліпідеміями) і розвитком атеросклерозу. На теперішній час встановлено прямий кореляційний зв'язок між захворюваністю і смертністю від ІХС, з одного боку, і рівнем холестерину в крові, з іншого, а гіперхолестеринемія, поряд з палінням, ожирінням, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом і віком визначена головним предиктором розвитку атеросклерозу і його ускладнень. Підтвердження прогностичного значення гіперхолестеринемії отримано за результатами багатоцентрових досліджень, насамперед таких як MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) та Seven Countries Study, згідно з якими на великих популяціях продемонстровано зростання абсолютних і відносних характеристик смертності від ІХС у прямій залежності від рівня загального холестерину [18].

Фізична активність – з одним з факторів, на який можна активно впливати. Слід зазначити, що в осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50% вищий, ніж у фізично активних [19].

Підвищений артеріальний тиск (АТ) є одним з важливих факторів ризику серцево-судинних захворювань як у загальній популяції, так і у хворих з цукровим діабетом. Припускають, що 35-75 % усіх випадків серцево-судинних та ниркових ускладнень ЦД обумовлені саме артеріальною гіпертензією [20].

Контроль АГ в популяції вважається одним із провідних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. До цього часу в нашій країні і за кордоном накопичено значний обсяг наукових даних про підвищений АТ і шляхи його контролю. У США після впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ вдалося втричі (від 10 до 34%) збільшити кількість хворих з цільовими

значеннями АТ [21, 22].

Концепція про значення психосоціальних факторів розвитку ССЗ сформувалась в 50-х роках ХХ сторіччя. В 70-і роки було введено термін «поведінка типу А», що характеризується двома основними характеристиками – дефіцит часу и легко виникаюча дратівливість та ворожість. Люди із поведінкою типу А вдвічі більше схильні до розвитку ІХС [23].

Не дивлячись на досліджені причини виникнення ССЗ, на сьогодні недостатньо вивчено епідеміологічні особливості поширеності ССЗ в Україні та їхні фактори ризику, які несприятливо впливають на стан здоров'я населення, тому їх вивчення буде актуальним та своєчасним вкладом в розуміння факторів ризику ССЗ, що дозволить не лише на ранніх стадіях відслідковувати людей із початковими ознаками кардіологічних захворювань, а в першу чергу виявляти людей з наявними факторами ризику розвитку серцево-судинної патології та проводити профілактичні заходи щодо її розвитку [24].

Шляхи медико-правового регулювання профілактики серцево-судинних захворювань Полтавської області. Успіх профілактики визначають, перш за все, механізми скоординованої взаємодії міжнародних організацій, МОЗ України та органів місцевого самоврядування, що формують регіональну політику, представників неурядових організацій і широких верств громадськості.

Щорічно з 2000 року European Heart Network разом з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), проектом MONICA (моніторинг основних тенденцій, що стосуються серцево-судинних захворювань, що проводиться під егідою ВООЗ), Європейською спілкою кардіологів, Європейським Союзом (ЕС), ООН та іншими міжнародними спілками збирає статистичні дані, щодо серцево-судинної захворюваності та смертності в європейських країнах [25]. Це найбільш повна підбірка інформації, що відображає тяжкість кардіоваскулярної патології в Європі.

Як ми дослідили, законодавство в цілому, можна вважати, що на сьогодні в Україні сформована державна система профілактики ССЗ відповідно до наступних законодавчих актів:

Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 була прийнята на державному рівні «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні». Трохи згодом була затверджена «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», підставою для виконання якої була Постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 року № 761. Державним замовником цих програм виступало Міністерство охорони

здоров'я України. Термін їх виконання закінчився в 2010 році.

Перші результати виконання програм засвідчили дві найголовніші тези. По-перше, виявлена і реально встановлена поширеність і щорічна захворюваність на АГ і асоційовані з нею стани [26].

По-друге, контроль АГ і пов'язаний з нею ризик розвитку серцево-судинних хвороб і ускладнень на популяційному рівні поки що не відповідає результатам міжнародних багатоцентрових плацебо-контрольованих наукових досліджень, які продемонстрували високу ефективність лікування і покращення прогнозу не тільки при АГ, але і при поєднаних з нею хворобах. Навіть у розвинених країнах цільовий контроль АТ становить 35,6 % у чоловіків і 33,5 % у жінок [27].

Останнім часом в Україні затверджені накази, що оптимізують роботу кардіологічної служби:

1. Наказ Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації № 299 від 26 червня 2008р. «Про організацію роботи виїзних бригад лікарів з метою проведення організаційно-методичної роботи з метою впровадження системи передачі ЕКГ по телефону».

2. Наказ МОЗ України №193/20 від 11.03.2013 року «Про систему кардіохірургічної допомоги в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 481/23013.

3. Наказ МОЗ України № 211/24 від 18.03.2013 р. «Про організацію і роботу системи з рентгенендоваскулярної діагностики та лікування у закладах охорони здоров'я в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 01.04.2013 р. за № 532/23064.

4. Наказ МОЗ України №621/60 від 24.07.2013 року «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 09.08.2013 р. за № 1365/23897.

5. Наказ МОЗ України №670/65 від 31.07.2013 року «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я України», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 20.08.2013 р. за № 1437/23969.

Реалізація цих заходів сприятиме: удосконаленню організації невідкладної допомоги особам, хворим на гострий інфаркт та інсульт, шляхом відкриття кардіохірургічних центрів (відділень) і центрів (відділень) рентгенендоваскулярної діагностики та лікування в кожній області; розвитку і підтримці мережі регіональних кардіохірургічних центрів; наближенню доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим хворим; реформуванню високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією.

В Полтавській області регіональні освітні та

інформаційні програми з метою протидії НІЗ та контролю факторів ризику їх виникнення

– «Програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в м. Полтаві на період 2011-2015 роки», 01.11.2011 року.

– «Репродуктивне здоров'я населення міста Полтави на період 2011-2015 роки», 28.03.2008 року.

– «Програма запобігання та лікування судинно-мозкових захворювань у м. Полтаві на 2011-2015 роки», 01.11.2011 року.

– Робота, спрямована на виконання Указу Президента України «Про національний план дій щодо впровадження програми економічних реформ на 2010 - 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

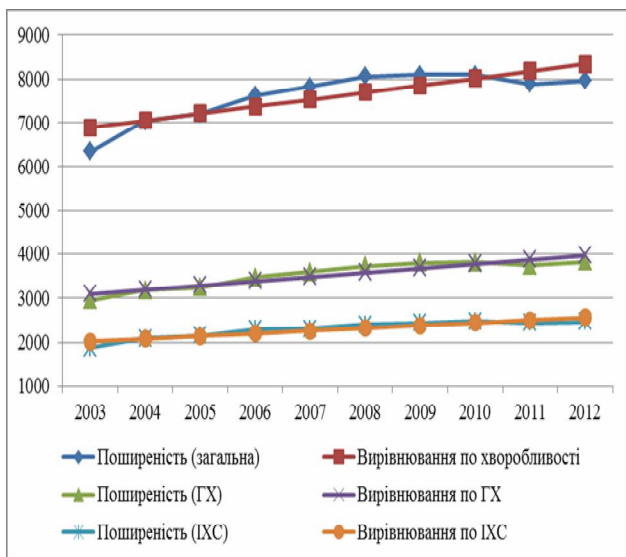
– Робота по виконанню Постанови Кабінету Міністрів України від 25.04.2012 р. №340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою».

Рівень поширення серцево-судинних захворювань та факторів ризику, які їх спричиняють в Полтавській області.

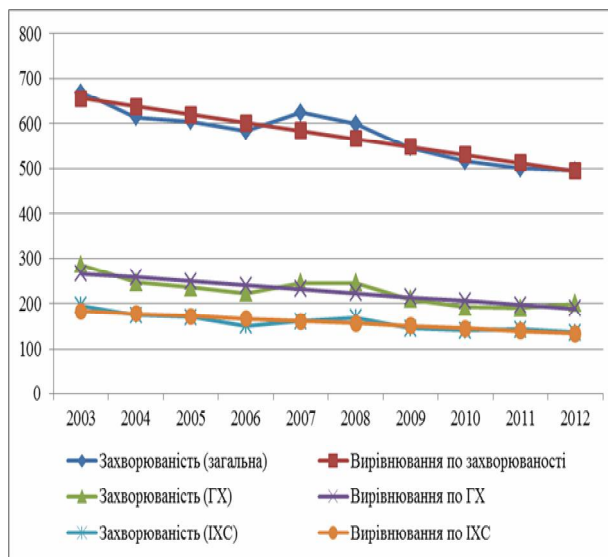
Проблеми серцево-судинної патології посідають перше місце в структурі захворюваності як в Україні в цілому, так і в м. Полтава. Смертність від серцево-судинних та судинно-мозкових хвороб складає 1200,1 на 100 тис. населення та 321,5 на 100 тис. населення відповідно [28].

При дослідженні стану захворюваності виявлено, що кількість хвороб системи кровообігу постійно зростає – середній показник зросту складає 2,12 (з 6347,5 на 10 тис. населення в 2003 році до 7958,7 на 10 тис. населення в 2012 році). Така ж динаміка показників захворюваності спостерігається і для окремих нозологічних одиниць: гіпертонічна хвороба – з 2950,8 на 10 тис. населення в 2003 році до 3826,1 на 10 тис населення в 2012 році; ішемічна хвороба серця – з 1872,1 на 10 тис. населення в 2003 році до 2473,4 в 2012 році. Середній показник зросту складає 2,71 при ГХ та 2,63 при ІХС (мал. 1).

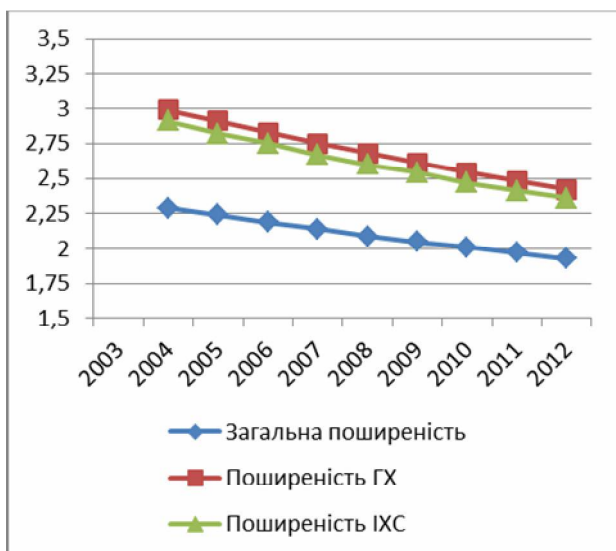
В той же час спостерігається зменшення захворюваності: з 669,1 на 10 тис населення – в 2003 році до 495 на 10 тис населення в 2012 році, середній показник зросту складає -3,1 (при ГХ – -3,78, при ІХС – -3,45). Аналогічна картина спостерігається і по нозологічним формам: гіпертонічна хвороба – з 284,8 на 10 тис. населення в 2003 році до 200,0 на 10 тис. населення в 2012 році; ішемічна хвороба серця – з 195,2 на 10 тис. населення в 2003 році до 136,1 на 10 тис. населення в 2012 році (мал. 2).



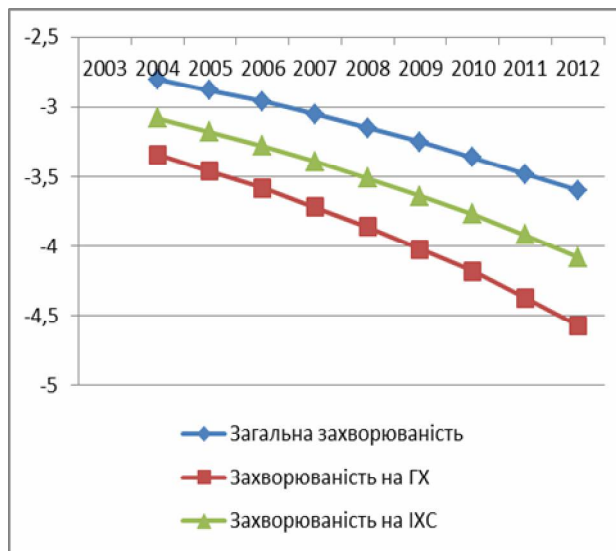
Мал. 1. Динаміка поширеності ССЗ в Полтавській області за 2003-2012 рр.



Мал. 2. Динаміка захворюваності ССЗ в Полтавській області за 2003-2012 рр.



Мал.3. Динаміка темпу росту показників поширеності ССЗ серед населення Полтавської області за 2002-2012 рр.



Мал.4. Динаміка темпу росту показників захворюваності населення Полтавської області на ССЗ за 2002-2012 рр.

Проаналізувавши динамічний ряд поширеності ССЗ в Полтавській області, було встановлено, що темп приросту загальної поширеності поступово зменшується як по загальній кількості ССЗ (від 2,29 в 2004 році до 1,93 в 2012 році), так і по окремих нозологічних одиницях: з 2,99 в 2004 році до 2,42 в 2012 році при гіпертонічній хворобі та з 2,91 в 2004 році до 2,36 в 2012 році при ішемічній хворобі серця.

При аналізі динамічного ряду захворюваності ССЗ в Полтавській області було встановлено, що темп приросту захворюваності за всі проаналізовані роки був від'ємним та продовжував знижуватись як по загальній захворюваності (від -2,80 в 2004 році до -3,60 в 2012 році), так і по окремих нозологічних одиницях: з -3,34 в 2004 році до -4,57 в 2012

році при гіпертонічній хворобі та з -3,08 в 2004 році до -4,08 в 2012 році при ішемічній хворобі серця.

При аналізі темпу росту видно, що спостерігається поступове зниження приросту як поширеності так і захворюваності ССЗ протягом досліджуваного часу. При цьому якщо темп росту поширеності поступово зменшується, то зниження рівня захворюваності - збільшується (мал.3,4).

При вивченні структури поширеності ССЗ протягом 10 років встановлено, що найбільшу питому вагу займає гіпертонічна хвороба – в межах -45-48%, в структурі захворюваності – 40-48%. Друге місце займає ішемічна хвороба серця – в структурі поширеності - в межах 29-31%, в структурі захворюваності – 28-31%.

Рівень факторів ризику серед жителів Полтавської області

Підвищений артеріальний тиск серед жителів Полтавської області в міській популяції складає 29,3 %, у тому числі 32,5 % серед чоловіків і 25,3 % серед жінок, у сільській популяції — 36,3 %, серед чоловіків — 37,9 %, серед жінок — 35,1 %.

Одним з керованих факторів ризику серцево-судинних захворювань є характер харчування.

За даними маркетингових досліджень спостерігається наступна картина щодо споживання основних продовольчих товарів населенням міста Полтава [29]:

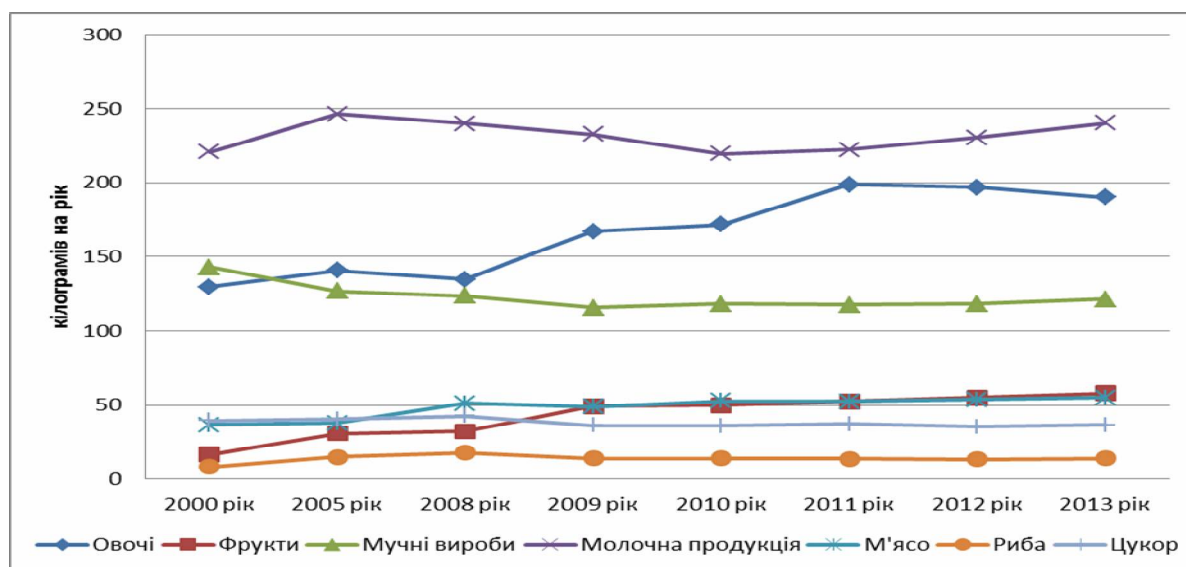
– Спостерігається недосконале підвищення споживання овочів, фруктів, м'ясної продукції на одну особу кілограмів за рік;

– Зменшення рівня споживання хліба та борошняних виробів, молочної продукції, риби на одну особу кілограмів за рік.

– Рівень споживання цукру лишається сталим (мал. 5).

Метаболічні фактори. Поширеність

недостатньої, надмірної ваги та ожиріння серед населення Полтави та Полтавської області (з урахуванням віку та статі): Серед населення Полтавської області тучні люди, чий ІМТ перевищує значення 30, 16 % чоловіків і 20% жінок страждають на ожиріння. Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% у чоловіків і 27% серед жінок. Підвищений рівень холестерину спостерігається у 7% чоловіків і 50% жінок. Підвищений рівень глюкози у крові спостерігається у 2,9% населення у 2012 році. Фізична активність. Поширеність низької фізичної активності серед населення Полтави та Полтавської області складає - більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя. Тютюн. Споживання тютюнових виробів серед населення міста Полтави та Полтавської області складає 45% серед чоловіків та 16% серед жінок.



Мал. 5. Рівень споживання продуктів харчування жителями Полтавської області.

Вживання алкоголю. Споживання алкогольних виробів серед населення Полтави та Полтавської області складає - загальний показник 1352,13 на 100 тис. населення.

Висновки

Таким чином, проведене нами дослідження щодо аналізу показників серцево-судинної захворюваності, як складової неінфекційних захворювань та факторів ризику, які їх спричиняють, серед жителів Полтавської області засвідчило, що:

1. В Україні сформована державна система профілактики ССЗ, реалізація яких сприятиме зменшенню серцево-судинної захворюваності.

2. При вивченні показників поширеності та захворюваності на ССЗ в Полтавській області за

2003-2012 роки встановлено:

– постійне зростання рівня поширеності ССЗ: з 6347,5 на 10 тис. населення в 2003 році до 7958,7 на 10 тис. населення в 2012 році. Така ж динаміка спостерігається і по окремих нозологіях: гіпертонічна хвороба – з 2950,8 на 10 тис. населення в 2003 році до 3826,1 на 10 тис населення в 2012 році; ішемічна хвороба серця – з 1872,1 на 10 тис. населення в 2003 році до 2473,4 в 2012 році. Середній темп приросту поширеності складає: загальний - 2,12, при ГХ – 2,71, при ІХС – 2,63;

– зменшується рівень первинної захворюваності ССЗ: з 669,1 на 10 тис населення – в 2003 році до 495 на 10 тис населення в 2012 році. По окремих нозологічних формах: гіпертонічна хвороба – з 284,8 на 10

тис. населення в 2003 році до 200,0 на 10 тис. населення в 2012 році; ішемічна хвороба серця – з 195,2 на 10 тис. населення в 2003 році до 136,1 на 10 тис. населення в 2012 році. Середній темп приросту поширеності складає: загальний – -3,1, при ГХ – -3,78, при ІХС – -3,45;

– відмічається зниження темпу приросту показників поширеності ССЗ від 2,29 в 2004 році до 1,93 в 2012 році та захворюваності ССЗ від -2,80 в 2004 році до -3,60 в 2012 році;

Рівень факторів ризику серед жителів Полтавської області:

– рівень споживання фруктів, риби, м'яса залишається низьким, не дивлячись на зріст споживання фруктів, м'яса. В той час, як такий важливий для діяльності серцево-судинної системи продукт, як риба, залишається на низькому рівні споживання.

– стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% у чоловіків і 27% серед жінок.

– підвищений рівень холестерину спостерігається у 7% чоловіків і 50% жінок.

– поширеність низької фізичної активності серед населення Полтави та Полтавської області складає - більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя.

– Споживання тютюнових виробів та алкоголю серед населення міста Полтави та Полтавської області залишається високим.

Досліджені фактори ризику мають безпосередній вплив на серцево-судинну захворюваність.

Література

1. Global status report on noncommunicable diseases 2010: BOO3 (Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я) / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2011. – IX, 162 p.
2. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control / World Health Organization ; Ed. Sh. Mendis, P. Puska, B. Norrving. – Geneva : WHO, 2011. – VI, 155 p.
3. Mathers C.D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / C.D. Mathers, D. Loncar. – 2006 [Electronic resource]. – Access mode : [www/pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
4. Lim S.S. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / S.S. Lim, T. Vos, A.D. Flaxman // Lancet. – 2012. – vol. 380. – P. 2224-2260.
5. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами / The World health report 2013 : Research for Universal health coverage: BO3 (Документи Всемирной организации здравоохранения). – Geneva : WHO. – 2013. – XVI. – 206 с.
6. Горбась І.М. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів // І.М. Горбась, О.М. Барна, В.Ю. Сакалош. – Ліки України. – 2010. – № 1. – С. 4-9.
7. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Здоров'я України. – 2009. – № 21. – С. 58–59.
8. Січкарук І.М. Поширеність основних факторів ризику у хворих після інфаркту міокарда // І.М. Січкарук, Н.Д. Сидор, Ю.Г. Кияк [та ін.] // Запорозький медичний журнал. – 2010 р. – Т. 12. – № 4. – С. 37-41.
9. Рингач Н.О. Серцево-судинні захворювання в Україні: статистичний аналіз сучасної епідеміологічної ситуації // Н.О. Рингач, О.О. Чернобрівенко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medstrana.com/articles/1639>
10. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо: доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Женева : ВОЗ, 2008. – 152 с.

11. Гайдаев Ю.О. Проблемы здоровья та напрямки його покращання в сучасних умовах / Ю.О. Гайдаев, В.М. Корнацький // Український кардіологічний журнал. – 2007. – № 5. – С. 12-15.
12. Белозеров Ю.М. Наследственные болезни сердца у детей. – Иркутск, 2006. – 581 с.
13. Шатковська А.С. Медичні аспекти застосування комбінованих оральних контрацептивів / А.С. Шатковська, О.Г. Шиманська // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 2. – С. 5-8.
14. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20 річного проспективного дослідження : автореф. дис. на здоб. наук. ступеня д-ра мед. наук. / О.О. Кваша. – К., 2008. – 40 с.
15. Скибчик В.А. Прогностична цінність факторів ризику серцево-судинних захворювань для визначення тривалості життя 50-річних жінок / В.А. Скибчик, С.Д. Бабляк, Ю.О. Матвієнко // Український медичний часопис. – 2012. – № 1 (84). – т. I-II. – С. 131-132.
16. Bernhard D. Cigarette smoking metalcatalyzed protein oxidation leads to vascular endothelial cell contraction by depolymerization of microtubules / D. Bernhard, A. Csordas, B. Henderson [et all.] // FASEB J. – 2005. – vol.19. – P. 1096–1107.
17. Басиев В.А. Анализ факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний / В.А. Басиев // Фундаментальные и прикладные аспекты создания биосферно-совместимых систем. – Международная научно-техническая интернет-конференция. – 2012.
18. The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) — Importance Then and Now / Stamler Jeremiah, D. James Neaton // The Journal of American Medical Association. – 2008 [Electronic resource]. – Access mode : <http://jama.jamanetwork.com/>
19. фактори ризику серцево-судинних захворювань: малорухомий спосіб життя / Здоров'я України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.health-ua.com
20. Кваша О.О. До проблеми вторинної профілактики артеріальної гіпертензії / О.О. Кваша, О.В. Малацівська // Охорона здоров'я України. – 2005. – 34. – С. 36-40.
21. Chobanian A. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure / A. Chobanian, G. Bakris, H. Black // The ONK 7 Report. – NIH Publication №04-5230. – 2004. – 86 p.
22. Лашкул З.В. Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики / З.В. Лашкул, В.Л. Курочка // Запорізький медичний журнал. – 2014. – № 3. – С. 23-25.
23. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // Кардиология. 2002. – № 4. – С. 86–91.
24. Горбась І.М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування / І.М. Горбась // Практическая ангиология [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://angiology.com.ua/article/357.html>
25. Allender S. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. – Health Economic Research Group, Department of Public Health / S. Allender, P. Scarborough, V. Peto, M. Rayner // University of Oxford. European cardiovascular disease statistics, 2008. – [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.heartstats.org>
26. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) / Ю.М. Сіренко // Артериальная гипертензия. – 2008. – № 2. – С. 83-88.
27. Горбась І.М. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень / І.М. Горбась, О.О. Смирнова, І.П. Кваша [та ін.] // Артериальная гипертензия. – 2010. – № 6 (14). – С. 51-67.
28. Державний центр медичної статистики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/>
29. Баланс та споживання основних продуктів харчування населенням України: статистичний збірник / За ред. Н.С. Власенко. – Київ. – 2013. – 56 с.

References

1. Global status report on noncommunicable diseases 2010: VOOZ (Dokumenty Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia) / World Health Organization. – Geneva : WHO, 2011. – IX, 162 p.
2. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control / World Health Organization ; Ed. Sh. Mendis, P. Puska, B. Norrving. – Geneva : WHO, 2011. – VI, 155 p.
3. Mathers C.D, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 / C.D. Mathers, D. Loncar. – 2006 [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : www/pubmed.gov
4. Lim S.S. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of

- Disease Study 2010 // S.S. Lim, T. Vos, A.D. Flaxman. – Lancet. – 2012. – vol. 380. – P. 2224-2260.
5. Nauchnye yssledovaniya v tseliakh dostyazheniya vseobshcheho okhvata naseleniya medytsynskymy usluhamy // The World health report 2013 : Research for Universal health coverage: VOZ (Dokumenty Vsemirnoi orhanyzatsyy zdravookhraneniya). – Geneva : WHO, 2013. – XVI, – 206 s.
 6. Horbas I.M. Otsinka poshyrenosti ta kontroliu faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan sered naselennia ta likariv / I.M. Horbas, O.M. Barna, V.Iu. Sakalosh. – Liky Ukrainy. – 2010. – № 1. – s. 4-9.
 7. Moskalenko V.F. Kontseptualni pidkhody do formuvannia novoi profilaktychnoi stratehii u sferi okhorony zdorov'ia / V.F. Moskalenko // Zdorov'ia Ukrainy. – 2009. – № 21. – S. 58–59.
 8. Sichkaruk I.M. Poshyrenist osnovnykh faktoriv ryzyku u khvorykh pislia infarktu miokarda / I.M. Sichkaruk, N.D. Sydor, Iu.H. Kyiak [ta in.] // Zaporozhskiy medytsynskiy zhurnal. – 2010. – T. 12. – № 4. – S. 37-41.
 9. Rynhach N.O. Sertsevo-sudynni zakhvoriuvannia v Ukraini: statystychnyi analiz suchasnoi epidemiolohichnoi sytuatsii / N.O. Rynhach, O.O. Chernobryvenko [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : <http://medstrana.com/articles/1639>
 10. Pervychnaia medyko–sanytarnaia pomoshch: sehodnia aktualnee, chem kohda–lybo: doklad o sostoianny zdravookhraneniya v myre, 2008 h. – Zheneva: VOZ, 2008. – 152 s.
 11. Haidaiev Iu.O. Problemy zdorov'ia ta napriamky yoho pokrashchannia v suchasnykh umovakh / Iu.O. Haidaiev, V.M. Kornatskiy // Ukrainskiy kardiolohichnyi zhurnal. – 2007. – № 5. – S. 12-15.
 12. Belozerov Iu.M. Nasledstvennye bolezny serdtsa u detei / Iu.M. Belozerov. – Yrkutsk, 2006. – 581 s.
 13. Shatkovska A.S. Medychni aspekty zastosuvannia kombinovanykh oralnykh kontratseptyviv / A.S. Shatkovska, O.H. Shymanska // Medytsynskye aspekty zdorov'ia zhenshchyni. – 2010. – № 2. – S. 5-8.
 14. Kvasha O.O. Populiatsiina otsinka vnesku faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan v smertnist za danymy 20-richnoho prospektynoho doslidzhennia : avtoref. dys. na zdob. nauk. stupeniadra med. nauk. / O.O. Kvasha. – K., 2008. – 40 s.
 15. Skybchuk V.A. Prohnostychna tsinnist faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan dlia vyznachennia trvalosti zhyttia 50-richnykh zhinok / V.A. Skybchuk, S.D. Babliak, Iu.O. Matvienko // Ukrainskiy medychnyi chasopys. – 2012. – № 1 (84). – t. I-II. – S. 131-132.
 16. Cigarette smoking metalcatalyzed protein oxidation leads to vascular endothelial cell contraction by depolymerization of microtubules / D. Bernhard, A. Csordas, B. Henderson [et al.] // FASEB J. – 2005. – vol.19. – P. 1096–1107.
 17. Basyev V.A. Analiz faktorov ryzyka vozniknoveniia serdechno-sosudystrykh zabolevaniy / V.A. Basyev // Fundamentalnie y prykladne aspekti sozdaniya byosferno-sovmestymykh system. – Mezhdunarodnaia nauchno-tekhnycheskaia ynternet-konferentsiya 2012.
 18. Stamler Jeremiah The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) – Importance Then and Now / Jeremiah Stamler, James D. Neaton // The Journal of American Medical Association. – 2008 [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : <http://jama.jamanetwork.com/>
 19. Faktory ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan: malorukhomiy sposib zhyttia // Zdorov'ia Ukrainy [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : www.health-ua.com
 20. Kvasha O.O. Do problemy vtorynnoi profilaktyky arterialnoi hipertenzii / O.O. Kvasha, O.V. Malatskivska // Okhorona zdorov'ia Ukrainy. – 2005. – Vol. 3-4. – S. 36-40.
 21. Chobanian A. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure / A. Chobanian, G. Bakris, H. Black // The OHK 7 Report. – NIH Publication №04-5230. – 2004. – 86 p.
 22. Lashkul Z.V. Sotsialno-hihienichne doslidzhennia faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan sered likariv riznykh fakhovykh hrup, z'iasuvannia stavlenniia likariv do problem profilaktyky / Z.V. Lashkul, V.L. Kurochka // Zaporizkiy medychnyi zhurnal. – 2014. – № 3. – S. 23-25.
 23. Pohosova H.V. Depressiya – novii faktor ryzyka yshemycheskoi bolezny serdtsa y predyktor koronarnoi smerty / H.V. Pohosova // Kardyolohiya. – 2002. – № 4. – S. 86–91.
 24. Horbas I.M. Epidemiolohichna sytuatsiia shchodo sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan v Ukraini: 30-richne monitoruvannia / Praktycheskaia anhiolohiia [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : <http://angiology.com.ua/article/357.html>
 25. Allender S. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A.; Health Economic Research Group, Department of Public Health / S. Allender, P. Scarborough, V. Peto [et al.] // University of Oxford. European cardiovascular disease statistics, 2008 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.heartstats.org>
 26. Sirenko Iu.M. Vykonannia Prohramy profilaktyky i likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini (1999–2007 roky) / Iu.M. Sirenko // Arterialnaia hipertenzia. – 2008. – № 2. – S. 83-88.
 27. Horbas I.M. Otsinka efektyvnosti «Prohramy profilaktyky i likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini» za danymy epidemiolohichnykh doslidzhen / I.M. Horbas, O.O. Smyrnova, I.P. Kvasha [i dr.] // Arterialnaia hipertenzia. – 2010. – № 6 (14). – S. 51-67.
 28. Derzhavnyi tsentr medychnoi statystyky [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : <http://medstat.gov.ua/ukr/>
 29. Balansy ta spozhyvannia osnovnykh produktiv kharchuvannia naselenniam Ukrainy: statystychnyi zbirnyk / Za red. N.S. Vlasenko. – Kyiv. – 2013. – 56 s.

Реферат

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.

Хорош М.В.

Ключевые слова: система здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, профилактика заболеваний.

Анализ сердечно-сосудистой заболеваемости, как составляющей неинфекционных заболеваний и факторов риска, которые их вызывают среди населения Полтавской области.

Исследования проводились библиосемантическим и статистико-математическими методами. Были проанализированы библиографические источники относительно сердечно-сосудистого риска, эпидемиологической ситуации касательно неинфекционных заболеваний. На втором этапе были проанализированы статистические данные Областного информационно-аналитического центра медицинской статистики относительно распространенности, заболеваемости (за 10 лет) и инвалидизации (за 5 лет) вследствие сердечно-сосудистой патологии. Данные были подвергнуты компьютерной статистической обработке с помощью Microsoft Office Excel 2003 и IBM SPSS Statistics 20.

Summary

CARDIOVASCULAR MORBIDITY AS A COMPONENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AND RISK FACTORS OF CARDIOLOGICAL PATHOLOGY

Khorosh M.V.

Key words: health care system, cardiovascular diseases, risk factors, prevention of diseases.

This paper presents the survey of cardiovascular diseases as a component of non-communicable diseases and their risk factors prevailing among the population of the Poltava region. The study was based on biblio-semantic, statistical and mathematical methods. Bibliographical sources referring to cardiovascular risks, the epidemiological situation with regard to non-communicable diseases were carefully analyzed. The second stage stipulated the analysis of statistical data of the Regional Information and Analytical Centre of Health Statistics on the prevalence, morbidity (over 10 years) and disability (over 5 years) as a consequence of cardiovascular disease. Data were subjected to statistical analysis processing by MisrosoftOffice Excel

УДК 616-053.32:616.98

Черняєська Ю.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ РАНЬОГО СЕПСИСУ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава

*Статтю присвячено вивченню лабораторних діагностичних критеріїв ранніх інфекцій у передчасно народжених дітей – частоті виявлення позитивної культури у різних ізолятах та її складу при бактеріологічному дослідженні, а також аналізу діагностичних характеристик інших біомаркерів розвитку ранніх інфекцій і сепсису з метою оптимізації діагностики даної патології. Було обстежено 152 передчасно народжені дитини, 121 – з ознаками внутрішньоутробного інфікування, 31 без них. У передчасно народжених з внутрішньоутробним інфікуванням етіологічними чинниками ранніх інфекцій є *Staphylococcus epidermidis* (без значного переважання ($n = 238$, $p > 0,05$) та *Enterobacter*, пізніх – переважно *Enterobacter*, з в цілому більшою питомою часткою грам-негативної флори, але частота виявлення позитивних результатів всіх посівів у тому числі і посівів крові низька. В ході дослідження з'ясувалося, що і інші діагностичні тести, окрім рівня С-реактивного білку та кількості моноцитів, достовірно не мають діагностичної цінності. С-реактивний білок має найвищу специфічність та позитивне предикативне значення ($ВШ = 1,07$, $95\%ДІ: 1,48 - 2,03$), а кількість моноцитів меншу чутливість, але більшу специфічність ($ВШ=1,18$, $95\%ДІ: 1,03-1,35$). Критерії встановлення діагнозу ранніх інфекцій і сепсису у передчасно народжених дітей потребують подальшої розробки.*

Ключові слова: передчасно народжені діти, внутрішньоутробне інфікування, ранній неонатальний сепсис, С-реактивний білок, діагностичні маркери.

Роботу виконано в контексті науково-дослідних робіт Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України «Розробити систему діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів для новонароджених від матерів з інфекцією статевих органів» (державний реєстраційний №0110U 002060).

Вступ

У наш час системи охорони здоров'я багатьох країн світу досягли значних успіхів у боротьбі з інфекційними захворюваннями. Однак, не дивлячись на це, за останнє десятиліття інфекційна патологія вийшла на друге місце в загальній структурі захворювань людини. Серед причин летальності питома вага інфекцій становить 23-25 %, а у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ) – приблизно 40-60 %[13]. Неонатальний сепсис відіграє головну роль у кількості несприятливих клінічних наслідків серед дитячого населення, при цьому його частота залишається досить високою і за даними різних авторів становить від 0,5 до 8,0 випадків на 1000 народжених живими [20]. Нещодавні багатоцентрові клінічні дослідження серед дуже маловагових передчасно народжених дітей з інфекціями, демонструють, що частота пневмонії у них становить близько 8,6 %, а ранній неонатальний сепсис – 7 %[28]. У нашій країні протягом останніх років інфекції перинатального періоду, вроджена пневмонія та сепсис займають 3-4 місце в структурі захворюваності та смертності новонароджених. Але дійсна частота зазначеної патології серед

передчасно народжених напевно є більшою. Це зумовлено тим, що досі дискусійним залишається визначення діагнозу сепсису у передчасно народжених дітей [29], так як точність ключових критеріїв сепсису, визначених педіатричним Консенсусом [10], не було досліджено в когорті передчасно народжених дітей. Симптоми і ознаки сепсису у зазначеного контингенту дітей є досить різноманітними, тому деколи лікарю проблематично встановити діагноз, а також його важкість. При цьому частота клінічних симптомів сепсису та частота застосування антибіотикотерапії перебільшує частоту мікробіологічного підтвердження сепсису. Причиною хибно негативних результатів може бути недостатній об'єм крові, взятий для бактеріологічного дослідження, низький рівень бактеріємії після проведення курсу або курсів антибіотиків, низька чутливість існуючих методів бактеріальної діагностики.

У той же час виявлення того чи іншого інфекта у новонародженого ще не означає розвитку інфекційного процесу [3, 4, 8, 13], але, безумовно, навіть поверхнева колонізація певними мікроорганізмами може асоціюватись з розвитком перинатальних ускладнень,