

УДК 616.1-056-091.818-08(477)

Шляхи зниження захворюваності та смертності від серцево-судинної патології в Україні

■ **Боброва В.І.**

д.мед.н., професор кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Шевченко Л.О.**

д.мед.н., професор кафедри нервових хвороб Запорізького державного медичного університету

■ **Боброва О.В.**

д.мед.н., професор кафедри кардіології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

В статті представлена динаміка основних етіологічних факторів гострої серцево-судинної патології в Україні. Надаються рекомендації щодо зниження захворюваності та смертності цієї категорії хворих.

Ключові слова: серцево-судинна патологія, етіологічні фактори, захворюваність, смертність, шляхи зниження смертності.

Серцево-судинні захворювання, якими страждають майже 26 млн. українців, за чисельністю, розповсюдженістю і смертністю становлять основну проблему сучасної медицини у нашій державі, де вона набула особливої актуальності як в контексті тривалості та якості життя для суспільства в цілому, так і з огляду на виклики для системи охорони здоров'я зокрема, незважаючи на всі зусилля, які докладають у системі охорони здоров'я, зокрема в кардіологічній, неврологічній галузі [3, 10]. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) посідають в Україні перше місце серед причин смертності і постійно погіршують показники здоров'я [5, 11].

Очікується, що до 2030 року смертність від ССЗ буде складати більше 23 млн. людей, і ССЗ будуть

утримувати першість серед причин смертності населення планети. Проте, якщо в розвинених країнах світу кількість смертей від ССЗ знижується, то в інших – росте. Україна в числі останніх. Рівень смертності від ССЗ в останні роки в Україні невинно підвищується. Сьогодні цей показник перевищив 1000 на 100000 населення, становить за даними 2016 р. близько 68% загальної структури смертності, втричі перевищує рівень смертності пацієнтів, померлих у зв'язку з онкологічними, а тим більше й іншими захворюваннями [10, 15]. Також відмічається загрозлива тенденція омоложення інфарктів міокарда та інсультів [13, 15, 20].

Таким чином, наведені порівняльні статистичні показники смертності від ССЗ з невідкладною очевидністю демонструють гостру актуальність цієї проблеми в Україні.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Всесвітньої федерації серця і Всесвітньої федерації по боротьбі з інсультом, 30% випадків смерті від ССЗ у світі передчасні і 2/3 таких випадків можна уникнути завдяки профілактиці, основні напрямки якої на основі доказової медицини відомі [5, 6, 12].

Треба сказати, що затвердження МОЗ підготовлених співробітниками ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска НАМН України» уніфікованих клінічних протоколів, в тому числі:

1. Наказ МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST»;

2. Наказ МОЗ України від 03.03.2016 р. № 164 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST»;

3. Наказ МОЗ України від 02.03.2013 р. № 152 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, пер-

винної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця»;

4. Наказ МОЗ України від 15.06.2016 р. № 597 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь»;

5. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 р. № 364 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної спеціалізованої та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань»;

6. Наказ МОЗ України від 21.06.2016 р. № 614 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Легенева гіпертензія у дорослих»;

7. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 – Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»;

8.9. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Серцева недостатність» та «Тромбоемболія легеневої артерії», а також підготовлених неврологами і нейрохірургами і затвердженими МОЗ України уніфікованих протоколів –

1. Наказ МОЗ № 602 від 03.08.2012 р. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги та медичної реабілітації «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована)»;

2. Наказ МОЗ № 275 від 17.04.2014 р. «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив», дає позитивний результат лікування населення з ССЗ.

Треба також наголосити, що виконання низки минулих державних та інших програм, в тому числі «Державної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні на 2008-2013 рр., за що отримана розробниками «Державна премія України в галузі науки і техніки», сприяло стійкій позитивній динаміці захворюваності і поширеності цереброваскулярних захворювань (частота мозкового інсульту знизилась на 14,5 %, а мозкового інсульту на тлі АГ – на 50,3%, зниження смертності від цереброваскулярних хвороб в цілому – на 5,7%, а серед працездатного населення – на 14,5%; збільшення тривалості життя пацієнта на 1,1 рік) [3, 5].

Виконання програми профілактики та лікування дисліпідемій як фактору ризику розвитку серцево-судинних захворювань протягом 2004 – 2009 рр. також зафіксувало збільшення середньої тривалості життя пацієнтів з ССЗ – на 1,4 року, при ішемічній хворобі серця – на 1,4 року, при гострому інфаркті міокарда – на 2,2 року [3, 10].

Нині у зв'язку з надзвичайною медико-соціальною значущістю проблеми серцево-судинних захворювань, в рамках Року серця в Україні Асоціацією кардіологів України був підго-

товлений і презентований з трибуни XVII конгресу кардіологів України проект всеукраїнської Національної програми профілактики, лікування та реабілітації хворих на серцево-судинні захворювання на 2017–2021 рр., який ухвалений Президією НАМН України та МОЗ України (Наказ №711/61 від 15.07.2016) і представлений Кабінету Міністрів для затвердження і визначення обсягів фінансування програми. Ця програма передбачає суттєву активізацію роботи в напрямку виявлення факторів ризику, профілактики, вдосконалення системи діагностики та лікування серцево-судинних захворювань, а також реабілітації пацієнтів з кардіологічною патологією [3, 11, 20].

І тим не менш, маючи Уніфіковані Протоколи з лікування основних гострих неврологічних і кардіологічних патологій, постійно обговорюються питання формування персоніфікованого підходу до лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями на основі даних доказової медицини. Необхідність індивідуалізації терапії набуває дедалі більшого значення, адже на жаль, у більшості випадків пацієнти мають по декілька захворювань, тож лікар, плануючи тактику лікування, повинен виходити з позиції врахування всіх факторів ризику (ФР) та коморбідності патології у цієї категорії хворих [7, 11, 20]. Врешті, тільки такий підхід наближає лікаря до дотримання «золотого» правила – лікувати людину, а не хворобу.

Як відомо, головним джерелом, що живить хвороби системи кровообігу є артеріальна гіпертензія (АГ), поширеність якої у світі загалом і в Україні зокрема, надзвичайно велика. Від АГ в Україні страждають 29,9% дорослого населення. [9, 11]. Однак існують певні розбіжності між даними офіційної статистики й результатами епідеміологічних досліджень, які показують, що частина хворих із підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) в Україні залишається невиявленою. Поширеність АГ у осіб пенсійного віку перевищує середній показник в 1,8 разів, частка осіб працездатного віку становить 43,5% від загальної кількості хворих на АГ. Загалом підвищення рівня АТ, асоціюється з розвитком в подальшому ішемічної хвороби серця (ІХС), інсультів, інфарктів міокарду, енцефалопатій, серцевої і ниркової недостатності, а також із збільшенням витрат, пов'язаних з розвитком непрацездатності [3, 5, 11, 21].

Варто зауважити ще раз, що летальність від серцево-судинних захворювань в нашій країні становить 68% у загальній структурі смертності, що створена переважно, за рахунок перенесених інфарктів міокарду (ІМ) та гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) [5, 6, 15].

Досвід більшості розвинених країн світу довів, що найбільш ефективною в плані зниження смертності від хвороб системи кровообігу є боротьба з факторами ризику (ФР), у тому числі АГ, що означає більш ніж 50% успіху у зниженні смертності [19, 24].

Останніми роками з'являється все більше нових фактів доказової медицини, що демонструють сучасні підходи до діагностики, оцінки ризику виникнення та лікування АГ. Ревізії та оновленню

піддані питання, що визначають оцінку загального ризику розвитку серцево-судинних захворювань і серцево-судинних ускладнень, критерії початку терапії артеріальної гіпертензії і цільові значення АТ, стратегію вибору антигіпертензивної терапії, вибору оптимальної комбінації антигіпертензивних препаратів з позиції ефективності та безпеки. Причому вибір препаратів для комбінації визначається не тільки їхньою здатністю посилювати антигіпертензивний і органопротекторний ефект за рахунок різних механізмів дії, а й знижувати ризик розвитку побічних явищ. Крім того доведено, що при виборі комбінації препаратів слід керуватися і конкретною клінічною ситуацією, зокрема наявністю у пацієнта перенесеного інфаркту міокарда, цереброваскулярної події, метаболічних ФР (порушення вуглеводного, ліпідного обміну) тощо [4, 9, 14, 21, 22, 23].

Незадовільний контроль АТ, як і раніше, залишається однією з головних причин високої захворюваності на серцево-судинну патологію та смертності як у всьому світі, так і на Україні. Між тим, покращення контролю цього показника в популяції хворих на АГ приводить до значущого зниження серцево-судинного ризику: так, зниження АТ на 20 мм рт. ст. зумовлює зниження ризику розвитку ускладнень на 40% [9, 14, 21]. Доведено, що в реальній клінічній практиці приблизно дві третини пацієнтів з АГ не досягають цільових рівнів АТ та залишаються незахищеними від ускладнень даного захворювання, серед яких найбільш частим та тяжким є інсульт. Саме висока захворюваність інсультами свідчить про незадовільний контроль в популяції. Це підтверджують результати клінічних досліджень, зокрема крупного дослідження HONEST, в якому продемонстровано взаємозв'язок рівня ранкового систолічного АТ (САТ) та ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Дворічне спостереження за більш як 21 тис. пацієнтів показало, що інсульти виникали частіше коронарних подій при погано контрольованій АТ [5, 21].

Україна на жаль знаходиться серед країн з незадовільним контролем АТ, про що свідчить висока частота смерті від ГПМК [5, 11, 15]. Якщо звернутися до багато чисельних причин недостатнього контролю за АТ в українській популяції, то, безумовно, велике значення мають організаційні моменти та відсутність цілісної стратегії управління якістю надання медичної допомоги, однак, не можна скидати з рахунків й недостатню роботу лікарів з пацієнтами, і інертність спеціалістів у відношенні застосування сучасних методів лікування. В Україні багато лікарів володіють достатнім рівнем знань в області діагностики та лікування АГ і первинне виявлення даного захворювання за останні роки суттєво збільшилося. Тим не менш, наполегливість формування партнерських відношень з пацієнтами, забезпечення їх високої схильності до терапії – це ті моменти, над якими слід ще багато працювати.

Найважливішим пунктом на шляху покращення контролю рівня АТ є вибір антигіпертензивних препаратів, які мають відповідати сучасним вимо-

гам у відношенні ефективності та безпеки. В числі вимог, що ставляться на сучасному етапі до антигіпертензивних препаратів, в першу чергу, слід звернути увагу на тривалу та стабільну дію (≥ 24 год), яка сьогодні оцінюється за співвідношенням Т/Р (trough/peak ratio – відношення мінімального антигіпертензивного ефекту до максимального). Оптимальним вважається співвідношення Т/Р $> 50\%$, саме при цій умові препарат може бути рекомендований для однократного застосування протягом доби. Окрім цього, препарати мають володіти здатністю попереджувати або гальмувати ураження органів – мішенів (головного мозку, серця, нирок) та благоприємним профілем безпеки.

Однак, навіть якщо вибір зроблено на користь препарату, що відповідає перерахованим вимогам, в більшості випадків неможливо досягнути ефективного контролю АТ та достатнього зниження ризику серцево-судинних ускладнень без призначення комбінованої терапії. Це відображено й в міжнародних рекомендаціях по лікуванню АГ, де вказується, що приблизно третина пацієнтів з АГ високого та дуже високого ризику та 41% пацієнтів похилого віку хворих на АГ, потребують призначення двох – трьох антигіпертензивних засобів. Основою комбінованої антигіпертензивної терапії має бути блокатор ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), який складає оптимальної комбінації з антагоністом кальцію або діуретиком. Сьогодні на фармацевтичному ринку з'явилися не лише двох-, але й трьохкомпонентні фіксовані комбінації антигіпертензивних препаратів, що відкриває нові можливості в забезпеченні зручності тривалого лікування, отже й схильності до нього пацієнтів.

Крім того, особливу актуальність сьогодні набуває доступність препаратів для більшості пацієнтів. Так, за результатами опитування 67% українців вважають високу вартість ліків причиною неефективного лікування. Реаліями сучасного життя є також заміна оригінальних препаратів генериками (які теж не завжди не дешеві) [3, 11]. Потрібно чітко усвідомлювати, що біологічна еквівалентність не гарантує рівну клінічну ефективність і безпеку оригінального та генеричного препарату, адже біоеквівалентність вивчається на дуже невеликій кількості здорових добровольців при одноразовому введенні в максимальній дозі [21].

Ситуація в країні ускладнюється також наявністю стресових чинників, що приєдналися в останні роки, зокрема комплекс воєнних дій на території держави, відсутність адміністративних, реабілітаційних, організаційно-методичних заходів щодо стресу, його наслідків. Є потреба в психологічній допомозі населенню [8, 16].

Хребтом і стрижнем сучасної стратегії зниження смертності від серцево-судинних захворювань є виявлення пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком, для чого треба застосовувати для діагностики не скринінгові методи, а високоспеціалізовані діагностичні технології, зокрема: добове моніторування електрокардіограми та АТ, навантажувальні тести (велоергометрія, тредміл,

стрес-ехокардіографія), ЕХОКГ, МРТ, радіоізотопні методи (сцинтиграфія), коронарографія [3, 11, 20, 21].

Даними, що отримані у Великій Британії, доведено, що контроль АТ знижує частоту смертельних або інвалідизуючих інсультів на 33-46%, внутрішньо- мозкових крововиливів – на 50-76%, смерть від інфарктів поза серцевої локалізації – на 38-42% (за умов дотримання стандартів допомоги), що включає антитромбоцитарні і антигіпертензивні засоби [10].

Атеросклероз є також провідною причиною розвитку гострих і хронічних форм серцево-судинної патології, що не тільки призводить до летального виходу пацієнта (у Великій Британії – це 60 тис. смертей на рік), але є і провідною причиною непрацездатності і фактором, що знижує якість життя як пацієнта, так і його родичів за рахунок погіршення когнітивних функцій пацієнта аж до розвитку деменції [10]. Подібні дані отримані і в Україні [1, 17].

Попередніми результатами міжнародного дослідження EUROSPIRE IV, яке проводилося в 76 медичних центрах 26 країн Європи, в чому числі і в 4 клінічних центрах м. Києва, що мало за мету здійснення моніторингу ситуації в області вторинної профілактики у пацієнтів з ІХС, які перенесли гострий коронарний синдром, операцію аорто-коронарного шунтування або транслюмінальну розповсюджену ангиопластику, показали найбільшу розповсюдженість значущих факторів кардіоваскулярного ризику в популяції кардіологічних пацієнтів – саме до такої категорії відносилися учасники дослідження. Серед найбільш розповсюджених ФР виникнення подальших гострих серйозних судинних подій присутні: паління, низька фізична активність, підвищений рівень АТ, ожиріння, порушення вуглеводного обміну, гіперхолестеринемія. Авторами доведена достатньо низька ефективність лікування, що направлена на корекцію ФР. Так, при достатньо високій частоті призначення гіполіпідемічних препаратів (найчастіше статинів) – у 80%, цільові рівні загального холестерину були досягнуті тільки в 51 % випадків, а рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності виявився вище цільового – 1,8 ммоль/л – у 80% пацієнтів. Ці цифри свідчать про наявні проблеми в області гіполіпідемічної терапії в нашій країні, а саме: призначення статинів в неадекватних дозах, низька прихильність хворих до терапії, недостатня робота лікарів до покращення комплайенсу та встановлення партнерських відносин з пацієнтом. Останнє підтверджує той факт, що 50% хворих після гострого коронарного синдрому (ГКС), АКШ або стентування продовжували палити.

Доведено також, що 19% пацієнтів – учасників дослідження – без цукрового діабету (ЦД) в анамнезі мали рівень глюкози натще ≥ 7 ммоль/л. У хворих на ЦД (38% в загальній популяції) тільки у 7% випадків рівень глюкози знаходився в межах цільових значень ($\leq 6,1$ ммоль/л). Крім того, цей показник серед обстежених хворих в Україні виявився найбільш низьким серед країн, що брали участь у дослідженні [21].

В цілому, частота призначення препаратів, що повинні сьогодні включатися в схему стандартної терапії у пацієнтів з ІХС, була високою і порівняною із такою у країнах Європи: антитромботичні препарати призначаються більш ніж в 90% наших хворих, β -адреноблокатори – в 78%, блокатори ренін-ангіотензивної системи – в 74%. Реваскуляризація при розвитку ГКС була виконана у 36% учасників, при цьому стентування проведено у 28% випадків. Тільки у 59,6% хворих була зроблена коронарна ангиографія [21].

Доведено, що профілактичні заходи є ефективними: понад 50 % зниження смертності від ІХС пов'язані зі зміною факторів ризику і 40 % і з поліпшенням лікування [21].

Актуальною проблемою сучасної медицини залишаються й гіпертензивні кризи (ГК), які займають одне з перших місць у практиці невідкладної терапії (25-40% випадків). Серед звернень за невідкладною допомогою 27,4% приходить на ГК. Діагностика гіпертензивних кризів проводиться легко, але смертність при цьому в Україні серед усіх країн Європи залишається високою при ускладненому кризі. Хворі, котрі перенесли ускладнений ГК, помирають протягом наступних трьох років від хронічної ниркової недостатності (рівень доказів А), інсультів (В). Цей ризик збільшується з віком (А) та тривалістю АГ (В) [4, 14].

Як відомо, ускладнений ГК – це гострий раптовий підйом АТ, що супроводжується клінічною симптоматикою ураження органів-мішеней у результаті нервово-судинних і гуморальних порушень. При ГК відбувається підвищення систолічного АТ (САТ) на 20-100 мм рт. ст., діастолічного АТ – на 10-50 мм рт. ст. або $>180/120$, тобто зазвичай до 210/120 мм рт. ст. Однак, більшість авторів вважають, що рівень АТ не є ведучим показником в діагностиці ГК, особливо при ураженні органів-мішеней. Саме різноманітність клінічної картини ГК веде до різниці у підходах до терапії їх [4, 14].

Згідно рекомендацій кардіологічних товариств різних країн вироблені близькі за змістом алгоритми ведення хворих з ускладненими кризами в залежності від ураження окремих органів-мішеней, так як швидкість і вираженість зниження рівня АТ, застосування різних препаратів залежить, в більшому ступені, від того органу, який являється мішенню ГК [2, 14].

З урахуванням ураження органів-мішеней при виникненні ускладненого ГК, лікування ГК розрізняється швидкістю зниження АТ і рівнем оптимального зниження цього показника, прийомом різних груп гіпотензивних препаратів. Так, при ГК з ішемічним ураженням головного мозку зниження АТ починають при значеннях, що перевищують 220/120 мм рт. ст., тоді як при ГК з розшаровуючою аневрислою аорти вихідний рівень АТ не враховується, однак необхідно досягати зниження рівня САТ ≤ 110 мм рт. ст. Різниця має місце також в швидкості зниження АТ при різних видах ускладненого ГК. Якщо середня швидкість зниження АТ зазвичай складає 10-25%, то при ішемічному ураженні головного мозку швидкість зниження складає 10-15% [14].

При розвитку ГК з набряком легень або розшаровуючою аневризмою аорти швидкість зниження АТ не обмежена до досягнення клінічного ефекту і є максимально високою. Кардіологи вважають, що в цілому при ураженні головного мозку найбільш ефективними вважаються антагоністи кальцію, тоді як при розвитку гострого коронарного синдрому перевага надається нітратам і β-адреноблокаторам. Зниження АТ при ГК, що супроводжується розшаруванням аорти, здійснюється за допомогою β-, α-адреноблокаторів, при вагітності, пре-еклампсії – гідралазином і урапідилом. При лікуванні ГК при розвитку гострої лівошлуночкової недостатності частіше всього застосовують нітропрепарати (нітроглицерин) та інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту (іАПФ) (еналаприлат) [4, 14].

В останній час отримані дані щодо високої ефективності застосування при вказаній патології α-адреноблокатора урапідила, специфіка дії якого заключається у відсутності побічних ефектів, що характерні для α-адреноблокаторів, таких як рефлекторна тахікардія і аритмія, що обмежують застосування даних лікарських препаратів при ГК на фоні патології серця. Частота розповсюдження лікування урапідилом при ГК з ураженням різних органів невпинно росте, крім того ефективне його застосування при ГК з порушенням мозкового кровообігу, ГКС, при проведенні гіпотензії в момент оперативного втручання [4, 18].

При неускладненому ГК втручання не повинно бути агресивним, здійснюється згідно уніфікованого клінічного протоколу з урахуванням патогенезу кризи, типу церебральної і периферичної гемодинаміки. Слід пам'ятати про можливі ускладнення антигіпертензивної терапії (медикаментозний колапс і зниження мозкового кровообігу з розвитком ішемії головного мозку). Швидкість зниження АТ не повинна перевищувати 25% за перші 2 год., цільовий рівень АТ повинен бути досягнутий протягом декількох годин від початку терапії. Як відомо з рекомендацій, для цього, зазвичай, використовують сублінгвальний або пероральний прийом відомих лікарських препаратів, або внутрішньо-м'язеве їх введення з урахуванням їх побічної дії [14].

Висновок

На наш погляд, вплинути на зниження показників захворюваності і смертності, а також покращення якості життя хворих на ССЗ можливо за рахунок вироблення цілісної стратегії управління якістю надання медичної допомоги і переліком надання медичної допомоги, з «Державними фінансовими гарантіями медичного обслуговування населення», що називають медичною реформою. Обов'язкове введення страхової медицини на основі зобов'язань держави щодо надання медичної допомоги, достатнього фінансування і підтримки держави, враховуючи матеріальну спроможність населення.

Крім того, покращення роботи лікарів з пацієнтами із формуванням партнерських відношень з пацієнтами: покращувати обізнаність пересічних

громадян щодо розпізнавання клінічних ознак інфаркту міокарда та інсульту, посилювати просвітницької роботи серед пацієнтів і заохочувати щодо впливу на фактори ризику виникнення ССЗ і мотивацію здорового способу життя, здійснювати первинну і активну вторинну профілактику ССЗ, проводити серйозну роботу з пацієнтами, які мають потенційний ризик розвитку захворювання, виявляти пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком. Необхідне усунення інертності спеціалістів у відношенні застосування сучасних високоспеціалізованих діагностичних технологій та лікування (правильний підбір антигіпертензивних засобів та статинів), а також формування високої схильності пацієнтів до терапії шляхом призначення сучасних препаратів комбінованої дії тощо.

Одним із факторів щодо зниження смертності від ССЗ є своєчасне надання медичної допомоги, належний контроль виконання протоколів надання допомоги хворим на всіх рівнях та належна взаємодія між рівнями надання допомоги, збільшення кількості інсультних та інфарктних центрів для хворих на всіх стадіях цих захворювань.

Без сумніву, наведені рекомендації можуть вплинути на зниження показників захворюваності і смертності від серцево-судинних захворювань, в тому числі й гострих, серед людей української популяції та покращення якості життя цієї категорії хворих

Список літератури

1. Мурашко Н.К. Когнитивные нарушения при артериальной гипертензии / Новости медицины и фармации. – 2007. – 12 (218). – С. 18–20.
2. Иркин О.И., Пархоменко А.Н. Современная тактика лечения больных с гипертензивными кризами / Медицина неотложных состояний. – 2010. – № 2(27). – С. 1–4.
3. Темы XV Национального конгресса кардиологов Украины: от первичной профилактики – до инновационных методов лечения / Здоров'я України. – 2014 (тематичний номер, листопад). – 2014. – С. 14–16.
4. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Лутай Я.М., Кушнир С.П. Оптимизация гипотензивной терапии осложненного гипертензивного криза / Здоров'я України. – 2014. – № 4 (35). – С. 12.
5. Українська Асоціація боротьби з інсультом. Деякі питання організації допомоги хворим на інсульт в Україні та світі / Новости медицины и фармации. – 2015. – № 3(532). – С.3–4.
6. Европейский опыт диагностики и лечения заболеваний нервной системы / Новости медицины и фармации. – 2015. – №12 (547) С. 16–17.
7. Дядык А.И.; Багрий А. Е., Зайцева О.Е.; Хоменко М. В., Багрий Е. А., Яковенко В. Г. Эффективные подходы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: стратегия высокого риска / Практикующий лікар. – 2015. – № 3. – С. 7–11.
8. Коваленко В.М., Чабан О.С, Лутай М.И. и др. Стресс и сердечно-сосудистые заболевания / Здоров'я України. 2015. – № 2 (39). – С. 20–21.

9. Сиренко Ю.Н., Фломин Ю.В. Антигипертензивная терапия в амбулаторной практике / Здоров'я України. 2015. – № 5 (42). – С. 18.
10. Справжніх професіоналів золоті руки та великі серця об'єднав XVII Національний конгрес кардіологів України / укр.мед. часопис. – 2016. – №5(115). – С.6–8.
11. Всесвітній день серця як гасло та зміст засідання Президії НАМН України / Укр. мед. часопис. – 2016. – № 5 (115). – С. 19).
12. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань» / Новости медицины и фармации. – 2016 № 14 (594), № 15 (595). – С. 1–32.
13. Омоложение инфарктов миокарда и инсультов: современные методы профилактики / Международный неврол. журн. – 2016. – № 4(48). – С. 57–62.
14. Артеріальна гіпертензія та її ускладнення – гіпертонічний криз: стратегія лікування та можливості застосування окремих препаратів / укр. мед. часопис. – 2016. – № 1 (111). – С. 53–55.
15. Мищенко Т.С. Современная неврология в мире и Украине: проблемы, достижения, перспективы / Здоров'я України. – 2016. – № 1 (36). – С. 10.
16. Маркова М. Інформаційно-психологічна війна як нова загроза здоров'ю населення України: реальність небезпеки та напрямки протидії / Здоров'я України. 2016. – № 1 (36). – С. 51.
17. Стаднік С.М. Нейробиологічна основа когнітивних розладів: фактори розвитку та захисту. / Здоров'я України. 2016. – № 1 (36). – С. 42–43.
18. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Ткач Л.И. Урапидил в лечении гипертензивных кризов / Здоров'я України. 2016. – №1 (36). – С. 23–24.
19. Митченко Е.И., Хаников А.А., Малиар Е.Ю. и др. Современный профиль кардиометаболического риска в Украине: от диагностики к лечению / Здоров'я України. 2016. – № 3 (46). – С. 35.
20. VII Международный кардиосаммит в Украине: в фокусе профилактика инсульта / Здоров'я України. – 2016. – № 4. – С. 14–15
21. Как повысить эффективность лечения АГ в Украине: новый опыт, новые возможности / Здоров'я України. – 2016. – № 5. – С.20–21.
22. Рудык Ю.С. Профилактика сердечно-сосудистых событий: место гиполимидемической и цитопротекторной терапии / Здоров'я України. 2016. – № 15-16. – С. 55–56.
23. Березин А.Е. Современные подходы в лечении при артериальной гипертензии – фокусно блокаторы β -адренорецепторов и комбинации на их основе / укр. мед. часопис. – 2017. №4 (120). – С. 91–95.
24. Березин А. Е. Программы первичной и вторичной превенции кардиоваскулярных заболеваний: фокус на аторвастатин Укр. мед. часопис. – 2017. № 4(120). – С. 105–110.

Пути снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии в Украине

Боброва В.И.

д.м.н., профессор кафедры медицины неотложных состояний Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Шевченко Л.А.

д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета

Боброва Е.В.

д.м.н., профессор кафедры кардиологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Резюме

В статье представлена динамика основных этиологических факторов острой сердечно-сосудистой патологии в Украине. Даются рекомендации по снижению заболеваемости и смертности этой категории больных.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая патология, этиологические факторы, заболеваемость, смертность, пути снижения смертности.

Ways to reduce diseases and mortality from cardiovascular pathology in Ukraine

Bobrova V.

Department of Emergency Medicine Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Shevchenko L.O.

Department of Nervous Diseases Zaporizhzhya State Medical University

Bobrova O.V.

Department of Cardiology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary

The article presents the dynamics of the main etiological factors of acute cardiovascular disease in Ukraine. Recommendations for reducing the morbidity and mortality of this category of patients are given.

Key words: cardiovascular pathology, etiological factors, morbidity, mortality, ways of decreasing mortality.