

В.В. УДОДОВ

/КСПУ «Донецький обласний центр здоров'я»/

## Основні напрями діяльності Донецького обласного центру здоров'я з питань формування здорового способу життя населення області

Сучасний стан громадського здоров'я в Україні характеризується як кризовий, про що свідчать негативні тенденції у тріаді статистичних показників, а саме: показників відтворення населення (медико-демографічні дані); показників розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність). Основними причинами такого стану справ є: поширеність серед населення поведінкових факторів ризику виникнення хронічних неінфекційних захворювань: неадекватне харчування, гіподинамія та гіпокінезія, надлишкова маса тіла, тютюнопаління та надмірне вживання алкоголю; відсутність комплексної міжвідомчої програми з пропаганди здорового способу життя (ЗСЖ) серед населення та ефективних шляхів боротьби зі шкідливими звичками; – неефективність профілактичної роботи у закладах первинного та вторинного рівня щодо профілактики, лікування та контролю хронічних неінфекційних захворювань, а також шкідливості тютюнопаління, малорухливого способу життя, ожиріння, надмірного вживання кухонної солі, алкогольних напоїв, психоемоційного та психосоціального навантаження; неусвідомленість населення щодо необхідності профілактики захворювань, як важливої складової запобігання передчасній смерті, подовження тривалості життя та його якості, зменшенню втрат з тимчасової непрацездатності та запобігання інвалідизації; відсутність вагомого мотиваційного механізму у населення на підтримку ведення здорового способу життя.

Враховуючи вищезазначене, були сформовані основні напрями і конкретні завдання формування здорового способу життя населення всієї країни та зокрема Донецької області.

**Формування відповідального відношення населення до свого здоров'я** із збільшенням частки населення, яке веде здоровий спосіб життя та позбавилася від шкідливих звичок, профілактика розвитку хронічних неінфекційних захворювань, формування у молоді навичок безпечної поведінки та зниження рівня ризикованої поведінки.

Зміна відношення населення до свого здоров'я з формуванням відповідального ставлення до його збереження та зміцнення й навчання навичкам здорового способу життя на рівні особистості та сім'ї.

Рішення даної проблеми у межах області можливе шляхом створення на базі обласного центру здоров'я ресурсно-інформаційного регіонального організаційно-методичного центру з метою формування відповідального відношення населення до свого здоров'я. З цією метою використовувати засоби масової інформації та систему медико-санітарної освіти для підтримки заходів реформування системи охорони здоров'я шляхом:

- сприяння розвитку пріоритету профілактики хронічних неінфекційних захворювань та формування здорового способу життя, зміцнення та збереження здоров'я населення області;
- підвищення рівня поінформованості населення з питань збереження та зміцнення здоров'я шляхом створення та підтримки постійно діючої інформаційно-пропагандистської та освітньої системи, спрямованої на мотивацію населення до здорового способу життя, профілактику травматизму, виконання вимог

охорони праці, залучення до активного відпочинку, занять фізичної культури, туризму та спорту;

- розширення профілактичної складової діяльності закладів охорони здоров'я, надання організаційно-методичної допомоги лікарям загальної практики – сімейним лікарям з профілактики найпоширеніших захворювань;
- підвищення доступності до профілактичних послуг різних верств населення, у т.ч. оцінки рівня здоров'я;
- вдосконалення системи підготовки медичних кадрів з питань формування здорового способу життя, профілактики захворювань;
- формування та удосконалення системи моніторингу захворювань, поведінкових чинників ризику їх розвитку та рівня поінформованості населення з питань збереження та зміцнення здоров'я, ефективності реалізації профілактичної стратегії;
- створення на базі Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) кабінетів здорового способу життя для впровадження методик оцінки рівня фізичного здоров'я та видачі паспортів здоров'я, як основного чинника обов'язкового медичного страхування.

### Основні задачі служби

1. Формування на адміністративних територіях та в межах громад за місцем проживання функціональних підрозділів, зокрема: «Шкіл здоров'я», «Відповідального батьківства», «Здорової старості», створення пацієнтських організацій.
2. Запровадження цільових програм профілактики ризикованої поведінки молоді у загальноосвітніх школах та навчальних закладах всіх рівнів акредитації з підтримкою руху «Рівний рівному».
3. Запровадження руху «Донбас без тютюну» із залученням широких кіл громадськості до боротьби з тютюнопалінням.
4. Підготовка цільових інформаційних матеріалів профілактичної спрямованості для різних категорій населення.
5. Пропаганда відповідального відношення населення до свого здоров'я з метою формування здорового способу життя через засоби масової інформації: телебачення, багатотиражні видання тощо.
6. Запровадження системи щомісячних семінарів-тренінгів для журналістів та керівників громадських організацій.
7. Інформування цільових груп населення, у т.ч. керівників органів місцевого самоуправління з питань реформування охорони здоров'я в регіоні.

Основна мета: розробка та реалізація комплексної програми з формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я, безпечної поведінки у молоді по відношенню до розвитку хронічних захворювань, створення в області зон вільних від тютюнового диму та формування прихильності населення до реформування системи охорони здоров'я в регіоні.

Ще одним дійовим заходом щодо реалізації комплексної програми з формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я є створення паспорта здоров'я.

Паспорт здоров'я – це один із соціальних бонусів для населення України.

Одержання такого паспорта у найближчий час може стати однією із найбільш затребованих послуг охорони здоров'я як для кожної людини, так і суспільства в цілому. Подібний досвід вивчався на прикладі роботи центрів здоров'я в університетських клініках Каліфорнії і корпораціях Силіконової долини, де страхові компанії на основі даних паспорту здоров'я визначають вартість медичної страховки, без якої у США жити і лікуватися практично неможливо. Людям за наявності проблем із зайвою вагою, палінням, зловжи-

ванням спиртними напоями, незадовільною фізичною підготовкою та іншими особистими суб'єктивними показниками доводиться сплачувати зі свого гаманця. Така система отримання медстраховки вигідна всім: службовцям, працедавцям, медичним закладам, страховим компаніям.

Сьогодні нашим центром закінчена розробка заходів на 2014–2015 рр. в частині формування ЗСЖ і розробки моделі паспорту здоров'я для населення області. Ми готові до співробітництва у питаннях реалізації даного проекту в областях України.

Л.П. СОЛЕЙКО, к. мед. н., доцент

/Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова/

## Контроль когнітивних порушень у пацієнтів з гострим коронарним синдромом геронтичного віку

**Мета дослідження:** вивчення можливостей групи комплексних сиднонімінів у контролі когнітивної функції у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) геронтичного віку.

**Матеріали та методи дослідження.** До дослідження було включено 57 хворих із ГКС віком від 75 до 85 років чоловічої статі, розподілених на 2 групи. Хворі обох груп отримували стандартну терапію згідно з протоколами надання медичної допомоги хворим з ГКС. Пацієнти 1 групи (28 осіб) на фоні стандартної терапії отримували динітратні коронаролітики у стандартних дозах. Пацієнти 2 групи (29 осіб) як коронаролітичну терапію отримували препа-

рати групи комплексних сиднонімінів, що включали магладен, молсидомін та фолієву кислоту, у дозі 90 мг на добу.

**Результати та їх обговорення.** За час перебування пацієнтів у кардіологічному стаціонарі (15,4 ± 2,3 доби) у 67,9% пацієнтів 1 групи спостерігались помірні когнітивні розлади, у 32,1% – легкі когнітивні розлади. У пацієнтів 2 групи, що отримували комплексні сидноніміни, спостерігались лише легкі когнітивні розлади у 24,1% пацієнтів.

**Висновки.** У контролі когнітивних порушень у пацієнтів з ГКС до стандартної терапії як коронаролітики доцільно включати групу комплексних сиднонімінів.

О.А. ЯКОВЛЕВА, д. мед. н., професор; Е.М. МИКУЛА

/Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова/

## Минимальные дозы розувастатина при сердечной недостаточности требуют коррекции

**Цель исследования:** оценка эффективности минимальных доз розувастатина у пациентов старших возрастных групп при хронической сердечной недостаточности.

**Материалы и методы исследования.** Верификация диагноза проведена у 140 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с гипертонической болезнью II–III стадий, хронической сердечной недостаточностью IIa, ФК II–III по NYHA. Возраст больных – от 65 до 95 лет (79 ± 1,1 года), из них в возрасте старше 80 лет – 40 больных. Липидный спектр крови определяли до начала и после 3-месячного курса гиполипидемической терапии розувастатином в дозе 10–20 мг в сутки.

**Результаты и их обсуждение.** До начала терапии у больных выявлена изолированная полигенная приобретенная гиперхолестеринемия. Уровень общего холестерина (ОХС) в среднем составил 5,47 ± 0,08, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,47 ± 0,1 ммоль/л. Анализ результатов дислипидеми-

ческой терапии был проведен для двух возрастных групп: 65–79 и 80–95 лет, при отсутствии у них достоверных различий. У 109 больных, у которых уровень ОХС крови превышал 5,0 ммоль/л, исходные показатели триглицеридов (ТГ), бета-ХС, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) были сохранены в пределах нормы, индекс атерогенности до лечения составил 3,75. Оценка эффективности применения розувастатина свидетельствовала о мало выраженной позитивной динамике: снижение общего ОХС от 5,7 ± 0,09 (5–6,6) до 4,95 ± 0,09 (4,6–5,3) ммоль/л, ХС ЛПНП – от 3,68 ± 0,07 до 3,2 ± 0,08 ммоль/л, индекс атерогенности – 3,66. Дальнейшую тактику терапии статинами следует определять с учётом комплексного анализа безопасности.

**Выводы.** Розувастатин в дозе 10–20 мг/сутки в течение 3-х месяцев терапии при сердечной недостаточности не приводил к достижению целевых уровней липидов крови.