



І. М. Горбась

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска» НАМН, м. Київ

Високий серцево-судинний ризик населення України: вирок чи точка відліку

Несприятлива демографічна ситуація в Україні значною мірою зумовлена високим рівнем смертності (16,0 %), що перевищує коефіцієнт народжуваності (рис. 1). За цим показником Україну можна зіставити лише з країнами СНД, тоді як у розвинутих країнах він становить 79,0 %. За прогнозами тенденція підвищення рівня смертності в Україні збережеться, а показник у 2015 р. сягне 17,0 % [4].

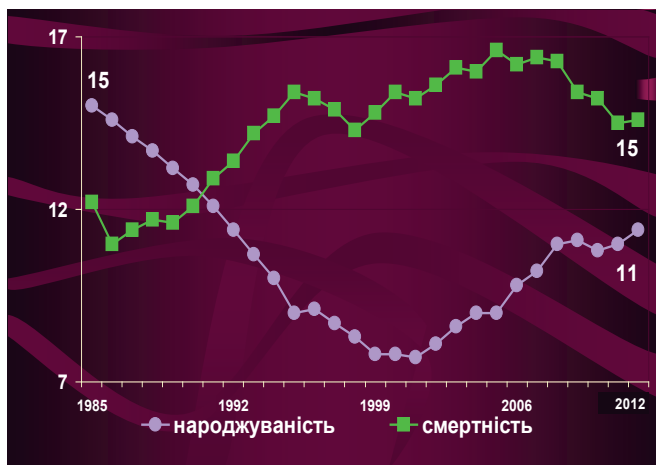


Рис. 1. Динаміка демографічної ситуації в Україні (на 1000 населення).

Якщо розглядати проблему смертності з позиції можливого скорочення втрат від неї зусиллями закладів охорони здоров'я та суспільства на підставі сучасних знань і досвіду, серед причин смерті, які визначають зменшення тривалості життя населення, перше місце посідають ті, що зумовлені умовами життя і поведінковими чинниками ризику. У 50,0–70,0 % випадків смертності від них можна запобігти. На другій сходинці – причини смерті, ліквідація яких вимагає покращення доступності та якості медичної допомоги. Загалом частка причин смерті, яких можна уникнути, становить 40,0 %, а в працездатному віці – 70,0 % [3].

Серцево-судинні захворювання спричиняють глобальні соціально-економічні втрати в багатьох країнах світу, включаючи й Україну. Саме ці захворювання на 66,0 % визначають рівень загальної смертності всього населення України й на 30,0 % – смертність населення працездатного віку.

Як видно, епідемію хвороб системи кровообігу значною мірою провокує неправильний спосіб життя і виникнення внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Зниження підвищених рівнів чинників ризику супроводжується зменшенням захворюваності й смертності населення. На підставі цих взаємозв'язків створена концепція чинників ризику. Завдяки експериментальним, клінічним і особливо епідеміологічним дослідженням визначені чинники, які залежать від способу життя, стану навколишнього середовища, генетичних особливостей людини, що призводять до виникнення і прогресування захворювань системи кровообігу. Ця концепція є науковою підставою їх профілактики.

До чинників, які залежать від способу життя, відносять куріння, нездорове харчування, недостатню фізичну активність і зловживання алкоголем. Їх коригування сприятиме зниженню індивідуального ризику через вплив на такі біологічні чинники, як надлишкова маса тіла та ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення жирового і вуглеводного обміну.

Згідно з результатами наукових досліджень, у країнах Західної Європи, США, Канаді, Австралії в останні два десятиліття реєструється стале зниження кардіоваскулярної смертності населення. На 50,0–75,0 % це відбулося завдяки коригуванню провідних чинників ризику, а саме, куріння, гіперхолестеринемії, артеріальної гіпертензії (рис. 2). Внесок сучасних методів лікування склав 25,0–50,0 % [5–8, 10].

Стійка тенденція зниження смертності від хвороб системи кровообігу спостерігається в Росії. У період з 2003 по 2006 рік позитивна динаміка на 60,0 % завдячує зменшенню частоти і рівнів чинни-

ків ризику і лише на 29,0 % – лікувальним заходам. Серед чинників ризику найбільший вплив на зменшення смертності в країні мало зниження популяційного рівня кров'яного тиску (48,0 %), зменшення поширеності куріння (25,0 %), зниження популяційного рівня загального холестерину (15,0 %) та частоти ожиріння (16,0 %) [1].

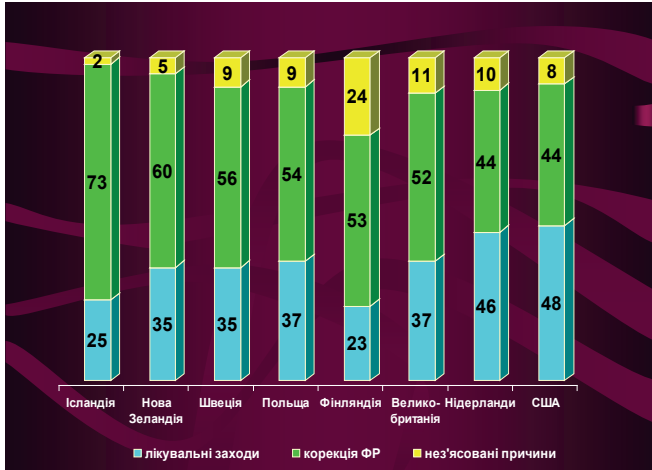


Рис. 2. Внесок лікувальних заходів та коригування чинників ризику в зниження на 50,0 % смертності від ішемічної хвороби серця, %.

В Україні за останні 30 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зростає у 3,5 рази, а рівень смертності від них – на 46,0 %. Проведені нами дослідження дали змогу визначити профіль ризику популяції, вивчити його динаміку, оцінити масштаби проблеми і визначити пріоритетні напрями медичної науки і практики.

Один із найважливіших чинників ризику виникнення хвороб системи кровообігу – артеріальна гіпертензія. Саме вона є провідним чинником ризику ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань, які на 89,0 % визначають рівень серцево-судинної смертності дорослого і на 74,0 % – працездатного населення України.

Артеріальна гіпертензія визначається майже у третині населення (30,0 %) незалежно від статі. Моніторингові епідеміологічні ситуації впродовж 30 років свідчать, що її поширеність серед чоловіків зростає від 27,0 до 30,0 % ($p > 0,05$), а серед жінок – від 27,0 до 29,0 % ($p > 0,05$).

Контроль артеріальної гіпертензії вважається одним із провідних напрямів у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. Серед міських мешканців 63,0 % хворих (60,0 % чоловіків і 68,0 % жінок) знають, що у них підвищений артеріальний тиск, 38,0 % осіб (27,0 % чоловіків і 54,0 % жінок) вживають антигіпертензивні препарати, а ефективність лікування становить лише 14,0 % (10,0 % серед чоловіків і 25,0 % серед жінок). Упродовж 30 років ситуація щодо контролю артеріальної гіпертензії в популяції істотно покращилася, хоча оптимальних результатів не досягнуто (рис. 3).

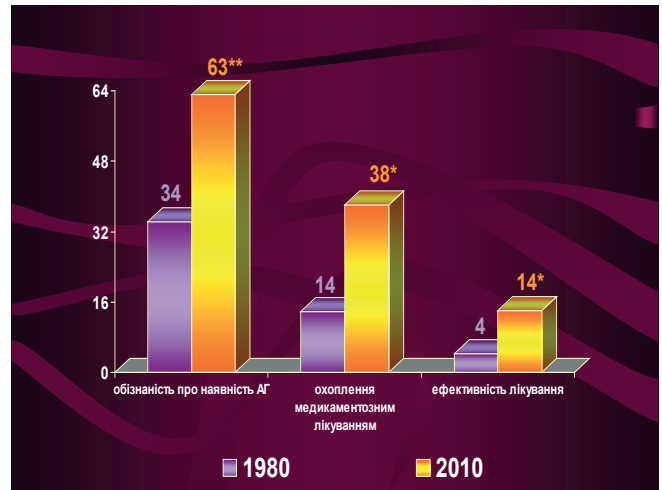


Рис. 3. Динаміка показників контролю артеріальної гіпертензії у міській популяції, %.

Найбільший внесок у рівень смертності населення України робить куріння. Серед чоловіків поширеність цієї шкідливої звички істотно зменшується від 59,0 % у 18–24 роки до 29,0 % у 55–64 роки переважно внаслідок погіршення стану здоров'я та виникнення захворювань. Серед жінок куріння найбільш поширене у віковій групі 18–24 роки (38,0 %), далі його частота зменшується до 6,0 %.

За результатами 30-річного моніторингу епідеміологічної ситуації, серед чоловіків поширеність куріння зменшилась від 50,0 до 45,0 % ($p > 0,05$). Середня кількість вичурювання щодня цигарок не змінюється ($16,5 \pm 0,4$ цигарок на день). Серед жінок поширеність куріння зростає від 7,0 до 20,0 % ($p < 0,01$), а поширення цієї шкідливої звички реєструється в усіх вікових групах. Жінки в середньому щодня вичурюють $8,1 \pm 0,4$ цигарок на день (удвічі менше ніж чоловіки).

За нашими спостереженнями, серед населення України визначається висока поширеність гіперхолестеринемії: відповідних профілактичних втручань потребують 46,0 % чоловіків і 61,0 % жінок; у 30,0 % чоловіків і 43,0 % жінок рівень загального холестерину в крові коливається від 5,2 до 6,2 ммоль/л, а у кожного шостого обстеженого, незалежно від статі (16,0 % чоловіків і 18,0 % жінок), його вміст дорівнює або перевищує 6,2 ммоль/л. З віком у осіб обох статей частота гіперхолестеринемії поступово зростає; у віковій групі 55–64 роки цей чинник ризику виявляється майже утричі частіше, ніж серед осіб 18–24 років.

В Україні середній рівень загального холестерину в крові досить високий, складаючи $5,2 \pm 0,03$ ммоль/л у чоловіків і $5,7 \pm 0,04$ ммоль/л у жінок.

Упродовж 30 років реєструються негативні зміни середньопопуляційних рівнів ліпідних показників як серед чоловіків, так і серед жінок. У жінок ці зміни більш виражені. Зростання вмісту загального холестерину серед жінок і стабільність цього показника серед чоловіків супроводжуються істотним

зменшенням середніх значень холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Таким чином, ліпідний профіль загальної популяції набув більшої атерогенності.

Ефективність коригування порушень ліпідного обміну з метою зменшення серцево-судинної захворюваності і смертності переконливо доведена. Зниження рівня загального холестерину на 0,8 ммоль/л у популяції супроводжується зменшенням захворюваності й смертності від ішемічної хвороби серця на 30,0 % (D. Vilheimer, 1988).

Аналіз 30-річної динаміки середньопопуляційного значення цього показника в Україні свідчить про його зростання на 0,4 ммоль/л (від 5,1 до 5,5 ммоль/л). За результатами проведених нами опитувань визначення загального холестерину в крові серед населення України становить 22,0 %, первинні структури охорони здоров'я виявляють гіперхолестеринемію лише у 4,0 % пацієнтів, а приймають гіполіпідемічні лікарські засоби лише 2,0 % осіб.

Серед чинників ризику, що потенційно модифікуються, одне з чільних місць посідають надлишкова маса тіла та ожиріння. Згідно з результатами наших досліджень, поширеність надлишкової маси тіла становить 35,0 % серед чоловіків і 24,0 % серед жінок. Із віком, незалежно від статі, цей показник зростає. Окрім цього, 15,0 % чоловіків і 28,0 % жінок, що проживають у місті, страждають на ожиріння. Отже, проблеми з надлишковою масою має більш ніж половина дорослого населення України.

Слід зазначити, що надлишкову масу тіла, і особливо ожиріння, надзвичайно важко контролювати на популяційному рівні. Водночас упродовж 30-річного періоду спостереження поширеність надлишкової маси тіла серед чоловіків істотно зменшилась від 47,0 до 35,0 % ($p < 0,05$), а частота ожиріння майже не змінилась, коливаючись від 12,0 до 15,0 % ($p > 0,05$). Серед жінок реєструються позитивні зміни обох показників: поширеність надлишкової маси тіла зменшилась від 39,0 до 23,0 % ($p < 0,05$), а ожиріння – від 31,0 до 28,0 % ($p > 0,05$).

Одним із найпоширеніших чинників ризику є недостатня фізична активність. Понад третину (38,0 %) чоловіків і більш ніж половина (54,0 %) жінок провадять малорухливий спосіб життя. З віком поширеність гіподинамії майже не змінюється. Навіть у молодому віці (18–29 років) рівень фізичної активності чи не половини населення визначається як недостатній.

Упродовж 30-річного періоду спостереження частота гіподинамії в популяції збільшилась удвічі (від 19,0 до 38,0 %; $p < 0,01$) серед чоловіків і майже в 1,5 разу (від 40,0 до 54,0 %; $p < 0,05$) серед жінок.

Отже, велика поширеність чинників ризику в популяції свідчить про несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо серцево-судинних захворювань серед населення України. Профіль ризику не дає підстав сподіватись найближчим часом на помітне зниження смертності населення і свідчить про

необхідність активніше застосовувати методи профілактики на індивідуальному та популяційному рівні.

Незважаючи на переконливі докази того, що профілактичні заходи, спрямовані на чинники ризику серцево-судинних захворювань, сприяють зміцненню здоров'я і запобігають виникненню хвороб, в Україні не існує загальнонаціональної політики щодо них. Досі не затверджено відповідну програму щодо розв'язання демографічних проблем.

За відсутності великомасштабних профілактичних заходів оголошений пріоритетним профілактичний напрям охорони здоров'я перетворився на лозунг. Стійка тенденція погіршення показників суспільного здоров'я свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів, що проводяться. Профілактика передбачає, зокрема, поради щодо здорового способу життя, а частіше – призначення лікарських засобів. Немедикаментозні методи і популяційна профілактика практично не використовуються. Досвід показує, що для досягнення ефекту потрібно проводити комплекс популяційних заходів, які не лише змінюють поведінку населення, але й формують здорове соціальне середовище.

Захворюваність і смертність можна знизити, здійснюючи як стратегії, що заохочують здоровий спосіб життя і створюють сприятливе для здоров'я середовище на загальному рівні, так і стратегії, спрямовані на зниження ризику завдяки профілактичним заходам на індивідуальному рівні, для категорій підвищеного ризику. Отже, будь-яка профілактична програма має включати комплекс популяційних та індивідуальних профілактичних заходів.

Як відомо, безадресні методи профілактики не дають покращення прогнозу і не впливають на інтегральні показники здоров'я популяції [9]. З практичної точки зору важливого значення набуває визначення сумарного індивідуального ризику кожної особи, оскільки у однієї людини часто виявляється декілька чинників ризику, які з часом можуть змінюватися у різних напрямках. Спілкуючись із пацієнтами, лікар повинен не лише визначити для кожного наявний серцево-судинний ризик, але й продемонструвати його позитивну динаміку внаслідок профілактичних втручань. У хворих на серцево-судинні захворювання коригування чинників ризику має обов'язково входити до програм лікування.

Рівень знань населення в галузі здоров'я – один із найвагоміших чинників, від яких залежить відповідальність громадян за збереження здоров'я, відмову від шкідливих звичок і формування здорового способу життя. Важлива роль у цьому процесі належить засобам масової інформації.

У Росії економічний аналіз результатів програми багатокомпонентної профілактики серцево-судинних захворювань на рівні первинних структур охорони здоров'я продемонстрував і довів не лише її клінічну ефективність, але й реалістичність, а також вірогідний вплив на покращення прогнозу життя і

збереження трудового потенціалу з поміркованими витратами на досягнення ефекту [2].

У США після впровадження державних програм, спрямованих на коригування основних чинників ризику серед населення, за 30 років (1980–2010) поширеність артеріальної гіпертензії в популяції зменшилась від 40,0 до 25,0 %, куріння – від 40,0 до 21,0 %, гіперхолестеринемії ($\geq 6,2$ ммоль/л) – від 28,0 до 19,0 %. Смертність населення від ішемічної хвороби серця знизилась на 50,0 %, а від мозкового інсульту – на 70,0 % [7].

За цей же період спостереження в Україні частота цих чинників ризику практично не змінилась: коливання артеріальної гіпертензії склало 27,0–30,0 %, куріння – 33,0–32,0 %, гіперхолестеринемії – 15,0–17,0 %. Водночас, згідно з показниками офіційної статистики, смертність від ішемічної хвороби серця зросла на 45,0 %, від мозкового інсульту – на 4,0 %.

Зниження смертності населення – одна з актуальних проблем не лише медицини, але й державних, політичних структур, громадських організацій і суспільства загалом. Зниження смертності від серцево-судинних захворювань, як свідчить досвід інших країн, потребує чимало часу і, найголовніше, безперервності реалізації означених вище завдань.

Забезпечення послідовної і довготривалої політики, спрямованої на формування сприятливого навколишнього середовища для збереження здоров'я, підвищення якості та подовження життя громадян, підвищення мотивації та відповідальності людей за збереження здоров'я, контроль чинників ризику сприятимуть зменшенню поширеності серед населення чинників, що призводять до виникнення серцево-судинних захворювань та їх прогресування, і, як наслідок, зниженню передчасної смертності та покращенню демографічної ситуації в країні.

Список літератури

1. Бойцов С. А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать» к «как делать» / С. А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 3–10.
2. Калинина А. М. Долгосрочная экономическая эффективность программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичной медико-санитарной помощи / А. М. Калинина, А. В. Концевая, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – № 1. – С. 60–66.
3. Комаров Ю. М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю. М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 4–7.
4. Прогнозні оцінки смертності населення України / Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина, О. В. Любінець, О. О. Ніжинська // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 59–63.
5. Modelling the decreasing coronary heart disease mortality in Sweden between 1986 and 2002 / L. Bjorck, A. Rosengren, K. Bennett [et al.] // Europ. Heart. J. – 2009. – Vol. 30. – P. 1046–1056.
6. Explanation for the decline in coronary heart disease mortality rates in Auckland, New Zealand, between 1982 and 1993 / S. Capewell, R. Beaglehole, M. Seddon [et al.] // Circulation. – 2000. – Vol. 102. – P. 1511–1516.
7. Modelling coronary heart disease mortality in Northern Ireland between 1987 and 2007: broader lessons for prevention / L. Hudhes, F. Kee, M. O'Flaherty [et al.] // Europ. J. Prev. Cardiol. – 2012. – Vol. 20. – P. 310–321.
8. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000 / E. S. Ford, U. A. Ajani, J. B. Croft [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 2388–2398.
9. The cost-effectiveness of a cardiovascular risk reduction program in general practice / G. Salkeld, P. Phongsavan, B. Oldenburg [et al.] // Health policy. – 1997. – Vol. 41. – P. 163–171.
10. Unal B. Explaining of the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000 / B. Unal, J. Critchley, S. Capewell // Circulation. – 2004. – Vol. 109. – P. 1101–1107.

Стаття надійшла до редакції журналу 09.09.2013 р.

Високий серцево-судинний ризик населення України: вирок чи точка відліку

I. М. Горбась

Серцево-судинні захворювання спричиняють глобальні соціально-економічні втрати населення в багатьох країнах світу. В Україні вони на 66,0 % визначають рівень загальної смертності всього населення й на 30,0 % – смертність населення працездатного віку. Доведено зв'язок виникнення, прогресування і передчасної смерті від цих хвороб з певними чинниками ризику, а тому профілактика, зниження частоти і рівнів цих чинників сприятиме зниженню захворюваності й передчасної смертності населення.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, епідеміологічна ситуація, профілактика, чинник ризику.

High Risk of Cardiovascular Disease of the Population of Ukraine: Sentence or a Starting Point

I. Gorbas

Cardiovascular diseases are the cause of the global socio-economic losses of the population of many countries of the world, including Ukraine. These diseases determine the level of total mortality of all the population of our country by 66,0 % and the mortality of able-bodied population by 30,0 %.

Has been proved the connection between the development, progress and premature mortality from these diseases and the certain risk factors, and that is why the prevention, reduction of frequency and levels of these factors will be instrumental in the decline of morbidity and premature mortality of the population.

Keywords: cardiovascular diseases, epidemiological situation, prevention, risk factors.