

*Р. Б. Чаплінський,
Л. В. Чаплінська*

НАПРЯМКИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

У статті розглянуто загальну структуру смертності та захворюваності від серцево-судинних хвороб. Проаналізовано основні причини розвитку хвороб системи кровообігу. Визначені напрямки їх профілактики.

Ключові слова: смертність, захворюваність, фактори ризику, профілактика.

Постановка проблеми. Незважаючи на значні успіхи медицини у зниженні кардіоваскулярного ризику, хвороби системи кровообігу (ХСК) все ще залишаються провідною причиною смерті у більшості країн світу. Згідно з даними Європейського товариства кардіологів щорічно від серцево-судинних захворювань вмирає більше 4 млн європейців, з яких 43% складають чоловіки, а 55% – жінки. Загальні економічні витрати Євросоюзу, пов'язані з хворобами системи кровообігу, у 2008 році склали 192 млрд євро. При цьому у країнах Східної Європи захворюваність і смертність від ХСК майже у 10 разів вища, ніж у західноєвропейських країнах, що пояснюється в основному більш низьким соціально-економічним рівнем розвитку [2].

Метою статті є аналіз загальної структури смертності та захворюваності від серцево-судинних захворювань, дослідження визначення впливу факторів ризику на розвиток хвороб системи кровообігу та напрямків їх профілактики.

Обговорення результатів дослідження. У загальній структурі смертності країн Європи і Північної Америки питома вага серцево-судинних захворювань становить 40-50%, в Україні – більше 65% у 2009 р. Щорічно в Україні від вказаної патології помирає близько 500 тисяч осіб (у 2009 році – 460609) [2, 3].

Протягом року після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) помирає кожний п'ятий хворий (у 2009 р. – 10086), серед працездатного населення – 3188 особи, що складає 31,6% від усіх померлих від ІМ [2, 3].

В усьому світі проводиться інтенсивна робота по боротьбі із серцево-судинними захворюваннями. Використовуючи досягнення сучасної медицини, все ж вдалося досягнути значних успіхів в цьому напрямку. Так, у США, за даними Американської колегії кардіологів за період з 1995 по 2005 рік смертність від ХСК знизилася на 26,4%, зокрема від інсульту на 29,7%. В Україні за період 1995-2009 років смертність від ХСК зросла на 14,5% (від 875,1 до 1002,1 на 100 тисяч населення) [2, 5, 6].

Таким чином, основними медико-соціальними проблемами кардіології в Україні на сучасному етапі є: зростання захворюваності та поширеності найбільш соціально значущих хвороб системи кровообігу: атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця (ІХС); висока первинна інвалідизація, спричинена цими хворобами; висока смертність хворих працездатного віку; зменшення тривалості життя населення.

В Україні у 2009 році кількість дорослих, які мають хвороби системи кровообігу склали близько 25,6 млн осіб, тобто 56% населення, із них працездатного 9,4 млн осіб. Найбільш поширена артеріальна гіпертензія (11,9 млн чоловік; працездатного віку – 5,0 млн осіб). Зареєстровано 8 657608 випадків ішемічної хвороби серця (при цьому 29,5% – в осіб працездатного віку), 50 296 інфарктів міокарда (при цьому 32,6% – в осіб працездатного віку), і 105 836 інсультів (при цьому 25,8% – в осіб працездатного віку) [1, 3, 4].

Причиною розвитку цих та інших ускладнень, а також смертності від хвороб системи кровообігу є різні фактори ризику, у тому числі їх поєднання. Основні фактори ризику розвитку кардіоваскулярної патології легко модифікуються і не потребують значних фінансових витрат з боку держави і пацієнтів.

Складна епідеміологічна ситуація щодо хвороб системи кровообігу та їх ускладнень може бути покращена шляхом *профілактики* та фахової раціональної базової фармакотерапії (*фармакопрофілактики*), оскільки усунення чинників ризику в популяції та поліпшення детермінантів здоров'я супроводжуються зниженням рівнів захворюваності і смертності населення. Це покладено в основу концепції факторів ризику, на підставі якої розроблена та впроваджується низка профілактичних програм, результатом яких є зменшення масштабів багатьох проблем громадського здоров'я.

Досвід країн світу у впровадженні широкомасштабних профілактичних програм підтвердив можливість управління факторами ризику і зниження захворюваності, зокрема, хворобами системи кровообігу. Так, на початку 70-х років ХХ століття у США були розроблені і проведені цільові заходи у боротьбі з артеріальною гіпертензією, які дали значні результати – смертність від мозкових інсультів за 20 років зменшилась вдвічі, від інфаркту міокарда на 40%. Від реалізації аналогічних програм в Японії смертність від інсультів скоротилась у 4 рази, у Німеччині – в 2 рази [1, 4].

Реалізація міжнародної інтегрованої програми профілактики неінфекційних хвороб (CINDI) підтвердила ефективність інтегрованих підходів у боротьбі з неінфекційними захворюваннями. Довгостроковий проект «Північна Кароліна» у Фінляндії показав, що шляхом скорочення таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія і тютюнопаління, можна зменшити частоту ішемічної хвороби серця серед чоловіків працездатного віку на 80%. За цей період спостереження смертність від раку легень зменшилась на 60% [2, 3].

В цілому, медико-соціальна ефективність профілактичних програм дуже висока. Зниження на 1% рівня холестерину в популяції дозволяє скоротити смертність від ішемічної хвороби серця на 2-4%, а зменшення поширеності тютюнопаління на 1% попереджує 2 тисячі смертей [3, 5].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила провідні чинники ризику для здоров'я, якими є: високий кров'яний тиск, підвищений вміст холестерину в крові, тютюнопаління, зловживання алкоголем, ожиріння та низька фізична активність. Прогнозні розрахунки свідчать: якщо не протидіяти багатьом чинникам ризику їх негативний вплив на здоров'я в майбутньому проявлятиметься ще сильніше. Тому аналіз впливу факторів ризику на формування пов'язаних з цими патологій є найоптимальнішим методом розкриття причин і закономірностей епідеміологічних процесів, їх прогнозних тенденцій та обґрунтування напрямків профілактики [4].

В оновлених європейських рекомендаціях підкреслено, що проведення *первинної профілактики* серцево-судинних захворювань – завдання суспільства; здійснення *вторинної профілактики* – завдання, яке ставиться перед системою державної охорони здоров'я. Досягнення мети профілактики ХСК можливе лише при взаємодії різних професійних організацій на національному рівні. Важливо, щоб суспільство і медицина надавали один одному всебічну підтримку у проведенні заходів первинної і вторинної профілактики серцево-судинних хвороб [2, 3].

Для зменшення ризику виникнення серцево-судинних захворювань слід кваліфіковано *впливати на максимально більшу кількість факторів ризику*: під-

вищений рівень артеріального тиску (збільшує ризик розвитку ІХС, серцевої і ниркової недостатності, інших захворювань); рівень загального холестерину та холестерину ліпопротеїдів низької щільності у сироватці крові (ризик розвитку інфаркту міокарда та інсульту); високий індекс маси тіла (ризик розвитку цукрової діабету); фізичний навантаження та науково обґрунтоване харчування.

Зміна відношення до свого здоров'я кожного члена нашого суспільства на рівні національної ментальності дозволить добитися вагомих результатів у зниженні серцево-судинної захворюваності і смертності. Саме профілактика, що реалізується в межах національних стратегій, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем, пов'язаних із хронічними неінфекційними захворюваннями і чинниками їх ризику.

На жаль, терапія, спрямована на профілактику кардіоваскулярних подій і смерті у пацієнтів високого ризику використовується далеко не на повну потужність. Крім того, дуже низьким залишається рівень дотримання пацієнтами рекомендацій кардіопротекторного способу життя. Зокрема продовжують зростати показники поширеності метаболічних порушень в останні роки, у тому числі і стосовно цукрового діабету. Залишається практично незмінною кількість осіб, що курять, а серед жінок, молодше 50 років навіть зростає; контроль артеріального тиску також є незадовільним (вище рекомендованих цільових рівнів у 56% загальної популяції [1, 4].

Європейська асоціація кардіоваскулярної профілактики і реабілітації взяла на себе ініціативу організувати у найближчі декілька років спеціальні профілактичні центри на базі більшості європейських клінік.

Прийнята в Україні "Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки" передбачає впровадження сучасних стандартів запобігання цих хвороб; створення нових та додаткове оснащення існуючих кардіологічних, кардіохірургічних центрів та центрів судинних захворювань центральної нервової системи сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням для надання спеціалізованої медичної допомоги [2, 5, 6].

Висновки

Отже, нічого складного та надзвичайно дорогого в елементарних засобах профілактики ХСК та їх ускладнень немає. Однак ефективність цих заходів набагато перевищує всі сподівання, а тому професійна активність і небайдужість до соціально-медичних проблем суспільства – запорука успіху.

Список використаних джерел:

1. Артериальная гипертензия у особых категорий больных / Под ред. В.Н. Коваленко, Е.П. Свищенко. – К.: МОРИОН, 2009. – 376 с.
2. Корнацький В.М., Клименко В.І. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я. – К., 2009. – 176 с.
3. Нетяженко В.З. Гострий коронарний синдром. Діагностичні заходи та алгоритми лікування. – К., 2009. – 191 с.
4. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія та супутня патологія. – Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2010. – 384 с.
5. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги (аналітично-статистичний посібник) / Під ред. Ю.О. Гайдаєва, В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2007. – 97 с.
6. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз (аналітично-статистичний посібник) / Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2008. – 111 с.

In article the general structure of death rate and disease from cardiovascular illnesses is considered. Principal causes of development of illnesses of system of blood circulation are analysed. Directions of their preventive maintenance are defined.

Key words: death rate, disease, risk factors, preventive maintenance.

Отримано: 2.09.2010

УДК 159.9.938.36.6

**Ю. В. Юрчишин,
А. П. Іотко**

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

Дослідження присвячені аналізу існуючих проблем здоров'язбереження особистості. Доводиться, що психологічним індикатором здоров'язбереження і якості життя людини виступають міра задоволеності різними сферами життя і позитивна узгодженість з психічною адекватністю особистості.

Ключові слова: психологія здоров'я, здоров'язбереження, відношення до здоров'я, якість життя.

Постановка проблеми. Проблема здоров'я залишається проблемою первинної значимості в життєдіяльності людини і розгляд її в контексті психологічної науки є однією з найважливіших на початку XXI ст. Здоров'я завжди виступало соціально значущим елементом, що найбільш гостро визначає специфіку сучасного стану суспільства. Існуюче сьогодні положення, коли більшість людей відмічають високу цінність здоров'я і в той же час не роблять активних дій з його досягнення, значною мірою пов'язане з відсутністю психологічної компетентності в цій області [1, 2, 4, 5].

Метою статті є теоретичний аналіз психологічної моделі здоров'язбереження особистості.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Піонером розробок психологічних концепцій здоров'я виступили представники гуманістичної психології в другій половині минулого століття. Найбільш яскраві її представники – Д. Роджерс, В. Франкл, Е. Фромм, А. Маслоу [6-8] – пропонують свої шляхи до досягнення здоров'я – розвиток самопізнання через налагодження людиною контакту зі своїм несвідомим, власним внутрішнім автентичним “Я”. Так, Д. Роджерс в якості моделі здоров'язбереження пропонує “повноцінно функціонуючу людину”, яка живе “хорошим життям”. Згідно цієї концепції така людина рухається до повного пізнання себе і свого внутрішнього досвіду. Вона довіряє своєму цілісному організму, насичено живе в кожен момент життя. В. Франкл пропонує дещо інший підхід до вирішення даної проблеми. На його думку, основною умовою збереження здоров'я є наявність цілей, сповнених життєвим сенсом. Як вважає Е. Фромм, життя людини слід представити як процес, в ході якого формується особистість. Унікальна тенденція цього процесу полягає в зменшенні значимості інстинктивного регулювання цінності самосвідомості, причому інстинктивна регуляція примушує людину діяти в тому напрямку, який потрібний тільки для виживання. А. Маслоу відмічає, що “в теорії здоров'я вагомим місцем повинно відводитися когнітивним (розумним) психотехнічним знанням, оскільки тільки в них може і повинно здійснюватися індивідуальне життя кожної людини. Ці когнітивні знання дають людям можливість вибудову-