

# Кардіологія в Україні: вчора, сьогодні і в майбутньому (до 10-річчя Академії медичних наук України)

В.М. Коваленко

*Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, м. Київ*

**Історична довідка.** Як самостійний розділ медичної науки кардіологія виділилася на початку минулого століття. Її розвиток тісно пов'язаний з новими методами дослідження. У 1903 р. голландський учений В. Ейнтховен відкрив метод електрокардіографії (ЕКГ). Вперше описана у 1909 р. В.П. Образцовим і М.Д. Стражеском клінічна картина коронарного тромбозу та інфаркту міокарда за допомогою методу ЕКГ знайшла чітку об'єктивізацію. Починаючи з 50–60-х років ХХ ст. діагностика гострого інфаркту міокарда і гострих коронарних синдромів (за теперішнім визначенням), як і раніше невідомих хвороб (наприклад, порушення ритму серця і провідності тощо), стала для широкого кола лікарів рутинною. У 1905 р. М.С. Коротков запропонував аускультативний метод вимірювання артеріального тиску, з цього часу розпочалося вивчення артеріальної гіпертензії. У 1904 р. F. Marchand запропонував термін «атеросклероз артерій», а вчення М.М. Анічкова про атеросклероз стало поштовхом для широкого клінічного і експериментального вивчення дуже розповсюдженого тепер захворювання. Катетеризація порожнин серця і судин, контрастна коронароангіографія, ультразвукові, радіонуклідні і магніторезонансні методи дослідження з комп'ютерним забезпеченням дають змогу вивчати патогенетичні механізми розвитку хвороб від макроскопічного до молекулярного рівнів.

За минуле століття змінилося і «обличчя» кардіології. Переважаюча на той час інфекційна серцево-судинна патологія (ревматизм, міокардити) поступилася місцем патології неінфекційного генезу. Внаслідок впровадження в середині ХХ ст. заходів щодо профілактики ревматизму (антибіотики, стероїдні і нестероїдні препарати) значно знизилася не тільки частота розвитку ревматичних вад серця, а й змінилася клінічна картина ревматизму – від маніфестуючих гострих до латентних з в'ялим перебігом форм.

У середині 50-х років минулого століття перше місце за показниками смертності посіла ішемічна хвороба серця (ІХС), яку назвали «епідемією»

ХХ ст. Згодом, у 70-х роках стало очевидним, що гіпертонічна хвороба дуже впливає на показники смертності, її так і назвали – «мовчазною» вбивцею. Якщо в 40-х роках частка серцево-судинних захворювань у колишньому СРСР становила 11 % всіх випадків смерті, у 60-х роках – вже 36 %, на початку 80-х років – 48,3 %, на сьогоднішній день цей показник в Україні становить 64 %. Інвалідність внаслідок серцево-судинних захворювань отримують 30 % хворих. «Омолодження» серцево-судинних захворювань стало цілком очевидним. У США в 70-х роках від хвороб системи кровообігу (ХСК) страждало 25 % дорослого населення.

Епідеміологічний характер розповсюдження ХСК вимагав від світової спільноти мобілізації зусиль для боротьби з ними. В 1950 р. була організована Міжнародна спілка кардіологів, у цьому ж році в Парижі відбувся перший Всесвітній конгрес кардіологів, другий – у 1954 р. у Вашингтоні. На п'ятому конгресі, який відбувся в 1966 р. в Нью-Делі (Індія), Всесоюзна кардіологічна спілка (організована в 1963 р.) була офіційно прийнята в Міжнародну та Європейську спілки. В 1993 р. у незалежній Україні була створена Асоціація кардіологів, яка того ж року увійшла як самостійна громадська організація до Європейського товариства кардіологів, а в 2002 р. – до Всесвітньої Федерації Серця. Характерно, що перший з'їзд Всесоюдної кардіологічної спілки був присвячений проблемам артеріальної гіпертензії (1966 р.), на другому з'їзді (1973 р.) обговорювалися питання ІХС. У 1958 р. у СРСР уперше почали організовуватися спеціальні бригади (станції) швидкої і невідкладної медичної допомоги хворим кардіологічного профілю (гострий інфаркт міокарда тощо), а з 1975 р. розпочата організація кардіологічних (міських, обласних) диспансерів.

В Україні організація роботи кардіологічної служби була покладена на Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска, який у той час був підпорядкований МОЗ України. В 1999 р. інститут увійшов до складу Академії медичних наук України. Нова сторінка в історії інституту – це не тільки подаль-

ший клінічний і організаційно-методичний розвиток, а й нові, більш поглиблені напрямки фундаментальних досліджень з кардіології, комплексні розробки наукових програм разом з іншими установами АМН України, значне розширення міжнародного наукового співробітництва.

ХСК за багатьма базовими показниками здоров'я населення (поширеність, захворюваність, загальна та передчасна смертність, інвалідність, тимчасова непрацездатність тощо) мають провідні позиції, а за багатьма з них вже давно вийшли на перше місце. Медико-соціальний тягар ХСК полягає ще і в тому, що вони суттєво впливають на тривалість і якість життя населення, на показники втрат життєвого потенціалу країни. Саме тому боротьба з ХСК на сучасному етапі є першочерговою проблемою. Поточний прогностичний аналіз і математичне моделювання на більш віддалений (довгостроковий) період, які ґрунтуються на показниках довкілля, якості харчування, питної води, демографічних даних і тенденціях сучасного розвитку, а також на соціально-економічному становищі в країні, не дозволяють сподіватися на краще, якщо не вживати науково обґрунтованих заходів, не забезпечувати їх відповідним фінансуванням і не надавати належної державної підтримки. Здоров'я населення країни – найважливіший чинник її національної безпеки.

**Кардіологічна служба держави.** На теперішній час у країні функціонує чітко організована кардіологічна служба, яка ґрунтується на роботі центральних (Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України) та регіональних медичних закладів (обласні кардіологічні диспансери, кардіологічні бригади станцій швидкої медичної допомоги, блоки інтенсивної терапії та реанімації, кардіологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях, кабінети функціональної діагностики лікувально-профілактичних закладів та поліклінік тощо).

Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска здійснює координацію науково-методичної роботи з актуальних проблем кардіології в Україні. Разом з установами АМН та МОЗ України, а також Асоціацією кардіологів України, інститут забезпечує розробку та впровадження новітніх технологій з діагностики та лікування серцево-судинних захворювань, моніторинг показників кардіологічної служби, організовує та проводить конгреси, з'їзди, конференції і пленуми. Останнім часом практикується проведення щорічної «Школи кардіологів», де розглядаються актуальні питання кардіології, вивчається і аналізується досвід кардіологів світо-

вої спільноти та Європи, висвітлюються проблеми первинної та вторинної профілактики ХСК, перспективи і завдання розвитку кардіологічної служби на місцях, шляхи підвищення якості спеціалізованої медичної допомоги.

**Організаційні структури кардіології.** Провідною організаційно-методичною структурою з питань кардіології в регіонах сьогодні залишаються обласні кардіологічні диспансери (ОКД). У 2001 р. в Україні функціонувало 15 ОКД з ліжковим фондом 1796 місць. У багатьох областях диспансерів немає (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Миколаївська, Рівненська, Харківська). Необхідно відзначити кращі результати спеціалізованої кардіологічної допомоги в обласних диспансерах. Летальність від гострого інфаркту міокарда (ГІМ) в областях з кардіологічними диспансерами на 7,8 % нижча, ніж у регіонах, де їх немає – відповідно 11,39 і 12,28 %. Якщо ліжковий фонд становить 200 та більше, розбіжності показників летальності досягають 22 % – відповідно 9,57 і 12,28 %.

**Ліжковий фонд.** За період з 1995 до 2001 р. в ОКД було скорочено 217 ліжок (10,8 %), проте кількість хворих, що лікувалися в них, зросла на 25,2 %, у тому числі з сільської місцевості – на 50,3 % (!), що свідчить про підвищення ефективності використання кардіологічних ліжок. Зросла зайнятість ліжок протягом року, скоротився середній термін перебування хворого на ліжку до 14,2 доби, підвищився обіг ліжка до 24,7 разу на рік. Показник летальності в кардіологічних стаціонарах за 2001 р. становив 1,6 %. У структурі госпіталізованих пацієнти з ХСК посідають перше місце (15,6 % у 2000 р.), і така тенденція залишається сталою (16,4 % в 2001 р.; +5,1 %).

Збільшення частки пацієнтів (+7,8 %), які за останні роки лікувалися в кардіологічних стаціонарах, зменшення кількості померлих в них (–26,3 %) і показника летальності (–31,6 %) свідчать не тільки про інтенсифікацію роботи ліжкового фонду, а й про підвищення якості надання медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями.

Протягом останніх 5 років з'явилася тенденція до підвищення доступності спеціалізованої стаціонарної допомоги сільському населенню. Можна сподіватися у майбутньому не тільки на збільшення доступності, а й на підвищення ефективності надання кардіологічної медичної допомоги в сільській місцевості. Денні стаціонари відкриті в 166 поліклініках країни і нараховують 4166 ліжок, де лікувалися 178 575 пацієнтів, половина (47,9 %)

яких із серцево-судинними захворюваннями. В 512 центральних районних і районних лікарнях в денних стаціонарах нараховують 11 475 ліжок, на яких лікувалися 377 420 хворих, в 2198 дільничних лікарнях та амбулаторіях – 12 797 ліжок, на яких лікувалися 349 235 пацієнтів.

У теперішній час особливого значення набуває амбулаторно-поліклінічна допомога, зокрема в кардіології. У країні нараховують вже 3027 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів, в яких зареєстровано 81 751 380 відвідувань, у тому числі в 189 поліклініках (49 625 650 відвідувань) і в 2729 амбулаторіях (18 189 046 відвідувань). Кожний четвертий пацієнт поліклініки – це пацієнт кардіологічного профілю.

Характерною особливістю останніх років є розширення функціональних можливостей амбулаторно-поліклінічної кардіології. За останній період кількість електрокардіографічних кабінетів і кабінетів функціональної діагностики в поліклініках зросла з 874 до 1229, тобто на 49,6 %.

**Кадровий потенціал.** Кадровий потенціал становлять кардіологи і кардіоревматологи. Кількість усіх лікарів за період з 1995 до 2001 р. зменшилася з 206 208 до 198 501 (на 3,7 %), а кардіологів – збільшилася з 2688 до 2731 (на 1,6 %). Отже, має місце збереження кадрового потенціалу в кардіології, одночасно відбулися якісні зміни. Так, якщо в 1995 р. було атестовано всього 54,5 % лікарів-кардіологів, то в 2001 р. – 78,9 %. Відповідно кількість кардіологів з вищою категорією зросла з 16,4 до 28,9 %, тобто на 76,2 %.

Таким чином, сьогодні в кардіології з'явилися і посилюються нові тенденції, що певною мірою зумовлено реформуванням галузі відповідно до розвитку ринкових відносин у суспільстві. В першу чергу йдеться про збережений кадровий потенціал, про якісне використання кардіологічного ліжкового фонду, про інтенсифікацію роботи стаціонарів, про розширення діяльності поліклінічної ланки та доступність медичної допомоги населенню, в тому числі і в сільській місцевості.

**Показники здоров'я населення при хворобах системи кровообігу.** Моніторинг найважливіших показників кардіологічної служби дає можливість своєчасно виявляти нові тенденції, аналізувати ефективність цілевих програм, медичних технологій лікування і профілактики. Серед них особливе значення має поширеність і захворюваність на ХСК.

*Поширеність* ХСК у 2001 р. порівняно з іншими захворюваннями серед усього населення становила 25,9 %, серед дорослого населення та

підлітків (15 років і старші) – 31,6 %. Друге місце посідають хвороби органів дихання – 22,7 %, далі хвороби органів травлення – 9,2 %, кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 5,7 %, травми і отруєння – 3,2 % та новоутворення – 2 %. Фактично, кожний четвертий пацієнт у країні має серцево-судинне захворювання.

За *захворюваністю* ХСК поступаються місцем лише хворобам органів дихання (відповідно 7,2 і 42,8 %). Далі йдуть травми та отруєння (6,7 %), хвороби сечостатевої системи (6,2 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6 %) і хвороби кістково-м'язової системи (4,8 %).

Згадані показники з провідних нозологій ХСК за 2001 р. показані у табл. 1.

Таким чином, поширеність ХСК серед населення країни становить 26–32 %, а кожний п'ятий громадянин працездатного віку має серцево-судинне захворювання.

За поширеністю в структурі ХСК перше місце серед дорослих та підлітків посідає гіпертонічна хвороба (ГХ) – 43,9 %, потім йдуть ІХС – 33,7 % і цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 13,7 %. За захворюваністю ці показники становили відповідно 40,9; 28,9 і 16,3 %.

Характерним є те, що зазначені показники щорічно зростають. Поширеність ХСК серед дорослих та підлітків у 2001 р. збільшилася порівняно з 1996 р. на 48,9 % (з 31 684,9 до 47 174,9 на 100 000 населення), порівняно з 1999 і 2000 рр. – ще на 22,9 і 8 % (відповідно 38 386,1 і 43 683,9 на 100 000 населення). Зростання поширеності ХСК серед населення можна зрозуміти, якщо в першу чергу взяти до уваги демографічні показники. Щорічно майже на 1 % зменшується кількість постійного населення. З 1990 по 2001 р. народжуваність знизилася на 39,4 % (з 12,7 до 7,7 на 1000 відповідного населення), а смертність, навпаки, зросла на 25,4 % (з 1213,3 до 1521,2 на 100 000 усього населення в країні). Таке становище призвело не тільки до постаріння населення і збільшення демографічного навантаження в країні, а й до вкрай катастрофічного скорочення природного приросту населення від +0,6 % (в 1990 р.) до –7,5 % (в 2001 р.), у містах в 12,5 рази, в селах – у 3 рази. Звичайно, що за умов такої демографічної кризи очікувати зменшення показників захворюваності на ХСК і її поширеності, принципно за життя одного покоління, не доводиться. Не останнє місце при цьому займають розповсюдженість факторів ризику (артеріальна гіпертензія, надлишкова маса тіла, гіподинамія, порушення ліпідного обміну, паління тощо) та низька схильність населення до утвердження норм здорового способу життя.

Таблиця 1

Поширеність і захворюваність хвороб системи кровообігу серед населення України за 2001 р.

Населення	Хвороба	Поширеність		Захворюваність	
		абс.	на 100 000	абс.	на 100 000
Все населення	Всі причини	74 815 748	152 571,5	33 192 597	67 689,5
	ХСК	19 376 130	39 513,7	2 384 510	4862,7
	Дорослі та підлітки	Всі причини	60 584 509	149 198,9	22 628 723
	ХСК	19 156 092	47 174,9	2 319 735	5712,7
	ІХС	6 464 639	15 920,2	647 175	1593,8
	ГМ	45 357	111,7	45 210	111,3
	ГХ, всі форми	8 400 330	20 687,1	948 298	2335,3
	ЦВХ	2 631 383	6480,2	378 171	931,3
	Інсульт	12 145 5	299,1	103 115	253,9
	Ревматизм	268 394	661,0	10 094	24,9
	Працездатне населення	Всі причини	36 114 237	127 124,9	17 259 556
	ХСК	6 834 653	24 058,5	1 142 051	4020,1
	ІХС	1 890 485	6654,7	280 530	987,5
	ГМ	14 497	51,0	14 439	50,8
	ГХ, всі форми	3 560 451	12 533,1	545 333	1919,6
	ЦВХ	520 663	1832,8	114 707	403,8
	Інсульт	31 677	111,5	24 365	85,8
	Ревматизм	187 429	659,8	8406	29,6

Таблиця 2

Структура і динаміка смертності при хворобах системи кровообігу серед населення України

Хвороба	Смертність при ХСК					
	Структура, %			Динаміка, абс. кількість		
	1994 р.	1999 р.	2001 р.	1994 р.	1999 р.	2001 р.
Все населення						
ІХС	59,3	63,4	64,8	256 557	284 704	296 514
ЦВХ	30,4	25,7	24,5	131 257	115 575	112 138
Інші форми ІХС	10,1	11,6	12,4	43 607	52 029	2798
Інші форми хвороби серця	2,4	2,6	2,9	10 520	11 471	13 358
Артеріїти, тромбозфлебії	6,4	7,3	6,9	27 630	32 597	31 394
Ревматизм, всі форми	1,0	0,7	0,6	4342	3041	56 664
Працездатне населення						
ІХС	56,3	55,5	55,2	28 787	25 478	25 144
ЦВХ	25,1	23,7	22,8	12 871	10 876	10 392
Інші форми ІХС	21,0	23,1	23,3	10 717	10 588	10 601
Інші форми хвороби серця	9,7	13,2	15,1	4975	6049	6864
Артеріїти, тромбозфлебії	3,2	3,4	3,2	1654	1557	1458
Ревматизм, всі форми	4,2	3,1	2,8	2121	1428	1252

*Смертність населення від ХСК.* На очікувану тривалість життя у теперішній час впливає не рівень дитячої смертності, як це було в першій половині минулого століття, а смертність дорослого населення від неінфекційних хвороб. У першу чергу йдеться про ХСК, зокрема про ІХС, ГХ та ЦВХ. Саме з цих причин Україна за показниками смертності посідає неперестигне перше місце серед країн європейської спільноти.

Питома вага померлих від ХСК у загальній структурі смертності, хоч і поволі, але зросла з 60,7 % (в 1999 р.) до 61,2 % (в 2000 р.) і до 61,3 % (в 2001 р.). ХСК посідали в 2001 р., як і в попередні роки, перше місце в загальній структурі смертності населення, друге місце – злякисні но-

воутворення (12,7 %), третє – травми та отруєння (10,1 %). Збільшення показника за період 1999–2001 рр. при ХСК становило 1 %.

Дещо інакше в 2001 р. виглядала структура смертності населення працездатного віку (чоловіки – 16–59 років, жінки – 16–54 роки). Перше місце серед причин смерті посідають травми та отруєння (31,4 %), причому цей показник збільшився порівняно з 1999 р. на 2,4 %. Друге місце посідають ХСК (27,4 %).

Структура і динаміка смертності при ХСК показана в табл. 2.

З табл. 2 видно, що останніми роками зростає питома вага ІХС у структурі смертності населення від ХСК, у тому числі й інших гострих та підгострих форм ІХС. Як позитивну тенденцію мож-

Таблиця 3

Структура і динаміка смертності при ішемічній хворобі серця серед населення України

Хвороба	Смертність при ІХС					
	Структура, %			Динаміка, абс. кількість		
	1994 р.	1999 р.	2001 р.	1994 р.	1999 р.	2001 р.
	Все населення					
АКС	78,6	78,3	78,0	201 508	223 049	231 287
Інші форми ІХС	17,0	18,3	19,1	49 977	52 029	56 664
ГІМ	4,4	3,4	2,9	11 370	9626	8563
	Працездатне населення					
АКС	51,7	49,4	50,5	14 865	12 589	12 707
Інші форми ІХС	37,2	41,6	42,2	10 717	10 588	10 601
ГІМ	11,1	9,0	7,3	3196	2301	1836

на розцінити зменшення питомої ваги смертності від ЦВХ та ревматизму. В працездатному віці ми маємо чітку тенденцію до зменшення рівня смертності від ІХС, ЦВХ і ревматизму та стабілізації показника смертності при периферичному атеросклерозі та тромбофлебітах.

Особливу увагу привертає проблема зростання смертності від інших форм хвороб серця, серед яких переважає смерть від кардіоміопатій (на 20,8 % серед усього населення і на 55,7 % – серед працездатного). Звичайно, йдеться не тільки про поліпшення діагностики цього захворювання (ЕКГ, ехокардіографія), а й про об'єктивні труднощі в лікуванні.

Боротьба з наслідками ІХС завжди була і залишається в центрі уваги науковців і лікарів. По-кращується рання діагностика хвороби, вдосконалюються методи лікування, реабілітації і профілактики. Поволі, але зростає кількість пацієнтів, до яких застосовуються агресивні методи лікування (наприклад аортокоронарне шунтування, коронарне стентування), різко зменшилася кількість летальних випадків (від 8,4 до 3 %) та значно зросла кількість імплантованих кардіостимуляторів (з 0,25 до 0,31 на 100 000 населення, тобто з 1216 до 1517 осіб). Звичайно, це не ті показники, до яких прагнемо. І справа не стільки у вартості такого лікування, скільки в ментальності мислення або пасивності наших терапевтів і кардіологів.

За останні роки відзначають позитивну тенденцію до зменшення смертності від ГІМ серед усього населення і серед його працездатної частини. Головною причиною смерті при ІХС вважають так званий атеросклеротичний кардіосклероз (АКС), який виявляють у 78 % всього населення і у 50 % – працездатного (табл. 3). Звичайно, таке становище не відповідає дійсності, тому що атеросклероз не може бути сам по собі безпосередньою причиною смерті. Зростає смертність від інших гострих і підгострих форм ІХС, або від гострих коронарних синдромів за сучасною терміно-

логією. У 2001 р. вона становила 42,2 % серед працездатного населення, у той час як від ГІМ – лише 7,3 %. Певну роль у такому становищі відіграла так звана «рейтингова концепція», проте насправді питання дещо складніше. Воно потребує ретельного вивчення та аналізу. Йдеться не тільки про своєчасну діагностику ГІМ та інших гострих проявів ІХС, а й про ранню, тобто в перші 6–12 год після клінічних проявів хвороби, госпіталізацію. Аналіз саме такого показника дасть можливість проаналізувати і причини великої догоспітальної смертності при ІХС без макроскопічних ознак ГІМ, який реєструють лише в 2–3 % випадків за даними судово-медичної експертизи.

Артеріальна гіпертензія (АГ), як відомо, є одним із головних факторів ризику розвитку ІХС і інфаркту міокарда, ЦВХ і мозкових інсультів. При ІХС із супутньою АГ інфаркти міокарда виникають у 3–4 рази частіше. Серед усіх померлих від ЦВХ або від мозкових інсультів у 27,8 % хворих виявляли АГ, а у померлих у працездатному віці – у 43,4 %. Отже, майже половина померлих від мозкових інсультів при ЦВХ у працездатному віці хворіли на АГ. За останні 10 років при ЦВХ без АГ у працездатному віці вмирало в середньому 7,2 % хворих, у той час як на фоні АГ – 18,6 %, тобто в 2,5 разу більше. Крім цього, в країні кожний десятий пацієнт з АГ вмирає в працездатному віці, що при нинішньому розвитку лікувально-профілактичних і діагностичних технологій можна розцінювати тільки незадовільно.

Для розв'язання згаданих проблем МОЗ України, АМН України та Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України за останні 3–5 років провели цілу низку організаційно-методичних заходів. Першочерговою серед них була розробка «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», яку затверджено Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99. На виконання Указу Президента і доручення Кабінету Міністрів України від 5 лютого 1999 р. № 2284/01

МОЗ і АМН України 30 березня 1999 р. видали Наказ № 74/18 «Про затвердження плану заходів щодо забезпечення виконання «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні».

Крім цього, Інститут кардіології разом з Асоціацією і Товариством кардіологів України запропонували підходи до термінології, номенклатури і класифікації, стандартів діагностики і лікування ХСК згідно з рекомендаціями ВООЗ X Перегляду та міжнародними консенсусами. Всі вони були ухвалені Національним конгресом кардіологів України (Київ, 2000) і рекомендовані для впровадження Наказами МОЗ України від 10.09.1998 р. № 247 «Про внесення змін і доповнень до Наказу МОЗ України від 30.12.1992 р. № 206 «Про заходи щодо поліпшення якості кардіологічної допомоги населенню України» і Наказом МОЗ України від 14.02.2002 р. № 54 «Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу».

Інформаційне забезпечення кардіологічної служби здійснюється через «Український кардіологічний журнал» та «Український ревматологічний журнал», які видають АМН України та Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска, а також за допомогою монографій, підручників, посібників та методичних рекомендацій. За чотири роки після переходу інституту до складу АМН України (1999–2002) було випущено 34 номери згаданих журналів, видано 26 монографій і 26 посібників, 12 довідників, 6 керівництв, 5 підручників, 9 збірників наукових праць і 9 інформаційних листів та 34 методичні рекомендації. Крім того, було опубліковано 1923 наукові праці, з них 346 – за кордоном. Опубліковано 593 статті у журналах (з них 17 – за кордоном), у збірниках – 96 і 4 за кордоном, тез – 1001 і 325 за кордоном. Інформаційне забезпечення науковців-лікарів розширювалося також за рахунок доповідей на наукових з'їздах та конференціях (всього 819) і лекцій для лікарів. середнього медичного персоналу і населення (всього 891), виступів по радіо та телебаченню (всього 231).

Концептуальною основою виконання плану повинна стати реальна міжсекторальна співпраця відповідальних структур суспільства. Ми наголошуємо саме на цій тезі, тому що виконання Програми є загальнодержавною, а не тільки галузевою справою. Держава згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України контролюватиме якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

Другий важливий першочерговий фактор успішного виконання Програми є вмотивована участь самого населення і боротьба на популяційному

рівні з головними керованими факторами ризику. Нагадаємо основні з них:

– *фактори поведінки*, які характеризують нездоровий спосіб життя (паління, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, недостатня фізична активність);

– *фактори навколишнього середовища* (психоемоційний стрес, антропогенні чинники та шкідливі для здоров'я чинники довкілля на виробництві і в побуті);

– *біологічні фактори* (рівні артеріального тиску, дисліппротеїдемії, надлишкова маса тіла), що реалізуються при взаємодії генетичних особливостей організму з факторами поведінки і навколишнього середовища.

В Концепції розвитку охорони здоров'я населення України йдеться про те, що держава створює умови для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, посилення боротьби зі шкідливими звичками, розвитку фізичної культури і спорту, забезпечення раціонального збалансованого харчування населення. Галузева частина проблеми полягає у проведеної належної пояснювальної і профілактичної роботи.

На профілактичну роботу наші дільничні і поліклінічні терапевти та кардіологи нині витрачають близько 5 % робочого часу, у США – 30–40 %. Профілактичний підхід при виконанні Програми найбільш ефективний і найдешевший, проте не найпростіший шлях розв'язання проблеми.

Диспансеризація населення для вітчизняної системи охорони здоров'я завжди була першочерговою справою. Під час виконання Програми боротьби з артеріальною гіпертензією вона повинна відігравати важливу роль. Показники поширеності, захворюваності та диспансеризації на 100 000 населення наведені у табл. 4.

Порушимо питання ще одного соціального показника здоров'я – первинної інвалідності. Проведений аналіз показав, що за 1999–2000 рр. кількість уперше визнаних інвалідів з АГ серед дорослого населення зменшилася на 7,1 % (з 1,4 до 1,3 на 10 000 населення) і на 6,7 % – серед працездатного (з 1,5 до 1,4 %). Нам вдалося досягти нормативного показника поширеності АГ, збільшення рівня диспансеризації, тому можна вважати, що на перших етапах виконання Програми ми досягли певних медичних і соціальних результатів, а головне – виявили шляхи подальшого нарощування наших зусиль, які стосуються багатьох служб: загальноотерапевтичної, неврологі-

Таблиця 4

Поширеність, захворюваність і диспансеризація (100 000 населення) при всіх формах артеріальної гіпертензії

Область	Вікова категорія населення					
	Дорослі та підлітки			Працездатні		
	Поширеність	Захворюваність	Диспансеризація	Поширеність	Захворюваність	Диспансеризація
Україна	18 816,51	2337,63	8554,42	11 435,93	1939,02	7576,04
АР Крим	15 420,48	1167,34	3714,34	9591,27	1118,41	5014,71
Вінницька	20 062,59	2665,50	9744,68	13 400,88	2291,45	8723,43
Волинська	21 625,70	3037,84	11 956,95	12 207,90	2773,39	9196,77
Дніпропетровська	17 202,36	1671,39	13 365,37	10 368,00	1398,83	8863,62
Донецька	19 435,41	2154,94	5137,39	12 191,00	1740,41	7213,87
Житомирська	24 361,87	4323,42	9166,44	14 668,68	3841,81	8357,19
Закарпатська	18 433,18	3850,24	15 303,34	13 592,23	3055,34	11 906,15
Запорізька	19 407,62	2033,36	5289,69	10 205,43	1515,90	5595,63
Івано-Франківська	16 074,53	3313,33	12 375,35	10 956,31	2807,37	10 204,98
Київська	16 128,43	1587,20	9394,51	9721,43	1217,88	6885,78
Кіровоградська	21 992,78	2364,21	4936,01	14 035,53	2138,73	6514,28
Луганська	20 691,19	4888,41	15 100,21	12 411,29	4085,96	11 958,47
Львівська	16 778,01	2371,60	7496,29	10 824,31	1922,14	6491,80
Миколаївська	20 144,22	2427,80	4495,43	10 496,67	1844,93	4121,01
Одеська	18 181,67	2059,74	7028,67	10 369,04	1563,32	6816,89
Полтавська	18 169,37	1791,63	13 635,59	12 012,02	1692,02	10 316,96
Рівненська	15 270,44	1701,84	7308,10	10 849,14	1546,95	7012,89
Сумська	18 427,62	2380,44	4593,80	9116,41	1585,32	4921,40
Тернопільська	21 676,37	1553,47	12 351,10	13 190,09	1288,89	8901,74
Харківська	13 071,84	1170,35	2140,87	6997,26	832,86	2198,41
Херсонська	18 939,27	2209,70	7454,94	11 389,21	1846,11	6966,63
Хмельницька	23 995,81	2033,43	11 933,22	13 642,16	1674,91	10 421,53
Черкаська	22 749,06	2908,52	11 334,10	15 233,81	2640,92	10 886,95
Чернівецька	20 221,19	1570,22	16 999,32	18 885,03	1704,16	16 945,12
Чернілівська	16 353,66	2046,86	11 875,33	10 070,56	1702,66	8778,14
м. Київ	21 435,79	2804,09	4047,13	12 069,38	2294,90	4549,90
м. Севастополь	26 599,98	1726,54	5234,55	7592,16	1460,82	3499,85

чної, кардіологічної, нефрологічної, геронтологічної, ендокринологічної тощо.

За останні два роки з'явилася тенденція до зменшення випадків первинної інвалідності від ІХС серед дорослого населення – на 2 %, серед працездатного – на 2,9 %. Ці показники утричі менші, ніж при АГ.

Для розв'язання проблеми ІХС у цілому найближчим часом потрібно розробити нові цільові програмні підходи, особливо переглянути концепції лікування щодо розширення агресивних (хірургічних) підходів та застосування ліпіднормалізуючих препаратів, поглибленого обстеження ліпідного профілю крові, а не тільки визначення рівня загального холестерину. На Заході у 80 % хворих контролюється рівень холестерину атерогенних фракцій, а непризначення лікарем хворому з ІХС ліпідкоригуючої терапії – це виняток.

Далеко ще невичерпаними залишаються резерви збереження здоров'я населення та запобігання розвитку і прогресуванню ХСК за допомогою профілактичних заходів та немедикаментозних методів лікування. Насамперед, йдеться про

обмеження факторів ризику, які суттєво впливають на виникнення і розвиток АГ та ІХС. Як показали епідеміологічні дослідження, проведені Інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України (І.П. Смірнова, 2000), в Україні палять 51,1 % чоловіків і 20,5 % міських жінок. Надлишкову масу тіла реєструють у 22,1 % дорослого населення. Порушення ліпідного спектра крові спостерігають у 27,5 % осіб працездатного віку, проте практично виявляють лише у 1,3 % випадків. Ще і досі серед осіб з АГ знають про хворобу тільки 62 % пацієнтів, лікуються – 23 %, причому ефективно – 12,8 %.

Важливою проблемою збереження ресурсів охорони здоров'я та фармакоекономіки немедикаментозних методів лікування є організація раціонального харчування. Багатоцентровими міжнародними контрольованими дослідженнями доведено, що за допомогою раціонального харчування можна впливати на перебіг АГ і розвиток ускладнень (інсультів) від неї (INTERSALT, Scottish Heart Health Study, TOPH-I, TOPH-II Health Professional Follow-up Study, Hypertension Control

Program, DASH) та ІХС (The Atherosclerosis Risk in Communities Study TOMPS, DASH).

Низькокалорійна, гіпохолестеринова дієта, згідно з результатами Стенфордського дослідження коронарного ризику (SCRIP, Stanford Risk Intervention Project, 1994) приводить до інтенсивного зниження маси тіла і нормалізації рівнів ліпідів крові, що у свою чергу асоціюється з уповільненням прогресування атеросклеротичного ураження вінцевих судин та зниження потреби в госпіталізації з приводу ІХС.

У дослідженнях, проведених пізніше, зокрема в Ліонському дієтичному дослідженні (Lyon Diet Heart Study, 1999), достовірно доведено, що середземноморська дієта здатна запобігти виникненню повторних загострень ІХС після першого інфаркту міокарда. Достовірно встановлено, що тривале вживання  $\omega$ -3-поліненасичених жирних кислот, яких багато в морепродуктах, здатне уповільнити прогресування коронарного атеросклерозу (Effect of Dietary  $\omega$ -3 Fatty Acids on Coronary Atherosclerosis, 1999). У Фремінгемському дослідженні (Framingham Study) доведено, що зниження маси тіла корелює зі зменшенням захворюваності на ІХС та смертності від неї.

Дані Кокранівського огляду, який включає результати 18 міжнародних досліджень, свідчать про те, що зменшення маси тіла у пацієнтів з АГ при-

водить не тільки до достовірного зниження рівня артеріального тиску, а й до зменшення потреби в антигіпертензивних ліках. Проте слід констатувати, що, незважаючи на достовірно доведену очевидність профілактики та немедикаментозного лікування АГ та ІХС, вказані напрямки як чинники і джерела здоров'я нації недостатньо впроваджуються в практичну кардіологію і залишаються поза увагою держави.

*Замість висновків.* Кардіологія сьогодні, як медична наука і як важлива галузь у системі охорони здоров'я, переживає нелегкі часи. В недалекому майбутньому ми не можемо сподіватися на суттєві зрушення показників поширеності і захворюваності населення на ХСК, проте лікувальні та діагностичні технології вже тепер дають реальні результати. Ми вже досягли деякого зменшення показників смертності, особливо серед працездатного населення, при ХСК взагалі та при ІХС і ревматизмі зокрема. Є певні зрушення в реалізації Програми боротьби з АГ. Проте слід зазначити, що лікувальна стратегія ще переважає профілактичну спрямованість в кардіології. Ми ще не усвідомили того, що саме профілактика і мотивація здорового способу життя коштує значно дешевше за будь-яке лікування, хоча й потребує значно більших зусиль, ніж просто вживання таблеток.

### **Cardiology in Ukraine: yesterday, today and in future (to the 10 th anniversary of Academy of Medical Sciences of Ukraine)**

V.M. Kovalenko

*The article summarizes principal stages of the development of cardiology in Ukraine, presents information about structure of national cardiological service. M.D. Strazhesko Institute of Cardiology coordinates scientific and methodical issues in cardiology. Regional cardiological centres are the main organizational and methodical structure in the regions. The increase of the proportion of patients that have been treated in the cardiological hospitals, as well as decrease of mortality reflect intensification of the usage of hospitals and increase of quality of medical aid. Despite this, the prevalence of cardiovascular diseases in Ukraine is 26–32 %. Every fifth citizen of the working age has cardiovascular disease. The indices of prevalence of arterial hypertension, IHD and cerebrovascular diseases increase every year. The information about actions of Ministry of Public Health, Academy of Medical Sciences and M.D. Strazhesko Institute of Cardiology to improve unfavourable epidemiological situation during last 3–5 years is presented.*