

# МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Проф. Ю. М. Сіренко

головний позаштатний спеціаліст МОЗ України

*Наведено детальний аналіз структури смертності в Україні від хвороб системи кровообігу, висвітлено основні медико-соціальні проблеми серцево-судинних захворювань. Підкреслено, що порівняно з іншими країнами в Україні дуже висока смертність від хронічних форм ішемічних хвороб серця.*

*Для забезпечення максимальної ефективності надання допомоги хворим необхідно реорганізувати кардіологічну службу відповідно до сучасних вимог із належною структурою: міжрайонні інфарктні відділення, відділення (блоки) кардіореанімації, відділення (лабораторії) інтервенційної кардіології — реперфузійні центри, відділення (лабораторії) електрофізіології.*

*Пропонується структура стратегічної програми з кардіології, а її розробка і виконання мають бути на базі наукового методичного керівництва.*

**Ключові слова:** структура смертності, хвороби системи кровообігу, профілактика серцево-судинних захворювань, стратегічні програми.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ: ПУТИ РЕШЕНИЯ

Проф. Ю. Г. Сиренко

главный внештатный специалист МОЗ Украины

*Проведен детальний аналіз структури смертності в Україні від болезней системы кровообращения, освещены основные медико-социальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. Подчеркнуто, что в сравнении с другими странами в Украине очень высокая смертность от хронических форм ишемических болезней сердца.*

*Для обеспечения максимальной эффективности предоставления помощи больным необходимо реорганизовать кардиологическую службу в соответствии с современными требованиями и с надлежащей структурой: межрайонные инфарктные отделения, отделения (блоки) кардиореанимации, отделения (лаборатории) интервенционной кардиологии — реперфузионные центры, отделения (лаборатории) электрофизиологии.*

*Предлагается структура стратегической программы по кардиологии, а ее разработка и выполнение должны быть на основе научного методического руководства.*

**Ключевые слова:** структура смертности, болезни системы кровообращения, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, стратегические программы.

## MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF CARDIAC CARE IN UKRAINE: METHODS OF A SOLUTION

Yu. G. Sirenko

*The detailed analysis of the structure of mortality in Ukraine from diseases of the circulatory system has been done. The major medical and social problems of cardiovascular disease are highlighted. It is pointed out that in Ukraine is very high mortality from chronic forms of ischemic heart disease in comparison with other countries.*

*To maximize the efficiency of patient care cardiology service must be reorganized in accordance with modern requirements and proper structure: interdistrict cardiological departments, reanimation departments (units), departments (laboratories) of interventional cardiology — reperfusion centers, electrophysiological departments (laboratories).*

*Framework of the strategic program is proposed. Need to develop strategic programs in cardiology and its implementation should correspond to scientific guidance.*

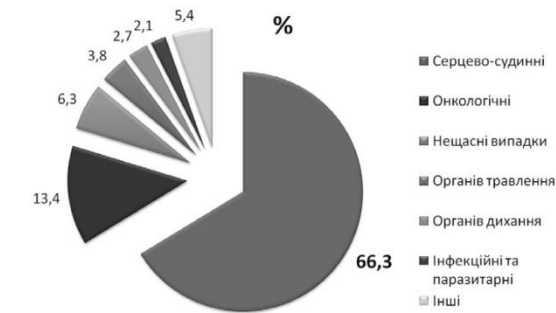
**Keywords:** mortality structure, diseases of the circulatory system, cardiovascular disease prophylaxis, strategic problems.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною захворюваності та смертності у світі. В Україні згідно з даними офіційної статистики від ССЗ у 2011 р. померло 440 352 осіб, що складає 66,3 % від усіх причин смерті (рис. 1). Відсоток

померлих від хвороб системи кровообігу останнім часом постійно зростає, навіть тоді, коли показники смертності почали зменшуватися!

У загальній структурі смертності в економічно розвинутих країнах питома вага смертності від ССЗ

## Структура смертності в Україні в 2011\*



\* - попередні дані

Державна служба статистики, 2012 <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Рис. 1. Структура смертності в Україні в 2011 році

становить 40–50 %. Порівняння даних вітчизняної статистики зі світовими даними та аналіз структури смертності в разі проведення розтинів показує, що в Україні має місце значна (більше ніж у 3 рази) гіпердіагностика хронічних форм ішемічної хвороби серця (ІХС), як у клініці, так і за посмертного дослідження (рис. 2). Особливості посмертної діагностики ІХС наглядно ілюструє такий факт: усього в 2010 р. в Україні померло 698 235 осіб. Серцево-судинні захворювання згідно з офіційними даними стали причиною смерті 465 093 осіб — 66,6 %. Розтин було проведено у 205 079 випадках смерті (29 %). У разі проведення розтину діагноз ССЗ як причини смерті було встановлено в 45,3 % випадків. Без проведення розтину — 75,5 %. Якщо в першому випадку ми можемо більш-менш точно визначитися з діагнозом, то за теперішньої ситуації з посмертною діагностикою ми не можемо виключити, що до категорії померлих від серцево-судинних причин віднесено значну кількість хворих, які померли від інших причин (хронічні інфекції, онкологія, алкоголізм, наркоманія, отруєння, старість тощо), але їм встановлено посмертно діагноз серцево-судинної патології (найчастіше «кардіосклероз»).

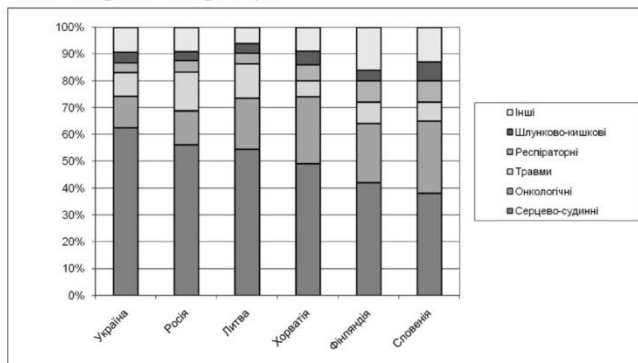


Рис. 2. Порівняння структури смертності в Україні та деяких країнах Європи

У той же час не діагностуються більше половини випадків гострих форм ІХС, у т. ч. інфаркту

міокарда (ІМ): в Україні близько 50 000 випадків на рік, тоді як у сусідній Польщі з меншим населенням — понад 100 000 випадків. Порівняно з іншими країнами, в Україні дуже висока смертність від хронічних форм ІХС та дуже низька від гострого ІМ. Якщо остання пов'язана з поганою діагностикою ІМ на догоспітальному етапі, то висока смертність від хронічних форм ІХС, на нашу думку, зумовлена неточністю посмертної діагностики, а точніше її відсутністю (рис. 3).

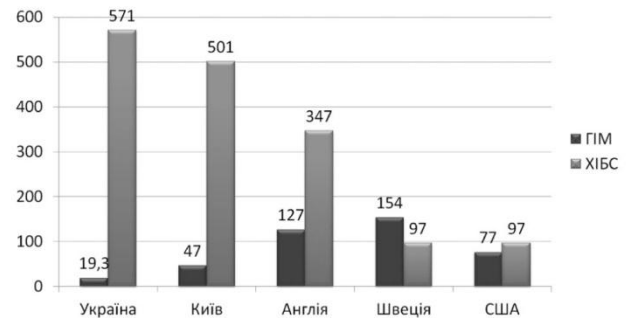


Рис. 3. Смертність від гострого ІМ та хронічної ІХС (на 100 000 населення)

Під час аналізу поширеності захворювань серцево-судинної системи звертає на себе увагу значна кількість осіб, яким встановлено діагноз ІХС — майже 23 % дорослого населення (табл. 1). Так, у країнах Євросоюзу за населення 500 млн осіб (250 млн дорослого населення) 12 млн осіб мають встановлений діагноз ІХС (5 % дорослого населення), у США — 16 млн осіб (7 % дорослого населення).

Таблиця 1

Поширеність захворювань серцево-судинної системи у 2010 р.

Абсолютна кількість	Нозологічні форми	На 100 000 дорослого населення
25 576 108	Хвороби системи кровообігу	67 702,7
11 889 737	Гіпертонічна хвороба	31 473,4
8 657 608	ІХС	22 917,6
50 296	Гострий інфаркт міокарда	133,1
105 836	Інсульт	280,2

Така статистична інформація призводить до значного викривлення показників як захворюваності, так і смертності. Штучне перебільшення цього показника сприяє спотворенню статистичної звітності та стає причиною дискредитації охорони здоров'я України. Крім того, це негативно впливає на процеси діагностики та лікування і призводить до неправильного призначення препаратів. Статистика, що стосується раптової серцевої смерті, також не відповідає дійсності.

Однією з першочергових задач є забезпечення достовірності статистичної інформації щодо структури смертності. Для цього необхідно підвищити

відповідальність у разі діагностування ІХС як у клініці, так і за посмертного дослідження, у першу чергу на основі того, що діагноз ІХС повинен базуватися виключно на об'єктивних клінічних і патолого-анатомічних критеріях. Крім того, бажано запланувати та виконати науково-дослідну роботу щодо визначення реальної структури смертності в Україні на основі поглибленої посмертної діагностики.

В Україні поширеність, смертність та інвалідність визначають 26 хвороб організму людини. На лікування цих захворювань населення витрачає тільки 20 % коштів від реалізації ліків на рік. Лідери ринку: безрецептурні вегетостабілізуючі препарати та коректори метаболізму міокарда (валідол, корвалмент, мілдронат, предуктал, тіотриазолін, корвітин та інші). Для виправлення цієї ситуації потрібно створити відповідно до стандартів діагностики і лікування національний формуляр лікарських засобів із визначенням індикативної (референтної) ціни, який передбачає збалансованість ціни і якості ліків.

Медико-соціальний тягар серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань полягає ще і в тому, що вони суттєво впливають на тривалість і якість життя населення, на показники втрат життєвого потенціалу країни.

Важливим чинником, що визначає на показники інвалідності та смертності, є організація своєчасної ургентної допомоги хворим із ускладненнями від серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань (інфаркт міокарда, інсульт, небезпечні для життя порушення серцевого ритму, раптова кардіальна смерть), надання їм кваліфікованої поетапної медичної допомоги, включаючи інтервенційні й хірургічні втручання.

Для забезпечення максимальної ефективності надання допомоги необхідно реорганізувати кардіологічну службу відповідно до сучасних вимог і з належною структурою: міжрайонні інфарктні відділення, відділення (блоки) кардіореанімації, відділення (лабораторії) інтервенційної кардіології — реперфузійні центри, відділення (лабораторії) електрофізіології, реабілітації та поліклінічного забезпечення. У кожному регіоні України слід затвердити наказом структуру, логістику надання невідкладної допомоги за ССЗ, систему диспансерного нагляду та вторинної профілактики. Також необхідно створити умови для реалізації у країні єдиного медичного простору із залученням ресурсів МОЗ України, муніципальної медицини, НАМН України. Вивчити потребу та дооснастити медичні заклади необхідним обладнанням та виробами медичного призначення на всіх рівнях надання допомоги хворим із гострим коронарним синдромом. Надання допомоги не повинно відрізнятися залежно від географічних умов і має базуватися на затверджених на рівні МОЗ України за участі Асоціації кардіологів України

стандартах діагностики та лікування гострих та хронічних форм ССЗ із акцентом на спадкоємність етапів надання допомоги — первинна, вторинна та третинна ланка надання допомоги.

Для успішного функціонування ланки високоспеціалізованої допомоги слід створити систему підготовки та вдосконалення спеціалістів з інтервенційної кардіології та затвердити субспеціальності «Інтервенційна кардіологія», кардіореанімація та «Кардіореаніматолог», аритмологія і електрофізіологія та «Аритмолог-електрофізіолог».

Одним із головних факторів ризику (ФР) розвитку атеросклерозу і його клінічних форм: ІХС, ІМ, цереброваскулярної патології і мозкових інсультів є артеріальна гіпертензія, яка спостерігається більш ніж у третини працездатного населення України. Причини ІМ, раптової коронарної смерті, ішемічного інсульту і захворювань периферичних артерій ідентичні та пов'язані з атеросклерозом. Він розвивається поступово протягом багатьох років і в подальшому проявляється клінічною симптоматикою (ІМ, інсульт, кардіальна смерть). Значне зниження випадків ССЗ залежить від способу життя та ФР атеросклерозу, що піддаються модифікації. Вплив на ці ФР (паління, гіпертензія, атеросклероз, дисліпідемія) веде до значного зниження смертності й захворюваності від серцево-судинної патології. Вивчена динаміка поширеності основних ФР в українській популяції (рис. 4). Незважаючи на наявність переконливих доказів того, що профілактичні заходи, спрямовані на ФР розвитку серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, сприяють зміцненню здоров'я і попереджують виникнення хвороб, спричиняючи тим самим зниження захворюваності, в Україні на сьогодні не існує загальнонаціональної політики щодо них.

Успішному розвитку популяційного профілактичного напрямку перешкоджає нерозуміння відповідальними за прийняття рішення (політиками, урядом, організаторами охорони здоров'я,

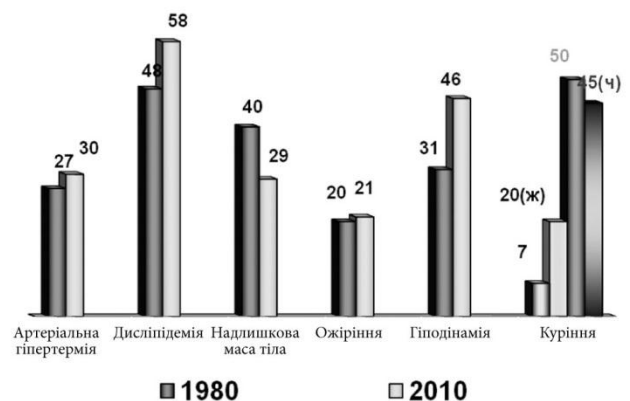


Рис. 4. Динаміка поширеності основних ФР ССЗ в Україні за 30 років (І. М. Горбась зі співавт., 2011)

громадськими і науковими діячами) потенційного соціально-економічного зиску, збільшення кількості років здорового життя і продуктивності працюючого населення, яких можна досягнути, вкладаючи ресурси в профілактику серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Цьому сприяють також традиційні пріоритети охорони здоров'я — лікувальна допомога і попередження інфекційних захворювань, як і невіра в те, що профілактика неінфекційних захворювань може бути ефективною. У суспільстві ще недостатньо усвідомлено поведінкову природу ФР розвитку серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, ігнорується роль таких ФР, як куріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність. Однією з причин такого нерозуміння є й те, що користь від профілактичних заходів спостерігається через багато років від моменту прийняття політичних рішень.

Наукові дослідження в галузі профілактики серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань переконливо довели високу ефективність всеосяжних програм боротьби з цими хворобами. *Ефективні заходи з боротьби із ФР можуть спричинити зниження частоти ІХС до 86 %*. Гарним прикладом цього є проєкт «Північна Карелія» у Фінляндії. Зниження на 82 % смертності від ІХС серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років значною мірою зумовлено зниженням рівня трьох ФР: високого артеріального тиску, високого вмісту холестерину і паління. Крім того, смертність від раку легень зменшилася на 60 %. Зниження в США з 1971 по 2000 рік на 10 % рівня загального холестерину привело до зниження на 30 % усіх випадків ССЗ. Аналогічним чином, за рахунок зниження рівнів артеріального тиску, холестерину, індексу маси тіла і куріння, зменшилась смертність загальна і від ІХС за 10-річний період у Литві.

Але реалії профілактики в Україні поки що невітніші: профілактика нині розуміється лише як індивідуальний підхід, що проявляється, у кращому випадку, в порадах щодо здорового способу життя, а частіше — у призначенні лікарями медикаментів. Немедикаментозні методи і масова профілактика практично не використовуються. Світовий досвід доводить, що для досягнення ефекту необхідні популяційні підходи, які не тільки змінюють поведінку населення, але й формують здорове соціальне середовище. У разі аналізу балансу між кількістю пацієнтів та витратами на їх лікування в Україні маємо: на високоспеціалізовану допомогу мінімальній кількості пацієнтів витрачається лівова частка коштів, виділених на охорону здоров'я (рис. 5). У той же час, на популяційні стратегії для мільйонів пацієнтів виділяється мізерне або нульове фінансування.

Зниження серцево-судинної і судинно-мозкової захворюваності можливе шляхом здійснення

### Баланс у кардіології догори ногами

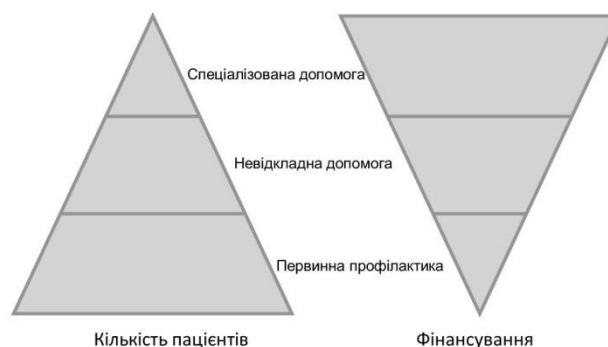


Рис. 5. Співвідношення витрат на кардіологічні заходи в системі охорони здоров'я України

стратегій на рівні всього суспільства, що заохочують до здорового способу життя і створюють сприятливе для здоров'я середовище, а також лікувальних стратегій для категорій підвищеного ризику, які спрямовані на зниження ступеня ризику за рахунок профілактичних заходів на індивідуальному рівні.

Важливість розвитку популяційних стратегій для профілактики основних неінфекційних захворювань підкреслено на засіданні Генеральної Асамблеї Об'єднаних Націй у Нью-Йорку 19–21 вересня 2011 р. Міністерство охорони здоров'я України спільно із Національною академією медичних наук України ініціювало розробку Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», заходами якої є запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Протягом її виконання слід передбачити, що наголос поступово буде зміщуватися на первинну профілактику як державну стратегію збереження людських ресурсів.

Якщо говорити про прийняття та впровадження стратегічної довготривалої Державної програми «Здоров'я 2020: український вимір», то невід'ємною складовою для її виконання повинна бути реальність, особливо у фінансовому плані, що вимагає чіткої стандартизації всіх її етапів із визначенням найбільш ефективного популяційного механізму реалізації. Популяційний шлях — це шлях найбільшої користі за найменших витрат. Абсолютно справедливо, що профілактичний підхід — найефективніший, та видимі результати цього шляху вимагають великих капіталовкладень протягом тривалого часу. Тому програма повинна мати розбивку в часі з поступовою зміною акцентів: на першому етапі найважливішим є лікування, особливо невідкладних станів (інфаркту та інсульту); вторинна профілактика повинна мати визначальну роль у середині терміну реалізації програми; у кінці пріоритет має отримати первинна профілактика, яка в подальшому буде основною державною стратегією боротьби із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями.



Приблизна структура стратегічної програми:

- I. Первинна профілактика.
  - A. Модифікація стилю життя (соціальна пропаганда) та вплив на ФР.
  - Б. Терапевтична стратегія (антигіпертензивна, ліпідознижувальна терапія тощо).
  - В. Хірургічна стратегія.
- II. Невідкладне лікування.
  - A. Реорганізація служби невідкладної допомоги (швидка допомога — догоспітальний етап, принцип «терапевтичного вікна»).
  - Б. Реорганізація госпітального етапу ургентного лікування з упровадженням сучасних стратегій.
  - В. Забезпечення матеріально-технічного стану.
  - Г. Підготовка відповідних спеціалістів для впровадження сучасних агресивних технологій лікування.
- III. Вторинна профілактика.
  - A. Модифікація стилю життя (соціальна пропаганда) та вплив на ФР.
  - Б. Науково обґрунтована терапевтична стратегія.
  - В. Хірургічна стратегія.
  - Г. Реабілітаційні заходи.

Важливою частиною як розробки стратегічної програми з кардіології, так і її виконання є науково-методичне керівництво та контроль якості реалізації основних заходів. Ураховуючи досвід фахівців ННЦ Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска

НАМН України під час розробки та виконання Державних програм «Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» (1999—2010), «Упередження і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань» (2006—2010), «Здоров'я 2020: український вимір» та їх кваліфікацію, вважаємо за необхідне покласти на цей Інститут науково-методичне керівництво кардіологічною службою у співробітництві з Департаментом лікувально-профілактичної допомоги МОЗ.

### ВИСНОВКИ

Упровадження комплексної стратегічної програми з профілактики серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань дозволить поетапно розв'язувати найбільш соціально значущу для суспільства проблему сучасної медицини. Ураховуючи досвід розвинутих країн, реалізацію й адекватне фінансове забезпечення таких популяційних стратегій уже в недалекому майбутньому можна зберегти державі мільярди гривень втрат, що зараз пов'язані з високою інвалідністю і смертністю від цієї небезпечної категорії захворювань. Дуже важливо, щоб сьогодні наукові та медичні заклади в Україні позбавились зайвих амбіцій та забезпечили в першу чергу не розроблення власних методик діагностики, лікування та профілактики, а пошук та впровадження вже доведених світовою практикою методів, ураховуючи економічні, соціальні й інші особливості охорони здоров'я та медицини в Україні.