



В.Л. Курочка

**ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ
З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ВДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ**

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Ключові слова: здоровий спосіб життя, серцево-судинні захворювання, лікар загальної практики, пацієнти.

Сучасна стратегія організації профілактичної допомоги населенню, що страждає на серцево-судинні захворювання, має бути зорієнтованою на первинну ланку системи охорони здоров'я, на встановлення партнерства між лікарями загальної практики і пацієнтами та потребує науково обґрунтованих методик застосування профілактичних програм, що базуються на засадах серцево-судинної епідеміології та доказової медицини.

В.Л. Курочка

Формирование здорового образа жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: научное обоснование совершенствования работы врача общей практики

Ключевые слова: здоровый образ жизни, сердечно-сосудистые заболевания, врач общей практики, пациенты.

Современная стратегия организации профилактической помощи населению, страдающему сердечно-сосудистыми заболеваниями, должна быть ориентирована на первичное звено системы здравоохранения, на установление партнерства между врачами общей практики и пациентами, требует научно обоснованных методик применения профилактических программ, основанных на принципах сердечно-сосудистой эпидемиологии и доказательной медицины.

V.L. Kurochka

Promoting of healthy life-style in patients with cardiovascular diseases: scientific grounding of general practitioners work improvement

Key words: healthy life-style, cardiovascular diseases, general practitioner, patients.

Modern strategy of disease-prevention service organization for population suffering from cardiovascular diseases must be directed on the primary health care and on the establishment of partnership between general practitioners and patients. It needs scientifically grounded methods of use of disease-prevention programs which are based on the grounds of cardiovascular epidemiology and evidence-based medicine.

Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я, первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є основним, доступним, безкоштовним для кожного громадянина видом медичного обслуговування і включає лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших невідкладних станів; проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, медичну профілактику важких захворювань, санітарно-гігієнічну освіту; проведення заходів з охорони сім'ї, материнства, батьківства та дитинства, інших заходів щодо надання медико-санітарної допомоги громадянам за місцем проживання [8].

В основу організації роботи лікаря загальної практики (ЛЗП) покладені такі принципи, як гуманні взаємовідносини між ЛЗП і пацієнтом; ЛЗП має бути добрим клініцистом; у роботу він повинен залучати громадськість; важливість ЛЗП як особи, до якої звертаються певні групи населення за радою та по допомогу. ПМСД є важливим інструментом для поліпшення стану здоров'я та профілактики захворювань, підвищення якості надання медичної допомоги хворим на хронічні захворювання [9].

У 1978 р. на Міжнародній конференції з ПМСД Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ)

вперше подано визначення поняття ПМСД, що вказало на пріоритетність ПМСД і вплинуло на національні системи організації охорони здоров'я багатьох країн світу. Визначення поняття ПМСД включало освіту, що пов'язана, насамперед, з основними проблемами, що стосуються здоров'я та методів профілактики і контролю за захворюваннями, та забезпечення раціонального харчування, поширення інформації про його основи серед населення [1].

Знайомство пацієнта з системою охорони здоров'я розпочинається тоді, коли внаслідок виникнення проблеми зі здоров'ям він або його родичі вирішують звернутись до ЛЗП або закладу по медичну допомогу. Основною метою роботи ЛЗП є профілактична робота та забезпечення умов для формування здорового способу життя, зміцнення здоров'я населення, зниження його захворюваності, інвалідності та смертності шляхом акцентування уваги на виконання основних профілактичних складових своєї діяльності [3]. В епоху глобалізації, швидкого розвитку науково-технічного прогресу особливого значення набуває профілактика як універсальний, доступний і ефективний інструмент міжсекторального, багаторівневого, міжрегіонального значення та впливу його на збереження і зміцнення здоров'я



населення, зменшення впливу різних викликів, загроз і ризиків та економії ресурсів суспільства [5].

Профілактика серцево-судинних захворювань (ССЗ), що залишаються основною проблемою для населення загалом, визначається як скоординований набір дій на суспільному й індивідуальному рівні, спрямований на викорінення, усунення чи мінімізацію впливу ССЗ і пов'язаної з ними інвалідності. Основи профілактики базуються на серцево-судинній епідеміології і доказовій медицині [11, 12].

ССЗ є однією з головних причин інвалідизації населення, в найближчі десятиліття, згідно з оцінкою років життя, скорегованих по працездатності (DALY), очікується зростання працездатного населення з 80 мільйонів у 1990 році до більше 150 мільйонів у 2020 році у всьому світі, тим самим ССЗ залишаються провідною причиною втрати працездатності [31].

ССЗ тісно пов'язані зі способом життя, зокрема, курінням, харчуванням, фізичною активністю, а також психо-соціальними чинниками [36]. Всесвітня організація охорони здоров'я заявила, що більше $\frac{3}{4}$ всієї смертності від ССЗ можна запобігти за допомогою відповідних змін у способі життя. Необхідно знати відповіді на ключові питання профілактики ССЗ: що таке профілактика ССЗ, чому вона необхідна, хто повинен отримати з неї користь, як можна використовувати профілактику ССЗ, в який потрібний момент діяти, і, нарешті, де необхідно застосувати профілактичні програми.

МЕТА РОБОТИ

Здійснити аналіз існуючих напрямків і методик профілактичної допомоги населенню, яке страждає на серцево-судинні захворювання. Обґрунтувати вибір ефективних методів профілактики, що базуються на засадах серцево-судинної епідеміології та доказової медицини, для запровадження в роботу лікаря загальної практики.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано стан нормативно-правової бази, вітчизняні й зарубіжні джерела наукової літератури та статистичні показники щодо організації профілактичної допомоги населенню, яке страждає на серцево-судинні захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Організація служб ПМСД у різних країнах, у тому числі європейських, характеризується значним розмаїттям. Залежно від конкретної країни системи ПМСД можуть різнитись ознаками організації і порядку надання медичної допомоги, характером фінансування і форм оплати медичних послуг, набором профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних і диспансерних функцій. Проте, незважаючи на надзвичайну різноманітність існуючих форм ПМСД, останнім часом з'являються наднаціональні риси ефективної моделі організації та надання ПМСД, де виділено чотири основні аспекти: наявність, доступність, безперервність і достатність [9].

Таке бачення проблеми потребує реорганізації і поліпшення ефективності та якості ПМСД. Ефективність моделі національної системи охорони здоров'я залежить

від адекватності її системи ПМСД, необхідної для створення ефективної та стабільної діяльності системи охорони здоров'я України, що можна охарактеризувати так:

- медична допомога базується на постійному контакті пацієнта з лікарем, результатом якого є тривалі взаємини після вилікування;
- медична допомога надається з урахуванням релігійних, етнічних та інших особливостей пацієнтів;
- пацієнти самі контролюють якість надання медичної допомоги;
- забезпечення вільного доступу до необхідної інформації для лікарів і пацієнтів;
- лікар приймає рішення на засадах доказової медицини, а не на основі попередньої підготовки;
- принцип «не зашкодь» є не особистою відповідальністю лікаря, а відповідальністю всієї системи охорони здоров'я;
- конфіденційність інформації про пацієнта забезпечується при прозорості даних про діяльність системи;
- система охорони здоров'я буде не лише реагувати на потреби населення в медичній допомозі, але й передбачатиме їх;
- замість пошуку зниження вартості медичних послуг постійно зменшуватимуться збитки й обмежуватимуться витрати [9].

У документі, опублікованому WONCA в 1991 р., визначено вимоги до ЛЗП [7]:

- комплексний характер медичної допомоги: профілактика, діагностика лікування, реабілітація, паліативна допомога, диспансеризація, що не обмежені статтю, віком, національністю і гарантують безперервність протягом певного часу;
- координація: відповідальність за надання окремим особам та сім'ям необхідних видів медичної допомоги, а також вимоги гарантій інтеграції послуг ЛЗП у межах всієї системи охорони здоров'я;
- інформаційна основа: клінічні та особисті деталі, що мають бути відомі ЛЗП;
- доступність: надання медичних послуг ЛЗП пацієнтам цілодобово;
- управління ресурсами: стратегічна позиція ЛЗП передбачає адекватний розподіл ресурсів охорони здоров'я.

ЛЗП повинен забезпечити медичну допомогу, що універсально доступна для всіх осіб, комплексна, безперервна, орієнтована на пацієнта, спрямована на родину, узгоджена з іншими видами медико-санітарного забезпечення і створена в межах відповідної адміністративної структури. ЛЗП, серед іншого, вирішує такі завдання:

- першочергова увага приділяється потребі пацієнта в наданні медичної допомоги;
- тривалі міжособистісні взаємини;
- всеосяжна безперервна медична допомога, орієнтована на пацієнта;
- відповідальність за стан здоров'я всіх членів суспільства протягом усього життя;



- відповідальність за боротьбу з факторами, що негативно впливають на стан здоров'я пацієнта;
- люди є партнерами, які беруть участь у вирішенні питань, що стосуються їх особистого здоров'я та здоров'я суспільства;
- робота з соціальними службами;
- надання медико-психологічної допомоги;
- праця з родиною [9].

Запорукою поступу в справі реорганізації ПМСД на цих засадах мають стати постанова Кабінету Міністрів України за №989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» і наказ МОЗ України за №214 від 11.09.2000 р. «Про затвердження плану поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини». Одним із важливих кроків на цьому шляху є затвердження Державної програми реформування ПМСД, що визначає мету, завдання, принципи, форми і методи її організації. Згідно до неї, ланки ПМСД мають забезпечити виконання широкого кола функцій, до яких належать:

- організація та надання кваліфікованої ПМСД населенню в межах гарантованих рівнів та обсягів медичних послуг, затверджених стандартів якості і сучасних медичних технологій, що забезпечують високу медичну, соціальну та економічну ефективність;
- здійснення профілактичної роботи, спрямованої на виявлення ранніх і латентних форм захворювань і факторів ризику, динамічний нагляд за станом здоров'я пацієнтів з проведенням необхідного обстеження та їх оздоровлення;
- забезпечення санітарно-освітньої роботи, спрямованої на гігієнічне виховання населення, оздоровлення умов побуту, праці та відпочинку, раціональне харчування, заняття фізкультурою та спортом, запобігання шкідливим звичкам, захворюванням і травматизму, формування здорового способу життя, навчання пацієнтів основним засобам само- та взаємодопомоги і визначенню їх меж;
- здійснення аналізу стану здоров'я прикріпленого населення для обґрунтування пропозицій щодо розробки цільових програм охорони здоров'я і системи конкретних лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів з оцінкою їх ефективності;
- участь у реалізації цільових комплексних програм з охорони здоров'я населення.

Профілактична робота ЛЗП регламентована «Примірним положенням про ЛЗП/СМ», де визначено основні вимоги, норми навантаження, права й обов'язки лікаря (наказ МОЗ України за №72 від 23.02.2001 р.).

На профілактичну діяльність ЛЗП/СМ у середньому витрачає $16,5 \pm 1,2\%$ робочого часу. Основними профілактичними технологіями, які використовуються ЛЗП/СМ, є санітарно-освітня робота ($87,9 \pm 1,7\%$), формування здорового способу життя ($81,9 \pm 2,1\%$), протирецидивне лікування ($80,2 \pm 2,1\%$) [12].

Відомо, що залучення ЛЗП до заохочення своїх пацієнтів брати участь у суспільних профілактичних програмах сприяє позитивному результату. Це пов'язано з функцією

ЛЗП щодо спостереження за окремими особами протягом тривалого часу, що дає змогу лікарям виявити, чи беруть участь пацієнти у профілактичних програмах, ініційованих органами системи охорони здоров'я. ЛЗП можуть успішно здійснювати профілактичні заходи стосовно серцево-судинних захворювань, гіпертонічної хвороби, раку шийки матки (беручи мазки), раку легенів, проводять роз'яснювальну роботу з приводу вживання тютюнових виробів, алкоголю, наркотиків [4].

Метою профілактичної роботи є забезпечення умов для формування здорового способу життя, зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності та смертності шляхом акцентування роботи лікарів первинної ланки охорони здоров'я, які працюють на засадах загальної лікарської практики, на виконання основних профілактичних складових своєї діяльності.

Організація профілактичної діяльності ЛЗП передбачає організацію його навчання з питань застосування методів, побудованих на принципах доказової медицини [10,13].

Можливість профілактичної допомоги оптимізується хорошими взаєминами між лікарем і пацієнтом. В цих умовах виконання рекомендацій лікаря і повага до нього гарантується. Для ефективної організації профілактичної роботи ЛЗП необхідно проводити заходи також через підлеглий йому медичний персонал.

ЛЗП має використовувати всі види профілактики захворювань. Найціннішою роботою з профілактики, крім первинної або вторинної, є освітні програми з формування здорового способу життя (пропаганда і зміцнення здоров'я) [13].

Масштаби проблеми: «ІХС нині є провідною причиною смерті у всьому світі, її рівень постійно зростає і в досяг сьогодні розмірів пандемії, що не знає меж». Це твердження 2009 року, викладене на сайті ВООЗ [30], не набагато відрізняється від попередження 1969 року, опублікованого тим же ВООЗ: «Найбільша епідемія людства – ІХС – досягла величезних масштабів, вражаючи все більше і більше молодих пацієнтів. Найближчими роками це призведе до того, що людство зіткнеться з найкрупнішою епідемією, якщо ми не зможемо переламати тенденцію, сконцентрувавшись на дослідженні причин виникнення і профілактики ІХС». Другий за значенням прояв ССЗ – інсульт, що є іншою причиною смерті й інвалідизації. З цих причин V рекомендації від Європейських Товариств з профілактики серцево-судинних захворювань, спрямовані на проблему атеросклерозних ССЗ загалом [37].

Пошук літератури для клінічних рекомендацій, спрямованих на серцево-судинну оцінку ризику в клінічній практиці, виявив більше 1900 публікацій з цього питання. Коли їх було оцінено з використанням AGREE (Appraisal of Guide lines Research and Evaluation), то лише сім з них досягли рівня, що вважається рівнем «значної точності». Надто багато настанов і дуже мале їх впровадження в практику [17].

Розрив між найсучаснішими знаннями і їх вживанням у клінічну практику залишається великим, і, як показано в останніх дослідженнях, таких як EUROASPIRE III [22], ЛЗП можуть «потонути» в потоці рекомендацій у цій



широкій області сімейної медицини. Знайти час, щоб читати і виконувати багато настанов, може бути непосильним завданням для ЛЗП.

Група фахівців в основі рекомендацій 2012 р. вирішила обмежити їх розмір до рівня резюме попередніх публікацій. Всі відповідні довідкові матеріали можна знайти на сторінці, присвяченій рекомендаціям з профілактики ССЗ на сайті ЕОК (www.escardio.org/guidelines). На одній сторінці будуть представлені резюме всіх найважливіших рекомендацій, відповідно до системи GRADE, що може сприяти їх використанню в практиці; і кишенькова версія, доступна для щоденної клінічної практики [10].

Ключові положення профілактики серцево-судинних захворювань: ССЗ атеросклерозного генезу, особливо ішемічна хвороба серця, залишаються основною причиною передчасної смерті у всьому світі. ССЗ виникають як у чоловіків, так і у жінок; зі всіх смертей в Європі у віці до 75 років, 42% у жінок і 38% у чоловіків пов'язані з ССЗ. Смертність від ССЗ змінюється: стандартизовані за віком показники знижуються в більшості європейських країн, але залишаються високими в країнах Східної Європи [2].

Профілактика ефективна: зниження смертності від ІХС на 50% пов'язане з дією на чинники ризику і на 40% з поліпшенням лікування. Профілактичні заходи необхідно продовжувати все життя, від народження (якщо не раніше) до глибокої старості.

Вибір проблеми ССЗ може створити враження, що за останніх 40 років нічого не змінилось, але це не так. Навпаки, епідемія була і залишається дуже динамічною і знаходиться під впливом як зміни серцево-судинних чинників ризику, так і ширших можливостей для цілеспрямованих заходів з профілактики і лікування ССЗ. Це призводить до зльотів і падінь серцево-судинної захворюваності і смертності протягом відносно короткого періоду з широкою варіабельністю по всьому світу, у тому числі в країнах, що розвиваються, де нині відбувається основна частина всіх серцево-судинних подій. У різних частинах світу динаміка розвитку епідемії сильно різниться структурою, величиною і часом [26]. У Європі зберігається висока захворюваність: ССЗ залишаються однією з основних причин передчасної смертності і зниження DALYS – суми передчасно померлих і тих осіб, які живуть з цим захворюванням. Загалом, не досить повно оцінюється те, що ССЗ є основною причиною передчасної смерті у жінок: ССЗ викликають 42% всіх смертей у жінок країн Європи і 38% всіх випадків смерті у чоловіків віком до 75 років [16]. Проте відзначено зниження смертності від ІХС і ССЗ при стандартизації за віком у багатьох європейських країнах в період з 1970–1990-х років, з найбільш раннім і вираженим зниженням в розвинених країнах, що свідчить про можливість запобігання передчасної смерті й продовження періоду здорового життя. Проте в деяких країнах Східної Європи рівень смертності від ССЗ і ІХС залишається високим [24].

Нині не існує стандартизованого джерела загальноєвропейських даних про захворюваність на ССЗ. Результати проекту MONICA (інтернаціональний моніторинг тенденцій

і детермінант серцево-судинних захворювань) показали гетерогенні тенденції захворюваності ІХС в Європі в 1980-х і 1990-х роках [32]. Ці показники могли змінитись, результати останніх звітів показали, що захворюваність і смертність від ІХС вирівнялись, особливо в молодших групах [18,33]. Слід також розуміти, що через старіння населення і зниження смертності при гострих коронарних подіях, загальна кількість людей, хворих на ІХС, зростає. У більшості таких пацієнтів захворювання розвивається в похилому віці, що призводить до концентрації захворюваності у літніх пацієнтів і збільшення періоду очікуваної тривалості здорового життя. У базі даних обсерваторії глобального здоров'я ВООЗ (<http://apps.who.int/ghodata/?vid=2510>) наведено дані про сучасні темпи смертності від ССЗ увсьому світі.

Профілактику ССЗ традиційно класифікують на первинну і вторинну, хоча відмінність між ними досить умовна через атеросклеротичний процес, що поступово розвивається. З часів введення рекомендацій Джеффри Роуза (Geoffrey Rose) минули десятиліття, і з'явилися два підходи до профілактики ССЗ: стратегія популяції і стратегія високого ризику [29].

Стратегія популяції спрямована на зниження поширеності ССЗ на рівні популяції за допомогою зміни способу життя і поліпшення екології, що застосовуються в популяції загалом. Ця стратегія дозволяє досягти бажаних результатів шляхом створення спеціальної політики і суспільних втручань. До таких заходів належать заборона куріння і зменшення вживання солі. Перевага полягає в тому, що вони можуть бути корисні населенню, хоча ці заходи слід було б застосовувати індивідуальніше. Вплив такого підходу на загальну кількість серцево-судинних подій у населення може бути значним, оскільки дія спрямована на всіх, і більшість подій відбуваються в значній групі людей помірному ризику.

При стратегії високого ризику превентивні заходи спрямовані на зниження рівня чинників ризику в групі дуже високого ризику, в яку входять особи без ССЗ, але які належать до верхньої частини кривої розподілу загального серцево-судинного ризику, або люди зі встановленими ССЗ. Незважаючи на те, що особи, на яких спрямована зазначена стратегія, отримали користь від профілактичного втручання, вплив цих заходів на рівні всієї популяції обмежений, оскільки людей з таким високим ризиком небагато. Протягом тривалого часу стратегію популяції вважали ефективнішою й економічно вигіднішою порівняно зі стратегією високого ризику. Проте з появою високоєфективних гіполіпідемічних препаратів, поліпшенням програм з відмови від куріння, зниженням вартості антигіпертензивних препаратів ефективність стратегій високого ризику зросла [25]. Вважають, що максимальний профілактичний ефект досягається, коли обидві ці стратегії застосовуються одночасно.

Важливо зазначити, що в останні десятиліття накопичено досить доказів того, що збільшився ризик ССЗ у осіб молодого і дуже молодого віку. Навіть дія чинників ризику ще до народження може впливати згодом на ризик ССЗ [19], як показано в дослідженнях потомства жінок, які були вагітні під час голоду в Голландії під час Другої світової війни [36]. Хоча діти і знаходяться в групі дуже низького абсолютного ризику розвитку



ССЗ, ті з них, які мають відносно високий ризик в порівнянні зі своїми однолітками, залишаються в групі підвищеного ризику розвитку ССЗ в пізнішому віці через поєднання чинників ризику (наприклад, якщо вони знаходяться у верхній частині розподілу чинників ризику в ранньому віці, то залишаються у верхній частині розподілу і згодом) [34].

Отже, здоровий спосіб життя у молодому віці має вирішальне значення, хоча з етичних і інших міркувань до сьогодні не виконували рандомізовані дослідження з оцінкою впливу на розвиток ССЗ, наприклад, шкільні програми з санітарної освіти і дії з відмови від куріння. Крім того, невиправдано мало приділено уваги профілактиці ССЗ у літніх людей. Дослідження показали, що превентивні заходи (наприклад, досягнення цільових цифр АТ і відмова від куріння) ефективні до похилого віку [14,15]. Ці факти свідчать, що профілактику ССЗ необхідно проводити протягом всього життя, а позитивний ефект, наприклад, з впливу на зниження фатальних або нефатальних серцево-судинних подій або поліпшення якості життя, завжди має переважати потенційну шкоду, яку можуть викликати специфічні заходи (у тому числі побічні ефекти лікарських препаратів і психологічні наслідки гіпердіагностики) і витрати, пов'язані з ним.

Основа профілактики – здоровий спосіб життя, зниження впливу традиційних чинників ризику, а також вибіркове застосування кардіопротекторної терапії. Людські й економічні аргументи на користь профілактики ССЗ були недавно встановлені Національним інститутом здоров'я і клінічного досвіду (NICE) [27], і в переважній більшості вони позитивні. Багато комітетів інших країн солідарні з їх думкою [2,20]. Згідно доповіді NICE, популяційний підхід може принести численні вигоди і скорочення витрат.

Більш того, порівняння результатів EUROASPIRE I (1996 г) і EUROASPIRE III виявило, що відсоток людей, які палять, не змінився, і контроль АТ не покращився, незважаючи на ширше вживання антигіпертензивних засобів, тоді як кількість хворих з ожирінням продовжує зростати. З іншого боку, значно покращився контроль рівня ліпідів у крові [22]. У EUROASPIRE III в групу первинної профілактики включені особи високого ризику з безсимптомним перебігом ССЗ. Показники прихильності до рекомендованого способу життя, досягнення цільових показників АТ, рівня ліпідів, глюкози в крові навіть погіршувались [21].

Ці результати зумовили необхідність розробки єдиних комплексних програм за участю самих пацієнтів і сприяння родини. Ефективність і безпеку таких програм показав проект EUROACTION – демонстраційний проект ЕОК, що показує, що рекомендації зі зміни способу життя і цільова робота з чинниками ризику можуть застосовуватись щоденній клінічній практиці як в первинній, так і у вторинній профілактиці [35].

ВИСНОВКИ

Розуміння причин зміни способу життя як окремої людини, так і в популяції, залишається недостатньо вивченим.

Аудит і вивчення найефективніших профілактичних заходів залишається проблемою.

Необхідне продовження подальших досліджень з

профілактики ССЗ, що необхідно починати з раннього віку або навіть до народження.

Не визначено, чи можна повністю уникнути розвитку ССЗ за допомогою профілактичних заходів, або ж лише відстрочити початок їх розвитку.

Існує необхідність ретельного і достовірного опису захворюваності, смертності від ССЗ і загальної смертності у всьому світі.

Існує потреба поглиблення партнерства між медичними працівниками і пацієнтами в спільній профілактичній спрямованості дій.

Надання профілактичної допомоги населенню має бути організована на основі принципів доказової медицини, передового вітчизняного та зарубіжного досвіду.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алма-Атинская декларация // Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / Под ред. Д.Д. Бенедиктова. – М.: Медицина, 1981. – С. 257–267.
2. Коваленко В.М. Сучасні пріоритети і результати розвитку кардіології в Україні / Коваленко В.М. // Український кардіологічний журнал. Додаток. – 2012. – №1. – С. 4–8.
3. Лащук З.В. Роль врачаобщей практики в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Лащук З.В. // Сучасні медичні технології. – 2010. – №3. – С. 123–126.
4. Марчук Н.В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Марчук. – К., 2008. – 24 с.
5. Москаленко В.Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики – інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (аналітичний огляд літератури та власних досліджень) // Журнал Академії медичних наук України. – 2009. – Т.15, №3. – С.516–542.
6. Настанова з кардіології / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОПІОН, 2009. – 1368 с.
7. Определение первичной медицинской помощи / Под ред. Молла С. Дональдсон, Карл Д. Йордан, Катлин Т. Лур, Нил А. Ванселов. – Вашингтон: Изд-во Нац. акад. наук, 1996. – 8 с.
8. Основи законодавства України в галузі охорони здоров'я: Закон України за № 2801-ХІІ від 19.11.1992 (зі змінами та доповненнями) [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
9. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] / За ред. В.М. Князевича; Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2010. – 404 с.
10. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. Рекомендации Европейского общества кардиологов // Российский кардиологический журнал. – 2012. – №4 (96), Приложение 2. – С. 84.
11. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – К.: ПП ВМБ; 2008. – 80 с.
12. Стойко О.Ю. Розробка шляхів оптимізації медико-соціальної технології профілактики тютюнокуріння та оцінка її ефективності: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Ю. Стойко. – К., 2007. – 22 с.
13. Школа здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: Метод. пособие. – М., 2011. – С.137.
14. Bejan-Angoulvant T. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials / Bejan-Angoulvant T., Saadatian-Elahi M., Wright J.M., Schron E.B., Lindholm L.H., Fagard R., Staessen J.A., Gueyffier F. // J Hypertens. – 2010 – №28. – P. 1366–1372.



15. Doolan D.M. Smoking cessation interventions and older adults / Doolan D.M., Froelicher E.S. // *ProgCardiovascNurs.* – 2008. – №23. – P. 119–127.
16. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics. – 2008 edition.
17. Ferket B.S. Systematic review of guidelines on cardiovascular risk assessment: which recommendations should clinicians follow for a cardiovascular health check? / Ferket B.S., Colkesen E.B., Visser J.J., Spronk S., Kraaijenhagen R.A., Steyerberg E.W., Hunink M.G. // *Arch Intern Med.* – 2010. – №170. – P. 27–40.
18. Ford E.S. Coronary heart disease mortality among young adults in the U.S. from 1980 through 2002: concealed level in gofmortality rates / Ford E.S., Capewell S. // *J AmCollCardiol.* – 2007. – №50. – P. 2128–2132.
19. Forsen T. Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study / Forsen T., Eriksson J.G., Tuomilehto J., Osmond C., Barker D.J. // *BMJ.* – 1999. – №319. – P. 1403–1407.
20. Kotseva K. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries / Kotseva K., Wood D., DeBacker G., DeBacquer D., Pyorala K., Keil U. // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2009. – №16. – P. 121–137.
21. Kotseva K. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries / Kotseva K., Wood D., DeBacker G., DeBacquer D., Pyorala K., Reiner Z., Keil U. // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2010. – №17. – P. 530–540.
22. Kotseva K. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries / Kotseva K., Wood D., DeBacker G., DeBacquer D., Pyorala K., Keil U. // *Lancet.* – 2009. – №373. – P. 929–940.
23. Last J.M. *A Dictionary of Epidemiology* / Last J.M., ed. – 4th ed. – New York: Oxford University Press, 2001.
24. Levi F. Mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world: an update / Levi F., Chatenoud L., Bertuccio P., Lucchini F., Negri E., LaVecchia C. // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2009. – №16. – P. 333–350.
25. Manuel D.G. Revisiting Rose: strategies for reducing coronary heart disease / Manuel D.G., Lim J., Tanuseputro P., Anderson G.M., Alter D.A., Laupacis A., Mustard C.A. // *BMJ.* – 2006. – №332. – P. 659–662.
26. Mirzaei M. Coronary heart disease epidemics: not all the same / Mirzaei M., Truswell A.S., Taylor R., Leeder S.R. // *Heart.* – 2009. – №95. – P. 740–746.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence. Prevention of Cardiovascular Disease: Costing Report. 2010. Nice Public Health Guidance 25. – <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13024/49325/49325.pdf>.
28. Painter R.C. Early onset of coronary artery disease after prenatal exposure to the Dutch famine / Painter R.C., deRooy S.R., Bossuyt P.M., Simmers T.A., Osmond C., Barker D.J., Bleker O.P., Roseboom T.J. // *Am J Clin Nutr.* – 2006. – №84. – P. 322–327.
29. Rose G. Sick individual and sick populations / Rose G. // *Int J Epidemiol.* – 1985. – №14. – P. 32–38.
30. Schunemann H.J. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic test and strategies / Schunemann H.J., Oxman A.D., Brozek J., Glasziou P., Jaeschke R., Vist G.E., Williams J.W.Jr, Kunz R., Craig J., Montori V.M., Bossuyt P., Guyatt G.H. // *BMJ.* – 2008. – №336. – P. 1106–1110.
31. SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Risk Estimation and the Prevention of Cardiovascular Disease. A National Clinical Guideline. – 2007. – Report No. 97. – <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>.
32. Tunstall-Pedoe H (World Health Organization). MONICA Monograph and Multimedia Sourcebook. – 2003. – <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>.
33. Vander Stichele C. Is the decline in coronary attack rates level in Flanders? / Vander Stichele C., DeBacquer D., DeHenauw S., Vannoote P., Gevaert S., Populier N., DeBoeck F., DeBacker G. // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2008. – №15, suppl 1. – S1–S31.
34. Vos L.E. Adolescent blood pressure and blood pressure tracking into young adulthood: are they related to subclinical atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Young Adults (ARYA) study / Vos L.E., Oren A., Uiterwaal C., Gorissen W.H., Grobbee D.E., Bots M.L. // *Am J Hypertens.* – 2003. – №16. – P. 549–555.
35. Wood D.A. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial / Wood D.A., Kotseva K., Connolly S., Jennings C., Mead A., Jones J., Holden A., DeBacquer D., Collier T., DeBacker G., Faergeman O. // *Lancet.* – 2008. – №371. – P. 1999–2012.
36. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. – 2002. – Report No. 916.
37. World Health Organization, Regional Office for Europe. The Prevention and Control of Major Cardiovascular Diseases. Report of a Conference. – 1973. – Report No. Euro 8214.

Відомості про автора:

Курочка В.Л., к. мед. н., доцент каф. соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

Поступила в редакцію 04.10.2012 г.