

УДК 616.1:005.951:005.52

Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні: сучасний погляд на проблему

Д.Д. Дячук, Г.З. Мороз, І.М. Гідзинська, Т.С. Ласиця

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *серцево-судинні захворювання, артеріальна гіпертензія, фактори ризику, заходи профілактики*

На початку 80-х років минулого століття Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила програму профілактики хронічних неінфекційних захворювань – Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention (CINDI). Метою програми була підтримка комплексних стратегій профілактики, спрямованих на корекцію факторів ризику (ФР) – тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності, зловживання алкоголем та психоемоційного стресу [11]. На початку XXI століття, на основі узагальненого досвіту CINDI, ВООЗ було прийнято стратегію запобігання хронічним захворюванням в Європі, яка базувалася на комбінації заходів щодо зниження індивідуального та популяційного ризику, раціонального використання можливостей національних систем охорони здоров'я та збільшення ролі первинної медичної допомоги [11]. Складові стратегії зазнали подальшого розвитку в затвердженій 27 травня 2013 р. Резолюції ВООЗ № 66.10, якою визначено глобальний план дій щодо профілактики основних неінфекційних захворювань на 2013–2020 рр. Основою профілактики захворювань, зокрема серцево-судинних (ССЗ), визнано концепцію ФР, тому в документі велику увагу приділено моніторингу ФР та впровадженню заходів щодо їх контролю [50].

В Україні одним із провідних закладів охорони здоров'я, що працює над реалізацією програми профілактики ССЗ, є ННЦ «Інститут кардіоло-

гії імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України [19]. У цій установі лабораторією популяційних досліджень з 1980 р. проводяться обстеження щодо поширеності ФР ССЗ серед населення України (18–64 роки), з 1994 р. вони проходять у рамках виконання в Україні міжнародної програми CINDI [20]. У 2009–2013 рр. спільними зусиллями ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та ФДУ «Державний науково-дослідницький центр профілактичної медицини» МОЗ Російської Федерації було реалізовано спільний проект українсько-російського дослідження 20 ФР у міській популяції Дніпропетровська (сьогодні – м. Дніпро) віком 30–69 років [29]. Крім цього, інформація щодо поширеності окремих ФР міститься у звітах Державної служби статистики України.

За результатами проведених в Україні епідеміологічних досліджень, провідним ФР, який має максимальний вплив на рівень смертності як чоловічого, так і жіночого населення, є артеріальна гіпертензія (АГ) [3]. Стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції в Україні у 2010 р. становив 29,6 %. У сільській популяції поширеність АГ була вищою – 36,3 % [3]. За результатами 35-річного моніторингу, який проводиться лабораторією популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, поширеність АГ

у чоловічій популяції м. Києва (18–64 роки) залишається практично незмінною з 1980 р., у 2015 р. вона становила 27,6 %. За період моніторингу зафіксовано зменшення серед осіб чоловічої статі поширеності АГ 1-го ступеня (з 61,1 до 45,6 %) та збільшення поширеності АГ 2-го ступеня (з 23,5 до 38,2 %), частка осіб з АГ 3-го ступеня суттєво не змінилася – 15,4–16,2 % [20]. Популяційні дослідження, проведені у 2009–2013 рр. у м. Дніпро, виявили більшу поширеність АГ серед міського населення віком 30–69 років – 45,7 %: 37,6 % серед обстеженого контингенту чоловіків та 52,8 % – серед жінок [29]. У жіночій когорті міської популяції м. Дніпро (n=532, вік 30–69 років) поширеність АГ у віковій групі 30–39 років становила 34,0 %, 40–49 років – 31,5 %, 50–59 років – 64,8 %, 60–69 років – 69,7 % [30].

Аналогічне підвищення поширеності АГ з віком у міського населення зареєстровано також для жителів м. Києва: серед чоловіків – від 1 % у віковій групі 18–24 роки до 66 % у групі 55–64 роки, серед жінок – від 5 % (25–34 роки) до 76 % (55–64 роки) [4]. При дослідженні поширеності ФР ССЗ, яке було проведено у 2008 р. ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» з використанням стандартизованого опитувальника CINDI, виявлено, що поширеність АГ у міській популяції Харкова (35–65 років) становить 45,6 %: у жіночій популяції – 47,3 %, у чоловічій – 44,1 %; також спостерігається зростання поширеності АГ з віком – від 27,6 % у віковій групі 40–49 років до 57,6 % у осіб віком 60 років та старших [46].

За результатами опублікованого у 2013 р. стандартизованого обстеження 1455 сільських мешканців Івано-Франківської та Полтавської областей віком від 18 до 64 років, АГ виявлено у 36,3 % із них (у 38,6 % чоловіків і 35,9 % жінок). У структурі АГ переважала АГ 1-го ступеня, питома вага якої становила 51,1 %, АГ 2-го ступеня визначалася у 35,4 %, АГ 3-го ступеня – у 13,5 % осіб з підвищеним АТ. Частота ізольованої систолічної АГ серед осіб з АГ в обстеженій популяції становила 20,9 % [5]. За даними статистики, у 2015 р. порівняно з 2014 р. поширеність АГ серед населення України збільшилася на 0,8 %, зокрема серед осіб працездатного віку – на 3,2 %, і становила відповідно 29735,4 та 18521,5 на 100 тис. населення, захворюваність – зменшилася на 2,8 %, в осіб працездатного віку – на 1,83 % і становила відповідно 2004,9 та 1589,1

[17]. Результати проведених досліджень засвідчили, що АГ є провідним ФР розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) в українській популяції: за даними міжнародного реєстру CLARIFY, АГ виявлена у 78 % пацієнтів зі стабільною ІХС [27].

Важливою проблемою в Україні, як і у світі в цілому, залишається недостатній рівень корекції підвищеного артеріального тиску (АТ). За підсумками виконання Державної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, виявлено, що серед пацієнтів, які знали про наявність у них АГ, антигіпертензивні препарати приймали у 2000 р. 28,9 %, у 2005 р. – 48 %, у 2010 р. – 37,5 % пацієнтів. Рівень досягнення цільового АТ становив 15 % у міській популяції, у жителів села менше – 8 % [36, 37]. За опублікованими у 2013 р. результатами обстеження сільських мешканців Івано-Франківської та Полтавської областей, віком від 18 до 64 років, знали про наявність АГ 63,0 % осіб, приймали антигіпертензивні препарати 30,9 %, досягали цільового рівня АТ на тлі лікування 10,5 % [5]. Реалізація Державної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2010 рр.) обумовила покращення діагностики та статистичного обліку АГ, збільшення обізнаності населення щодо АГ, частки охоплення лікуванням, поліпшення контролю АТ, що привело до зменшення кількості інсультів та достовірного зростання тривалості життя хворих на АГ – з 71,3 до 73,2 року [36, 38]. Однак, як було визначено на нараді головних спеціалістів-кардіологів МОЗ України, що проходила в березні 2014 р., після закінчення реалізації Програми в Україні спостерігається тенденція до зростання кількості інсультів, особливо в осіб працездатного віку [44]. Таким чином, значна поширеність АГ та недостатній контроль АТ потребують особливої уваги медичних фахівців усіх рівнів медичної допомоги. Одним із шляхів підвищення ефективності лікування хворих на АГ у нашій країні є подолання лікарської інерції щодо переходу від монотерапії до комбінованої антигіпертензивної терапії та активне залучення пацієнтів до участі в лікуванні [39].

Результати дослідження EUROASPIRE IV, проведеного Європейським товариством кардіологів у 2014–2015 рр. у 14 європейських регіонах, зокрема в Україні, підтверджують це положення. Запровадження стандартизованих підходів щодо лікування АГ та залучення пацієнтів дозволило досягти цільових рівнів АТ на тлі антигіпертензив-

ної терапії у 38 % пацієнтів з високим ризиком чоловічої статі і 47 % – жіночої статі [23]. Середній по групі рівень систолічного АТ серед українських учасників дослідження становив 131,1 мм рт. ст., діастолічного – 81,1 мм рт. ст. [24]. Досвід впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на АГ у ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС також свідчить про ефективність такого підходу: частка пацієнтів, які брали участь у комплексній програмі впровадження локального протоколу медичної допомоги і досягли цільового рівня АТ, становила 83,1 % [18].

Поширеним залишається в Україні і такий значущий ФР, як тютюнокуріння. За результатами проведених досліджень, у міській популяції м. Дніпро (30–69 років) поширеність тютюнокуріння становила в середньому 24,2 %: 36,8 % серед чоловіків та 13,1 % серед жінок [29], у міській популяції м. Києва (18–64 роки) станом на 2010 р. – 45 % серед чоловіків та 20 % серед жінок [4]. Поширеність тютюнокуріння знижувалася з віком: у чоловіків м. Києва – з 59 % у віковій групі 18–24 роки до 29 % у 55–64 роки, у жінок – з 38 до 6 % [4], у чоловіків м. Дніпро – з 47,3 % у віковій групі 30–39 років до 20,5 % у групі 60–69 років, у жінок – з 18,1 до 5,03 % [29]. Епідеміологічні дослідження засвідчили, що в чоловічій популяції м. Києва спостерігається зменшення поширеності тютюнокуріння за 35-річний період спостереження – з 49,9 % у 1980 р. до 35,2 % у 2015 р. Найбільш виражене зменшення реєструється з 2005 р. у всіх вікових групах, максимально – у групі 18–29 років – з 60,3 % у 1980 р. до 30,4 % у 2015 р. [20, 22].

У щорічному звіті Державної служби статистики України «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 р.)» наведено інформацію щодо поширеності тютюнокуріння серед населення України віком ≥ 12 років за результатами стандартизованого опитування 9142 домогосподарств (за винятком домогосподарств, які проживають на тимчасово окупованій території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частині зони проведення антитерористичної операції) [14]. За інформацією звіту, кількість курців у 2015 р. становила 6,2 млн осіб, поширеність куріння – 18,4 %, що на 2,5 % менше, ніж у 2014 р. Загалом за сім років – з 2008 до 2015 – поширеність

куріння скоротилася на 7,2 % (з 25,6 до 18,4 %). Аналіз темпів скорочення показав, що вони були вищими серед осіб старшого віку, хоча в попередні роки вищі темпи скорочення куріння спостерігалися серед молоді віком 18–29 років. За результатами звіту, відзначено негативну тенденцію щодо зростання поширеності тютюнокуріння серед підлітків (14–17 років) – з 2 % у 2012–2014 рр. до 2,9 % у 2015 р. За результатами моніторингу GATS (Global Adult Tobacco Survey), станом на 2017 р. в Україні курять 23,0 % дорослого населення (орієнтовно 8,2 млн осіб) – 39,6 % дорослих чоловіків та 8,85 % жінок, з них 20,1 % (7,2 млн) – курять щоденно (35,9 % чоловічого населення та 7,0 % – жіночого), з них 90,5 % – 10 та більше цигарок щоденно (середня кількість цигарок на день становить 17,1: 18,2 – у чоловіків та 12,6 – у жінок). Приблизно 69,2 % осіб, що курять щоденно, запалюють першу цигарку упродовж 30 хв після пробудження, 60,4 % курців розпочали курити у віці до 18 років, серед щоденних курців вікової групи 18–34 роки середній вік початку тютюнокуріння – 16,8 року. За період з 2010 до 2017 рр. в Україні зареєстровано зменшення кількості курців на 19,7 % – з 28,4 до 23,0 %, переважно за рахунок осіб чоловічої статі – з 49,9 до 40,1 %, та зменшення кількості тих, хто курить щоденно, на 19,8 %, також переважно серед чоловіків [53, 55].

Результати моніторингу GATS свідчать також про інші позитивні зміни щодо впровадження в українській популяції заходів з доведеною ефективністю для боротьби з тютюнокурінням – зменшення частки осіб, що страждають від пасивного тютюнокуріння в побуті, на робочому місці та в громадських місцях, зменшення частки популяції, якій пропонують рекламу тютюнових виробів, зменшення доступності тютюнових виробів унаслідок цінової політики, збільшення поінформованості населення щодо негативного впливу тютюнокуріння на стан здоров'я [53]. Так, кількість дорослих осіб, які підпадають під вплив пасивного тютюнокуріння на робочому місці, зменшилася з 31,9 до 14,3 %, вдома – з 22,9 до 13,0 %, у ресторанах та кафе – з 62,1 до 24,0 %. Інформацію щодо негативного впливу тютюнокуріння на стан здоров'я упродовж 30 днів, що передували опитуванню, отримали 52,7 % респондентів: 37,3 % – по телебаченню, 19,7 % – на постерах у закладах охорони здоров'я, 16,3 % – на рекламних щитах. Зменшилася кількість курців, які вважають, що цигарки відрізняються за

ступенем їх негативного впливу на здоров'я, – з 16,2 до 11,5 %. На застережні написи на упаковках цигарок звернули увагу 92,2 % опитаних, 54,0 % з них вказали, що це змусило їх задуматися про відмову від тютюнокуріння; 92,7 % опитаних вважали, що тютюнокуріння призводить до розвитку захворювань, 85,5 % були поінформовані щодо негативних наслідків пасивного тютюнокуріння, 53,7 % – щодо негативного впливу куріння кальяну, однак 11,5 % вважали, що існують менш шкідливі види цигарок. Серед опитаних, які впродовж останніх 12 місяців відвідали лікаря, 49,2 % медичним персоналом було поставлено запитання щодо статусу тютюнокуріння і 39,4 % було надано пораду кинути курити, але цей показник з 2010 р. статистично значуще не змінився. Вважали правильною заборону куріння в громадських місцях, зокрема ресторанах та кафе, 81,3 % опитаних. З урахуванням рівня інфляції, з 2010 р. ціна однієї упаковки цигарок зросла на 68,4 %, у випадку подальшого подорожчання тютюнових виробів 21,0 % опитаних збиралися кинути курити, а 25,8 % – зменшити тютюнокуріння.

Серед негативних тенденцій, виявлених при проведенні опитування в рамках моніторингу GATS, – відсутність в Україні доступних або безкоштовних програм допомоги у відмові від тютюнокуріння, зменшення частки осіб, що мають намір кинути курити, наявність фактів тютюнокуріння в громадських місцях, наявність фактів реклами тютюнових виробів, незважаючи на її заборону [53]. Загалом про своє бажання кинути курити заявили 62,5 % курців, з них 6,7 % були готові кинути впродовж наступного місяця. Упродовж 12 місяців, що передували опитуванню, 39,2 % курців робили спробу кинути курити, з них 6,2 % використовували нікотинозамісну терапію, 5,3 % – ресурси інтернету, 3,2 % – немедикаментозні заходи, 2,3 % – засоби, що не містили нікотину, 2,1 % – отримали спеціалізоване консультування, а 72,2 % спробували кинути курити без будь-якої сторонньої підтримки. Електронні цигарки використовують на постійній основі 1,7 % дорослих. У 2017 р. в Україні було створено Сервіс з надання допомоги у припиненні куріння, інформацію розміщено на веб-сайті, є можливість отримання консультації телефоном [45].

Потребує уваги значна поширеність тютюнокуріння у хворих на ССЗ в українській популяції. Серед пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли

до міжнародного реєстру CLARIFY, лише менше половини (46,07 %) ніколи не курили. На момент залучення до реєстру курили 13,5 % учасників, а 40,4 % з них курили в минулому [27]. Серед 643 пацієнтів з ІХС, яким було проведено плану або ургентну реваскуляризацію і які були обстежені в рамках дослідження EUROASPIRE IV, поширеність тютюнокуріння становила 28 %, при цьому 13 % опитаних не мали наміру відмовитися від цієї звички після проведення втручання [24]. Серед пацієнтів віком 40 років і старших, які звернулися до лікаря з причини недосягнення цільового АТ, поширеність тютюнокуріння становила 29,9 % [35]. Таким чином, незважаючи на позитивні тенденції щодо поширеності куріння, актуальним залишається питання щодо виявлення лікарями осіб, які мають цю звичку, та проведення профілактичного консультування щодо її припинення.

Значний вплив на розвиток серцево-судинної патології в населення України має дисліпідемія. Стандартизоване обстеження мешканців м. Києва (18–64 роки) показало, що у 2010 р. поширеність гіперхолестеринемії становила 46 % серед осіб чоловічої статі та 61 % – жіночої, при цьому в 16 % чоловіків та 18 % жінок рівень загального холестерину (ЗХС) перевищував 6,2 ммоль/л. Підвищений рівень тригліцеридів (ТГ) визначено у 11 % чоловіків та 8 % жінок, рівень ТГ, що становив 2,3 ммоль/л та більше, виявлено у 2 % чоловіків та 1 % жінок. Зниження рівня холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) виявлено у 27 % чоловіків та 28 % жінок [6]. За результатами 35-річного моніторингу, поширеність гіперхолестеринемії в чоловічій популяції м. Києва (18–64 роки) зросла з 46,7 % у 1980 р. до 60,3 % у 2015 р., переважно – за рахунок осіб, у яких рівень ЗХС становив $\geq 6,2$ ммоль/л, – з 17,8 до 27,4 %. Частка осіб з помірно підвищеним рівнем ЗХС (5,0–6,19 ммоль/л) збільшилася з 28,9 до 32,2 %. Спостерігалось також збільшення частки осіб чоловічої статі, в яких рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) становив $\geq 4,2$ ммоль/л, – з 24,3 до 58,2 %, осіб з рівнем ТГ $\geq 2,1$ ммоль/л – з 8,0 до 15,0 %, та деяке зменшення кількості осіб з рівнем ХС ЛПВЩ $< 1,0$ ммоль/л – з 15,5 до 15,3 %. Серед осіб з дисліпідемією 48,9 % становили випадки ізольованого підвищення рівня ЗХС, 7,1 % – ЗХС і ТГ, 12,7 % – підвищення ЗХС і ТГ та зниження ХС ЛПВЩ [21]. Проведені досліджен-

ня засвідчили, що поширеність гіперхолестеринемії в чоловічій популяції м. Києва зростає з віком – з 43,2 % у віковій групі 18–29 років до 76,2 % серед осіб віком 40 років і старших [21]. Аналогічне підвищення поширеності гіперхолестеринемії з віком спостерігається також у міській популяції м. Дніпро: у чоловіків – з 56,8 % у групі 30–39 років до 69,8 % у групі 50–59 років, у жінок – із 45,2 % у групі 30–39 років до 86,0 % у групі 60–69 років, або з $(59,9 \pm 2,5)$ % у репродуктивному віці до $(83,7 \pm 1,0)$ % у період менопаузи [30]. Загалом поширеність гіперхолестеринемії в міській популяції м. Дніпро становила 69,4 %: у чоловіків – 62,3 %, у жінок – 71,3 % [29].

Зниження рівня ХС ЛПВЩ (менше 1,0 ммоль/л у чоловіків та менше 1,3 ммоль/л у жінок) відзначено у 18,3 % обстежених (у 10,4 % осіб чоловічої статі та 24,6 % – жіночої); гіпертригліцеридемію – у 31,7 % (35,6 % чоловіків, 26,2 % жінок); підвищення рівня ХС ЛПНЩ $> 3,0$ ммоль/л – у 68,1 % (чоловіки – 68,1 %, жінки – 66,0 %). Як і для гіперхолестеринемії, зареєстровано збільшення поширеності цих ФР з віком: для гіпертригліцеридемії – з 29,0 % у віці 30–39 років до 33,8 % у віці 50–59 років у чоловіків та з 13,0 до 39,7 % – у жінок, для ХС ЛПВЩ – з 10,7 до 11,9 % у чоловіків, з 22,0 до 24,0 % – у жінок, для ХС ЛПНЩ – з 65,9 до 71,9 % у чоловіків, з 43,6 до 75,8 % – у жінок [29, 30]. Визначається висока поширеність дисліпідемії серед пацієнтів з АГ та ІХС: гіперхолестеринемію виявлено у 44,7 % сільських жителів з АГ [5], у 76,5 % пацієнтів віком ≥ 40 років з АГ, які звернулися до лікаря з причини недосягнення цільового АТ [35], та у 76,19 % пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY [27]. За результатами проведеного у 2010 р. стандартизованого обстеження мешканців м. Києва (18–64 роки), гіперхолестеринемію виявлено у 69 % пацієнтів з діагностованою ІХС, а гіпертригліцеридемію – у 21 % таких хворих [6]. Результати опублікованих досліджень свідчать також про низький рівень поінформованості більшості населення України щодо гіперхолестеринемії та низький ступінь корекції порушень ліпідного обміну в пацієнтів з високим ризиком. Так, за результатами обстеження міської чоловічої популяції м. Києва у 2015 р., знали про вплив дисліпідемії на ризик розвитку ССЗ 27,9 % опитаних, більш високий рівень поінформованості (62,6 %) зареєстро-

вано в осіб віком понад 60 років. Лише 28,0 % осіб зі стенокардією напруження та інфарктом міокарда в анамнезі приймали статини, з них лише у 20,0 % рівень ЗХС становив менше 5,0 ммоль/л, і у 6,0 % рівень ХС ЛПНЩ становив менше 2,5 ммоль/л [21]. Серед осіб чоловічої статі з високим ризиком розвитку ССЗ статини приймали 4,0 % опитаних [21].

Опубліковані у 2011 р. результати проведеного в Україні дослідження ПРЕСТИЖ показали, що серед пацієнтів з ІХС лише 18,5 % досягли рівня ЗХС менше 4,5 ммоль/л і лише 23 % – рівня ХС ЛПНЩ менше 2,5 ммоль/л [28]. Автори дослідження вважають, що недостатня ефективність ліпідознижувальної терапії в дослідженні ПРЕСТИЖ пов'язана з використанням низьких доз препаратів (середня доза симвастатину становила 19,8 мг/добу) та з нерегулярним прийомом статинів пацієнтами [28]. Низьку ефективність терапії статинами зареєстровано також серед українських пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY: статини було призначено у 96 % випадків, однак середній по групі рівень ХС ЛПНЩ становив 3,0 ммоль/л, що перевищувало цільовий рівень (менше 2,5 ммоль/л) та рівень, досягнутий у загальній популяції CLARIFY, – 2,4 ммоль/л [27]. Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV 60 % знали свій рівень ЗХС, однак досягнуті на тлі лікування рівні ЗХС (4,83 ммоль/л) та ХС ЛПНЩ (2,93 ммоль/л) були значно вищими, ніж досягнуті серед учасників з інших європейських країн. Рівень ХС ЛПНЩ був вищим за цільовий (1,8 ммоль/л) у 88 % українських пацієнтів [24]. Таким чином, існує необхідність підвищення поінформованості населення України щодо впливу дисліпідемії на розвиток ССЗ та заходів медикаментозної і немедикаментозної корекції цього ФР.

У сучасних умовах спостерігається негативна динаміка щодо зростання кількості осіб з комбінацією кількох ФР. Зокрема, впродовж 35-річного періоду спостереження за чоловічою популяцією м. Києва частка обстежених з одним ФР зменшилася в 2,6 рази, а частка чоловіків із поєднанням трьох та більше ФР зросла майже в 5 разів [20]. Комбінацію АГ та гіперхолестеринемії виявлено у 67 % обстежених, АГ та гіпертригліцеридемії – у 20 %, АГ та тютюнокуріння – у 23 % [21]. Комбінацію трьох ФР, які є складовими шкали оцінки ризику SCORE (АГ, гіперхолестери-

немія та тютюнокуріння), виявлено у 7 % чоловіків та 1 % жінок [7].

Доведеним ФР розвитку ССЗ є цукровий діабет (ЦД). Частота виявлення ЦД в Україні зросла з 1,8 % у 2009 р. до 2,9 % у 2012 р. Кількість хворих на ЦД наприкінці 2012 р. досягла 1,3 млн осіб [48], на кінець 2013 р. вона становила 1,38 млн, наприкінці 2014-го – 1,197 млн осіб. Поширеність ЦД на кінець 2013 та 2014 р. становила 3342,4 та 2790,7 на 100 тис. населення – відповідно 2,8 та 3,3 % [16]. Зменшення кількості хворих на ЦД наприкінці 2014 р. в Україні може бути обумовлено складнощами щодо збору статистичних даних у регіонах антитерористичної операції та відсутністю інформації по АР Крим. Результати епідеміологічних досліджень свідчать про те, що реальна кількість таких хворих може бути вищою у 2–2,5 разу – за рахунок не діагностованих випадків хвороби – при цільовому обстеженні окремих контингентів населення виявлено значно вищі показники. Так, серед міської популяції м. Дніпро (30–69 років) поширеність ЦД становила 8 %: 7,9 % у чоловіків та 8,1 % у жінок. При цьому порушення толерантності до глюкози виявлено у 28,0 % обстежених: 38,9 % чоловіків та 19,1 % жінок [29, 30]. Поширеність ЦД 2-го типу в міській популяції Харкова (35–65 років) становила 10,8 %: 11,3 % серед чоловічої популяції та 10,5 % серед жіночої [46]. Спостерігається зростання поширеності ЦД 2-го типу з віком, зокрема в міській популяції Харкова – від 6,5 % у віковій групі 40–49 років до 13,6 % у осіб ≥ 60 років [46], у жіночій популяції м. Дніпро – від $(0,5 \pm 0,1)$ % у жінок репродуктивного віку до $(7,6 \pm 1,6)$ % у жінок у період постменопаузи. В обстеженій жіночій популяції м. Дніпро виявлено аналогічні зміни і щодо поширеності порушень толерантності до глюкози – від $(14,5 \pm 3,8)$ % у віковій групі 30–39 років до $(21,4 \pm 3,7)$ % 60–69 років, або від $(15,4 \pm 3,5)$ % у жінок репродуктивного віку до $(22,8 \pm 3,1)$ % у жінок у період постменопаузи. В осіб чоловічої статі змін поширеності порушення толерантності до глюкози з віком не відзначено, хоча частота виявлення гіперінсулінемії зростала з віком як у жінок, так і у чоловіків: у жінок – від 46,8 % у віковій групі 30–39 років до 54,8 % – у групі 60–69 років, у чоловіків – від 31,9 до 46,7 % [29, 30].

За прогнозами, до 2025 р. захворюваність на ЦД в Україні досягне 10,8 %, в Європейському регіоні – 9,1 % [49]. Проблемним питанням залишається контроль ЦД. Наказом МОЗ України від

21 грудня 2012 р. № 1118 в Україні затверджено Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу. Індикатором якості надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів є частка пацієнтів, що перебувають під диспансерним наглядом лікаря, яким було визначено рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) принаймні 1 раз протягом звітного періоду [32, 43]. У 2013 р. цей показник становив у середньому по Україні 16,3 %. У 25,3 % з цих пацієнтів рівень HbA1c становив < 7 %, а у 47,0 % він перевищував 9 % [12]. Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV лише у 32 % пацієнтів із ЦД (33 % чоловіків і 29 % жінок) рівень HbA1c становив $< 6,5$ % [23], хоча 23 % знали про наявність у них ЦД, а 57 % – свій рівень глікемії [24].

Поширеність порушень ліпідного обміну та захворюваність на ЦД 2-го типу в значній частки пацієнтів пов'язана з проблемою надлишкової маси тіла (МТ) та ожиріння [31]. Результати стандартизованого обстеження мешканців м. Києва (18–64 роки), проведеного у 2010 р., засвідчили наявність надлишкової МТ (індекс МТ 25–29,9 кг/м²) у 35 % чоловіків та 24 % жінок, ожиріння – у 15 та 28 % відповідно [8]. За результатами обстежень 2016 р., поширеність надлишкової МТ у чоловічій популяції м. Києва (18–64 роки) становила 33,8 %, ожиріння – 19,7 % [20]. Дослідження, проведені в інших містах України, теж підтвердили значну поширеність цього ФР. Поширеність надлишкової МТ у міській популяції Харкова (35–65 років) становила 41,4 %: у жіночій популяції – 48,2 %, у чоловічій – 30,5 % [46]. У міській популяції м. Дніпро (30–69 років) надлишкову МТ виявлено у 42,3 % чоловіків та 36,4 % жінок, ожиріння I, II та III ступеня – відповідно у 20,0; 6,3 та 1,0 % чоловіків та у 23,4; 8,7 та 1,4 % жінок [29]. При цьому абдомінальне ожиріння за критеріями АТР-III виявлено у 46,8 % обстежених (37,0 % чоловіків та 56,6 % жінок), за критеріями IDF – у 72,8 % (62,3 % чоловіків та 77,3 % жінок) [29]. У міській популяції м. Дніпро (30–69 років) частота виявлення АГ у осіб з абдомінальним ожирінням становила: при оцінці за критеріями АТР-III – 63,6 % у жінок та 47,3 % у чоловіків, за критеріями IDF – відповідно у 57,2 та 44,1 % [31].

За даними обстежень, проведених лабораторією популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, спостерігається тенденція до зростання

поширеності надлишкової МТ та ожиріння з віком, паралельно зі збільшенням поширеності порушень ліпідного обміну та розвитком АГ – частка виявлення комбінованої дисліпідемії зростала від 7,9 % при нормальній МТ до 44,4 % при ожирінні III ступеня, поширеність АГ становила 29,8 % в осіб з нормальною МТ та 75,0 % – в осіб з ожирінням II та III ступеня [9]. У міській популяції м. Дніпро (30–69 років) у жінок репродуктивного віку ((39,7±0,4) року) середній індекс МТ становив (26,7±0,5) кг/м², у жінок у період постменопаузи ((57,6±0,3) року) – (29,4±0,4) кг/м², нормальна МТ (індекс МТ < 24,9 кг/м²) виявлена у (41,6±4,7) % жінок дітородного віку та у (18,6±3,2) % жінок у період постменопаузи, абдомінальне ожиріння за критеріями IDF виявлено відповідно у 64,3 та 90,3 % з них [30]. Серед сільських жителів надлишкова МТ виявлена у 35 % чоловіків та 32 % жінок, ожиріння – відповідно у 18 та 36 %. Зареєстровано позитивну кореляцію між надлишковою МТ та/або ожирінням і рівнем АТ, вмістом ЗХС і ТГ у плазмі крові та наявністю ЦД 2-го типу: за результатами обстеження 2005 р. частота АГ становила 12 % в осіб з нормальною МТ, 40 % – з надмірною МТ та 59 % – в осіб з ожирінням [9]. Серед сільських жителів з АГ надлишкову МТ виявлено у 34,9 % чоловіків і 29,1 % жінок, ожиріння – у 46,4 та 61,6 % [5]. Останніми роками спостерігаються деякі позитивні зміни – упродовж 30-річного періоду спостереження у міській популяції м. Києва середній індекс МТ зменшився на 0,2 кг/м² у чоловіків та на 2,1 кг/м² – у жінок [8, 20].

Наявність або відсутність ожиріння значною мірою визначається такими складовими поведінки, як характер харчування та рівень фізичної активності (ФА). Характер харчування має доведений вплив на розвиток ССЗ – як через модифікацію таких ФР, як АГ, дисліпідемія, розвиток ЦД 2-го типу та ожиріння, так і за рахунок інших механізмів. Популяційних досліджень щодо характеру харчування населення України (таких як щодо АГ або тютюнокуріння) не проводили, існують лише окремі роботи, що базуються на інформації Державної служби статистики за результатами опитування домогосподарств. За результатами дослідження, проведеного Державним науково-дослідним центром з проблем гігієни харчування МОЗ України, результати якого були оприлюднені у 2008 р., фактичне харчування дорослого населення характеризувало-

ся певними особливостями, які мали негативний вплив на розвиток ССЗ: надлишкову енергетичну цінність раціонів визначено у 38,4 % осіб, надлишковий вміст жирів у раціонах – у 27,9 %, у вуглеводній квоті раціону значну кількість – на 37 % вище рекомендованого – становили прості вуглеводи. У цілому харчування працездатного населення характеризувалося підвищеним рівнем споживання висококалорійних продуктів харчування з низькою біологічною цінністю – виробів з борошна вищого ґатунку, картоплі, кондитерських виробів – і недостатнім споживанням продуктів з високою біологічною цінністю, зокрема, риби, овочів і фруктів. Найбільший дефіцит споживання фруктів та овочів спостерігався в зимово-весняний період та досягав 64,2 % [1]. У цілому у 2008 р. населення України споживало значно менше основних продуктів (м'ясо-, молокопродуктів, риби, фруктів), ніж у країнах ЄС при надмірному споживанні жирів (зокрема, насичених жирів), цукру та кухонної солі [13]. Аналіз динаміки складових раціону населення України за 20 років (з 1990 до 2010 р.), проведений за даними Держкомстату [42], показав, що в середньому у 2010 р. споживання на добу становило м'яса – 104 г, хліба та хлібопродуктів – 302 г, молока та молочних продуктів – 566 г. Було визначено позитивні тенденції щодо збільшення споживання риби – з 15 до 19 г на добу, фруктів та ягід – з 114 до 126 г, овочів та баштанних – з 230 до 322 г, рослинних олій – з 27 до 41 г на добу, а також зменшення споживання цукру – з 96 до 87 г і картоплі – з 274 до 254 г на добу [40]. Спостерігали також зниження калорійності середньодобового раціону (з 2956 до 2570 ккал) за рахунок зменшення вживання: жирів – на 9,3 %, вуглеводів – на 10,9 % та білків – з 110 до 78 г на добу, зокрема тваринних білків – з 57 до 36 г на добу. За даними авторів дослідження, амінокислотний склад продуктів харчування у 2010 р. залишався, в основному, збалансованим за вмістом основних амінокислот (треонін, лейцин, ізолейцин, лізин та фенілаланін), окрім триптофану – 0,9 при нормі 1,0, метіоніну – 1,5 при нормі 2–4, та валіну – 3,8 при нормі 4, основним джерелом яких є молоко та молочні продукти [40]. Спостерігається також позитивна тенденція щодо зростання вмісту в раціоні жителів України мононенасичених та поліненасичених жирних кислот, в основному внаслідок збільшення вживання рослинних олій (з 36 до 47 г на добу) при зменшенні споживання

жирів (з 108 до 98 г на добу), хоча співвідношення між мононенасиченими та поліненасиченими жирними кислотами і не відповідає рекомендаціям ВООЗ [40].

Результати анкетного опитування сільських мешканців Івано-Франківської та Полтавської областей, опубліковані у 2013 р., засвідчили, що для осіб з підвищеним АТ притаманне надмірне споживання жирів, особливо тваринного походження, незбалансованість жирних кислот у складі жирів (співвідношення поліненасичених жирних кислот до насичених кислот становить 0,6 замість рекомендованих 1,0) та надмірне вживання цукру [5].

Упродовж останніх років збільшилася обізнаність населення України щодо здорового харчування. Зокрема, позитивні зміни щодо поширеності надлишкової МТ й ожиріння серед жителів м. Києва пов'язують зі змінами в харчуванні – зменшенням енергетичної цінності добового раціону, зменшенням вживання тваринних жирів та простих вуглеводів і збільшенням вживання фруктів та овочів [4, 9]. Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV визначено високу частку хворих, що внесли зміни до раціону свого харчування з метою наближення його до здорового: 82 % знизили кількість вживання кухонної солі, 92 % – жирів, 89 % – змінили співвідношення жирних кислот у раціоні, 77 % знизили вживання цукру, 75 % – алкоголю, 80 % – зменшили калорійність добового раціону, 89 % збільшили вживання овочів та фруктів та 81 % – вживання риби [24].

Одним з найбільш поширених ФР в українській популяції є гіподинамія. За опублікованими у 2010 р. результатами дослідження, 38 % чоловіків і 54 % жінок ведуть малорухливий спосіб життя [4]. Упродовж 30-річного періоду спостереження частота гіподинамії в популяції збільшилася вдвічі серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок, а кількість людей, що щоденно займаються фізичними вправами (принаймні протягом 30 хв до легкої задишки або появи поту), становила відповідно 8,3 і 16 %. З 1980 до 2015 р. серед обстеженої чоловічої популяції м. Києва виявлено зростання частки осіб з низьким рівнем ФА (сидяча робота 5 годин на добу та більше, загальна тривалість ФА – не більше 10 годин на тиждень) з 19,7 до 38,6 % [10, 20]. Недостатній рівень ФА спостерігається в осіб молодого віку: за результатами обстеження 2010 р. – майже в половини осіб віком 18–24 роки [4].

Результати анкетування підлітків віком 13–15 років в Україні та Польщі, опубліковані у 2017 р., показали, що у вільний час в обох країнах вони надають перевагу однаковим малорухливим видам діяльності та не виконують щоденну мінімальну норму рухової активності, яка становить 10 тис. кроків у день, причому в підлітків в Україні спостерігається тенденція до зниження обсягу рухової активності – з 9,9 тис. кроків у день у 13-річному віці до 6,7 тис. кроків у день у 15 років [41]. За даними офіційної статистики, близько 10,5 % населення України віком від 16 років займаються різними видами фізкультурно-оздоровчої активності та лише менше 3 % (2,7 % у 2013 р. та 2,3 % у 2015 р.) регулярно займаються спортом [47].

Низький рівень ФА спостерігається і в пацієнтів із ССЗ. Серед пацієнтів зі стабільною ІХС, які увійшли до міжнародного реєстру CLARIFY, у 73,62 % учасників рівень ФА був низьким, а у 6,44 % виявлено гіподинамію [27]. Серед українських учасників дослідження EUROASPIRE IV при проведенні стандартизованого анкетування за допомогою опитувальника IPAQ низький рівень ФА виявлено у 44 %, а високий – лише у 21 % [24].

Однією з причин недостатньої орієнтації людей на здоров'я і залучення до рекреаційно-оздоровчої діяльності є низька мотивація. Подолання означеної ситуації вимагає проведення низки заходів, які передбачають виявлення і створення умов для реалізації мотивів рекреаційно-оздоровчої діяльності, залучення населення до регулярних занять фізичними вправами протягом життя [2]. Указом Президента України у 2016 р. затверджено Національну стратегію з оздоровчої рухової активності, яку розроблено на базі рекомендацій ВООЗ, Ради Європи, Європейського Союзу та норм національного законодавства [34]. Стратегією визначено основні завдання, спрямовані на створення умов для заохочення населення до оздоровчої рухової активності, які передбачають не тільки розроблення рекомендацій з ФА для осіб різної статі та віку, формування доступної для всіх верств населення інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд, а й запровадження практики призначення лікарями, зокрема сімейними, рухової активності як дієвого засобу зниження ризику неінфекційних захворювань, надання консультацій з цього питання та вдосконалення підготовки і підвищення кваліфі-

кації медичних працівників щодо проведення такого консультування [33, 34].

Серед ФР розвитку ССЗ значна роль належить психосоціальним факторам, зокрема тривожним та депресивним розладам. Цей чинник набув значного поширення в українській популяції: за результатами проведеного на початку 2015 р. у 22 областях України соціологічного опитування, наявність тривоги зазначали 63 % респондентів [21, 26].

Таким чином, висока поширеність ФР в українській популяції свідчить про несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо ССЗ та необхідність впровадження заходів профілактики, які відповідають вимогам доказової медицини. Заходами з доведеною ефективністю є використання комплексного підходу, що полягає в комбінації популяційної стратегії та стратегії високого ризику [51, 44]. Впровадження популяційної стратегії в боротьбі з ССЗ потребує державної підтримки профілактичних програм та забезпечення цільового державного фінансування їх виконання на рівні первинної та вторинної медичної допомоги [54].

У глобальному плані ВООЗ щодо профілактики і контролю неінфекційних захворювань [52] поставлено мету щодо скорочення на 25 % до 2020 р. смертності від ССЗ, онкологічних захворювань, ЦД і хронічних респіраторних захворювань за рахунок поліпшення контролю ФР, зокрема зменшення на 10 % поширеності в популяції недостатньої ФА, на 30 % – вживання кухонної солі, на 30 % – тютюнокуріння, на 25 % – покращання контролю АГ, зменшення темпів зростання поширеності ожиріння і захворюваності на ЦД 2-го типу й забезпечення надання відповідної медичної допомоги – щодо медикаментозної корекції та модифікації способу життя – як мінімум 50 % осіб, що потребують таких втручань для профілактики інфаркту міокарда і мозкового інсульту [15, 25, 55]. Реалізація цих завдань в Україні потребує спільних зусиль медичної спільноти та державних структур щодо досягнення поставленої мети.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і проект дослідження – Д.Д.; збір матеріалу, написання тексту – Г.М., І.Г., Т.Л., редагування тексту – І.Г., Т.Л.

Література

1. Банковська Н.В. Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації: Автореф. дис... канд. наук: 14.02.01 [Електронний ресурс]. – 2008. – URL: http://librar.org.ua/sections_load.php?s=medicine&id=790&start=9.
2. Гакман А., Медвідь А., Мосейчук Ю. та ін. Аналіз особливостей мотиваційних пріоритетів до рекреаційно-оздоровчої діяльності різних груп населення. Фізична активність і якість життя людини // Збірник тез доповідей І Міжнародної науково-практичної конференції, 14–16 червня. – Луцьк–Світязь, 2017. – С. 7.
3. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії // Укр. кардіол. журн. – 2010. – Додаток 1. – С. 16–21.
4. Горбась І.М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування [Електронний ресурс] // Практическая ангиология. – 2010. – № 9. – С. 10. – URL: <http://angiology.com.ua/ua-issue-article-357>.
5. Горбась І.М., Смирнова І.П., Вакалюк І.П. та ін. Епідеміологічна ситуація щодо артеріальної гіпертензії у сільській популяції України // Ліки України. – 2013. – № 7. – С. 88–91.
6. Горбась І.М. Дисліпідемії: епідеміологічний погляд [Електронний ресурс] // Практическая ангиология. – 2011. – № 1. – URL: <http://angiology.com.ua/article/372.html>.
7. Горбась І.М. Шкала SCORE в клінічній практиці: переваги та обмеження [Електронний ресурс] // Артериальная гипертензия. – 2009. – № 2 (4). – 2009. – URL: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/8568.
8. Горбась І.М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування. [Електронний ресурс]. – 2009. – URL: <https://angiology.com.ua/ua-issue-article-357>.
9. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: ожиріння [Електронний ресурс] // Здоров'я України. – 2009. – № 14/1. – С. 66–67. URL: <http://health-ua.com/article/15410-faktori-riziku-sertcevosudinnih-zahvoryuvan-ozhirnnya>.
10. Горбась І.М., Барна О.М., Сакалош В.Ю. та ін. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів // Ліки України. – 2010. – № 1. – С. 4–9.
11. Гулич М.П., Коблянська А.В. Стратегія ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними: сучасні аспекти реалізації програми CINDI в Україні // Environment & Health. – 2010. – № 2. – С. 57–63.
12. Гульчій М.В., Замолотова К.О., Соколова Л.К. та ін. Системний контроль глікозильованого гемоглобіну – шлях до покращання лікування і якості життя людей з цукровим діабетом // Диабет. Ожиріння. Метаболічний синдром. – 2014. – № 4 (III). – С. 91–98.
13. Давиденко Н.В. Динаміка особливостей харчування та аліментарно-залежних факторів ризику серцево-судинних захворювань в чоловічій популяції за даними 25-річного моніторингу // Проблеми харчування. – 2008. – № 1–2. – С. 20–27.
14. Державна служба статистики України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 р. (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року). [Електронний ресурс]. – Київ, 2016. – URL: http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/03/Zb_snsz15pdf.zip.
15. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. 2014. Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность. WHO/NMН/NVI/15.1.
16. Довідник основних показників діяльності ендокриноло-

- гічної служби України за 2014 рік // *Ендокринологія*. – 2015. – Додаток 1. – Т. 20, № 1. – С. 38 с.
17. Дроздова І.В., Бабець А.А., Степанова Л.Г. та ін. Захворюваність, поширеність та інвалідність унаслідок гіпертонічної хвороби: підходи до аналізу й прогнозування // *Укр. кардіол. журн.* – 2017. – № 1. – С. 85–93.
 18. Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. та ін. Локальний протокол медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію: досвід розробки та впровадження на амбулаторно-поліклінічному етапі. – К.: Інтерсервіс, 2015. – 141 с.
 19. Історія Інституту кардіології [Електронний ресурс]. – URL: <http://www.strazhesko.org.ua/history>.
 20. Кваша Е.А., Смирнова І.П., Горбась І.М. і др. Профіль серцево-судинного ризику у чоловіків, проживаючих в міському середовищі: 35-літня динаміка // *Укр. кардіол. журн.* – 2016. – № 6. – С. 90–96.
 21. Кваша О.О., Смирнова І.П., Горбась І.М., Срібна О.В. Динаміка структури ліпідного фактора серцево-судинного ризику протягом 35 років у міській популяції чоловіків // *Укр. кардіол. журн.* – 2016. – № 2. – С. 54–60.
 22. Кваша Е.А. Борьба с табакокурением: необходимость консолидации усилий общества и медицинских работников // *Укр. кардіол. журн.* – 2016. – № 1. – С. 54–59.
 23. Коваленко В.М., Долженко М.Н., Несукай Е.Г. і др. Гендерные особенности факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов Украины и Европы по данным EUROASPIRE IV: общая практика // *Укр. кардіол. журн.* – 2016. – Додаток 3. – С. 15–23.
 24. Коваленко В.Н., Дьяченко Я.С., Несукай Е.Г. і др. Сравнительная характеристика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине и Европе по данным исследования EUROASPIRE IV: госпитальная линия // *Укр. кардіол. журн.* – 2015. – № 4. – С. 17–24.
 25. Коваленко В.М., Дорогой А.П. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні // *Укр. кардіол. журн.* – 2016. – Додаток 3. – С. 5–14.
 26. Корнацький В.М., Дяченко Л.О., Михальчук В.М. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення // *Укр. кардіол. журн.* – 2017. – № 2. – С. 106–113.
 27. Лутай М.І., Пархоменко А.Н., Лысенко А.Ф. і др. Международный регистр CLARIFY больных со стабильной ишемической болезнью сердца в Украине: особенности, проблемы, перспективы // *Укр. кардіол. журн.* – 2013. – № 3. – С. 13–21.
 28. Лутай М.І. Ведение больных с ишемической болезнью сердца и сопутствующей артериальной гипертензией в Украине. Результаты исследования ПРЕСТИЖ // *Укр. кардіол. журн.* – 2011. – № 1. – С. 25–36.
 29. Митченко Е.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В. і др. Современный профиль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в городской популяции Украины // *Укр. кардіол. журн.* – 2013. – Додаток 4. – С. 76–83.
 30. Митченко О.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В. та ін. Особливості поширеності чинників серцево-судинного ризику в жінок залежно від наявності менопаузи // *Укр. кардіол. журн.* – 2015. – № 4. – С. 96–102.
 31. Митченко О.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В. та ін. Поширеність порушень ліпідного обміну в міській популяції України залежно від ступеня й типу ожиріння // *Международ. эндокринолог. журн.* – 2015. – № 5 (69). – С. 13–18.
 32. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу: Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 [Електронний ресурс]. – URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html.
 33. Про затвердження плану заходів на 2017 рік щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація»: Розпорядження Кабінету міністрів України від 8 вересня 2016 р. № 653-р. [Електронний ресурс]. – URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/653-2016-%D1%80>.
 34. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація»: Указ Президента України № 42/2016. [Електронний ресурс]. – URL: <http://www.president.gov.ua/documents/422016-19772>.
 35. Свіщенко Є.П., Міщенко Л.А. від імені лікарів – учасників дослідження «Вік судин». Нова концепція оцінки серцево-судинного ризику за фремінгемськими критеріями – визначення віку судин. Перший досвід використання в українській популяції хворих на артеріальну гіпертензію // *Укр. кардіол. журн.* – 2015. – № 5. – С. 95–103.
 36. Свіщенко Є.П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи // *Укр. кардіол. журн.* – 2010. – Додаток 1. – С. 13–16.
 37. Сіренко Ю.М., Радченко Г.Д., Марцovenko І.М. Різниця у частоті досягнення цільового артеріального тиску між окремими регіонами України // *Артериальная гипертензия*. – 2009. – № 5. – С. 13–23.
 38. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) // *Артериальная гипертензия*. – 2008. – № 2. – С. 83–88.
 39. Сіренко Ю.М., Радченко Г.Д., Горбась І.М., Лікарська інерція як важливий чинник на шляху до ефективного лікування артеріальної гіпертензії [Електронний ресурс] // *Артериальная гипертензия*. – 2012. – 1 (21). – URL: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/26386.
 40. Смоляр В.І. Стан фактичного харчування населення незалежної України // *Проблеми харчування*. – 2012. – № 1–2. – С. 5–9.
 41. Соловей А., Римар О., Ярошик М. та ін. Сучасний стан та особливості рухової активності підлітків України та Польщі. Фізична активність і якість життя людини // *Збірник тез доповідей I Міжнародної науково-практичної конференції*, 14–16 червня. – Луцьк–Світязь, 2017. – С. 16.
 42. Статистичний щорічник України. – К.: Держкомстат України, 2011. – 95 с.
 43. Ткаченко В.І. Аналіз змін якості діабетологічної допомоги за умов впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу // *Міжнар. ендокринолог. журн.* – 2015. – № 2. – С. 122–131.
 44. Устінов О.В. Стан і подальший розвиток вітчизняної кардіологічної служби // *Укр. мед. часопис*. – 2014. – № 2 (100). – С. 3–4.
 45. Устінов О. Кинути курити легко: запровадження професійний сервіс для допомоги курцям // *Укр. мед. часопис*. – 2017. – № 3. – С. 66.
 46. Ушварок Л.Б., Лавренко Т.А. Рівень чинників ризику серцево-судинних захворювань у неорганізованої популяції Харкова // *Укр. терапевт. журн.* – 2008. – № 3. – С. 52–56.
 47. Цимбалюк С. Фізична активність та стан здоров'я студентів вищих навчальних закладів України. Фізична активність і якість життя людини // *Збірник тез доповідей I Міжнародної науково-практичної конференції*, 14–16 червня. – Луцьк–Світязь, 2017. – С. 36.
 48. Цукровий діабет на період до 2018 року: Проект Концепції Державної цільової соціальної програми [Електронний ресурс]. – URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140110_2.html
 49. British Heart Foundation; Health Promotion and Economic Research Groups; Department of Public Health. – University of Oxford. – European cardiovascular disease statistics 2008. – Available from: <http://www.heartstats.org>.
 50. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. – Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
 51. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ [2016 European Guidelines on cardiovascular disease pre-

vention in clinical practice / The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) // Eur. Heart J.– 2016.– 37.– P. 2315–2381.– Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/37/29/2315/1748952/2016-European-Guidelines-on-cardiovascular-disease>.

52. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020.– Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.

53. Ministry of Health of Ukraine, Kiev International Institute of Sociology, World Health Organization Regional Office for Europe,

National Academy of Medical Sciences of Ukraine, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey. Ukraine 2017. Executive Summary. – Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications3/global-adult-tobacco-survey-ukraine-2017>.

54. Prevention of Coronary Heart Disease: Report of a WHO Expert Committee: WHO Technical Report Series 678.– Geneva: World Health Organization, 1982.– Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_678.pdf.

55. Ukraine: 20 % reduction in smokers since 2010.– Available from: http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2017/09/ukraine-20-reduction-in-smokers-since-2010/_recache.

Надійшла 23.01.2018 р.

Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Украине: современный взгляд на проблему

Д.Д. Дячук, Г.З. Мороз, И.Н. Гидзинская, Т.С. Ласица

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев

Обобщена информация относительно распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и состоянии их контроля в Украине по результатам популяционных исследований и информации Государственной службы статистики. Негативное влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний в Украине имеют такие факторы риска, как артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, нарушения обмена глюкозы и сахарный диабет 2-го типа, избыточная масса тела и ожирение, нездоровое питание, низкий уровень физической активности, высокий уровень тревожности. На протяжении последних десятилетий в Украине наблюдаются положительные тенденции по повышению осведомленности населения о роли факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Зарегистрированы позитивные изменения относительно распространенности табакокурения, улучшения контроля артериальной гипертензии, повышения уровня физической активности и соблюдения здорового питания. Внедрение мероприятий с доказанной эффективностью по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний нуждается в государственной поддержке профилактических программ и обеспечения целевого государственного финансирования их выполнения на уровне первичной и вторичной медицинской помощи.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, факторы риска, меры профилактики.

The prevalence of risk factors of cardiovascular diseases in Ukraine

D.D. Dyachuk, G.Z. Moroz, I.M. Hydzynska, T.S. Lasitsya

*State Scientific Institution «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine»
State Administrative Department, Kyiv, Ukraine*

The article reviews the prevalence of cardiovascular diseases (CVD) related risk factors and the level of their control in Ukrainian population on the basis of information from population surveys and State Statistics Service of Ukraine. Factors having major impact on CVD development in Ukraine are hypertension, dyslipidemia, tobacco use, impaired glucose metabolism and type 2 diabetes mellitus, overweight and obesity, unhealthy diet, low level of physical activity and high level of anxiety. In 2015 the prevalence of hypertension in the Ukrainian population amounted to 29735.4 per 100 000, among the working age population – 18521.5 per 100 000, and the total number of smokers reached 6.2 million. Over past decades, some positive trends concerning Ukrainian population awareness of CVD risk factors may be noted. Tobacco use prevalence dropped from 25.6 % to 18.4 % within 2008–2015, there is a better control of hypertension, more physical activity, and more healthy nutrition. Physicians have been identified by The Ukraine national strategy for improving physical activity (2016) as the preferred source of information about physical activity and its impact on the risk of non-communicable diseases. Effective implementation of evidence-based strategies for CVD prevention require state engagement and adequate funding (budgetary allocations) in primary and secondary healthcare.

Key words: cardiovascular diseases, risk factors, hypertension, prevention strategies.