Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров’я населення

Мед. Газета «Здоровя України» статья размещена в [номере 103](http://health-ua.com/issue/103/) за сентябрь 2004 года

*В.М. Коваленко, д.м.н., професор, член-кореспондент АМН України; А.П. Дорогой, д.м.н., Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, м. Київ*

У першій половині минулого століття інфекційна патологія як провідна причина смерті поступилася місцем неінфекційним хворобам. Частка померлих від них у розвинених країнах світу збільшувалася і на кінець XX століття досягла 90% від загальної смертності. Перше місце серед них з середини 50-х років посідають хвороби системи кровообігу (ХСК), на кілька порядків випереджаючи смертність від злоякісних ново-  
утворень. В 40-х роках XX століття частка серцево-судинної патології в колишньому СРСР становила 11% від усіх випадків смерті, в 60-х – вже 36%, а на початку 80-х цей показник досяг 48,3%. У США в 70-х роках від ХСК потерпало 25% дорослого населення, а смертність становила 48,6% від загального показника (362 і 744 відповідно на 100 тисяч населення). В Англії поширення ХСК з 1920 до 1955 року зросло в 70 разів.

На перше місце за показниками смерті при ХСК почала виходити ішемічна хвороба серця (ІХС), яку в середині 50-х років назвали епідемією XX століття. У США в 1968 р. в структурі смертності при ХСК вона становила 66,9% (242 на 100 тисяч населення), цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 19,1% (71 на 100 тисяч населення). За наступні 14 років (з 1968 до 1982 р.) значно змінилася структура смертності. Зокрема, показник загальної смертності зменшився на 25,5% (від 744 до 554), смертності від ХСК – на 34,2% (від 362 до 238), від ІХС – на 42,6% (від 242 до 139), від ЦВХ – на 50,7% (від 71 до 36) і від ревматизму – на 71,4% (від 7 до 2). Починаючи з 70-х років, таке зменшення смертності від ХСК, у тому числі й від ІХС, спостерігалося в Англії, Фінляндії, Шотландії та інших країнах.  
Отже, практично доведено, що успішна боротьба з ХСК не тільки вкрай потрібна, а й можлива. Передумовами успіху були популяційна стратегія впливу та концепція боротьби з інтегральними чинниками ризику розвитку неінфекційної хронічної патології. Водночас у багатьох країнах було розроблено загальноосвітянські тривалі (строком на 20 років і більше) національні програми боротьби з ХСК, виконання яких виходило за рамки галузевого впливу. Здебільшого такі програми (щодо атеросклерозу, артеріальної гіпертензії та ін.) мали і мають міжсекторальний, загальнодержавний характер.  
Епідеміологічний характер поширення ХСК вимагав від світової спільноти мобілізації зусиль для боротьби з ними. У 1950 р. було організовано Міжнародну спілку кардіологів, і в Парижі відбувся перший Всесвітній конгрес кардіологів. На другий форум учені зібралися в 1954 р. у Вашингтоні. На п’ятому конгресі, який відбувся в 1966 р. у Нью-Делі (Індія), Всесоюзну кардіологічну спілку (організовану в 1963 р.) колишнього СРСР було офіційно прийнято до міжнародної та європейської спільноти. Перший з’їзд Всесоюзної кардіологічної спілки було присвячено проблемам артеріальної гіпертензії (1966 р.), на другому (1973 р.) обговорювали питання ІХС.  
У 1993 р. в Україні створили Асоціацію кардіологів, яка в 1995 р. увійшла як самостійна громадська організація до Європейської спілки кардіологів, а в 2002 р. – до Всесвітньої федерації серця. Організацію і координацію роботи кардіологічної служби в Україні проводили за безпосередньої участі фахівців інституту кардіології ім. М.Д. Стра-жеска, який у той час був підпорядкований МОЗ України. Серед головних досягнень того періоду слід відмітити створення спеціалізованих бригад (станцій) «швидкої і невідкладної медичної допомоги» хворим кардіологічного профілю (гострий інфаркт міокарда – ГІМ, порушення серцевого ритму, серцева недостатність тощо), відкриття кардіологічних відділень з блоками реанімації та інтенсивної терапії, організацію кардіологічних (обласних, міських) диспансерів.  
У 1999 р. Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска увійшов до складу АМН України. Нова сторінка в історії інституту характеризується не тільки подальшим клінічним і орга-нізаційно-методичним розвитком, але й новими, поглибленими напрямами фундаментальних досліджень з кардіології, комплексними розробками наукових програм разом з іншими установами АМН України, значним розширенням міжнародного наукового співробітництва. В основі профілактичної роботи, зокрема проведення первинної профілактики, задекларовано популяційну стратегію впливу на провідні чинники розвитку ХСК та концепцію боротьби з чинниками ризику.  
Державна підтримка такої стратегії грунтується на тому, що профілактична робота в кардіології значно ефективніша за соціальними наслідками, ніж клінічний підхід до розв’язання проблем. Розрив, який існує між профілактичною і клінічною медициною сьогодні, та академічний підхід до принципів профілактики хронічних неінфекційних хвороб взагалі, і ХСК зокрема, не дає змоги на сучасному етапі розвитку суспільства підвищити рівень здоров’я населення України такою мірою, як це зроблено в бага-  
тьох розвинених країнах. Звичайно, первинна профілактика не є безплатною, вона потребує великих матеріальних ресурсів, але все-таки це значно менше від тих збитків, які має суспільство сьогодні.  
Доведено, що складові здоров’я на 49-53% залежать від прийнятого і культивованого серед населення способу життя, на 18-22% зумовлені генетичними та біологічними чинниками, а ще на 17-20% – станом навколишнього середовища, тобто екологією. Медичні чинники впливу на здоров’я не перевищують 8-10%. Саме через призму такого бачення проблем охорони здоров’я населення треба якомога більше привертати увагу суспільства до важливості збереження і зміцнення здоров’я через заходи первинної профілактики та затвердження норм здорового способу життя.  
Рівень здоров’я населення в цілому віддзеркалює стан і розвиток економіки. Доведено чітку залежність між очікуваною тривалістю життя (ОТЖ) і рівнем валового національного продукту на душу населення. У країнах Західної і Центральної Європи ОТЖ збіль-шується, у той час як у нових незалежних державах Східної Європи і колишніх республіках СРСР спостерігається тенденція до зменшення тривалості життя. У цих країнах населення помирає на 10 років раніше, ніж у Західній Європі, а чоловіки помирають на 11 років раніше, ніж жінки. Драматичне зменшення тривалості життя відбувається в період не характерного для мирного часу зниження рівня життя населення.  
За показниками ОТЖ Україна посідає серед інших країн світу 54-те місце для чоловіків (64,8 року) і 47-ме – для жінок (73,6 року). Для прикладу, в Японії такі показники відповідно становлять 75,8 і 81,9 року. За рівнем відрахувань національного прибутку на потреби охорони здоров’я населення (майже 3%) Україна перебуває в середині 7-го десятка зі 126 країн світу, у тому числі й слабко розвинених держав. У Німеччині цей показник становить 10,5%, у Франції – 9,9%, у Швеції – 8,6%, в Австрії – 7,9%, у Фінляндії – 7,3%, у США – 14,0%. За розрахунками ВООЗ, коли частка валового національного прибутку на потреби системи охорони здоров’я населення становить менше 6%, то галузь не може успішно розвиватися, бути ефективною й рентабельною.  
За багатьма базовими показниками здоров’я населення (поширення, захворюваність, загальна та передчасна смертність, інвалідність, тимчасова непрацездатність тощо) ХСК займають провідні позиції в Україні, а за багатьма з них вийшли на перше місце. Поточний прогностичний аналіз і математичне моделювання на віддаленіший період, які грунтуються на показниках довкілля, якості харчування, питної води, демографічних даних і тенденціях сучасного розвитку, а також на соціально-економічному становищі в країні не дають змоги сподіватися на краще, якщо не вживати науково обгрунтованих заходів, не забезпечувати їх відповідним фінансуванням і не надавати належної державної підтримки. Здоров’я населення країни повинно розглядатися як найважливіший чинник її національної безпеки.  
На сьогодні в Україні функціонує чітко організована кардіологічна служба, яка грунтується на роботі центральних (Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України) та регіональних (обласні кардіо-логічні диспансери – ОКД, кардіологічні бригади станцій «швидкої медичної допомоги», блоки інтенсивної терапії та реанімації, кардіологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях, кабінети функціональної діагностики лікувально-профілактичних закладів та поліклінік тощо) медичних закладів.  
Провідною організаційно-методичною структурою з питань кардіології в регіонах є ОКД. На сьогодні неможливо відмовитися від принципів диспансеризації через брак альтернативи. Тенденції до перепрофілювання диспансерів у діагностичні центри або перекладання функцій диспансерів на кардіологічні відділення в обласних лікарнях слід вважати передчасними і невиправданими. Ліпших результатів щодо спеціалізованої кардіологічної допомоги досягнуто в областях з кардіологічними диспансерами. Особливістю роботи ОКД є вища ефективність використання кардіологічних ліжок (зростає зайнятість, підвищується обіг ліжок і скорочується середній термін перебування на ліжку).  
Денні стаціонари функціонують у 166 поліклініках країни і нараховують майже 4 тис. ліжок, де лікують понад 170 тисяч пацієнтів, половина з яких має кардіо-логічну патологію. У країні нараховується 3027 самостійних амбулаторно-поліклі-нічних закладів, у яких зареєстровано понад 80 млн. відвідувачів. Кожен четвертий пацієнт поліклініки має кардіологічну патологію.  
Характерною особливістю останніх років є розширення функціональних можливостей амбулаторно-поліклінічної кардіології. За останній період кількість ЕКГ кабінетів і кабінетів функціональної діагностики в поліклініках зросла з 874 до 1229, або на 49,6%.  
У складний перехідний період перебудови і реформування галузі нам вдалося зберегти кадровий потенціал кардіології і домогтися якісних зрушень. Зокрема, кількість атестованих кардіологів збільшилася від 54,4 (1995 р.) до 78,9% (2001 р.)  
Моніторинг найважливіших показників кардіологічної служби дає змогу своєчасно виявляти нові тенденції, аналізувати ефективність цільових програм, медичних технологій лікування і профілактики. Серед них особливе значення мають поширення і захворюваність на ХСК.  
Поширення ХСК розраховують за кількістю звернень пацієнтів (первинних чи повторних) в амбулаторно-поліклінічні заклади на відповідну кількість населення. Хоча цей показник не відповідає справжнім величинам поширення патології за результатами епідеміологічних досліджень, проте його моніторинг у регіонах дає змогу визначатися з певними тенденціями в галузі. Захворюваність розраховують тільки за талонами первинного звернення до медичного заклад, тобто пацієнта реєструють як вперше виявленого. Аналіз цих показників разом підвищує рівень достовірності фактичного становища.  
Показники поширення і захворюваності за 2001 р. на всі хвороби (ВХ), ХСК та провідної нозології – ІХС, артеріальної гіпертензії (АГ) і ЦВХ дорослого населення та підлітків (15 років і старші) винесено в [табл. 1](http://www.health-ua.com/pics/tabl/103_43.gif). У [табл. 2](http://www.health-ua.com/pics/tabl/103_44.gif) розраховано питому вагу показників поширення і захворюваності ХСК щодо ВХ, а окремих нозологій (ІХС, АГ і ЦВХ) стосовно ХСК як для дорослого населення і підлітків, так і для працездатної його частини.  
У 2001 р. поширення ХСК щодо ВХ серед усього населення країни становило 25,9%. На другому місці хвороби органів дихання (22,7%), далі – органів травлення (9,2%), кістково-м’язової системи та сполучної тканини (5,7%), травми і отруєння (3,2%), новоутворення (2,0%). Фактично кожний четвертий пацієнт має серцево-судинну патологію. За ураженням ХСК поступаються лише хворобам органів дихання (7,2 і 42,8% відповідно). Потім ідуть травми та отруєння (6,7%), хвороби сечостатевої системи (6,2%), шкіри та підшкірної основи (6,0%) і хвороби кістково-м’язової системи (4,8%).  
У дорослих і підлітків показники поширення і захворюваності для ХСК відповідно становили 31,6 і 10,3%, для працездатного населення – 18,9 і 6,6% ([табл. 2](http://www.health-ua.com/pics/tabl/103_44.gif)). Поширення ХСК порівняно з іншою патологією у дорослого населення країни коливається в межах 25-43% (мінімальний показник у Львівській області – 25,1%, максимальний у Луганській – 41,2%, та Севастополі – 42,7%). Найвища питома вага захворюваності на ХСК у Закарпатській області (16,4%), найнижча – в Чернівецькій (6%). Значні коливання показників поширення і захворюваності спостерігаються і в працездатного населення. Наприклад, питома вага показників при ХСК найвищою була в Закарпатській області (23, 9 і 12,1% відповідно), найнижча – у Львівській (15,1 і 4,5%).  
За поширенням у структурі ХСК перше місце серед дорослих та підлітків займали всі форми АГ (43,9%): максимальний показник – у Житомирській області (52,9%), мінімальний – у Київській (35,8%). Потім ідуть ІХС – 33,7% (відповідно Київщина – 44,7%, Запорізька область – 25,2%) і ЦВХ – 13,7% (відповідно Севастополь – 22,7% і Закарпатська область – 5,2%). За захворюваністю ці показники становили відповідно 40,9; 27,9 і 16,3%. Серед працездатного населення перше місце щодо поширення і захворюваності також займає АГ (52,1 і 47,8%). На другому місці ІХС (27,7 і 24,6%), потім – ЦВХ (7,6 і 10%). Фактично ми досягли розрахункових (нормативних) базових показників у дорослого і працездатного населення, проте є великі регіональні коливання, які неможна пояснити тільки демографічними, географічними чи екологічними причинами.  
За поширенням ХСК на працездатне населення припадає 60,9% випадків, а щодо захворюваності – 82,7%. Це означає, що переважно ХСК діагностують саме у людей працездатного віку, тобто тоді, коли ми можемо і зобов’язані ефективно впливати на перебіг хвороб, запобігаючи їхньому прогресуванню і розвитку передчасних ускладнень.  
У [табл. 3](http://www.health-ua.com/pics/tabl/103_45.gif) повніше розкрито дані [табл. 2](http://www.health-ua.com/pics/tabl/103_44.gif) стосовно АГ, ІХС та ЦВХ. Зокрема, вперше виявлені в працездатному віці ХСК становлять 70,4%, АГ – 82,2% і ІХС – 62,2%. Наведені дані свідчать про досить високий рівень своєчасної діагностики в кардіології.  
Поширення ХСК у працездатної частини населення (відносно поширення у всіх дорослих та підлітків) становить 51,0%, АГ – 60,6% і ІХС – 41,8%. На підставі цього можна стверджувати, що провідна патологія ХСК справді має епідемічний характер у дорослого населення, що засвідчує потребу в проведенні активної первинної профілактики у продуктивної частини населення. Пацієнти старшого віку при ХСК становлять велику частку серед усіх хворих. Наприклад, при ЦВХ на одного пацієнта в працездатному віці припадає 10 випадків, при ІХС – 6, а щодо захворюваності – відповідно 5,7 і 3,2 випадку.  
Таким чином, у кардіології на сьогодні досягнуто певного прогресу щодо ранньої або своєчасної діагностики хвороб. Питання полягає в тому, щоб запровадити такі лікувально-профілактичні заходи, які були б ефективними і відповідали міжнародним стандартам, зокрема принципам доказової медицини. Первинна профілактика ХСК серед іншої неінфекційної патології повинна стати державною ідеологією в частині зміцнення здоров’я населення.  
Характерною ознакою сучасної кардіології є щорічне зростання показників поширення і захворюваності на ХСК. Поширення ХСК у дорослих та підлітків у 2001 р. збільшилося порівняно з 1996 р. на 48,9% (від 31684,9 до 47174,9 на 100 тис. населення), порівняно з 1999 і 2000 рр. – на 22,9 і 8,0% (38386,1 і 43683,9 на 100 тис. населення відповідно).  
Збільшення поширення ХСК можна зрозуміти, якщо насамперед взяти до уваги демографічні показники. Щорічно в Україні майже на один відсоток зменшується кількість постійного населення.   
З 1990 до 2001 р. народжуваність знизилася на 39,4% (від 12,7 до 7,7 на 1000 населення), а смертність, навпаки, зросла на 25,4% (від 1213,3 до 1521,2 на 100 тис. населення). Це призвело не тільки до постаріння населення і демографічного навантаження в країні, але й до вкрай катастрофічного скорочення природного приросту населення: від +0,6% в 1990 р. до -7% в 2001 р. (у містах – у 12,5 разу, в селах – у 3 рази). За такої демографічної кризи очікувати зменшення показників захворюваності і поширення ХСК, принаймні за життя одного покоління людей, не доводиться. Не останнє місце при цьому займають поширення чинників ризику (артеріальна гіпертензія, підвищена маса тіла, гіподинамія, порушення ліпідного обміну, куріння тощо) та нехтування населенням норм здорового способу життя.  
Структуру і динаміку померлих від ХСК за останні 10 років наведено в [табл. 4](http://www.health-ua.com/pics/tabl/103_46.gif). Отже, питома вага смертності населення від ХСК зросла з 51,6 до 61,3%, смертності від ІХС (щодо смертності від ХСК) – з 55,7 до 64,8%, від ЦВХ з АГ – з 20,5 до 29,5%. Проте зменшується питома вага померлих від ГІМ і ЦВХ, залишається майже на одному рівні питома вага смертності від хвороб артерій, артеріол і капілярів (АрАтК) та інших форм хвороб серця (ХС). Серед працездатного населення питома вага померлих від ХСК зменшується, у тому числі й від ГІМ, ЦВХ, насамперед без АГ. Не змінилася смертність від хвороб периферичних артерій і, на жаль, зросла від інших форм ураження серця (переважно за рахунок кардіоміопатій). За останні роки з’явилася позитивна тенденція до зменшення частоти смертельних мозкових інсультів на фоні АГ у працездатному віці.  
Кожен четвертий (24,5%) померлий від ХСК у 2001 р. мав цереброваскулярну патологію (112 138 з 457 442), причому кожен п’ятий пацієнт (22,8%) був працездатного віку. Актуальним залишалося питання «омолодження» серцево-судинної патології за останню чверть XX століття. Саме тому 30% випадків первинної інвалідності припадає на ХСК.  
Згідно зі статистичними даними по Україні за 2001 рік, смертність населення від ХСК у загальній її структурі становить 61,3% (932,9 по відношенню до 1521,2 на 100 тис.). Максимальною вона є в Київській області (68,7%), мінімальна – у Миколаївській (44,6%). Смертність у працездатному віці (160,5 на 100 тис.) відносно всіх померлих від ХСК становить у середньому по країні 17,2% (найбільша в Миколаївській області – 27,2%, найменша в Тернопільській – 11,3%). Померлі від ІХС у працездатному віці (88,5 на 100 тис.) відносно всіх померлих при ХСК того ж віку становлять 55,1% (найбільший показник у Києві – 73,4%, найменший в Одеській – 36,6%), від ЦВХ (36,6 на 100 тис.) – 22,8% (відповідно в Севастополі – 33%, в Київській області – 16%), від АГ (23,7 на 100 тис.) – 14,8% (відповідно в Чернігівській області – 27,8%, в Києві – 3,9%). Розбіжності щодо показників смертності в окремих регіонах можна пояснити багатьма причинами, у тому числі різницею у віковій структурі населення, поширенням та захворюваністю на окремі форми ХСК.  
На сьогодні на ОТЖ впливає не рівень дитячої смертності, як це було в першій половині минулого століття, а смертність дорослого населення від неінфекційних хвороб. Передусім ідеться про ХСК, зокрема ІХС, АГ та ЦВХ. Враховуючи викладене вище, змушені констатувати, що без зменшення реальних темпів поширення і захворюваності на ХСК неможна помітно вплинути на показники смертності населення. Щоб загальмувати щорічне зростання смертності при ХСК на 1-3%, як це сталося в США, починаючи з 60-х років XX століття, треба дотримувати популяційної стратегії впливу на основі концепції чинників ризику. Це завдання не галузеве, воно повинно бути задеклароване на державному рівні. Другою першочерговою складовою успіху є мотивована участь самого населення у виконанні цього завдання. Нагадаємо слова Б. Шоу: «Тепер, коли ми навчилися літати по повітрю, як птахи, плавати під водою, як риби, нам не вистачає тільки одного: навчитися жити на Землі, як люди».  
За різними даними, у країні курять 35-40% дорослого населення. Надлишкова маса тіла реєструється у кожної п’ятої людини. Порушений ліпідний спектр крові у 27,5% осіб працездатного віку, проте практично виявляють це лише у 1,3% випадків. Ще й досі про АГ знають тільки 62% пацієнтів, лікуються – 23%, причому ефективно – 12,8%. Тільки у 17-25% населення країни немає ні ІХС, ні чинників ризику. Решта дорослого населення потребує первинної і (або) вторинної профілактики.  
Серед головних чинників ризику виділяють:  
• поведінкові, які характеризують нездоровий спосіб життя (куріння, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, недостатня фізична активність);  
• чинники, що оточують (психоемоцій-ний стрес, антропогенні та шкідливі для здоров’я чинники довкілля, на виробництві і в побуті);  
• біологічні (рівні артеріального тиску, дисліпопротеїдемії, надлишкова маса тіла), що реалізуються в процесі взаємодії генетичних особливостей організму з поведінковими чинниками і чинниками, що оточують.  
Вторинна профілактика та лікування ХСК з метою запобігання передчасним ускладненням і смерті повинні проводитися протягом багатьох років і навіть життя, на що потрібні чималі кошти. У сучасних умовах, коли 70% населення, зайнятого в різних галузях економіки, отримують заробітну платню, нижчу за прожитковий мінімум, ефективно розв’язувати проблеми вторинної профілактики досить проблематично. Через брак бюджетних коштів населення не може сподіватися на відшкодування вартості лікарських препаратів, яке сьогодні не перевищує 2,7% від загальної реалізації, хоча за кордоном цей показник становить 70%.  
Держава створює умови для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, посилення боротьби зі шкідливими звичками, розвитку фізичної культури і спорту, забезпечення раціонального збалансованого харчування населення, говориться в «Концепції розвитку охорони здоров’я населення України». Галузева частина проблеми полягає в проведенні належної пояснювальної роботи.  
На профілактичну роботу дільничних і поліклінічних терапевтів та кардіологів нині відведено до 5% робочого часу, тоді як у США – 30-40%. Профілактичний підхід до збереження здоров’я найвищий за ефективністю і найдешевший за вартістю, проте це не найпростіший шлях розв’язання проблеми.  
Диспансеризація населення для вітчизняної системи охорони здоров’я завжди була першочерговою справою. Вона повинна зміцнюватися, фінансуватися й відігравати важливу роль і надалі.  
Важливою складовою збереження здоров’я населення є раціональне харчування. Багатоцентровими міжнародними контрольованими дослідженнями доведено можливість впливу його на перебіг АГ і розвиток ускладнень, зокрема інсультів (ІNТЕR-SALТ, Scottish Неаrt Неаlth Study, ТОРН-І, ТОРН-ІІ, Неаlth Рrоfessionals Follow-up Study, Hypertension Соntrol Рrоgram, DASН) і ІХС (Тhе Аtherosclerosis Risk in Соmmunities Study, ТОМРS, DАSН).  
Низькокалорійна, гіпохолестеринова дієта, за результатами Стенфордського дослідження коронарного ризику (SCRІР, Stanford Соronary Risk Intervention Рroject, 1994), призводить до інтенсивного зниження маси тіла і нормалізації рівнів ліпідів крові, що у свою чергу асоціюється зі сповільненням прогресування атеросклеротичного ураження коронарних судин та зниженням потреби в госпіталізації з приводу ІХС.  
У дослідженнях, проведених пізніше, зокрема в Ліонському дієтичному дослідженні (Lyon Diet Неаrt Study, 1999), доведено, що так звана середземноморська дієта (характеризується високим вмістом злаків, овочів, фруктів, бобових, оливкової олії) здатна запобігти повторним загостренням ІХС після першого інфаркту міокарда. Достовірно встановлено, що тривале вживання омега-3 поліненасичених жирних кислот, яких багато в морських продуктах, здатне уповільнити прогресування коронарного атеросклерозу (Еffect оf Dietary w-3 Fatty Асіds оn Соronary Аtherosclerosis, 1999). Фремінгемським дослідженням (Framingeim Study) доведено, що зниження маси тіла корелює зі зменшенням захворюваності на ІХС та смертності від неї. Дані Кокранівського огляду, який містить інформацію про 18 міжнародних досліджень, свідчать про те, що схуднення пацієнтів з АГ сприяє не тільки значному зниженню артеріального тиску, а й зменшенню потреби в антигіпертензивних препаратах. Проте слід констатувати, що, попри доцільність профілактики і немедикаментозного лікування АГ та ІХС, вказані напрямки як чинники і джерела здоров’я нації недостатньо втілюються в практичну кардіологію і залишаються поза увагою держави.  
Нині кардіологія як медична наука і важлива галузь у системі охорони здоров’я переживає нелегкі часи. Ми не маємо підстав сподіватися на значні позитивні зрушення показників поширення і захворюваності населення на ХСК у найближчому майбутньому, проте лікувальні та діагностичні можливості вже тепер дають реальні наслідки. З’явилася тенденція до зменшення показників смертності в останні роки, особливо в працездатному віці, при ХСК взагалі та при ІХС і ревматизмі зокрема. Проте слід зазначити, що в кардіології лікувальна стратегія ще переважає профі-лактичну спрямованість. Ми ще не усвідомили, що саме профілактика і мотивація до здорового способу життя коштують значно менше від будь-якого лікування, але потребують значно більших зусиль. Головним спрямуванням на найближчі роки і на віддалену перспективу повинна бути популяційна стратегія впливу на головні концепції чинників ризику, міжсекторальне співробітництво в рамках державних програм збереження здоров’я населення.  
  
За матеріалами журналу «Серце і судини».