

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

**РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ
ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Виконавець:

Пилипенко Інна Валеріївна

студентка 6 курсу медичного факультету

Науковий керівник:

Голованова Ірина Анатоліївна –

доктор медичних наук, професор, завідувач

кафедри соціальної медицини,

організації та економіки охорони здоров'я з

біостатистикою

Лисак Віктор Петрович –

кандидат медичних наук,

директор департаменту охорони здоров'я

Полтавської обласної державної адміністрації

Полтава 2015

ЗМІСТ

1. ВСТУП.....	3
2. ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ В УКРАЇНІ..	5
3. ШЛЯХИ МЕДИКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	13
4. РІВЕНЬ ПОШИРЕННЯ СЕРЦЕВО- СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2003-2013 рр	20
5. РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У ЗМЕНШЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	25
6. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	28

ВСТУП

Актуальність. Швидка зміна в ХХ столітті способу життя, пов'язана з індустріалізацією, урбанізацією і механізацією, багато в чому сприяла тому, що захворювання серцево-судинної системи стали масовим явищем серед населення економічно розвинених країн. Незважаючи на безперервне удосконалення методів діагностики і лікування хворих кардіологічного профілю, хвороби системи кровообігу залишаються найактуальнішою проблемою охорони здоров'я більшості країн світу. Стабільно високий рівень серцево-судинної захворюваності та смертності зумовлений двома основними факторами: старінням населення як в економічно розвинутих, так і в країнах, що розвиваються, та нездоровим способом життя й виникненням унаслідок цього біологічних факторів ризику, зростанням їх частоти і рівнів.

Сучасні принципи профілактики серцево-судинних захворювань засновані на боротьбі з факторами ризику. Проведені в нашій країні і за кордоном профілактичні програми показали, що це можливо, і те, що зниження смертності від серцево-судинних захворювань, спостерігається в останні роки в деяких країнах - кращий тому доказ. Слід особливо підкреслити, що деякі із зазначених факторів ризику є загальними для цілого ряду захворювань.

Основні звички способу життя закладаються в дитячому та юнацькому віці, тому особливо актуальним стає навчання дітей здорового способу життя, щоб попередити розвиток у них навичок, які є факторами ризику серцево-судинних захворювань (паління, переїдання та інші).

Мета дослідження вивчити поширеність серцево-судинних захворювань та факторів ризику, які їх спричиняють серед жителів Полтавської області та обґрунтувати модель роботи студентського самоврядування щодо профілактики факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Завдання дослідження.

- вивчити захворюваність серцево-судинних захворювань протягом 2004-2014 рр. серед жителів Полтавської області;
- вивчити поширеність серцево-судинних захворювань протягом 2004-2014 рр. серед жителів Полтавської області;
- проаналізувати правові аспекти профілактики серцево-судинних захворювань;
- вивчити поширеність факторів ризику, які спричиняють серцево-судинні захворювання жителів Полтавської області;
- науково обґрунтувати модель роботи студентського самоврядування щодо профілактики факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Матеріал і методи дослідження.

Серцево-судинну захворюваність вивчали за загальноприйнятими показниками:

- показник захворюваності (первинної захворюваності) на 10000 населення;
- показник поширеності на 10000 населення;
- структура захворюваності серцево-судинною патологією;
- структура поширеності серцево-судинної патології.

Матеріалами дослідження була статистична звітність Обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, довідники показників діяльності лікувально-профілактичних закладів області з 2003 по 2013 роки.

Нормативно-правову базу щодо серцево-судинних захворювань вивчали за допомогою контент аналізу. Проведено математичну обробку даних з розрахунками інтенсивних показників та екстенсивних показників. Отримані епідеміологічні дані опитування оброблені автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм „Microsoft Office Excel 2003” и „IBM SPSS Statistics”.

ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ.

Рівень смертності від серцево-судинних захворювань, займає перше місце серед різних причин всього населення (61,7%), і друге місце серед осіб працездатного віку [8, 9]. Залишається тенденція збільшення смертності (на 20%) від ССЗ серед осіб молодого віку [10]. За різними даними тільки у 17—25% дорослого населення країни не має ні ішемічної хвороби серця, ні чинників ризику. Решта дорослого населення потребує первинної і/або вторинної профілактики [11].

З системи державної статистики в Україні нині можна дістати певну інформацію тільки про показники смертності й тривалість життя. Захворюваність в Україні вивчають за даними звернення в лікарняні заклади. Це дає неточне, викривлене уявлення про стан здоров'я населення. Слід зазначити, що оцінка здоров'я населення повинна ґрунтуватися не тільки на показниках смертності, а й на вивченні поведінкових чинників ризику неінфекційних захворювань. Моніторування найпоширеніших захворювань та їхніх чинників ризику на підставі представницьких випадкових вибірок, сформованих за загальнодержавним або територіальним принципом, дає змогу дістати точну й оперативну інформацію та впливати на здоров'я населення.

Зменшення кількості чинників ризику, особливо поведінкових, здійснюється скоріше та помітніше і точно передбачає зниження смертності й захворюваності, пов'язане з ними. Ці дослідження значно дешевші, аніж створення реєстрів хвороб [12].

У наш час відомо, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Зниження підвищених рівнів факторів ризику супроводжується зменшенням захворюваності і смертності населення. На підставі цих взаємозв'язків була

створена концепція факторів ризику, суть якої полягає в тому, що хоча ми досконало і не знаємо причин розвитку хронічних неінфекційних захворювань, завдяки експериментальним, клінічним і, особливо, епідеміологічним дослідженням визначені чинники, пов'язані зі способом життя, оточуючим середовищем, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню цих хвороб. Ця концепція є науковою підставою їх профілактики.

Країни, яким протягом останніх 30 років вдалося досягти суттєвого зниження смертності від серцево-судинних захворювань (США, Австралія, Фінляндія), використовували зазначену концепцію при розробці та реалізації профілактичних програм. У Фінляндії зниження на 82% смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) серед чоловічого населення працездатного віку протягом 30 років значною мірою зумовлено зменшенням рівня високого артеріального тиску (АТ), високого вмісту холестерину (ХС) і куріння. За цей же період на 60% зменшилася і смертність від раку легені [13]. Аналогічно, за рахунок зниження рівня АТ, ХС, індексу маси тіла і куріння зменшилася смертність загальна і від ІХС протягом 10 років у Литві [13]. Американські вчені, проаналізувавши причини зниження смертності від коронарної хвороби серця, дійшли висновку, що на 44% це зумовлено впливом на чинники ризику [14].

За даними ВООЗ, у розвитку передчасної ССЗ смертностіістотну роль відіграють 3 фактори ризику: артеріальна гіпертонія, паління та гіперхолестеринемія. В 2004 році були опубліковані результати одного крупномасштабного міжнародного дослідження INTERHEART, в якому приймали участь дослідники 52 країн світу [15, 16]. В контрольованому дослідженні у 26 тисяч пацієнтів, госпіталізованих у відділення інтенсивної кардіології, вивчали зв'язок гострого коронарного синдрому та 9-ти факторів ризику. Було показано, що наряду з класичними факторами ризику у розвитку інфаркту міокарда важливу роль відіграють і нові фактори ризику

(стрес/депресія, ожиріння, цукровий діабет, низький рівень ХС ЛВЩ та низький рівень вживання у їжу овочем та фруктів) [17].

За даними літератури спадковість відіграє важливу роль в розвитку серцево-судинних захворювань. До спадкових факторів відноситься наявність серцево-судинної патології у родичів першого ступеню (мати, батько і т.ін.) що проявились у віці до 55 років у чоловіків та 65 років у жінок, тобто, в такому випадку, наявна обтяженість спадковості по серцево-судинній патології [18].

Статистично доведено, що чоловіки страждають на кардіологічну патологію частіше за жінок: в віці 35-65 років ризик розвитку патології у чоловіків на 30% вище за жінок, а в подальшому ризик приблизно вирівнюється [19]. У жінок, на відміну від чоловіків, можлива дія додаткових факторів ризику розвитку серцево-судинних подій, таких як пре еклампсія, яка може привести до розвитку стенокардії чи стійкого підвищення артеріального тиску [12]. В той же час в деякі фактори ризику можуть по різному проявлятися у чоловіків та жінок. Як приклад – діабет підвищує ризик розвитку серцево-судинних подій у жінок більшою мірою, ніж у чоловіків [20]. Також слід відмітити що ризик розвитку серцево-судинних захворювань збільшується у жінок, які приймають оральні контрацептиви [21]. Зміни, що протікають в у організмі жінки під час менопаузи підвищують ризик розвитку серцево-судинних захворювань [22].

У чоловіків після 45 років а у жінок після 55 років відмічається підвищення ризику серцево-судинних захворювань в рівній мірі – за наявності додаткових факторів ризику – на 65%, за відсутності – лише на 4% [23].

Наявність хронічних захворювань нирок, легенів, ендокринних залоз, центральної нервової системи веде до збільшення ризику розвитку кардіологічної патології [24].

Друга група факторів ризику – це переборні фактори, ті, що можна усунути тим чи іншим шляхом.

Значення тютюнопаління як фактора ризику ССЗ і передчасної смерті доведено численними дослідженнями і є загально визнаним фактом. За даними Фремінгемського дослідження [25, 26], тютюнопаління вдвічі підвищує ризик розвитку стенокардії та інфаркту міокарда (ІМ) і майже в 5 разів — виникнення раптової смерті. Встановлено, що близько третини випадків смерті від ішемічної хвороби серця (ІХС) пов'язано з тютюнопалінням.

За результатами багатьох досліджень відомо, що у курців молодого віку ризик розвитку ІХС найвищий: у чоловіків фатальний ІМ реєструється у 4 рази частіше, а нефатальний — у 30–49 років виникає у 5 разів частіше, у 50–59 років — у 3 рази, у 60–79 років — у 2 рази частіше, ніж у однолітків, які не курять. [27, 28]

Тютюнопаління — єдиний незалежний фактор ризику ІХС в осіб віком молодше 40 років. У цьому віці завязаті курці в 10–15 разів частіше помирають від ССЗ порівняно з тими, які ніколи не курили. Установлено, що ризик розвитку ССЗ прямо залежить від інтенсивності тютюнопаління. Частота випадків ІМ серед осіб, які щоденно викурюють 40 сигарет, у 4 рази вища, ніж у тих, хто викурює щодня до 10 сигарет. Відносний ризик виникнення ІМ у жінок віком до 45 років підвищується від 2,5 при щоденному викурюванні 1–5 сигарет до 75 при інтенсивності тютюнопаління 40 сигарет і більше на день [29]. Не існує поняття безпечної сигарети або безпечного рівня тютюнопаління. Навіть при незначній тютюновій інтоксикації, що відповідає пасивному тютюнопалінню або викурюванню 1–2 сигарет на день, ризик ІХС підвищується [30].

Наступним важливим фактором ризику розвитку захворювань серця та судин є ожиріння та надмірна вага тіла. Характер розподілу жирової тканини в організмі має суттєве значення в розвитку хвороб серця.

Ризик серцево-судинної патології є найбільшим при черевному типі ожиріння, яке часто пов'язане з гіпертензією та ішемічною хворобою серця. При обстеженні у таких людей (з черевним типом відкладення жиру)

виявляється порушення рівня ліпідів, підвищення фібриногену, сечової кислоти в крові і, як правило, приховане або явне порушення вуглеводного обміну. При центральному типі ожиріння частіше спостерігається діабет II типу, жировий гепатоз, передтромботичний стан, гіпертрофія лівого шлуночка, серцева недостатність, альбумінурія (протеїнурія). Ожиріння є розповсюдженим хронічним захворюванням, яке дуже часто призводить до розвитку уражень серцево-судинної системи [31].

За даними літератури ризик виникнення ІХС при підвищеному рівні холестерину збільшується в 2,2-5,5 рази [32]. Експериментальні, епідеміологічні і клінічні дослідження, проведені за останні 50 років, виявили тісний зв'язок між порушенням ліпідного спектра (дисліпідеміями) і розвитком атеросклерозу. За даними ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України в українській популяції підвищення рівня загального холестерину в працездатному віці відзначається в середньому в 50 % випадків. На теперішній час встановлено прямий кореляційний зв'язок між захворюваністю і смертністю від ІХС, з одного боку, і рівнем холестерину в крові, з іншого, а гіперхолестеринемія, поряд з палінням, ожирінням, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом і віком визначена головним предиктором розвитку атеросклерозу і його ускладнень. Підтвердження прогностичного значення гіперхолестеринемії отримано за результатами багатоцентрових досліджень, насамперед таких як MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) [33] та Seven Countries Study [34], згідно з якими на великих популяціях продемонстровано зростання абсолютних і відносних характеристик смертності від ІХС у прямій залежності від рівня загального холестерину.

Фізична активність – є одним з факторів, на який можна активно впливати. Слід зазначити, що в осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50% вищий, ніж у фізично активних [35].

Доведено, що ряд продуктів, особливо у надмірній кількості, сприяють підвищенню АТ. Зокрема, кухонна сіль, кава, міцний чай, алкоголь, смажені

та копчені страви, цукор, рафіновані продукти, консерванти, барвники, стабілізатори, ароматизатори. Одні з них викликають швидкий підйом АТ, а інші створюють підґрунтя для розвитку гіпертонічної хвороби. Саме тому, практично у всіх рекомендаціях з лікування та профілактики АГ, неодноразово наголошується на необхідності обмеження цих речовин у щоденному раціоні. Однак, лише незначна частина пацієнтів відмовляється від спокуси поїсти соленого, смаженого, копченого та поласувати солодким. А наслідок – залежність від прийому ліків, порушення функції печінки, нирок, інших органів та систем. Також перенасичення раціону білковою їжею (напр., м'ясом) може бути харчовим фактором ризику [36].

Підвищений артеріальний тиск (АТ) є одним з важливих факторів ризику серцево-судинних захворювань як у загальній популяції, так і у хворих з цукровим діабетом. Припускають, що 35-75 % усіх випадків серцево-судинних та ниркових ускладнень ЦД обумовлені саме артеріальною гіпертензією.

За результатами проведених досліджень АГ визначається майже у третини населення (30%) незалежно від статі. З віком її поширеність зростає серед чоловіків від 1% у 18-24 роки до 66% у 55-64 роки, а у жінок – від 5% у 25-34 роки до 76% у 55-64 роки.

В структурі домінує АГ 1го ступеня, питома вага якої становить 50%. АГ 2го ступеня визначається у кожного третього (31%) хворого, а АГ 3го ступеня – у 19% осіб з підвищеним АТ.

Аналіз розподілу АГ за формами свідчить, що незалежно від статі найбільш поширеною є змішана форма (68%), причому частота її зростає з віком. Поширеність ізольованої систолічної форми складає 20%, а діастолічної – 12%.

Проведений аналіз рівня накопиченої смертності свідчить, що найбільш несприятливий віддалений прогноз незалежно від статі визначається для хворих зі змішаною формою АГ. Серед чоловіків смертність від усіх причин в 2,4 рази, а від серцево-судинних захворювань майже у 2 рази вище, ніж серед

осіб з ізольованою діастолічною формою. У жінок загальний ризик смерті від хвороб системи кровообігу за наявності змішаної форми АГ в 1,6 рази вище відповідного показника у осіб з ізольованою систолічною формою.

Наявність змішаної форми АГ не тільки збільшує ризик загальної смертності, але й істотно впливає на середню тривалість життя. Згідно з нашими даними серед хворих зі змішаною формою середня тривалість періоду від дати обстеження до смерті менша в середньому на 2 роки, ніж серед хворих з ізольованою діастолічною, і на 3 роки, ніж серед осіб з ізольованою систолічною формою [37].

Контроль АГ в популяції вважається одним із провідних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. До цього часу в нашій країні і за кордоном накопичено значний обсяг наукових даних про підвищений АТ і шляхи його контролю. У США після впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ вдалося втричі (від 10 до 34%) збільшити кількість хворих з цільовими значеннями АТ [38].

Серед міського населення нашої країни 63% хворих (60% чоловіків і 68% жінок) знають про підвищення у них АТ, приймають будь-які антигіпертензивні засоби 38% осіб (27% чоловіків і 54% жінок), а ефективність лікування складає лише 14% (10% серед чоловіків і 25% серед жінок). З віком поступово зростає обізнаність хворих про наявність АГ та охоплення медикаментозним лікуванням, тоді як ефективність лікування залишається майже незмінною. Ситуація щодо контролю АГ більш несприятлива у чоловіків: серед них менше обізнаних про наявність підвищеного АТ, нижчий відсоток охоплених медикаментозним лікуванням і більш низька його ефективність. Більш високі показники контролю АГ в жіночій популяції порівняно з чоловічою зумовлені тим, що, як відомо, жінки більше уваги приділяють своєму здоров'ю і ретельніше виконують призначення лікаря.

Стрес, особливо хронічний, сприяє підвищенню АТ. Необхідно звернути увагу на те, що певний стиль поведінки, який характеризується тенденцією до суперництва, безкомпромісною боротьбою за успіх, надмірними амбіціями, перебільшеним відчуттям обов'язковості та відповідальності, агресивністю (нерідко прихованою у собі), постійним поспіхом та нетерпеливістю, часто притаманний особам з підвищеним АТ [39].

Концепція про значення психосоціальних факторів розвитку ССЗ сформувалась в 50-х роках ХХ сторіччя. В 70-і роки було введено термін «поведінка типу А», що характеризується двома основними характеристиками – дефіцит часу и легко виникаюча дратівливість та ворожість. Люди із поведінкою типу А вдвічі більше схильні до розвитку ІХС [40].

При цьому особливість такої поведінки призводить до залучення і інших факторів ризику ССЗ – АГ, зловживання алкоголем, паління, підвищення вживання вуглеводів для усунення факторів стресу.

Експериментально показано, що хронічний стрес викликає, з одного боку, пошкодження ендотелію судин, що викликає процеси атерогенезу, з другого – активацію симпато-адреналової системи, що призводить до підвищення вазоконстрикціїи активації тромбоцитів [41].

Не дивлячись на досліджені причини виникнення ССЗ, на сьогодні недостатньо вивчено епідеміологічні особливості поширеності ССЗ в Україні та їхні фактори ризику, які несприятливо впливають на стан здоров'я населення, тому їх вивчення буде актуальним та своєчасним вкладом в розуміння факторів ризику ССЗ, що дозволить не лише на ранніх стадіях відслідковувати людей із початковими ознаками кардіологічних захворювань, а в першу чергу виявляти людей з наявними факторами ризику розвитку серцево-судинної патології та проводити профілактичні заходи щодо її розвитку [42].

ШЛЯХИ МЕДИКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.

Успіх профілактики визначають, перш за все, механізми скоординованої взаємодії міжнародних організацій, МОЗ України та органів місцевого самоврядування, що формують регіональну політику, представників неурядових організацій і широких верств громадськості.

Щорічно з 2000 року European Heart Network разом з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), проектом MONICA (моніторинг основних тенденцій, що стосуються серцево-судинних захворювань, що проводиться під егідою ВООЗ [43]), Європейською спілкою кардіологів, Європейським Союзом (ЕС), ООН та іншими міжнародними спілками збирає статистичні дані, щодо серцево-судинної захворюваності та смертності в європейських країнах [44]. Це найбільш повна підбірка інформації, що відображає тяжкість кардіоваскулярної патології в Європі.

Як ми дослідили, законодавство в цілому, можна вважати, що на сьогодні в Україні сформована державна система профілактики ССЗ відповідно до наступних законодавчих актів:

Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 була прийнята на державному рівні **«Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні»**. Трохи згодом була затверджена «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», підставою для виконання якої була Постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 року № 761. Державним замовником цих програм виступало Міністерство охорони здоров'я України. Термін їх виконання закінчився в 2010 році.

1. **Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, затвердженою Указом Президента України від 4 лютого 1999 року №117/99.** Програма передбачає заходи, спрямовані на зниження захворюваності населення на АГ, ІХС, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості і якості життя хворих на серцево-судинні захворювання. Завданнями програми є пропаганда здорового способу життя; зміцнення охорони здоров'я кадрами та ресурсами; забезпечення ефективної діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги кардіологічним хворим; забезпечення населення антигіпертензивними засобами та приладами для вимірювання АТ. Виконання програми заплановане до 2010 року.

2. **Постанова Кабінету міністрів від 31.05.2006 року №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки».** Постанова визначає необхідним забезпечити проведення первинної та вторинної профілактики (створення системи виявлення хвороб на ранніх, доклінічних стадіях, обладнання закладів охорони здоров'я сучасною діагностичною апаратурою, підготовка висококваліфікованих спеціалістів, впровадження сучасних стандартів запобігання серцево-судинним і судинно-мозковим захворюванням, проведення сучасної медикаментозної терапії); забезпечити своєчасне надання спеціалізованої медичної допомоги (створення стандартів діагностики і протоколів лікування гострих серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на догоспітальному та госпітальному етапах з визначенням необхідного переліку діагностичних і лікувальних процедур; організація системи стандартизованого обстеження хворих; надання в повному обсязі спеціалізованої медичної допомоги у разі гострих серцево-судинних захворювань; створення нових та дооснащення існуючих кардіологічних, кардіохірургічних та інсультних центрів сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням;

створення системи пренатальної діагностики природжених вад серця; підготовка спеціалістів для обласних, регіональних кардіологічних, кардіохірургічних, інсультних центрів); здійснити реабілітаційні заходи (розвиток системи медичної реабілітації та трудової реадaptaції хворих; впровадження стандартів та клінічних протоколів терапевтичного ведення хворих різного віку (антигіпертензивна та ліпідознижувальна, антиагрегантна та антикоагулянтна терапія) після інвазійних кардіологічних та кардіохірургічних втручань, а також після втручань на магістральних судинах голови та шиї).

Перші результати виконання програм засвідчили дві найголовніші тези. По-перше, виявлена і реально встановлена поширеність і щорічна захворюваність на АГ і асоційовані з нею стани [45].

По-друге, контроль АГ і пов'язаний з нею ризик розвитку серцево-судинних хвороб і ускладнень на популяційному рівні поки що не відповідає результатам міжнародних багатоцентрових плацебо-контрольованих наукових досліджень, які продемонстрували високу ефективність лікування і покращення прогнозу не тільки при АГ, але і при поєднаних з нею хворобах. Навіть у розвинених країнах цільовий контроль АГ становить 35,6 % у чоловіків і 33,5 % у жінок [46].

Керуючись п. 22 ч. 1 ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», з урахуванням вимог постанови Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки» та з метою запобігання і зниження рівня захворюваності на серцево-судинні та судино-мозкові хвороби, інвалідності та смертності, враховуючи істотний вплив хвороб системи кровообігу на інвалідизацію, смертність та тривалість життя громадян, Полтавська міська рада видає низку нормативно-правових документів:

1. Спільний наказ управління охорони здоров'я та ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» від 3 березня 2007 року №113/84 «Про затвердження обласного плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки».

2. Робочий план УОЗ від 20.07.2007 року по забезпеченню виконання розпорядження Голови ОДА від 18.06.2007 року №237 «Про затвердження заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2007-2010 роки в області».

3. Рішення обласної Координаційної ради за квітень 2008 року «Про хід виконання розпорядження голови обласної державної адміністрації від 18.06.2007 року №237 «Про затвердження заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки в області», затвердженої постановою КМУ від 31.05.2006 №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки» в Миргородському та Лубенському районах».

4. Рішення розширеної колегії облдержадміністрації від 31 липня 2008 року «Про хід виконання розпорядження голови обласної державної адміністрації від 18.06.2007 року «Про затвердження заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2007-2010 роки в області» згідно вимог постанови Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 року №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки»».

5. Наказ Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 19.08.09 року № 503 «Про хід виконання обласних заходів Державної Програми запобігання та лікування

серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань та невідкладні завдання по забезпеченню виконання доручень, даних на розширеній колегії обласної державної адміністрації від 31 липня 2008 року».

Останнім часом в Україні затверджені накази, що оптимізують роботу кардіологічної служби:

6. Наказ Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації № 299 від 26 червня 2008р. «Про організацію роботи виїзних бригад лікарів з метою проведення організаційно-методичної роботи з метою впровадження системи передачі ЕКГ по телефону».

7. Наказ МОЗ України №193/20 від 11.03.2013 року «Про систему кардіохірургічної допомоги в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 481/23013. Наказ затверджує положення про організацію надання кардіохірургічної допомоги населенню України, передбачає механізм взаємодії рівнів надання кардіохірургічної допомоги, діє з метою профілактики захворювань, зниження інвалідності та смертності населення внаслідок серцево-судинних захворювань, реалізації державної політики щодо забезпечення закладами охорони здоров'я всіх форм власності вчасної та якісної допомоги населенню, рівного доступу населення до високоспеціалізованої кардіохірургічної допомоги, передбачає використання новітніх стандартизованих медичних технологій, оптимізацію структури підрозділів закладів охорони здоров'я всіх форм власності на підставі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів.

8. Наказ МОЗ України № 211/24 від 18.03.2013 р. «Про організацію і роботу системи з рентгенендоваскулярної діагностики та лікування у закладах охорони здоров'я в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 01.04.2013 р. за № 532/23064. Наказ затверджує положення про систему рентгенендоваскулярної діагностики та лікування, визначає механізм надання та взаємодії рівнів

рентгеноендоваскулярної діагностичної та лікувальної допомоги населенню України, діє з метою реалізації державної політики щодо забезпечення закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності вчасної та високоякісної допомоги пацієнтам, спрямованої на профілактику захворювань, зниження смертності від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань та удосконалення організації допомоги і підвищення ефективності її застосування у комплексному лікуванні хворих, передбачає використання новітніх стандартизованих медичних технологій, оптимізацію структури підрозділів.

9. Наказ МОЗ України №621/60 від 24.07.2013 року «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 09.08.2013 р. за № 1365/23897. Наказ затверджує положення про систему кардіологічної допомоги, передбачає регламентацію механізму надання та взаємодії рівнів надання кардіологічної діагностичної та лікувальної допомоги населенню України, Спрямований на забезпечення вчасної та високоякісної допомоги пацієнтам, на профілактику захворювань, зниження смертності від серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань та удосконалення організації медичної допомоги, підвищення ефективності її застосування у комплексному лікуванні хворих. Передбачає використання новітніх стандартизованих медичних технологій, оптимізацію структури підрозділів закладів охорони здоров'я на підставі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів надання допомоги.

10. Наказ МОЗ України №670/65 від 31.07.2013 року «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я України», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 20.08.2013 р. за № 1437/23969. Наказ затверджує положення про функціональну діагностику, передбачає регламентацію взаємодії рівнів системи функціональної діагностики та застосування її методів, передбачає використання новітніх стандартизованих медичних

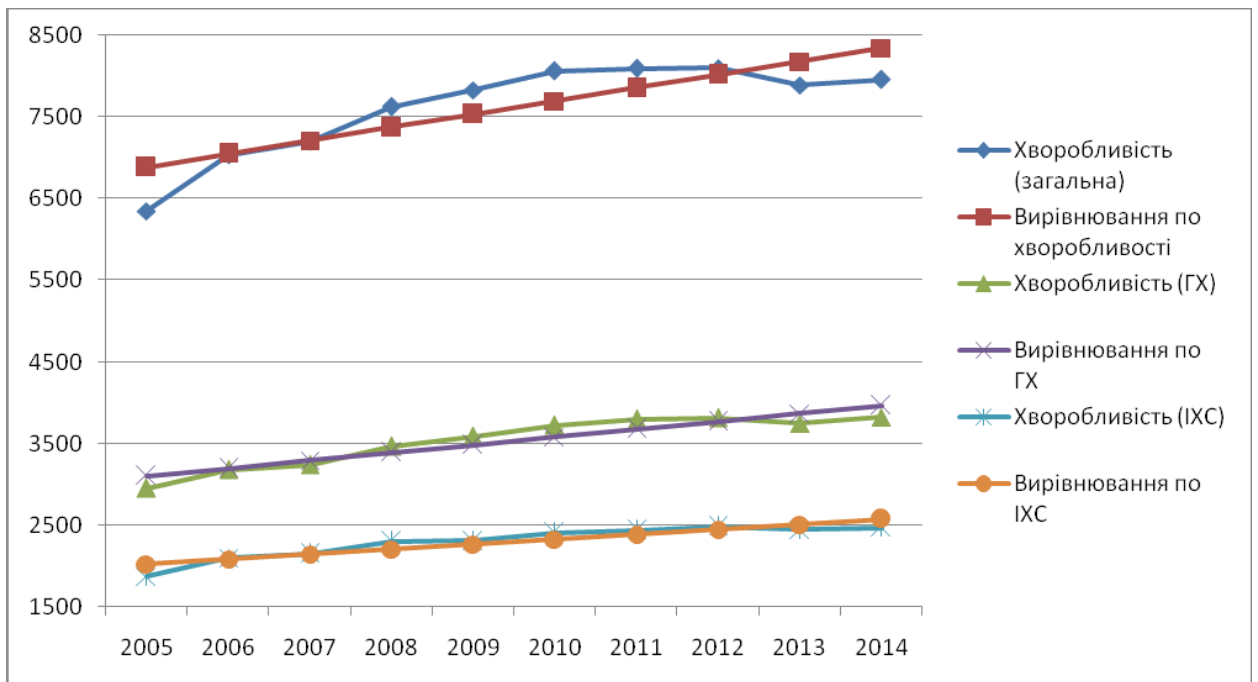
технологій, оптимізацію структури підрозділів на підставі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів надання допомоги з відповідним кадровим, матеріально-технічним забезпеченням, професійною підготовкою медичних працівників з питань її надання, а також інших фахівців, які беруть участь в організації та забезпеченні надання допомоги та не мають медичної освіти.

Реалізація цих заходів сприятиме: удосконаленню організації невідкладної допомоги особам, хворим на гострий інфаркт та інсульт, шляхом відкриття кардіохірургічних центрів (відділень) і центрів (відділень) рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування в кожній області; розвитку і підтримці мережі регіональних кардіохірургічних центрів; наближенню доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим хворим; реформуванню високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією.

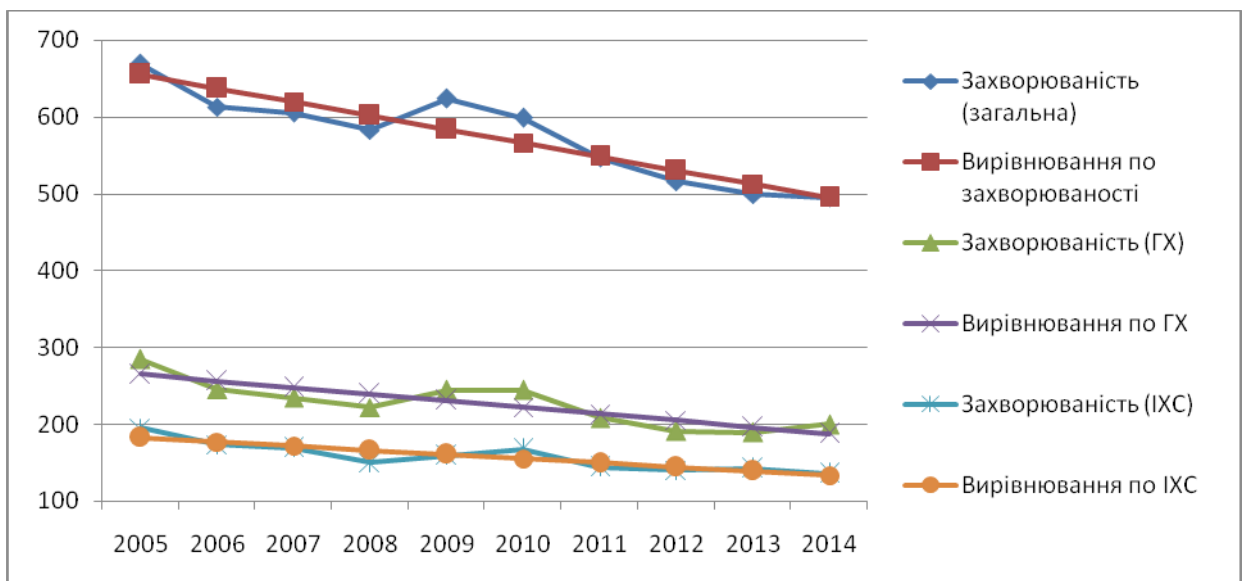
РІВЕНЬ ПОШИРЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2003-2013 РР

При дослідженні стану захворюваності виявлено, що кількість хвороб системи кровообігу постійно зростає – середній показник зросту складає 2,12 (з 6347,5 на 10 тис. населення в 2005 році до 8098,6 на 10 тис. населення в 2012 році і дещо знижується до 7958,7 на 10 тис. населення в 2014 році). Така ж динаміка показників захворюваності спостерігається і для окремих нозологічних одиниць: гіпертонічна хвороба – з 2950,8 на 10 тис. населення в 2005 році до 3826,1 на 10 тис населення в 2014 році; ішемічна хвороба серця – з 1872,1 на 10 тис. населення в 2005 році до 2473,4 в 2014 році з максимумом в 2012 році – 2482,7 на 10 тис. населення. Середній показник зросту складає 2,71 при ГХ та 2,63 при ІХС (мал. 1).

В той же час спостерігається зменшення захворюваності: з 669,1 на 10 тис населення – в 2005 році до 495 на 10 тис населення в 2014 році, з тимчасовим підйомом рівня до 244,9 на 10 тис. населення, середній показник зросту складає -3,1 (при ГХ – -3,78, при ІХС – -3,45). Аналогічна картина спостерігається і по нозологічним формам: гіпертонічна хвороба – з 284,8 на 10 тис. населення в 2005 році до 200,0 на 10 тис. населення в 2014 році; ішемічна хвороба серця – з 195,2 на 10 тис. населення в 2005 році до 136,1 на 10 тис. населення в 2014 році (мал. 2).



Мал. 1. Динаміка поширеності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 рр.



Мал. 2. Динаміка захворюваності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 рр.

3.1. Рівень факторів ризику серед жителів Полтавської області

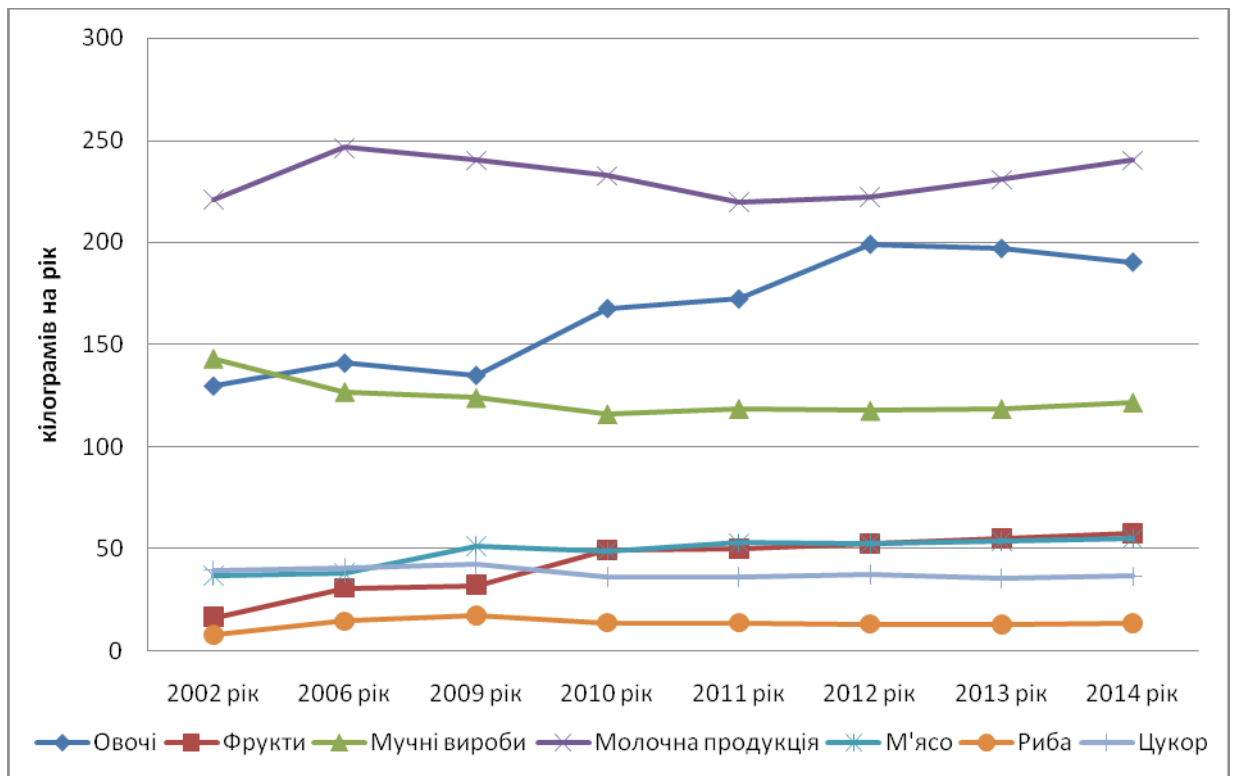
Підвищений артеріальний тиск серед жителів Полтавської області в міській популяції складає 29,3 %, у тому числі 32,5 % серед чоловіків і 25,3 % серед жінок, у сільській популяції — 36,3 %, серед чоловіків — 37,9 %, серед жінок — 35,1 %.

Харчування

Одним з керованих факторів ризику серцево-судинних захворювань є характер харчування.

За даними маркетингових досліджень спостерігається наступна картина щодо споживання основних продовольчих товарів населенням міста Полтава [49]:

- Спостерігається неукліне підвищення споживання овочів: 2000 р. – 129,6; 2005 р. – 140,8; 2009 р. – 134,8; 2010 р. – 167,5; 2011 р. – 172,2; 2012 р. – 198,9; 2013 р. – 196,9; 2014 р. – 190,2 на одну особу кілограмів за рік;
- зріст рівня споживання фруктів: 2000 р. – 16,4; 2005 р. – 30,6; 2009 р. – 32,3; 2010 р. – 49,4; 2011 р. – 49,8; 2012 р. – 52,3; 2013р. – 54,9; 2014 р. – 57,6 на одну особу кілограмів за рік;
- зменшення рівня споживання хліба та мучних виробів: 2000 р. – 143,0; 2005 р. – 126,8; 2009 р. – 123,8; 2010 р. – 115,9; 2011 р. – 118,5; 2012 р. – 117,6; 2013р. – 118,4; 2014 р. – 121,6 на одну особу кілограмів за рік;
- Спостерігається зменшення рівня споживання молочної продукції: 2000 р. – 221,0; 2005 р. – 246,5; 2009 р. – 240,3; 2010 р. – 232,9; 2011 р. – 219,7; 2012 р. – 222,5; 2013р. – 230,9; 2014 р. – 240,5 на одну особу кілограмів за рік;
- Значно збільшився рівень споживання м'ясної продукції: 2000 р.– 36,6; 2005 р. – 38,0; 2009 р.– 51,0; 2010 р. – 48,9; 2011 р. – 52,8; 2012 – 52,4; 2013 р. – 53,7; 2014 р. – 55,0 на одну особу кілограмів за рік;
- Спостерігається зменшення рівня споживання риби: 2000 р. – 8,0; 2005 р. – 14,6; 2009 р. – 17,4; 2010 р. – 13,9; 2011 р. – 13,9; 2012 р. – 13,3; 2013 р. – 13,2; 2014 р. - 13,7 на одну особу кілограмів за рік;
- Рівень споживання цукру лишається сталим: 2000 р. – 39,5; 2005 р. – 40,4; 2009 р. – 42,6; 2010 р. – 36,3; 2011 р. – 36,1; 2012 р. – 37,3; 2013 р. – 35,4; 2014 р. – 36,6 на одну особу кілограмів за рік [50].



Метаболічні фактори.

- Поширеність недостатньої, надмірної ваги та ожиріння серед населення Полтави та Полтавської області (з урахуванням віку та статі): Серед населення Полтавської області тучні люди, чий ІМТ перевищує значення 30, 16 % чоловіків і 20% жінок страждають на ожиріння.
- Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% у чоловіків і 27% серед жінок.
- Підвищений рівень холестерину спостерігається у 7% чоловіків і 50% жінок.
- Підвищений рівень глюкози у крові спостерігається у 2,9% населення у 2012 році.

Фізична активність. Поширеність низької фізичної активності серед населення Полтави та Полтавської області складає - більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя

Тютюн. Споживання тютюнових виробів серед населення міста Полтави та Полтавської області складає 45% серед чоловіків та 16% серед жінок.

Вживання алкоголю. Споживання алкогольних виробів серед населення
Полтави та Полтавської області складає - загальний показник 1352,13 на 100
тис.населення.

РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У ЗМЕНШЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Головною метою роботи волонтерського загону створеного на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я є проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення. Девіз загону: «Молодь за здоровий спосіб життя». Дійсно, коли молода, здорова людина пропагує здоровий спосіб життя мимоволі переконуєшся в його необхідності. При амбулаторіях Полтавщини створені «Школи здорового життя». Що може зробити студент медик, спрямовуючи людей вести правильний, здоровий спосіб життя. Перш за все, волонтер студент знає керовані фактори ризику, які є в полтавців:

- неправильне харчування;
- ожиріння;
- низька фізична активність;
- тютюнопаління;
- вживання алкоголю.

Перш за все, залучати до пропаганди зменшення, а то навіть і усунення факторів ризику волонтерів, які перелічених факторів не мають, з тією метою, що ці студенти мають глибоке переконання і впевненість у вірності обраного шляху.

По-друге, це зібрати інтерв'ю у жителів міста, не лише для обробки, але і для надання наукової інформації щодо факторів ризику. Коли мешканець Полтави прочитає питання, або почує від інтерв'юєра: «Яка у Вас вага?», «Чи Ви палите?», «Чи вживаєте алкоголь?», «Коли останній раз були у лікаря?» мимоволі приходитьсь задуматися про власний спосіб життя.

По-третє – це пропозиція перевірити свій тиск, під час цієї процедури житель м. Полтави може ознайомитися з коротесенькими листівками щодо

ожиріння, фізичної активності, припинення куріння, правильного харчування (рис.1,3,4,5).



Рис. 1. Сан-просвітницька робота щодо зменшення керованих факторів ризику виникнення ССЗ.

Людам з підвищеним тиском студенти волонтери пропонують негайно звернутися до лікаря і видають щоденники, куди людина може заносити свої дані щодо артеріального тиску (рис.2).

та	Час вимірювання АТ	Рівень АТ		ЧСС	Примітки *
		Права рука	Ліва рука		

* Які гіпотензивні медикаменти пацієнт приймав протягом дня, незвичні скарги тощо.

Рис.2. Щоденник пацієнта з артеріальною гіпертонією.

Для формування у свідомості людей необхідності притримуватися здорового способу життя, важливо не лише санітарно-просвітницька робота, але і проведення масових фізкультурних заходів: марафонські забіги, велопробіг, але ці дії можуть бути ризикованими для людей з підвищеним артеріальним тиском. Тому ми пропонуємо під час заходу «Зниження факторів ризику ССЗ», який зазвичай ми проводимо в Всесвітній День боротьби з гіпертонією 8 травня в місці великого скупчення людей ТРЦ «Київ» м. Полтави провести фізкультуру силами як студентів волонтерів, так і викладачів кафедри соціальної медицини та кафедри фізичної культури. Такі дійства проводяться в Східних країнах Китаї, Японії, де безкоштовно, серед вулиці людина може займатися фізичним оздоровленням (рис.6). Зробивши це один раз на рік, можливо ми заохотимо відділ молоді і спорту проводити подібні заходи регулярно, а ми б були активними співучасниками. Передбачаємо, що короткостроковими результатами стане зниження факторів ризику ССЗ та підвищення медичної, фізичної, гігієнічної культури людей, а довготривалими результатами, які ми очікуємо в рамках цього закладу буде зниження рівня захворюваності як ССЗ, так і загальної, що в свою чергу приведе до зниження смертності населення м. Полтави (рис.7).



Рис. 3. Правильне вимірювання тиску студентами-волонтерами кафедри соціальної медицини УМСА жителям м. Полтави в ТРЦ «Київ»



Рис. 4. Консультація викладача кафедри соціальної медицини УМСА к.мед.н. Плужнікової Т.В.



Рис. 5. Студенти волонтери і викладачі кафедри соціальної медицини кандидати медичних наук Плужнікова Т.В., Надута-Скринник О.К. та аспірант Хорош М.В.



Рис. 6. Масові заняття фізичною культурою в Китаї

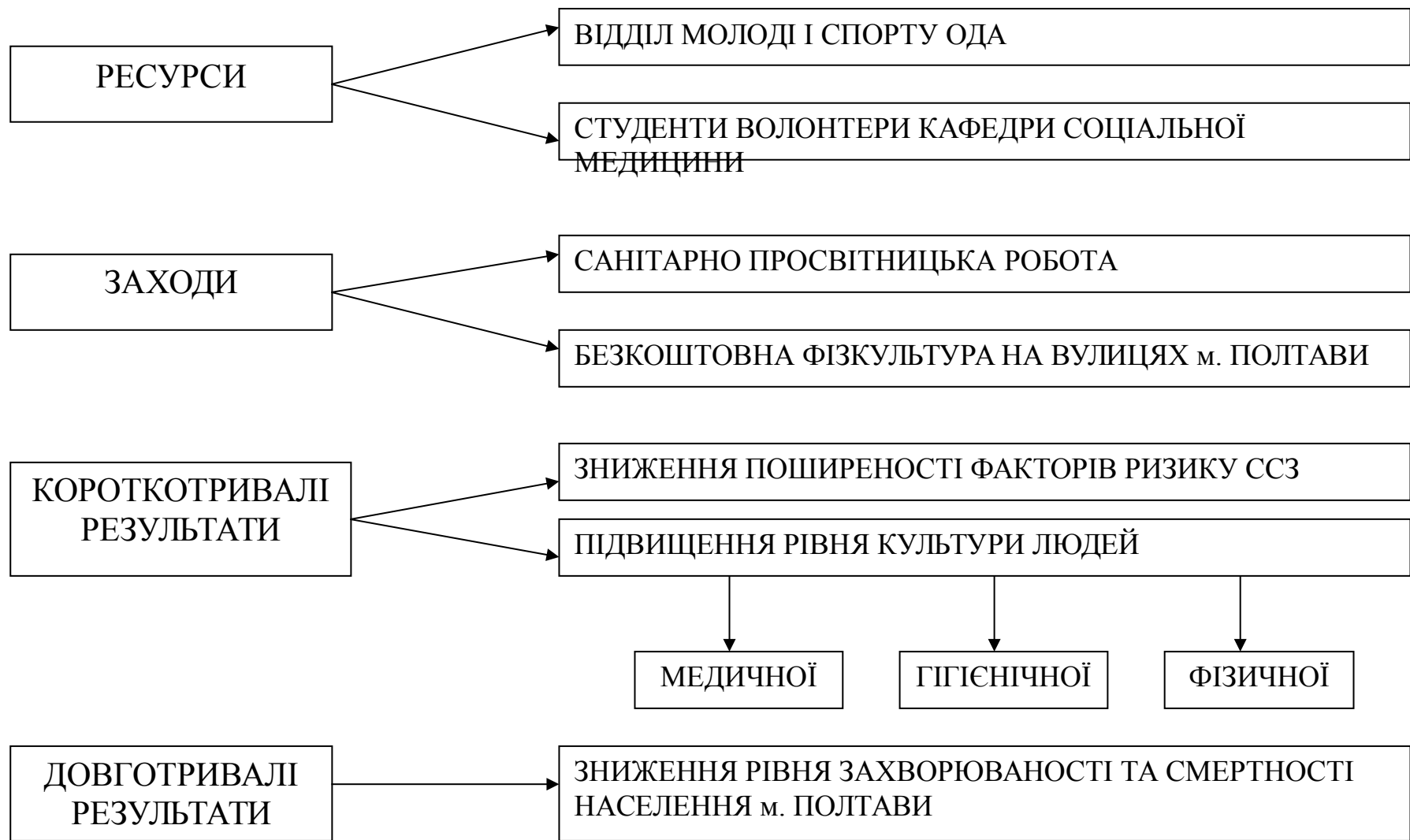


Рис.7. Модель роботи волонтерського загону для зниження факторів ризику ССЗ

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Апанасенко Г.Л., Неизбежность новой стратегии здравоохранения // Український медичний часопис. – 2003. - №10-11. – с. 90-92.
2. Гжегодський М.Р. Концептуальна модель профілактичної медицини з позиції фізіології людини // Журнал АМН України. – 2003 р. – Т.9, №3. – С.312-324.
3. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко // Здоров'я України. – 2009. – №21. – С. 58–59.
4. Січкарук І.М. Поширеність основних факторів ризику у хворих після інфаркту міокарда // І.М.Січкарук, Н.Д.Сидор, Ю.Г.Кияк, Л.П.Духневич, А.Я.Базилевич, А.В.Ягенський. Запорожский медицинский журнал. – 2010 р. – Т12. - №4. – С.37-41.
5. Ушкварок Л.Б., Лавренко Т.А. Рівень чинників ризику серцево-судинних захворювань у неорганізованій популяції Харкова // Український терапевтичний журнал. – 2008 рік. - №3. – С. 52-56.
6. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision // WHO. – 2004. – 41 p.
7. Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B. et al. Explaining the disease in US deaths from coronary heart disease, 1980-2000 // N. Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 2388-2398.
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
9. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. Lancet.2004;364: 937–952.
10. Гайдаєв Ю.О., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та напрямки його покращання в сучасних умовах // Український кардіологічний журнал. – № 5. – 2007.
11. Белозеров Ю.М. Наследственные болезни сердца у детей. - Иркутск, 2006. - 581 с.
12. Lloyd-Jones D.M., Larson M.G., Beiser A., Levy D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. Lancet 1999;353:89-92.
13. Jousilahti P. Sex, age, cardiovascular risk factors and coronary heart disease / P.Jousilahti, E.Vartiainen, J.Tuomilento, P.Puska //Circulation. – 1999. –Vol.99. – P.1165 – 1172.
14. Шатковська А.С., Шиманська О.Г. Медичні аспекти застосування комбінованих оральних контрацептивів //Медицинские аспекты здоров'я женщины. - №2. – 2010.
15. Сухих Г.Т., Сметник В.П., Ильина Л.М., Юренева С.В., Коновалова В.Н., Балан В.Е., Зайдиева Я.З., Марченко Л.А., Мельниченко Г.А., Азизян К.М., Ткачева О.Н. Практические рекомендации. Ведение женщин в пери - и постменопаузе. Москва, «Литера», 2010.

16. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцевосудинних захворювань в смертність за даними 20 річного проспективного дослідження: автореф. дис. на здоб. наук. ступеня д-ра мед. наук. — К., 2008. — 40 с.
17. Мамедов М.Н., Чепурна Н.А. – Суммарный сердечно-сосудистый риск: от терапии к практике. – Москва, 2007 год.
18. В.К. Тащук. – Кардіоваскулярний ризик, метаболічний синдром, цукровий діабет, карді альні клінічні події // Здоров'я України. - №1-2. - 2006.
19. В.А. Скибчик, С.Д.Бабляк, Ю.О.Матвієнко - Прогностична цінність факторів ризику серцево-судинних захворювань для визначення тривалості життя 50-річних жінок // Український медичний часопис. – №1 (84). – т I-II. – 2012.
20. Bernhard D., Csordas A., Henderson B. et al. Cigarette smoking metalcatalyzed protein oxidation leads to vascular endothelial cell contraction by depolymerization of microtubules // FASEB J. — 2005; 19: 1096–1107.
21. Doll R., Peto R., Boreham J. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors // Br. Med. J. — 2004; 328; 1519–1528.
22. Горбась І.М. - Фактори ризику серцево-судинних захворювань: куріння/ Практическая ангиология. - <http://angiology.com.ua/article/439.html> - [Електронний дотуп].
23. Wilson K., Gibson N., Willian A. et al. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: metaanalysis of cohort studies // Arch. Intern. Med. — 2000; 160: 939–944.
24. Нетяженко В.З., Пузанова О.Г. - Дисліпідемія як фактор кардіоваскулярного ризику.// «Внутренняя медицина», №3(15), 2009 рік.
25. Басиев В.А. Анализ факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. //Фундаментальные и прикладные аспекты создания биосферно-совместимых систем. – Международная научно-техническая интернет-конференция 2012.
26. Jeremiah Stamler, James D. Neaton. - The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)—Importance Then and Now// The Journal of American Medical Association. – 2008/ - <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182557> [Електронний ресурс]
27. <http://sevencountriesstudy.com/> - [Електронний ресурс]

28. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: малорухомих спосіб життя// Здоров'я України. - №10. – 2009.
29. Укркардіо. Український кардіологічний портал. - <http://www.ukrcardio.org/index.php/id/301> - [Електронний дотуп].
30. Кваша О.О., Малацківська О.В. До проблеми вторинної профілактики артеріальної гіпертензії. Охорона здоров'я України. – 2005. – 34. – С. 3640.
31. Chobanian A., Bakris G., Black H. et al. and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The ONK 7 Report. – JAMA. – 2003. – 289. – P. 25602572.
32. З. В. Лашкул, В. Л. Курочка. - Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики/ Запорізький медичний журнал. - №3. – 2014.
33. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология. 2002; 4: 86–91.
34. Annika Rosengren, Steven Hawken, Salim Yusuf et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364: 953–962.
35. Горбась І.М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування/ Практическая ангиология. <http://angiology.com.ua/article/357.html> [Електронний доступ]
36. Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M. et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353 (9164): 1547-57.
37. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M.; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A.; Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics 2008. Документ доступен на сайті <http://www.heartstats.org>
38. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2. — С. 83-88.
39. Горбась І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними

епідеміологічних досліджень // Артериальная гипертензия. — 2010. — № 6(14). — С. 51-67.

40. Статистичний збірник «Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України», 2013 р