

*Стаття присвячена проблемі профілактики мозкових інсультів.*

*Стаття посвячена проблеме профилактики мозговых инсультов.*

*The article is devoted to a problem of preventive maintenance of brain insults.*

«Україна посідає ганебне перше місце в Європі щодо показника смертності внаслідок інсульту. Чому? Чия це провина – держави, лікарів чи самих пацієнтів? Відповідь на останнє питання спробував знайти Д.В.Гуляев, керівник видавничих та освітніх проектів Всеукраїнського громадського об'єднання „Українська асоціація боротьби з інсультом». ... Важливою також є просвітницька робота медичної спільноти щодо первинної та вторинної профілактики, спрямована за допомогою ЗМІ не тільки на хворих „груп ризику”, але й населення в цілому. Це – поле діяльності для нас з Вами».

**Шеф-редактор**

Українського медичного вісника „Therapia”  
2007 р.

**Катерина Амосова**

В загальній структурі захворювань серцево-судинної системи порушення мозкового кровообігу вирізняється найбільш тяжкими медичними, соціальними та економічними наслідками.

Найбільш складною формою судинних захворювань є інсульт – гетерогенний клінічний синдром вогнищевого ураження головного мозку, пов'язаний з гострим порушенням його кровопостачання.

Щорічно інсульт виникає у 15 млн осіб Землі і майже 5 млн людей помирає.

Аналіз динаміки захворюваності на інсульт за останні десятиріччя свідчить про стійку тенденцію до росту на 0,5-2% за рік. В 1975 р. показник захворюваності на інсульт не перевищував 2,0 на 1000 осіб населення. Протягом останніх 10 років він зріс з 2,2 до 3,5. У більшості країн Європи у 80-х роках ХХ ст. показник захворюваності на інсульт був близький до 2,0, а наприкінці 90-х років спостерігається чітка тенденція до зростання (9). Експерти ВООЗ вважають, що до 2025 р. кількість хворих на інсульт зросте на третину.

Цереброваскулярні катастрофи (ЦВК) залишаються найбільш значущою проблемою в сучасній медицині. Серед тих, хто вижив, протягом першого року помирає біля 30%, ще 1/3 - стають інвалідами. Широке розповсюдження мають повторні ЦВК. У осіб, які перенесли інсульт або транзиторні ішемічні атаки (ТІА), в 15-20% можливі повторні ЦВК. Найбільший ризик їх розвитку спостерігається протягом перших 30 днів після першого епізоду (в цей період відбувається до 30% всіх рецидивів). Тип повторної ЦВК подібний до типу першої. Ті, що перенесли в першому випадку інфаркт мозку, у 80% випадків зустрічаються знову з інфарктом мозку. Пацієнти, що перенесли внутрішньомозковий крововилив, в 75% випадків знову переносять крововиливи.

На сьогодні визначено понад 200 факторів ризику інсульту.

Найбільш значущі фактори ризику інсульту наступні: 1) артеріальна гіпертензія; 2) цукровий діабет; 3) атерогенні гіперліпідемії; 4) гіперкоагуляційний статус; 5) хвороби серця; 6) спадковість; 7) ожиріння; 8) куріння; 9) інфекції; 10) вік.

Артеріальна гіпертензія є одним з основних факторів ризику інсульту.

Артеріальна гіпертензія (АГ) належить до найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи. Понад 30% населення України має підвищений артеріальний тиск [1].

На сьогодні експерти в галузі кардіології підкреслюють, що великий артеріальний тиск (АТ) є одним із самих важливих факторів ризику серцевої та цереброваскулярної патології.

Рівень АТ, з якого починається ризик розвитку серцево-судинних ускладнень складає 115/75 мм рт.ст.

Ризик виникнення ускладнень подвоюється при кожному підвищенні АТ на 20/10 мм рт.ст. вище 115/75 мм рт.ст. [3]. Ці показники пов'язані з обстеженням понад 1 млн. хворих. Тому рівень АТ в межах 120-139/80-89 мм рт. ст. називається в американській класифікації передгіпертензією, щоб звернути увагу лікарів та населення на можливий розвиток ускладнень і необхідність почати заходи по профілактиці подальшого зростання АТ.

Інформація про темпи прогресування АГ в залежності від вихідної величини АТ представлена в таблиці 1 [3].

Таблиця 1

**Темпи прогресування АГ в залежності від вихідної величини АТ з врахуванням віку**

Вихідний АТ ( мм рт. ст.)	Вік осіб	
	35-64 роки	65-94 роки
% хворих з АГ через 1 рік		
< 120/80	1,3	4,3
120-129/80-84	4,7	7,1
130-139/85-89	11,0	16,0
% хворих з АГ через 2 роки		
< 120/80	2,7	8,3
120-129/80-84	9,2	13,7
130-139/85-89	20,8	29,0
% хворих з АГ через 3 роки		
< 120/80	4,0	12,2
120-129/80-84	13,5	20,0
130-139/85-89	30,0	40,0
% хворих з АГ через 4 роки		
< 120/80	5,3	16,0
120-129/80-84	17,6	25,5
130-139/85-89	37,3	49,5

АГ може виникнути в будь-якому віці і при будь-якому АТ, але ризик найбільш високий у віці понад 65 років і при рівні АТ більш 120/80 мм рт.ст.

Серед колишніх республік СРСР Україна першою звернула увагу на проблему АГ і в 1998-1999 рр. була розроблена Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) в Україні, яка затверджена Указом Президента України від 04.02.1999 р. В 2000 р. створена координаційна рада для оперативного керівництва заходами з реалізації програми. В Росії подібна програма затверджена лише в 2001 р.

Головний кардіолог МОЗ України, керівник відділу симптоматичних артеріальних гіпертензій ННЦ "Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеска", АМН України, д.м.н. проф. Ю.М. Сіренко розповідає, що за 2007 рік показник розповсюдження АГ серед дорослого населення сягнув 29,9%, тобто відмічається значне зростання АГ (табл. 2), що може свідчити як про покращення діагностики кардіологічної та терапевтичної служб, так і про зростання причин, що викликають погіршення здоров'я населення.

Таблиця 2

**Розповсюдження АГ в Україні**

Рік	Абсолютна кількість осіб	На 100000 населення
2000	7645306	18816,5
2007	11340580	29899,0

Контроль АГ серед населення є одним з основних напрямків в системі лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях серцево-судинної системи. Яка ж ситуація на практиці? Серед міських жителів 81% хворих (58% чоловіків та 88% жінок) знають про хворобу, антигіпертензивні ліки приймають 48% осіб (36% чоловіків та 56% жінок), лікування ефективно лише у 19% пацієнтів (9% чоловіків, 25% жінок).

Покращився стан контролю АГ в сільській місцевості. Поінформованість сільського населення про наявність АГ зросла з 22 до 68%, рівень антигіпертензивного лікування зріс з 6 до 38%, але ефективність лікування зросла лише з 3 до 8% (!).

Дослідження показали, що стереотипи медикаментозної терапії АГ не відповідають сучасним концепціям лікування. 29% мешканців сільської місцевості використовують в якості монотерапії препарати другої лінії. Серед комбінованих препаратів лідером є каптопрес (46%), на другому місці адельфан (23%), далі – тенорик (14%).



За даними Європейського комітета з профілактики інсультів лише постійне зменшення діастолічного тиску на 5-6 мм рт.ст. може зменшити кількість інсультів до 33%.

Підвищення АТ понад 140/90 мм рт.ст. вимагає лікування. Поскільки в стінках артерій зменшена кількість еластичних та м'язових шарів, то це призводить до ранньої появи мікроангіопатій в церебральних судинних басейнах.

Розповсюдженість мозкових інсультів спостерігається з однаковою частотою як у хворих на цукровий діабет (ЦД), так і у осіб з порушеною толерантністю до глюкози (ПТГ). За дані Фремінгемського дослідження, у чоловіків віком 50-60 років з цукровим діабетом ризик виникнення інсульту в 4 рази вище, ніж у чоловіків такого ж віку без цукрового діабету. У хворих з ЦД частіше розвиваються церебральні інфаркти, значно менше – транзиторні ішемічні атаки (ТА), субарахноїдальні та церебральні крововиливи, незважаючи на високе розповсюдження артеріальної гіпертензії (АГ) серед хворих на цукровий діабет.

За даними І.С.Чазової зі співавт. [11] у хворих ЦД типу 2 в поєднанні з АГ та у пацієнтів з метаболічним синдромом та АГ встановлено обширні за локалізацією порушення перфузії головного мозку та зниження резерву ауторегуляції. Зміна судин мікроциркуляторного русла у хворих з ЦД та метаболічним синдромом відбувається по типу даїбетичних мікроангіопатій. Важливу роль в цих процесах відіграє гіперглікемія, оксидативний стрес, дисфункція ендотелію судин, підвищена агрегація тромбоцитів, порушення процесів фібринолізу.

Велике медико-соціальне значення атеросклерозу визначається його патогенетичною роллю в розвитку серцево-судинної патології, а саме – ішемічної хвороби серця, яка є основною причиною смертності в більшості країн Америки, ЄС, Азії.

У 2004 р. в ЄС серцево-судинні захворювання були безпосередньою причиною смерті понад 4 млн. осіб (43% випадків смерті серед чоловіків та 55 % випадків смерті серед жінок).

В країнах Східної Європи, в тому числі в Україні, спостерігається неухильне зростання захворюваності та смертності, пов'язаних з атеросклерозом. Протягом 2000-2003 рр. розповсюдженість та захворюваність ІХС в Україні зроста відповідно на 24,0 та 6,1%, гострого інфаркту міокарда на 0,6 та 1,2%. Смертність від ІХС в працездатному віці серед українців в 10 разів (!) перевищує смертність серед французів. Тривалість життя в Україні на 10 років менша, ніж в країнах Євросоюзу.

Фактори ризику атеросклерозу (АС): атерогенні дисліпідемії (ДЛ), куріння, малорухливий спосіб життя (МРСЖ), цукровий діабет (ЦД), артеріальна гіпертензія (АГ).

Ліпідні фактори ризику АС.

Міжнародна класифікація гіперліпідемій представлена в таблиці 3

Таблиця 3

Класифікація гіперліпідемій (ВООЗ, 1973)

Тип ДЛ	Підвищений рівень ЛП	ЗХС	ТГ	Розповсюдженість, %	Атерогенність
I	ХМ	+	++++	< 1	Немає
II а	ЛПНЩ	++	N	10	Висока
II в	ЛПНЩ, ЛПДНЩ	++	++	40	Висока
III	ЛПНЩ	++	+++	< 1	Висока
IV	ЛПДНЩ	N або +	++	45	Поміркована
V	ЛПДНЩ та ХМ	++	++++	5	Низька

ЛП - ліпопротеїни, ЗХС - загальний холестерин, ТГ – тригліцериди, ХМ - хіломікрони, ЛПДНЩ - ліпопротеїди дуже низької щільності.

Ступінь атерогенності ЛП залежить від їх розмірів та концентрації. Найменші ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ) вільно проходять через стінку артерії в обидві сторони, не викликають атеросклерозу. В той же самий час ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) та ліпопротеїни дуже низької щільності (ЛПДНЩ) затримуються в субендотеліальному просторі, оксидуються і поступово

викликають атеросклеротичний процес. Тому підвищення концентрації ЛПНЩ та ЛПДНЩ є основним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань, в тому числі - ІХС та інфарктів міокарду.

В дослідженнях останніх років встановлений зв'язок молекулярно-генетичних факторів з ризиком розвитку мозкових інсультів.

Генетична схильність до судинних захворювань мозку є доказаним фактором ризику інсульта, тому превентивні заходи мають велике значення і дають позитивний ефект [6].

В медичній практиці високорозвинених країн світу надлишкова маса тіла людини визначається за індексом Кетле. Вважають, що у людей віком 20-55 років, які мають зріст, близький до середніх величин (чоловіки 168-188 см, жінки - 154-174 см) індекс Кетле дуже точно відбиває ситуацію з ожирінням. Лікарі США вважають, що в нормі у людей віком 19-35 років індекс Кетле становить 19-25 кг/м<sup>2</sup>, у людей віком старше 35 років індекс Кетле коливається в межах 21-27 кг/м<sup>2</sup>. Значення Індексу Кетле 25,0-27,0 кг/м<sup>2</sup> розглядається як максимально допустима маса тіла, що підтверджується результатами деяких епідеміологічних досліджень взаємозв'язку маси тіла з захворюванням та смертністю.

ВООЗ (1997) в залежності від індексу Кетле розглядає 5 варіантів маси тіла: нормальну, передожиріння та ожиріння I, II, III ступеню. Індекс маси тіла (ІМТ) від 18,5 до 24,9 класифікується як нормальний, ІМТ від 25,0 до 29,9 рахується як ознака передожиріння, ІМТ від 30,0 до 34,9 свідчить про ожиріння I ст., ІМТ від 35,0 до 40,0 - характерний для ожиріння II ст., ІМТ понад 40,0 говорить про ожиріння III ст.

В економічно розвинених країнах світу як мінімум 30% населення мають надлишкову масу тіла [2]. Кількість людей з надлишковою масою тіла невпинно зростає. За кожні 10 років це збільшення складає 10% від попередньої кількості людей. Підраховано, що при збереженні подібної тенденції до середини XXI ст. все населення економічно розвинених країн буде хворіти на ожиріння.

Порушення обміну та транспорту ліпідів стосуються змін не лише кількості ліпопротеїдних частинок, але також їх фізико-хімічних властивостей, складу та функціональної активності.

Сукупність цих змін приводить до порушення функції судинного ендотелію, розвитку запалення безпосередньо в стінці судин з накопиченням в ній пінистих клітин, гіперплазією інтими і формуванням атеросклеротичної бляшки. Ці бляшки характеризуються великим вмістом ліпідів, вираженим локальним запаленням і підвищеною схильністю до розпаду. Після розпаду на місці бляшки розвивається тромбоз. Саме атеротромбоз є причиною виникнення гострих клінічних проявів та захворювань, пов'язаних з церебральною або периферичною локалізацією атеросклеротичного ураження артерій.

Куріння вважається одним із самих суттєвих факторів ризику інсульта. Основні компоненти тютюнового диму – нікотин, чадний газ – обумовлюють ранні атероматозні зміни артеріальної інтими.

Вік людини також є важливим і доказаним фактором ризику інсульта.

Факторами ризику інсульта є також інфекції, що сприяють розвитку васкулітів, хвороб серця. Деякі фактори ризику інсульта трактуються неоднозначно. До них відносяться: алкоголь, радіація, застосування оральних контрацептивів, кліматичні фактори, характер праці, емоційний стан.

Алкоголізм є доказаним фактором ризику інсульту. Але застосування малих доз етанолу (25-30 мл) має антиатерогенну дію.

Підвищена радіація, особливо при тривалому впливі на організм людей є фактором ризику цереброваскулярних порушень.

Застосування оральних контрацептивів у жінок може порушувати систему гемокоагуляції і посилювати ризик інсульту.

Роль кліматичних факторів в розвитку інсультів не отримала єдиного трактування. Але зв'язок метеорологічних факторів з кількістю інсультів існує.

Якість емоційної сфери є одним з суттєвих факторів, що впливають на стан серцево-судинної системи.

В Україні реєструється щорічно близько 110000-125000 інсультів. Рівень смертності від інсульту в 2,5 рази перевищує відповідні показники Західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання.

Ішемічні інсульти зустрічаються частіше геморагічних: відповідно 85 та 15%. Частота летальності від інсульту в різних країнах представлена в таблиці 4.



**Частота летальності від інсульту в різних країнах  
(за даними Є.Г.Дубенко, О.Є.Дубенко, 1999)**

	Країна	Летальність на 100000 населення
1.	Канада	57,5
2.	США	60,1
3.	Швейцарія	65,6
4.	Нідерланди	71,1
5.	Швеція	73,0
6.	Данія	73,4
7.	Франція	79,7
8.	Норвегія	88,6
9.	Бельгія	95,0
10.	Австралія	95,6
11.	Німеччина	100,4
12.	Великобританія	104,5
13.	Фінляндія	105,0
14.	Японія	112,8
15.	Італія	121,9
16.	Шотландія	128,4
17.	Австрія	133,2
18.	Іспанія	133,9

В країнах, де боротьба з факторами ризику інсультів не проводиться, смертність від інсульту доходить до 300 на 100000 населення.

Яка ж ситуація з інсультом в Україні? В 2004 р. для виконання Постанови Верховної Ради України від 27.11.2003 р. № 1350-IV „О заходах по запобіганню смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань” наказом МОЗ № 62 від 05.02.2004 р. запропоновано створити Державну програму запобігання та лікування серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань у 2006-2010 рр. Для її розробки наказом МОЗ № 136 від 06.05.2005 р. сформована робоча група ведучих спеціалістів України. За взірць та основу розробки Державної програми була запозичена Європейська стратегія боротьби з неінфекційними хворобами та План дій охорони здоров'я для запобігання серцево-судинних захворювань та інсульта Центру контролю та запобігання захворювань при Департаменті охорони здоров'я та гуманітарних служб США.

Державна програма була підготовлена в 2005 р., але не реалізована. В Постанові Кабінету Міністрів № 761 від 31.05.2006 р. були практично нівельовані профілактичні заходи. Реалізація Державної програми звелася до створення нових кардіохірургічних центрів та закупівлі штучних клапанів серця, коронарних та ангіоневрологічних стентів. В Плані основних заходів МОЗ на 2006 р. про боротьбу з інсультом взагалі не згадується.

Рання госпіталізація хворих з інсультом – велика рідкість в Україні. Більшість хворих госпіталізують більше ніж 6-12 годин після виникнення специфічних симптомів. Є багато проблем з протоколами ведення хворих з інсультом, з пропагандою здорового способу життя в засобах масової інформації. Якщо ж відношення влади до цієї проблеми не зміниться на краще, то через деякий час почнуть говорити про „інсультомор” українського народу [7].

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Асінова М.І., Приходько В.Ю. Серцево-судинна система та мозковий інсульт / Журн. практ. лікаря, 2005, № 2, С. 35-36.
2. Бабляк С.Д., Панишко Ю.М., Поваляшко Л.В. Ожиріння як складова частина метаболічного синдрому // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. ст. / Ред.- доц. Ю.М.Панишко. – Л.: 2008. – Вип. 28, С. 5-7.
3. Бабляк С.Д., Панишко Ю.М., Поваляшко Л.В., Тимчук С.Д. Своєчасна діагностика артеріальної гіпертензії – важливий крок до збереження здоров'я (огляд літератури) // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. ст. / Ред.- доц. Ю.М.Панишко. – Л.: 2008. – Вип. 30, С. 5-9.

4. Бабляк С.Д., Панишко Ю.М., Чорницький І.П. Своєчасна діагностика артеріальної гіпертензії – важливий крок до збереження здоров'я (огляд літератури) // Здоровий спосіб життя: 36. наук. ст. / Ред.- доц. Ю.М.Панишко. – Л.: 2008. – Вип. 30, С. 5-9.

5. Багрий А.Э., Исследование MOSES. Антагонисты рецепторов ангиотензина II во вторичной профилактике цереброваскулярных катастроф // Мистецтво лікування, 2005, № 9, С. 68-70.

6. Батюшин М.М. Зайцева Н.С. Медико-генетическое прогнозирование риска развития мозгового инсульта // Клиническая медицина, 2006, № 6, С. 49-51.

7. Гуляев Д.В. Инсультомор: мысли вслух о политике здравоохранения в борьбе против инсульта в Украине // Thegoria, 2007, № 3, С. 78-81.

8. Дубенко Е.Г., Дубенко О.Е. Первичная и вторичная профилактика инсультов //Международный медицинский журнал, 1999, № 2, С. 32-35.

9. Корнацький В.М., Ревенко І.Л. Соціальні та медичні проблеми цереброваскулярної патології // Український кардіологічний журнал, 2008, № 1, С. 121-124.

10. Мищенко Т.С. Неиспользованные возможности профилактики мозгового инсульта //Практична ангіологія, 2007, № 5, С. 28-31.

11. Чазова И.Е., Мычка В.Б., Мамырбаева К.М. и др. Цереброваскулярные осложнения при метаболическом синдроме: возможные подходы к снижению риска // Терапевтический архив, 2004, № 6, С. 74-81.

**О.М.ПРОДАНЧУК**

### **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НАРКОМАНІЇ**

*В статті розглядається проблема наркоманії. Підкреслюється важливість формування здорового способу життя, починаючи з дитячого віку.*

*В статье рассматривается проблема наркомании. Подчеркивается важность формирования здорового образа жизни, начиная с детского возраста.*

*It is told of drug problem in the article. The importance of forming healthy life-style since childhood is stressed.*

**НАРКОМАНІЯ** – це хворобливий психічний стан, зумовлений систематичним вживанням у медичних цілях шляхом ковтання, вдихання або ін'єкцій деяких лікарських чи інших речовин (природних або штучних), що супроводжуються звиканням і непереборним потягом до постійного їх прийому з метою отримання специфічних переживань, різних біо- і психотропних ефектів, а також для полегшення психічного або фізичного стану.

Наркоманії – «енфорікоманії» - неконтрольований потяг до речовин, що впливають на центральну нервову систему, викликаючи стан штучного психологічного та фізичного благополуччя, анальгезії, сп'яніння, аж до наркотичного сну.[7]

Наркоманія оцінена ООН як глобальне явище, яке охоплює більше як один мільярд людей. Це соціальна трагедія.[3]

Перше місце за розповсюдженістю займає США, де майже половина населення старше 12 років хоча б раз спробували наркотики. Географічний розподіл вживання наркотичних речовин в Європі різноманітний: в Об'єднаному Королівстві Великої Британії, Ірландії, Італії, Чехії, Данії – продукти коноплі; ЛСД та екстазі, амфетамін в Об'єднаному Королівстві, синтетичні засоби – в Ірландії, регіонах Західної частини Тихого океану; опіум, канабіс, кхат – в країнах Близького Сходу. В країнах Центральної Америки поширене вживання летючих розчинників, в Південно-Східній Азії вживають комбінації кількох наркотиків.

В 1971 році був організований цільовий фонд ООН для боротьби з наркотиками. В рамках ООН функціонують міжнародні комісії з наркотичних препаратів і міжнародна Рада контролю над наркотичними речовинами.

Всі ці інстанції співпрацюють з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і приймають відповідні міжнародні конвенції.

З 1993 року в структурі МВС України були створені самостійні підрозділи для боротьби з незаконним обігом наркотичних речовин, при Кабінеті Міністрів – Національна координаційна Рада. Але політика заборони наркотиків не досягає мети – тотального звільнення суспільства від них.