В.Ф. Москаленко, член-кореспондент АМН України, д.м.н., професор, ректор Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Концептуальні підходи до формування нової профілактичної стратегії у сфері охорони здоров'я

В.Ф. Москаленко

Продовження. Початок у № 21/2009.

Проблема ожиріння є актуальною для мешканців багатьох регіонів світу. Серед дорослого населення США зайва маса тіла виявляється в кожного п'ятого, Великої Британії – в кожного третього, Німеччини – в кожного другого жителя. У Російській Федерації надмірну масу тіла мають 50% жінок і 30% чоловіків. У Європейському регіоні ВООЗ середнє значення індексу маси тіла є одним із найвищих серед інших регіонів і становить 26,5 кг/м^2. Протягом 1980-2005 рр. у країнах Європи кількість людей із ожирінням зросла в 3 рази.

Поширеність ожиріння в різних країнах Європи коливається від 5 до 23% серед чоловіків і від 7 до 30% серед жінок. Експертні оцінки вказують на те, що майже 400 млн дорослих мають надмірну масу тіла, а приблизно в 130 млн діагностовано ожиріння.

Прогнозують, що у 2015 р. надмірну масу тіла матимуть 2,3 млрд дорослого населення світу, ожиріння – 700 млн. У Європі до 2010 р. загальна кількість дорослих, які страждають від ожиріння, досягне 150 млн, дітей – 15 млн.

Економічні наслідки ожиріння для суспільства пов'язані зі зростаючими витратами на лікування хвороб, що обумовлені ожирінням, нереалізованими можливостями, психологічними проблемами та низькою якістю життя. У різних частинах Європейського регіону в структурі витрат на медичну допомогу на ожиріння припадає 2-8%, з патологією пов'язано 10-13% смертей.

! Проблема надмірної маси тіла та ожиріння є актуальною для України. Надмірну масу тіла мають 29,7% українських жінок та 14,8% чоловіків. У цілому в українській популяції ожиріння реєструється у 20,4% жінок та 11% чоловіків. За статистичними даними, на вказану патологію страждає 30% населення України віком 25-30 років і майже 50% – у віковій категорії 45-50 років. Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність ожиріння прогресує з віком як у чоловічій, так і в жіночій популяції, досягаючи найбільших значень у старших вікових групах.

Особливу тривогу викликає зростання кількості дітей, які мають ожиріння. В Україні в 1995 р. частота ожиріння становила 7,1 на 1 тис. дітей до 14 років, натомість у 2005 р. – 8,7 відповідно; у 2007 р. в 94,4 тис. дітей діагностовано ожиріння. Щорічно з приводу цієї патології в лікувально-профілактичних закладах реєструється 11 звернень на 1 тис. дитячого населення.

Значна поширеність ожиріння у світі та пов'язані з ним медико-соціальні й економічні проблеми обумовили прийняття ВООЗ Глобальної стратегії з харчування, фізичної активності та здоров'я (2004), а також затвердження Європейським регіональним бюро ВООЗ Європейської хартії по боротьбі з ожирінням (2006).

Відомо, що недостатнє споживання овочів і фруктів підвищує ризик розвитку багатьох хвороб. ВООЗ рекомендує включення в щоденний раціон людини щонайменше 400 г овочів і фруктів. Проте ця норма не забезпечується в багатьох країнах, поміж ними і в Україні.

Найбільш поширеною проблемою, пов'язаною з дефіцитом поживних речовин, є залізодефіцитна анемія. На цю патологію у світі страждають близько 2 млрд людей. Захворюваність на залізодефіцитну анемію має тенденцію до зростання в багатьох країнах Східної Європи, поміж ними і в Україні, де нараховується 768,1 тис. хворих. Поширеність цієї хвороби серед дітей нашої країни зросла на 50,1% – з 24,4 (1995 р.) до 36,8 (2008 р.) на 1 тис. випадків; захворюваність за цей період – на 40,3% (з 10,4 до 14,6 на 1 тис. дітей). Зростанню захворюваності сприяла низка негативних чинників, зокрема погіршення харчового раціону значної частини українців, у тому числі зменшення споживання фруктів та овочів, за рівнем споживання яких на 1 людину в день Україна посідає 38-ме місце в Європейському регіоні ВООЗ. За рік один мешканець України споживає 132,1 кг фруктів та овочів, у той час як у країнах ЄС цей показник майже вдвічі більший – 234,6 кг. Це позначається на здоров'ї населення, обумовлюючи зниження імунітету та створення сприятливого фону для розвитку багатьох хвороб.

До найпоширеніших чинників ризику відноситься також низька фізична активність. У глобальному масштабі цей фактор обумовлює 2 млн смертей щорічно.

! Гіподинамія є однією з найважливіших причин поширення ожиріння в європейських країнах, розвитку таких хронічних хвороб, як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу тощо.

Наслідками недостатньої фізичної активності є низькі характеристики фізичного здоров'я: у тих, хто нехтує фізичними тренуваннями, вони в 1,3-2,4 разу нижчі порівняно з особами, які регулярно займаються фізичною культурою та спортом.

Дослідження, проведені у Данії і Великій Британії, свідчать, що заняття спортом дозволяють збільшити тривалість життя фізично активних людей на 3-5 років порівняно з фізично неактивними. Економічні втрати від захворювань і смертей, зумовлені недостатньою фізичною активністю, оцінюються у Швейцарії у 2,4 млрд швейцарських франків щорічно.

Загальноєвропейські тенденції характерні й для України, де більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя. Навіть у молодому віці рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки характеризується як недостатній. З віком поширеність гіподинамії зростає.

Враховуючи поширеність малорухливого способу життя та його негативний вплив на здоров'я населення, ВООЗ приділяє особливу увагу пропаганді фізичної активності та сприяє країнам у проведенні заходів, спрямованих на створення умов для більш активного способу життя населення.

! Серед провідних чинників ризику особливе значення у розвитку соматичних захворювань має незахищений секс. У загальносвітовій популяції він є причиною смерті 2,9 млн людей щорічно.

Близько 80% ВІЛ-позитивних осіб були інфіковані статевим шляхом. Епідемія ВІЛ/СНІДу за 25 років забрала життя 40 млн осіб, зокрема протягом 2007 р. – 2,1 млн. Серед ВІЛ-інфікованого населення віком від 15 років на молодь припадає близько 40%. Приблизна кількість людей у світі, які живуть з ВІЛ, становить 33,2 млн осіб, з них 15,4 млн – жінки.

Швидкі темпи поширення ВІЛ/СНІДу в Європі викликають обґрунтовану тривогу. За оцінками ВООЗ, із ВІЛ/СНІДом живуть 2,4 млн європейців. Офіційно в європейських країнах зареєстровано понад 1 млн ВІЛ-інфікованих, загальна кількість хворих на СНІД становить 328,1 тис., померли від цієї патології 189 тис. осіб.

Україна є однією з держав, де ВІЛ-інфекція поширюється надзвичайно швидкими темпами. З часу виявлення першого випадку ВІЛ/СНІДу в 1987 р. до кінця 2008 р. в країні було зареєстровано 141,3 тис. ВІЛ-інфікованих (у тому числі 26,8 тис. хворих на СНІД, з яких 15,2 тис. померли). Станом на 1 січня 2009 р. під диспансерним наглядом в Україні перебували 91,7 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, серед них 10,4 тис. хворих на СНІД. Рівень ВІЛ-інфікованості у 2008 р. досяг 40,9 на 100 тис. населення проти 38,0 і 34,4 на 100 тис. населення у 2007 та 2006 рр. відповідно.

Кількість хворих на СНІД в Україні збільшувалася щорічно до 2006 р. Внаслідок запровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії у 2007 р. в країні вперше було зареєстровано зниження рівня захворюваності на СНІД з 10,1 у 2006 р. до 9,8 і 9,5 у 2007 і 2008 рр. на 100 тис. населення відповідно. Показник смертності від СНІДу в Україні у 2008 р. становив 5,8 проти 5,4 і 5,2 на 100 тис. населення у 2007 та 2006 рр. відповідно.

За прогнозами експертів, до 2014 р. кількість ВІЛ-інфікованих в Україні може зрости до 480-820 тис. осіб, а середня очікувана тривалість життя скоротитися на 2-3 роки у чоловіків і на 3-5 років у жінок. У найближчому майбутньому СНІД може стати причиною 30% смертей чоловіків і 60% смертей жінок, сирітства 105,1-169,3 тис. осіб, збільшення в 4 рази обсягів виплат соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим.

Основними шляхами передачі ВІЛ-інфекції в Україні є статевий (41,9%), парентеральний (37,0%) і від матері до дитини (19,2%). Враховуючи той факт, що статевий чинник є провідним у поширенні ВІЛ/СНІДу у світі і дуже вагомим у Європі та Україні, профілактика незахищеного сексу має домінуюче значення у справі подолання епідемії СНІДу та інших хвороб, що передаються статевим шляхом.

! Одними з провідних чинників ризику порушень здоров'я і виникнення хвороб у III тисячолітті залишаються вживання питної води, якість якої не відповідає санітарно-гігієнічним вимогам, і незадовільні умови праці та життя.

Так, від хвороб, пов'язаних з низькою якістю питної води, у світі щорічно страждають 250 млн людей, помирають 3,5 млн осіб, з них майже 1,7 млн – від інфекційної діареї. Із вживанням неякісної питної води можуть бути пов'язані спалахи дизентерії, холери, черевного тифу, вірусного гепатиту А, поліомієліту, гельмінтозів, гострих та хронічних отруєнь тощо.

І хоча Європа не вважається водонезабезпеченим регіоном, вона також зазнає проблем, пов'язаних із якістю та доступністю води. Майже 140 млн жителів Європейського континенту мешкають у будинках, де відсутнє водопостачання; 8,5 млн осіб не мають санітарних зручностей поліпшеної якості, а більше 41 млн – доступу до безпечної питної води.

Така проблема є актуальною для України, де централізованим водопостачанням охоплено 75% населення, при цьому не відповідають санітарним нормам близько 5% водопроводів.

Відомо, що значні економічні та медико-соціальні втрати внаслідок неякісної питної води можуть бути попереджені шляхом інвестицій у водопостачання та покращення санітарних умов. Проведений ВООЗ аналіз витрат і переваг показав, що кожен долар США, вкладений у проект поліпшення послуг у сфері водопостачання і санітарних умов, дає економічну вигоду в розмірі від 4 до 34 доларів США (залежно від регіону), що підкреслює соціально-економічну значущість необхідності боротьби з неякісною питною водою та незадовільними санітарно-гігієнічними умовами.

Боротьба із зазначеними чинниками ризику вимагає застосування міжсекторальних стратегій, спрямованих на вирішення проблем бідності та голоду. Ці важливі завдання визначені Декларацією тисячоліття ООН. Профілактичні стратегії потребують вирішення питань поліпшення кількісних і якісних характеристик харчування тощо.

Відомо, що усунення чинників ризику в популяції та поліпшення детермінантів здоров'я супроводжуються зниженням рівнів захворюваності і смертності населення. Це покладено в основу концепції чинників ризику. На її підставі розроблена та успішно впроваджується низка профілактичних програм, результатом яких є зменшення масштабів багатьох проблем громадського здоров'я.

Успіхи в реалізації профілактичного напряму в охороні здоров'я чітко демонструє робота ВООЗ. У 1950 р. за ініціативи ВООЗ у світі було започатковано важливий профілактичний захід – масову імунізацію дітей проти туберкульозу вакциною БЦЖ. 1952 року розроблено першу вакцину проти поліомієліту. У 1979 р. оголошено про повну ліквідацію натуральної віспи, яка забрала життя мільйонів людей. Це стало справді революційною подією і величезною перемогою світової спільноти над небезпечною хворобою, здобутою завдяки профілактичним технологіям. Успішними виявилися спільні зусилля фахівців охорони здоров'я в боротьбі з поліомієлітом.

Одним із дієвих інструментів попередження глобального поширення інфекційних захворювань стали Міжнародні санітарні правила, прийняті 1951 року, переглянуті й перейменовані в Медико-санітарні правила в 1969 р., а далі – з розширенням сфери їх дії та урахуванням нових захворювань – у 2005 р. Останній переглянутий варіант Правил набув чинності у 2007 р.

! Важливим профілактичним кроком на шляху попередження інфекційних хвороб стало створення у 2000 р. Глобальної мережі оповіщення про спалахи хвороб і розробка відповідних дій для виявлення спалахів хвороб і боротьби проти їх поширення.

З трансформацією домінуючого типу патології населення з інфекційного на неінфекційний протягом XX століття на зміну пріоритетам боротьби з інфекційними хворобами прийшли завдання скорочення та попередження багатьох соціально обумовлених хвороб ендогенного характеру, таких як серцево-судинні, онкологічні, ендокринні, психічні тощо. 70-80% витрат на медичну допомогу припадає сьогодні на лікування хронічних неінфекційних хвороб. Згідно з експертними оцінками, на серцево-судинну патологію у 25 країнах ЄС витрачається 168 млрд євро, при цьому 60% витрат оплачується з бюджету систем охорони здоров'я.

Оцінка економічних наслідків найбільш поширених чинників ризику серцево-судинних захворювань та інших патологій показує, що на хвороби, обумовлені ожирінням, у структурі сумарних витрат на охорону здоров'я у Франції припадає від 1,5 до 4,6%, у Великій Британії – 4,6%, у Швеції – 1,9%. На лікування захворювань, обумовлених алкоголем, у країнах Європи витрачається приблизно 1% ВВП. Щорічно ці захворювання є причиною близько 115 тис. випадків смерті і обумовлюють витрати у розмірі 125 млрд євро.

Далі буде.