

Як зупинити хвилю погіршення стану здоров'я українців

Майбутнє належить медицині запобіжній.
Ця наука, йдучи під руку з державністю,
принесе безперечну користь людству.

М. Пирогов

Нещодавно Україна відзначила 30 років незалежності, це вік молоді розвинутої країни, сповненої сил, енергії та достатку. Проте стан економіки, промисловості, науки та інших галузей, на жаль, виглядає неоптимістично. У більшості країн Європейського Союзу витрати на охорону здоров'я ростуть швидше, ніж економіка, спостерігається розрив між країнами щодо пріоритетності охорони здоров'я при розподілі державного бюджету. Останні 10 років загальні витрати державного бюджету України на охорону здоров'я становили в середньому 4 % до ВВП, а у 2023 році планується збільшення витрат до 5 %, у той час як ВООЗ рекомендує витрати на рівні 7 %. У цьому році в Україні рекордні витрати на медицину в розмірі майже 160 млрд гривень, що на 30 млрд більше, ніж у 2020 році і майже на 65 млрд більше, ніж у 2019 році. Безумовно, значне зростання видатків на медицину пов'язано також із пандемією коронавірусу.

Одним з основних показників добробуту та здоров'я нації вважається тривалість життя. Сьогодні в Україні цей показник нижче за середній по світу, включаючи країни Африки, – 63 роки для чоловіків та 73 роки для жінок. Головна причина смерті майже в усіх країнах – серцево-судинні захворювання. Але в Україні їх частка у загальній структурі смертності одна з найвищих. Так, ризик виникнення серцево-судинних захворювань зі смертельним наслідком (за шкалою SCORE) у нас перевищує 450 випадків на 100 тис. чоловіків та 350 на 100 тис. для жінок. Це удвічі більше, ніж у країнах з низьким ризиком кардіоваскулярних захворювань (Австрія, Данія, Німеччина, Ізраїль, Італія, Нідерланди тощо), зі смертністю менше ніж 225 випадків на 100 тис. чоловіків та менше ніж 175 на 100 тис. жінок.

За підсумками 8 місяців 2021 року ми спостерігаємо зростання операційної та післяопераційної летальності кардіохірургічних пацієнтів, а також кількості випадків, коли фахівці вимушені відмовляти в операційному лікуванні. За результатами 8 місяців у ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» госпітальна летальність зросла майже удвічі порівняно з минулим роком. Аналіз летальних випадків показує, що у переважній більшості основною причиною її зростання є значне збільшення кількості «важких» пацієнтів на момент госпіталізації та наявність супутнього або в



анамнезі COVID-19. Причому нерідко ступінь важкості та коморбідність пацієнтів виявлялися вже під час обстеження в Інституті.

Зрозуміло, що ця тривожна картина найбільш яскраво спостерігається у високоспеціалізованих хірургічних закладах, куди потрапляють пацієнти з найскладнішими захворюваннями, у найважчому стані, з високою коморбідністю та загостреннями захворювань на тлі пандемії.

У нас і раніше було чимало випадків, коли під час обстеження виявлялися патології, інформація про які була відсутня при направленні пацієнта на кардіохірургічне втручання, причому не тільки з боку серцево-судинної системи, а й інших органів і систем. Наразі частка таких випадків суттєво зростає. Також збільшується кількість пацієнтів, які повертаються до Інституту через декілька місяців після операції у зв'язку з погіршенням стану. Тобто складається небезпечна тенденція зниження якості медичного супроводу пацієнтів за місцем проживання. Безумовно, це насамперед пов'язано з тим, що вже більше ніж 1,5 року увага концентрується на боротьбі із COVID-19, а велика частина населення зі своїми хронічними та новонабутими захворюваннями, а також страхами інфікування залишалася без своєчасної допомоги.

Пандемія оголила завуальовану раніше картину того, наскільки в нас низький загальний рівень здоров'я населення, наскільки багато людей мають

розлади декількох органів і систем у різних стадіях, у тому числі й приховані. Якщо раніше більшість населення при будь-яких загостреннях того чи іншого наявного захворювання або в разі прояву симптомів, які погіршують самопочуття, зверталася до лікаря, проходила обстеження та отримувала курс лікування, то під час пандемічних обмежень медична допомога нерідко зводилася до телефонних консультацій. Лікування, спрямоване на усунення симптомів, часто «за порадою сусідки», без контролю його результатів та основних показників життєдіяльності організму призводило до поступових функціональних, а згодом і органічних розладів пов'язаних органів і систем. У цій ситуації будь-який зовнішній вплив – інфекційне захворювання (особливо COVID-19), хірургічне втручання, інтенсивне медикаментозне лікування – спрацьовував як детонатор і призводив до вибухової реакції.

Відома асоціація між виникненням інфаркту міокарда під час циркуляції гострих респіраторних захворювань, особливо в період сезонних епідемій грипу. Дослідження показують, що частота інфарктів та інсультів збільшується у 4 рази після перенесеної інфекції дихальних шляхів з найвищим ризиком виникнення у перші 3 доби. Щорічна вакцинація проти грипу рекомендована всім пацієнтам з кардіоваскулярними захворюваннями (клас рекомендацій Ів, пов'язаний з відсутністю широкомасштабних рандомізованих клінічних досліджень, присвячених вакцинації для запобігання інфаркту міокарда, викликаного грипом). Проте 30 серпня 2021 року на конгресі ESC 2021 були представлені результати дослідження IAMI, яке підтвердило, що вакцинація проти грипу знижує ризик смерті від усіх причин, інфаркту міокарда або тромбозу стента через 12 місяців у госпіталізованих пацієнтів з інфарктом міокарда або ІХС. Впровадження масової вакцинації проти COVID-19 – важливий крок не тільки для профілактики інфікування, а також появи можливості своєчасного відвідування спеціалістів. Враховуючи системний вплив SARS-CoV-2 на організм людини, зокрема на серцево-судинну систему, необхідно активно підтримувати вакцинальну кампанію проти COVID-19, для покращення епідситуації в країні та запобігання виникненню нової хвилі шляхом створення колективного імунітету.

Попередні сплески зараження призвели до збільшення серцево-судинних катастроф, високої смертності. Ми констатуємо зростання випадків тромбозів, серцевої недостатності, загострень ішемічної хвороби серця та нових проявів її розвитку. До 40 % збільшилася кількість людей, в яких саме після перенесеного COVID-19 вперше діагностуються такі патології, як міокардит, перикардит, соматоформна вегетативна дисфункція, порушення ритму серця,

напади серцебиття. Причому частіше спостерігаються вогнищеві міокардити з суправентрикулярною та синусовою тахікардією, екстрасистолічною аритмією, тромбоемболія легеневої артерії, тромбози коронарних артерій, глибоких вен нижніх кінцівок. Навіть через 1 рік після перенесеного COVID-19 чимало звернень до лікарів різних спеціальностей обумовлені так званім постковідним синдромом («Long COVID», «Post-COVID-19 syndrome»), якому в МКХ-10 вже присвоєно код U09.9 – «Стан після COVID-19, неуточнений».

Ця ситуація потребує невідкладних заходів з введення ретельного обстеження населення, причому не тільки з груп ризику, а й тих, хто вважався здоровим. Європейське товариство кардіологів активно розвиває напрям превентивної кардіології та визначає профілактику серцево-судинних захворювань як скоординовану систему заходів на популяційному або індивідуальному рівні, що спрямована на усунення або мінімізацію наслідків кардіоваскулярних захворювань і пов'язаної з ними інвалідності. Тому дуже своєчасною є презентована Володимиром Зеленським загальнонаціональна програма «Здорова Україна», але за умови її дійсної професійної ефективної реалізації. Програма спрямована зокрема на популяризацію та створення умов для здорового активного способу життя, правильного харчування серед усіх категорій населення. Що стосується збільшення тривалості життя українців, то наголошується на тому факті, що 85 % смертей спричинені патологіями системи кровообігу та онкологічними захворюваннями, чимало з яких не були діагностовані своєчасно. Зокрема для осіб віком понад 55 років пропонується запровадження так званих медичних чекапів – повного обстеження кожні 2 роки, а для деяких категорій – кожного року.

Ми вже давно говоримо про необхідність створення механізмів регулярного профілактичного обстеження населення, оптимальних для системи охорони здоров'я та доступних і зручних для людей. Якщо у столиці, в обласних центрах та великих містах це питання вирішити простіше, то для мешканців значної території країни доступ до спеціалізованих кваліфікованих медичних послуг є обмеженим відстанню. Тому рішенням може бути організація спеціально підготовлених виїзних бригад на рівні районів і окремих територіальних громад.

Нині саме час згадати про «Державну програму профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань на 2017–2021 роки», проект якої у 2016 році було розроблено ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України» і ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України». Ця програма так і не

була повністю схвалена МОЗ України. Реалізовані були тільки деякі її напрями, зокрема забезпечення невідкладної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда за рахунок державного бюджету – зараз діє 50 реперфузійних центрів у всіх областях. Впровадження цієї Програми в оновленому вигляді дало б можливість, як ми говорили ще 5 років тому, створити організаційну модель надання доступної медичної допомоги хворим із невідкладними станами, оптимізувати роботу лікувальних закладів, які надають допомогу хворим із серцево-судинними захворюваннями на всіх рівнях, створити певні підстави для забезпечення їх необхідним обсягом витратних матеріалів. А сьогодні диктує нам необхідність додати

до неї негайні обов'язкові профілактичні обстеження усіх категорій населення з подальшим їх регулярним проведенням.

В. В. Лазоришинець,
академік НАМН України,
член-кореспондент НАН України,
директор ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України»,
завідувач кафедри хірургії серця та магістральних судин Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
голова правління Асоціації серцево-судинних хірургів України