

УДК 616-005.1(477.85)

*С.В.Білецький, Л.В.Боднарюк, Т.В.Казанцева, Ю.М.Бондар***ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ЖИТЕЛІВ МІСТА ЧЕРНІВЦІ ЗА 1991-2010 РОКИ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** Встановлено зростання захворюваності дорослого населення м. Чернівці на хвороби системи кровообігу за 1991-2010 роки. Виявлено переважання в структурі захворюваності гіпертонічної хвороби. Захворюваність на гострий інфаркт міокарда за останні три роки (2008-2010) зменшилася.

**Ключові слова:** захворюваність, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт міокарда.

**Вступ.** Згідно з даними МОЗ України за 2010 рік стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний: високий рівень загальної смертності (16,3 на 1000 населення), який практично неухильно зростає (за даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» більш високі, ніж в Україні стандартизовані коефіцієнти смертності реєструються тільки в Росії, Казахстані і Молдові); низькі рівні очікуваної тривалості життя (68,1 року, нижче лише в Росії, Казахстані, Туркменістані); найвищий в Європейському регіоні природний спад населення.

Серед розвинених країн світу смертність в Україні (16 %) може бути зіставлена лише з країнами СНД (Росією, Казахстаном, Молдовою), передусім із Росією (16 %), у той час як в інших державах цей показник становить 7-9 %. Ще гірша ситуація з показниками прогнозу, які свідчать про збереження в Україні тенденції збільшення рівнів смертності до 17 % у 2015 р. [9].

Постійне зростання загальної смертності населення, зниження очікуваної тривалості життя викликає серйозну тривогу і свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів [3].

Хвороби системи кровообігу є найбільш поширеною патологією у структурі загальної захворюваності населення України. Упродовж останніх 10 років поширеність хвороб систем кровообігу в Україні серед дорослого населення зросла в 1,8 раза, а захворюваність – на 55,3 %. За оцінками МОЗ України, щороку 6 із 10 смертей спричинені саме серцево-судинною патологією. Кожного року в Україні від серцево-судинних захворювань помирає 160 тисяч осіб. Це більше, ніж від сукупної кількості випадків смерті від всіх видів раку, туберкульозу, СНІДу [10]. На сучасному етапі спостерігається зростання захворюваності та поширеності найбільш соціально значущих хвороб системи кровообігу (ХСК): атеросклерозу, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), спричинена ними первинна інвалідизація високого рівня, а також значна смертність, особливо осіб працездатного віку, що призводить до зменшення тривалості життя громадян. ХСК охоплено близько 24,3 млн осіб, тобто, понад 53 % населення, із них працездатного віку 9,3 млн осіб [4].

Найбільш поширена з них АГ, яка складає 11,7 млн осіб, серед них працездатного віку – 5,0 млн [4, 6, 7, 8, 11].

Приблизно в 90-95 % випадків АГ серед дорослого населення розглядається як есенціальна. Якщо артеріальний тиск (АТ) перевищує нормальні значення на 50 %, то, за відсутності лікування, тривалість життя скорочується до кілька років [5].

У наш час не викликає сумніву той факт, що підвищений АТ – це патологічний стан, який призводить до таких серйозних ускладнень, як гіпертензивні кризи, порушення мозкового кровообігу, застійна серцева або ниркова недостатність, ураження аорти, периферійних артерій і судин сітківки. Крім того, АГ розглядають як самостійний і значущий фактор розвитку та прогресування атеросклерозу [1].

**Мета дослідження.** Вивчити динаміку захворюваності на гіпертонічну хворобу (ГХ) та ІХС у жителів м. Чернівці за 1991-2010 роки та пропонувати деякі заходи щодо їх профілактики.

**Матеріал і методи.** Щорічні за 1991-2010 роки звіти лікувально-профілактичних закладів м. Чернівці про захворюваність на ХСК за даними організаційно-методичних відділів Управління охорони здоров'я Чернівецької міської ради та Чернівецької обласної клінічної лікарні.

Математичний аналіз отриманих результатів проведений на комп'ютері Pentium IV за допомогою електронних таблиць Excel-5 і статистичними програмами Statistica for Windows v. 5.0, «Biostat» з визначенням критеріїв  $\chi^2$ , вірогідності (t) та достовірності (p) Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дані про захворюваність на ХСК дорослого населення по м. Чернівці за 1991-2010 роки відображені в таблицях 1-2, рисунку.

За даними таблиць видно, що в структурі захворюваності вивчених нозологічних одиниць переважає гіпертонічна хвороба. Винятком є 1997 та 2000 роки, де переважає захворюваність на ІХС. Абсолютний ріст захворюваності на ГХ порівняно з 1991 роком спостерігається з 1994 року і сягає максимуму в 2010 році ( $p < 0,05$  порівняно з 1999, 2004, 2006, 2007, 2009 та 2010 роками).

Аналогічна динаміка спостерігалася при аналізі захворюваності на ІХС та стенокардію. Проте

Таблиця 1

## Захворюваність на хвороби системи кровообігу на 100 тис. дорослого населення по м. Чернівці з 1991 по 2000 рік

Нозологія	1991 р.	1992 р.	1993 р.	1994 р.	1995 р.	1996 р.	1997 р.	1998 р.	1999 р.	2000 р.
Гіпертонічна хвороба (всі форми)	967,9 (44,3 %)	942,1 (42,8 %)	1014,7 (45,9 %)	1594,2 (44,7 %)	1847,8 (47,6 %)	1813,5 (48,8 %)	1334,3 (36,1 %)	1533,3 (39,8 %)	2381,8* (41,5 %)	763,6 (26,7 %)
Ішемічна хвороба серця (в т.ч. з ГХ)	835,5 (38,3 %)	776,1 (35,3 %)	764,0 (34,5 %)	1329,6 (37,2 %)	1397,8 (36,0 %)	1149,0 (31,0 %)	1586,4 (42,9 %)	1313,1 (34,2 %)	2074,8* (36,1 %)	1221,6 (42,7 %)
Стенокардія	191,9 (8,8 %)	312,9 (14,2 %)	286,5 (12,9 %)	479,8 (13,4 %)	517,4 (13,3 %)	585,9 (15,8 %)	615,6 (16,6 %)	817,6 (21,2 %)	1097,9* (19,1 %)	714,4 (25,0 %)
Гострий інфаркт міокарда	187,8 (8,6 %)	169,6 (7,7 %)	147,4 (6,7 %)	165,8 (4,7 %)	121,2 (3,1 %)	163,7 (4,4 %)	161,8 (4,4 %)	183,9 (4,8 %)	186,6 (3,3 %)	160,3 (5,6 %)
Всього	2183,1 (100 %)	2200,7 (100 %)	2212,6 (100 %)	3569,4 (100 %)	3884,2* (100 %)	3712,1 (100 %)	3698,1 (100 %)	3847,9 (100 %)	5741,1* (100 %)	2859,9 (100 %)

Примітка. \* –  $p < 0,05$  порівняно з даними за 1991 рік

Таблиця 2

## Захворюваність на хвороби системи кровообігу на 100 тис. дорослого населення по м. Чернівці з 2001 по 2010 рік

Нозологія	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	2005 р.	2006 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.
Гіпертонічна хвороба (всі форми)	1946,6 (44,8 %)	1563,0 (43,9 %)	1437,8 (47,0 %)	2080,5* (49,6 %)	1660,1 (46,5 %)	2355,7* (45,1 %)	2167,8* (47,4 %)	1478,0 (47,6 %)	2722,9* (49,8 %)	3104,4* (45,7 %)
Ішемічна хвороба серця (в т.ч. з ГХ)	1362,1 (31,3 %)	1121,0 (31,5 %)	919,9 (30,2 %)	1222,2 (29,2 %)	1079,4 (30,2 %)	1634,8 (31,3 %)	1580,2 (34,5 %)	974,0 (31,4 %)	1863,4* (34,1 %)	2667,9* (39,3 %)
Стенокардія	871,6 (20 %)	685,9 (19,3 %)	516,7 (16,9 %)	675,0 (16,1 %)	634,3 (17,8 %)	1046,3* (20,0 %)	626,4 (13,7 %)	486,0 (15,7 %)	729,0 (13,3 %)	873,0 (13 %)
Гострий інфаркт міокарда	168,5 (3,9 %)	189,6 (5,3 %)	180,6 (5,9 %)	215,5 (5,1 %)	197,9 (5,5 %)	183,9 (3,6 %)	199,6 (4,4 %)	163,3 (5,3 %)	153,2 (2,8 %)	139,3 (2 %)
Всього	4348,8 (100 %)	3559,5 (100 %)	3055,0 (100 %)	4193,2* (100 %)	3571,7 (100 %)	5220,7* (100 %)	4574,0* (100 %)	3101,3 (100 %)	5468,5* (100 %)	6784,6* (100 %)

Примітка. \* –  $p < 0,05$  порівняно з даними за 1991 рік

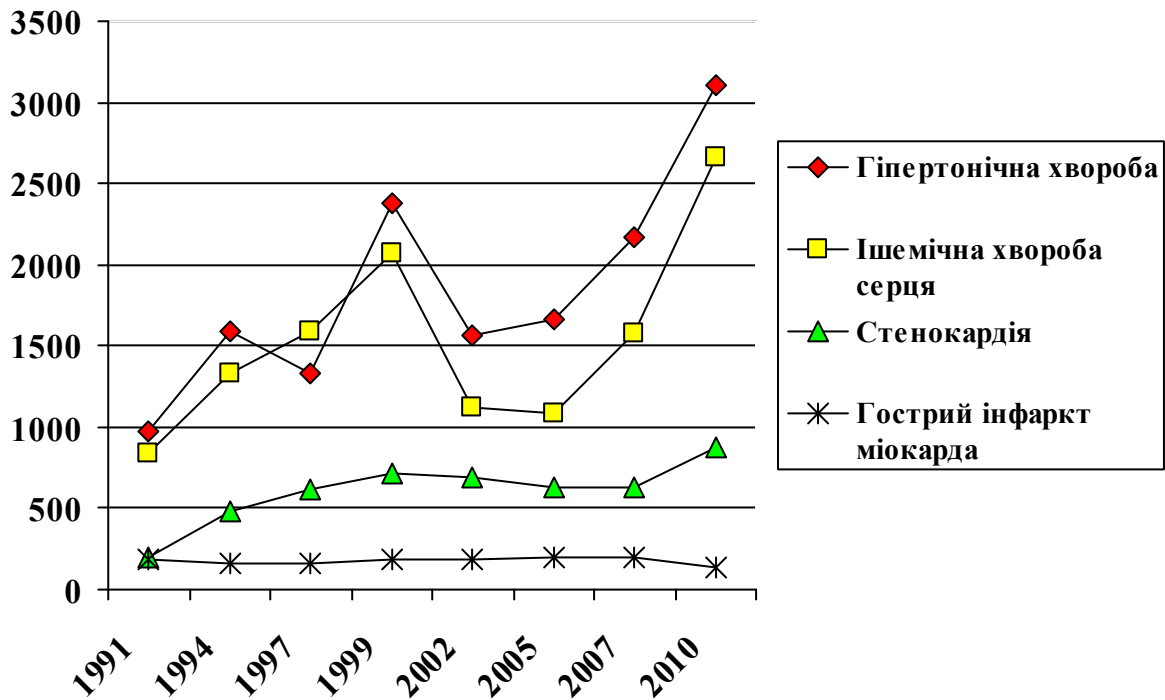


Рис. 1. Захворюваність жителів м. Чернівці на ГХ, ІХС, стенокардію та ГІМ за період 1991-2010 роки

достовірне зростання показника для ІХС зафіксовано тільки в 1999, 2009 та 2010 роках, для стенокардії – у 1999 та 2006 роках.

Динаміка захворюваності на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) носить хвилеподібний характер і тільки в останні три роки (2008-2010) виявлена тенденція до її зниження.

У цілому за останні 20 років у структурі захворюваності вивчених нозологій питома вага ГХ та ІХС залишилися на колишньому рівні за явним абсолютним ростом показників. У той же час спостерігався ріст питомої ваги стенокардії за рахунок зниження захворюваності на гострий інфаркт міокарда.

За результатами міжнародних епідеміологічних досліджень, внесок підвищеного АТ до ризику серцево-судинних ускладнень є одним з найвагоміших. ВООЗ зазначає, що принаймні 20 % усіх серцево-судинних захворювань у світі зумовлені АГ. В економічно розвинених країнах вона спричиняє майже половину всіх випадків серцевої недостатності, а її внесок у розвиток ІХС сягає 35 % [12]. Дослідження PROGRESS підтвердило, що підвищений рівень АТ – провідна причина кожного другого випадку смерті від мозкового інсульту (МІ) і кожного четвертого – від ІХС. В осіб з АГ у 3-4 рази частіше розвивається ІХС і в 7 разів частіше – МІ. Збільшення систолічного АТ на 20 мм рт. ст. або діастолічного АТ – на 10 мм рт. ст. збільшує удвічі ризик розвитку МІ або коронарної смерті [13].

У наш час загально визнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі і серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних факторів ризику.

Зниження підвищених рівнів факторів ризику супроводжується спадом захворюваності та смертності населення. Серед факторів, пов'язаних зі способом життя, система стратегічних цілей у галузі хронічних неінфекційних захворювань виділяє куріння, незбалансоване харчування, недостатню фізичну активність і зловживання алкоголем. Їх корекція сприятиме зниженню індивідуального ризику за рахунок впливу на такі біологічні чинники, як надлишкова маса тіла та ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення жирового і вуглеводного обміну [2, 3].

В умовах реформування системи охорони здоров'я України особливого значення набуває запровадження якісно нових заходів щодо профілактики захворювань та діяльності з формування здорового способу життя [10].

Серед цих заходів найважливіше місце займає проведення суцільної диспансеризації населення із використанням державного клінічного протоколу обстеження громадян. При цьому протокол має визначати особливості проведення обстеження залежно від статі, віку громадян, місця проживання, наявних та минулих захворювань, способу життя, особливостей професійної діяльності та іншої інформації, отриманої під час анамнестичного анкетування.

Пропозиції МОЗ України щодо реформування галузі за 2010 рік [10] передбачають формування єдиної програмної інформаційної системи проведення диспансеризації населення, яка буде включати:

- індивідуальні картки стану здоров'я громадян та обліку диспансеризації – «медичні паспорти»;

- єдиний реєстр проходження диспансеризації населення.

Головною відповідальною особою в проведенні диспансеризації має бути сімейний лікар. Сімейний лікар повинен визначити для кожного із закріплених осіб індивідуальну програму проведення диспансеризації, базуючись на вищезазначеному протоколі.

Інший захід – це створення у містах, районах державних та комунальних підприємств – оздоровчих установ (тренажерні зали, басейни за типовими проектами тощо) для надання населенню послуг оздоровчого характеру, за фіксованими цінами.

Відмічена необхідність прийняття ряду законодавчих актів, які б, з одного боку, стимулювали громадян до проходження диспансеризації і дотримання здорового способу життя, а з іншого, – вносили більш жорсткі умови для громадян, які не турбуються про стан свого здоров'я (законодавче обмеження можливостей таких осіб у страхуванні, кредитуванні).

### Висновки

1. У структурі захворюваності на основні хвороби системи кровообігу дорослого населення м. Чернівці переважає гіпертонічна хвороба.

2. За роки незалежності України, починаючи з 1994 року, відмічається зростання захворюваності дорослого населення м. Чернівці на гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця та стенокардію.

3. Захворюваність на гострий інфаркт міокарда в останні три роки (2008 – 2010 рр.) зменшилася на 13,1 %, 18,4 % і 25,8 % відповідно.

4. Стратегія профілактики серцево-судинних захворювань повинна включати проведення суцільної диспансеризації населення міста, формування здорового способу життя, створення в кожному районі м. Чернівці комунальних підприємств – центрів здоров'я (оздоровчих установ) для надання населенню послуг оздоровчого характеру.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у дослідженні динаміки захворюваності на хвороби системи кровообігу на дільницях сімейної медицини порівняно з терапевтичними дільницями.

### Література

1. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І.М.Горбась // Укр. кардіол. ж. – 2010. – № 1. Додатковий. – Режим доступу: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/476>.
2. Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / І.М.Горбась // Артеріал. гіпертензія. – 2008. –

№ 2 (2). – Режим доступу: <http://hypertension.mif-ua.com/archive/issue-6222/article-6228/>.

3. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М.Горбась // Здоров'я України. – 2007. – № 21/1. – С. 62-63. – Режим доступу: <http://health-ua.com/articles/2229.html>.
4. Коваленко В.М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні / В.М.Коваленко, В.М.Корнацький // Укр. кардіол. ж. – 2010. – № 6. – Режим доступу: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/539>.
5. Коваленко В.М. Значимість артеріальної гіпертензії як фактора серцево-судинної патології, механізми її проатерогенного действия / В.М.Коваленко, Т.В.Талаєва, В.В.Братусь // Укр. кардіол. ж. – 2010. – № 3. – Режим доступу: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/478>.
6. Коваленко В.М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В.М.Коваленко, Ю.М.Сіренко, А.П.Дорогой // Укр. кардіол. ж. – 2010. – № 1 Додатковий. – Режим доступу: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/474>.
7. Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та продовження тривалості життя населення України / В.М.Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5. – С. 83-87.
8. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М.Коваленка, В.М.Корнацького. – К.: Медінформ, 2009. – 146 с.
9. Прогнозні оцінки смертності населення України / Л.А.Чепелевська, Г.І.Баторшина, О.В.Любінець [та ін.] // Україна: Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 59-63.
10. Пропозиції МОЗ України щодо реформування галузі. – Київ, 2010. – 35 с.
11. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз. Аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М.Коваленка. – К.: ЛІНО, 2008. – 111 с.
12. Antezana F.S. Hypertension 1996: One Medicine, Two Cultures. Epidemiologic aspects of hypertension in the world / F.S.Antezana // Amer. J. Hypertension. – 2003. – Vol. 16. – P. 806-815.
13. PROGRESS Collaborative Group Randomized trial of a perindopril-based blood-pressure lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke of transient ischemic attack // Lancet. – 2001. – Vol. 358. – P. 1033-1041.

## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ЧЕРНОВЦЫ ЗА 1991-2010 ГОДЫ

*С.В.Билецкий, Л.В.Боднарюк, Т.В.Казанцева, Ю.Н.Бондарь*

**Резюме.** Установлено возрастание заболеваемости взрослого населения г. Черновцы на болезни системы кровообращения за 1991-2010 годы. Выявлено преимущество в структуре заболеваемости гипертонической болезни.

Заболеваемость на острый инфаркт миокарда за последние три года (2008-2010) уменьшилась.

**Ключевые слова:** заболеваемость, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда.

**DYNAMICS OF MORBIDITY WITH DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM  
IN RESIDENTS OF CHERNIVTSI CITY FROM 1991 THROUGH 2010**

*S.V.Biletskyi, L.V.Bodnariuk, T.V.Kazantseva, Yu.M.Bondar*

**Abstract.** A rise of the disease incidence of the adult population of the City of Chernivtsi with diseases of the circulatory system from 1991 through 2010 has been established. A predomination of essential hypertension in the pattern of the disease incidence has been revealed. The sickness rate with acute myocardial infarction over the last three years (2008-2010) has declined.

**Key words:** morbidity, essential hypertension, coronary heart disease, angina, myocardial infarction.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.С.Полянська

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 168-172

Надійшла до редакції 8.02.2011 року

---

© С.В.Білецький, Л.В.Боднарюк, Т.В.Казанцева, Ю.М.Бондар, 2011

**Науково-практична конференція  
з міжнародною участю**

**“Актуальні питання ультразвукової та  
функціональної діагностики в ангіології”**

**10-11 жовтня 2011 року  
м. Київ**

Адреса оргкомітету:

Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України»

вул. Героїв Севастополя, 30

м. Київ, 03680

тел. (044) 497-50-65, 454-20-51

Українська асоціація фахівців з ультразвукової діагностики

Червонозоряний проспект, 17

м. Київ, 03037