

Причини передчасної смертності та заходи щодо запобігання їй

О.А. Семенюк

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень»
Міністерства охорони здоров'я України, Київ

Резюме. Проведений аналіз випадків передчасної смерті чоловіків і жінок Львівської області, встановлені особливості структури смертності залежно від віку та статі. Обґрунтовано стратегічні напрямки щодо запобігання передчасній смертності.

Ключові слова: смертність, чоловіча надсмертність, запобігання передчасній смертності.

Вступ

Демографічна ситуація, яка склалася в Україні, викликає занепокоєння, оскільки порівняно з 1990 р. чисельність населення України зменшилася майже на 6 млн (11,6%) і ця тенденція продовжується. Головною передумовою такого стрімкого скорочення чисельності населення є суттєве переважання смертності над народжуваністю (Возіанов О.Ф., 2007; Лібанова Е.М., 2007; С.І. Пирожков. (ред.), 2007).

Наслідком негативних тенденцій щодо смертності українців стало скорочення середньої очікуваної тривалості життя — важливого індикатора здоров'я населення. За цим показником Україна посідала у 2005 р. 25-те місце серед 27 країн Європейського регіону, представлених у базі даних «Здоров'я для всіх» Європейського регіонального бюро (The European Health for All Database, HFA — DB) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Меншою його величина була лише у Казахстані й Російській Федерації. Очікувана тривалість життя при народженні у 26 країнах Європейського регіону за даними ВООЗ становить більше 75 років, тоді як у 7 країнах (в тому числі Україні) вона не доходить до 70 років (World Health Organization: Regional Office for Europe, 2005; World Health Organization, 2007). За даними Держкомстату у 2010 р. очікувана тривалість життя в Україні становить 69,85 року.

Порівняно з громадянами європейських країн українці не тільки помирають у більш молодому віці, але й проживають менше років у повністю здоровому стані. Так, стан здоров'я українців упродовж майже 13% тривалості життя значно гірший за нормальний, тоді як у Польщі цей показник становить 8%, у Словенії та Чеській Республіці — 9%. До рівня України наближається лише Угорщина — 11%. Набагато більші розбіжності порівняно з країнами Європейського Союзу відзначаються у тривалості життя жінок і чоловіків України. Сьогодні за тривалості життя жінок ми відстаємо від провідних європейських країн на 8,2 року, а за середньою тривалістю життя чоловіків — на 14 років (Менон Р. та співавт., 2009).

Соціально-економічними наслідками передчасної смертності та надсмертності чоловіків є не лише зменшення років потенційного життя та збільшення величини безповоротних втрат унаслідок смерті, а й зниження трудового потенціалу, деформація статеві-вікової структури населення, що негативно відображаються на відтворенні населення, призводить до значних економічних збитків.

Таким чином, вивчення причин передчасної смертності у статеві-віковому аспекті дозволить обґрунтувати стратегічні напрямки щодо запобігання смертності працездатного населення та розробити міжсекторальні заходи з урахуванням системного та індивідуалізованого підходу.

Об'єкт і методи дослідження

Аналіз причин смертності та медико-соціальних характеристик передчасно померлих чоловіків і жінок працездатного віку виконано на прикладі Львівської області, яка була вибрана для проведення дослідження за такими критеріями:

1. Смертність населення у Львівській області не суттєво відрізняється від смертності в Україні (14,3 померлих на 1000 жителів та 15,3 померлих на 1000 жителів відповідно).

2. За основними демографічними показниками Львівська область відображає загальнонаціональні показники, зокрема:

- у Львівській області жіноче населення перевищує чоловіче у 1,1 раз, в Україні — у 1,2 раз;
- питома вага працездатного населення у Львівській області становить 60,6%, по Україні цей показник — 60,3%;
- вікова структура осіб працездатного віку у Львівській області подібна до середньонаціональної, а саме: у Львівській області осіб віком 15–24 роки нараховується 23,3%, 25–44 роки — 41,4%, 45–64 роки — 35,2%; в Україні осіб віком 15–24 роки — 22,1%, 25–44 роки — 41%, 45–64 роки — 36,9%.

Проаналізовано дані облікової статистичної документації за 2008 р. (форм № 071–1/о «Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному ліку-

вальному закладі середдорослого населення»; № 025–2/о «Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів»; № 025–6/о, № 025–7/о «Талон амбулаторного пацієнта»; № 151/о «Журнал обліку померлих на рівні даного лікувального закладу»): 7520 випадків передчасної смерті населення працездатного віку, з них чоловіків — 6242 та жінок — 1278, які проживали у Львівській області.

Статистичну обробку результатів проведено із використанням статистичних модулів комп'ютерної програми Statistica 6.0 for Windows, методів біостатистики та клінічної епідеміології.

Особливості передчасної смерті чоловіків працездатного віку вивчали за причинами смерті у віковому аспекті з оцінкою показників абсолютного ризику (АР — ризик виникнення явища, що вивчається за умов впливу певного фактора ризику, %) та відношення шансів (ВШ — міра вірогідності того, що фактор ризику реалізується, до вірогідності того, що фактор ризику не проявиться).

Результати та їх обговорення

Результати вивчення загальної смертності дорослого населення Львівської області свідчать, що у Львівській області смертність нижча порівняно з показниками по Україні (14,3 та 15,3 померлих на 1000 жителів відповідно), за винятком смертності від хвороб органів дихання, яка перевищує загальнонаціональний показник за рахунок високої смертності від хронічних захворювань бронхолегеневої системи (54,2 та 38,4 випадки на 100 тис. осіб відповідно; $p < 0,0001$) (Державний комітет статистики України, 2010; Слабкий Г.О. та співавт., 2010). Внаслідок високої смертності від хвороб органів дихання структура смертності у Львівській області відрізняється від такої в Україні, де перші п'ять місць посідають наступні класи хвороб: хвороби органів кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення і органів дихання. Серед основних причин смертності дорослого населення Львівської області, як і в Україні, на 1-му місці хвороби органів кровообігу,

на 2-му — новоутворення. Проте 3-тє рейтингове місце серед причин смерті чоловіків посідають зовнішні причини смерті, а у жінок — хвороби органів дихання, 4-тє місце у чоловіків — хвороби органів дихання, а у жінок — зовнішні причини, 5-тє — хвороби органів травлення. Висока смертність від хвороб органів дихання у Львівській області спричинена смертністю від хронічного бронхіту та емфіземи легень. Смертність чоловіків Львівської області від хронічного бронхіту та емфіземи легень перевищує таку по Україні у 1,3 раза, а смертність жінок Львівської області від даних нозологічних форм — перевищує середній по Україні у 1,6 раза.

Порівняння смертності чоловіків та жінок від окремих нозологічних форм основних класів хвороб, які посіли провідне місце у структурі причин смертності, свідчить про надсмертність чоловіків у Львівській області.

Смертність чоловіків від гіпертонічної хвороби перевищує таку у жінок у 10 разів, а від гострого інфаркту міокарда — у 2,5 раза, крім того, смертність чоловіків від інфаркту міокарда перевищує середній показник в Україні ($\chi^2=17,9$; $p<0,0001$).

Смертність чоловіків від новоутворень перевищує смертність жінок за всіма нозологічними формами цього класу, зокрема смертність від раку порожнини рота, губи та глотки — у 6,9 раза, стравоходу — у 14,3 раза, шлунку — у 2,2 раза, трахеї, бронхів, легень — у 7,1 раза. Особливої уваги заслуговує смертність чоловіків від раку гортані, яка у Львівській області вища, ніж по Україні, у 1,4 раза.

Хоча смертність у Львівській області від зовнішніх причин за всіма нозологічними формами нижча порівняно із середніми показниками по Україні, смертність чоловіків у цьому класі перевищує жіночу: від нещасних випадків, що пов'язані з транспортом, — у 4,1 рази; від випадкових отруєнь алкоголем — у 7,9 рази; від нещасних випадків, спричинених вогнем та полум'ям, — у 5,4 раза; від випадкових утоплень — у 7,1 раза; від самогубств — у 8,6 раза; від вбивств — у 2 рази.

Смертність чоловіків від хронічних захворювань бронхолегеневої системи, зокрема від бронхіту та емфіземи, перевищує таку у жінок у 2,3 раза.

Явище переважання смертності чоловіків над такою у жінок є характерним для всіх розвинених країн. Проте якщо у країнах Європейського Союзу в останні роки спостерігається тенденція до її зниження, то в Україні за останні десятиріччя — навпаки, до зростання. За роки незалежності тривалість життя чоловіків в Україні скоротилася більше ніж на 4 роки, жінок — більше ніж на 1,5 року (World Health Organization: Regional Office for Europe, 2008).

Аналізуючи причини смертності працездатного населення Львівської області, ми встановили, що смертність чоловіків перевищує жіночу у 5,4 раза (смертність чоловіків працездатного віку — 519,7 на 100 тис. чоловічого населення, жінок — 95,4 на 100 тис. жіночого населення).

Середній вік передчасно померлих чоловіків у Львівській області становив $46,5 \pm 0,12$ року (стандартне відхилення (σ)=9,8; 95% довірчий інтервал (ДІ) 46,2–46,7). Середній вік передчасно померлих жінок у Львівській області становив $44,1 \pm 0,3$ року (σ =8,97; 95% ДІ 43,6–44,6); $p<0,001$. Кількість недожитих до пенсійного віку років для чоловіків становить 13,5, для жінок — 10,9.

За соціальним статусом як серед чоловіків, так і серед жінок, найбільшу питому вагу серед померлих мали особи, які не працювали або не мали постійного місця роботи. Серед померлих чоловіків, які мали постійну роботу, 26,6% працювали у промисловості, 26% — у будівництві, 12,2% — у торгівлі та сфері ремонту побутових виробів, автомобілів, 11,5% — у рибальстві, 10,2% — у сфері діяльності транспорту і зв'язку, 4,6% — у сільському господарстві, 3,3% — військовослужбовці. Серед померлих жінок, які мали постійну роботу, 23,5% працювали у сфері освіти, 18,0% — у торгівлі та сфері ремонту побутових виробів, автомобілів, 16,8% — у промисловості, 15,9% — у системі охорони здоров'я, 10,4% — у сферах надання комунальних, індивідуальних послуг та культури, 14,9% — у діяльності транспорту і зв'язку.

Результати дослідження структури причин смертності працездатного населення Львівської області свідчать, що вона відрізняється від загальної структури причин смертності населення України і, крім того, має статево-вікові особливості (рисунк).

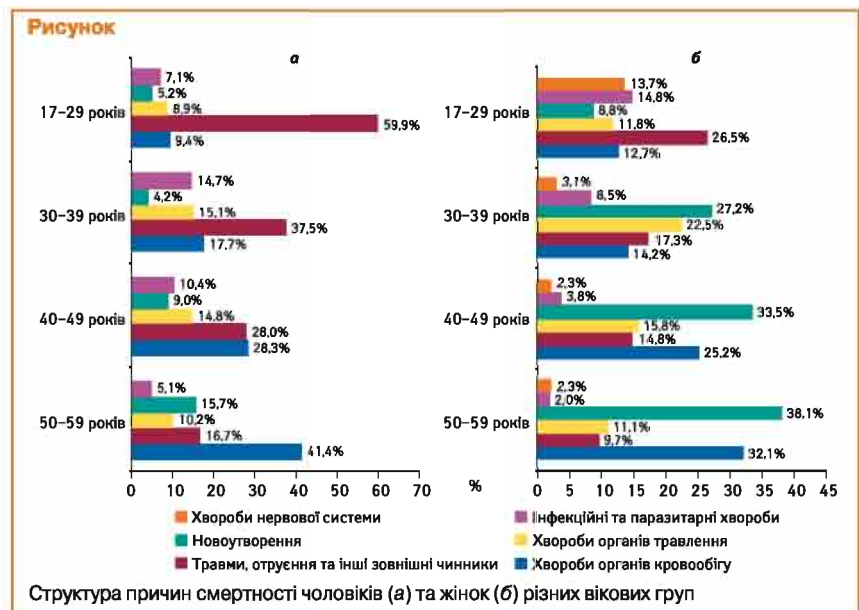
Так, якщо в Україні перші 5 місць серед причин смерті посідають хвороби органів кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення і органів дихання, то у Львівській області серед чоловіків працездатного віку — хвороби системи кровообігу (31,6%), зовнішні причини (26,5%), хвороби органів травлення (12,2%), новоутворення (11,1%), інфекційні та паразитарні захворювання (8,3%) а у жінок — новоутворення (32,1%), хвороби системи кровообігу (24,8%), хвороби органів травлення (14,8%), зовнішні причини смерті (14,3%), інфекційні та паразитарні захворювання (4,8%).

Значні відмінності у структурі причин смертності встановлені між віковими групами як серед передчасно померлих чоловіків, так і серед передчасно померлих жінок. Причини смертності чоловіків працездатного віку різних вікових груп відрізняються від причин смертності жінок у відповідних вікових групах.

Встановлено, що ризики передчасної смертності від основних причин смерті мають в цілому загальні тенденції для чоловіків та жінок, проте відрізняються у віковому аспекті.

Для чоловіків найбільш поліфакторно з урахуванням ризикового навантаження щодо смертності є вікова група 30–39 років. Для чоловіків вікової групи 30–39 років ризиками смерті є такі причини: інфекційні хвороби (АР — 12,5%, 95% ДІ 8,6–16,5; ВШ — 2,2, 95% ДІ 1,8–2,8), травми, отруєння та інші зовнішні причини смерті (АР — 8,4%, 95% ДІ 6,1–10,6; ВШ — 1,8, 95% ДІ 1,6–2,1), хвороби органів травлення (АР — 3,9%, 95% ДІ 1,0–6,9; ВШ — 1,3, 95% ДІ 1,1–1,6). У віковій групі чоловіків 50–59 років ризиком смерті є новоутворення (АР — 21,5%, 95% ДІ 17,7–25,4, ВШ — 2,4, 95% ДІ 2,0–2,9) та хвороби органів кровообігу (АР — 21,5%, 95% ДІ 18,9–24,2; ВШ — 2,4, 95% ДІ 2,1–2,7), у віковій групі 40–49 років — хвороби органів травлення (АР — 7,4%, 95% ДІ 3,7–11,1, ВШ — 1,4, 95% ДІ 1,2–1,6) та інфекційні захворювання (АР — 8,3%, 95% ДІ 3,9–12,8; ВШ — 1,4, 95% ДІ 1,2–1,7), у віковій групі 17–29 років — зовнішні причини смерті (АР — 12,8%, 95% ДІ 10,9–14,7, ВШ — 4,8, 95% ДІ 4,0–5,9).

Серед жінок найбільш несприятливою стосовно ризику передчасної смерті є вікова група 17–29 років, в якій ризиками смерті є хвороби нервової системи (АР — 26,6%, 95% ДІ 12,0–41,2; ВШ — 6,4, 95% ДІ 3,2–12,6), інфекційні захворювання (АР — 18,3%, 95% ДІ 6,9–29,7; ВШ — 4,3, 95% ДІ



2,3–8,0) та зовнішні причини смерті (АР — 8,4%; 95% ДІ 2,7–14,0; ВШ — 2,4, 95% ДІ 1,5–3,8). У віковій групі жінок 30–39 років ризиками смерті стають інфекційні хвороби (АР — 12,4%; 95% ДІ 0,7–24,1; ВШ — 2,1, 95% ДІ 1,2–3,9) та хвороби органів травлення (АР — 9,7%; 95% ДІ 3,1–16,3; ВШ — 1,9; 95% ДІ 1,3–2,8), у віковій групі 50–59 років — хвороби органів кровообігу (АР — 14,1%; 95% ДІ 7,6–20,5; ВШ — 1,8; 95% ДІ 1,4–2,4) та новоутворення (АР — 10,1%; 95% ДІ 4,2–16,0; ВШ — 1,5; 95% ДІ 1,2–2,0).

Таким чином, розробка та запровадження заходів щодо запобігання передчасній смертності чоловіків і жінок мають враховувати встановлені закономірності, а також мати специфічну спрямованість скринінгового обстеження різних верств населення та заходів із профілактики.

Фактор сезонної смертності вивчений нами серед основних причин смерті та у вікових групах передчасно померлих чоловіків, у яких встановлені ризики смерті від певних причин. Результати аналізу свідчать, що чоловіки віком 50–59 років навесні мають найвищий сезонний ризик смерті від захворювань серцево-судинної патології (АР — 22,9%; 95% ДІ 19,0–26,9; ВШ — 2,9; 95% ДІ 2,4–3,5). Взимку абсолютний ризик померти від хвороб органів кровообігу становить 20,4% (95% ДІ 16,4–24,5; ВШ — 2,6; 95% ДІ 2,2–3,1), восени — 18,0% (95% ДІ 13,9–22,1; ВШ — 2,3; 95% ДІ 1,9–2,8), влітку — 13,6% (95% ДІ 9,6–17,6; ВШ — 1,9; 95% ДІ 1,6–2,3).

Сезонний ризик смерті від зовнішніх причин встановлений для вікової групи чоловіків віком 17–39 років. Для цієї вікової групи літній період року підвищує ризик смерті від зовнішніх причин у 1,4 раза (АР — 6,2%; 95% ДІ 1,6–10,7; ВШ — 1,4; 95% ДІ 1,1–1,7).

Встановлено, що весна та осінь — сезонні фактори ризику передчасної смертності від хвороб органів травлення (АР — 6,7%; ВШ — 1,3; 95% ДІ 1,1–1,5). Влітку і взимку підвищується тенденція до збільшення передчасної смертності від новоутворень (АР — 4,0%; ВШ — 1,2; 95% ДІ 1,0–1,4).

За допомогою методу факторного аналізу медико-соціальних характеристик передчасно померлих жінок і чоловіків встановлено, що факторами, які впливають на тривалість життя працездатного населення, є соціальний статус, проходження регулярних профілактичних оглядів та доступність швидкої медичної допомоги.

Соціальний статус є визначальним як у мотивації населення до збереження здоров'я, так і в контролі за станом здоров'я у разі наявності хронічного захворювання. Крім того, особи, які мають постійну роботу, є не лише мотивованими до проходження регулярних профілактичних оглядів, але й (у більшості випадків) зобов'язаними до їх проходження.

Регулярні профілактичні обстеження, перебування під диспансерним наглядом є сприятливими факторами для профілак-

тики, раннього виявлення захворювання, його лікування та моніторингу перебігу, запобігання розвитку несприятливих наслідків хвороби. Крім того, раннє виявлення захворювання сприятиме поінформованості пацієнта про стан здоров'я та про можливість розвитку внаслідок хвороби критичного стану, якому можна запобігти.

Проведений аналіз виявив проблеми щодо забезпеченості швидкою медичною допомогою випадків критичних станів, наслідком розвитку яких стала смерть чоловіків та жінок працездатного віку. Вивчення медичної документації показало, що бригади швидкої медичної допомоги викликалися на місце події розвитку критичного стану лише у 33% випадків, а серед виликів, які були забезпечені обслуговуванням бригадами швидкої медичної допомоги, тільки у 47,7% випадків обсяг медичної допомоги відповідав сучасним стандартам.

Раптова смерть констатована у 38,9% випадків, коли забезпечити своєчасність надання медичної допомоги було проблематичним. Проте близько 40% чоловіків мали хронічний характер захворювання, тобто знали про хворобу та її несприятливі наслідки, можливість загострення і необхідність звернення за медичною допомогою. Можливо, у разі надання своєчасної сучасної медичної допомоги чоловікам цієї групи летальному наслідку загострення хронічного захворювання можна було б запобігти у більшості випадків смерті.

Основними причинами невиконання стандартів лікування були нестача часу для обслуговування виклику (50%) та недоступність пацієнта (37,5%). Кореляційним аналізом встановлено, що надання медичної допомоги бригадами швидкої медичної допомоги з високою достовірністю ($r=0,27$; $p<0,0001$) корелює із місцем настання смерті. Всі місця, де померли чоловіки, були розподілені за бальною шкалою, яка формувалася за принципом можливості надати якісну, кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу: вулиця — 1, на роботі — 2, вдома — 3, поліклініка — 4, дільнична лікарня — 5, районна лікарня — 6, міська лікарня — 7, обласна лікарня — 8. Отримані результати дають підставу стверджувати, що чоловікам, які померли на вулиці (9,6%), вдома (49,2%) та на роботі (0,6%), медична допомога або не надавалася або її якість не відповідає сучасним вимогам, що може бути зумовлене не лише раптовістю виникнення критичного стану, але й недосконалістю організації та недостатньою доступністю невідкладної медичної допомоги для населення.

За даними досліджень, проведених за ініціативою Світового банку (Менон Р. та співавт., 2009), в Україні можна запобігти 14% смертей, з них 17% випадків смертей можна запобігти лікуванням, крім того, 17% смертей, спричинених ішемічною хворобою серця, можна уникнути за допомогою профілактичних та лікувальних заходів. 80% смертей серед чоловіків працездатного віку та 30% — серед жінок

працездатного віку можна запобігти за допомогою належного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Доведено, що у разі належної профілактики можна запобігти 98% передчасній смертності, які спричинюються трьома головними факторами ризику: тютюнопалінням, алкоголізмом і порушенням правил безпеки дорожнього руху.

У разі неможливості усунення причини захворювання чи при подальшому розвитку хвороби велике значення у запобіганні передчасній смертності набувають заходи з раннього виявлення та лікування захворювання. Цільовою групою цього заходу мають стати пацієнти із захворюваннями органів кровообігу та новоутвореннями. На жаль, в країні має місце низький рівень поінформованості населення про наявність артеріальної гіпертензії внаслідок відсутності її скринінгу та небажання обстежуватися на рівень артеріального тиску. Міжнародний досвід свідчить, що смертність від новоутворень можна знизити за рахунок раннього виявлення та своєчасного лікування раку молочної залози і шийки матки. Проте запровадження тільки програм скринінгу не може зумовити повноцінний позитивний результат у вирішенні цієї проблеми, оскільки необхідне також усунення деяких важливих чинників — недоступність медичних послуг (у тому числі й фінансові перешкоди), наявність черг у закладах охорони здоров'я, небажання пацієнта звертатися до лікаря.

Вивчення основних причин смерті від найбільш поширених захворювань свідчить, що 25,11% випадків передчасної смерті можна уникнути шляхом ефективного лікування, зокрема 72,1% — від інфекційних захворювань, 81,6% — від раку молочної залози, 82,3% — від раку шийки матки, 79,5% — від артеріальної гіпертензії, 47,6% — від інсульту, 20,6% — від респіраторних захворювань, 12,1% — від захворювань системи травлення, 31,9% — від захворювань сечостатевої системи та ін.

Міжнародний досвід свідчить, що запровадження стратегічних заходів щодо запобігання передчасній смерті має бути комплексним та міжсекторальним як на державному, так і на місцевому рівні. Ефективними мають бути такі заходи з профілактики та контролю неінфекційних захворювань:

1. Контроль вживання тютюну та алкоголю шляхом повної заборони реклами, підвищення податків на тютюнові та алкогольні вироби, висвітлення у засобах масової інформації питань про шкідливість тютюнопаління та вживання алкоголю, а також нормативна заборона тютюнопаління та продажу тютюнових і алкогольних виробів неповнолітнім, антитютюнова й антиалкогольна просвіта у школах.

2. Забезпечення безпеки дорожнього руху шляхом застосування положень про обов'язкове використання ременів безпеки та обмеження швидкості, суворих заходів про заборону керування транс-

портними засобами у нетверезому стані, а також проведення навчання серед молоді з питань безпечного керування транспортними засобами.

3. Зміна культури харчування та пропаганда фізичної активності шляхом просвітницької роботи у школах та серед дорослого населення.

4. Запровадження скринінгів: раку шийки матки (в тому числі й імунпрофілактика папіломадозу), раку молочної залози (шляхом диспансеризації та маммографії), артеріальної гіпертензії, ожиріння.

Висновки

Впровадження заходів щодо запобігання передчасній смертності має базуватися на основі постійного моніторингу медико-демографічних показників конкретної адміністративної території, що дозволить розробити індивідуалізовану стратегію демографічного розвитку. З метою реалізації стратегії запобігання передчасній смертності населення регіону доцільним є створення координаційних міжсекторальних рад з питань демографічного розвитку та цільове фінансування профілактичного напрямку діяльності закладів охорони здоров'я, перш за все, ланки первинної медико-санітарної допомоги. Робота закладів охорони здоров'я первинної ланки — надання медичної допомоги населенню з пріоритетним профілактичним напрямком діяльності — має відбуватися за умов повного забезпечення їх ресурсами відповідно до галузевих стандартів. Основою їхньої організаційної

діяльності мають бути галузеві стандарти та клінічні протоколи, сучасні скринінгові програми на основі принципів доказової медицини.

Література

Возіанов О.Ф. (2007) Вступне слово Президента АМН України на загальних зборах Академії медичних наук України «Демографічна криза в Україні і роль медичної науки в її подоланні». Журн. АМН України, 13(3): 409–410.

Державний комітет статистики України (2010) «Про соціально-економічне становище України за 2010 рік». Київ, 71 с. (http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2010/mp/dopovidx/arh_dop2010.html).

Лібанова Е.М. (2007) Низька тривалість життя населення — основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні. Журн. АМН України, 13(3): 411–447.

Менон Р. та ін. (2009) Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи (звіт). Київ, Версо-04, 72 с.

Пирожков С.І. (ред.) (2007) Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (науково-аналітична доповідь). Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, Київ, 72 с.

Слабкий Г.О., Чепелевська Л.А., Любинець О.В. (2010) Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України. Київ, 179 с.

World Health Organization (2007) The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. WHO, 72 p.

World Health Organization: Regional Office for Europe (2005) The European health report 2005: public health action for healthier children and populations, 154 p.

World Health Organization: Regional Office for Europe (2008). European mortality database (<http://data.euro.who.int/hfamdb>).

Причини преждевременной смертности и меры по ее предупреждению

А.А. Семенюк

Резюме. Проанализированы случаи преждевременной смерти мужчин и женщин Львовской области, установлены особенности структуры смертности в зависимости от возраста и пола. Обоснованы стратегические направления по предупреждению преждевременной смертности.

Ключевые слова: смертность, мужская надсмертность, предупреждение преждевременной смертности.

Premature death reasons and prevention measures

A.A. Semenik

Summary. Premature mortality among men and women in Lvivsky region are analyzed and peculiarities of death rate according to age and sex are established. The strategic lines of premature mortality prevention are substantiated.

Key words: mortality, ultra male mortality, premature death prevention.

Адреса для листування:

Семенюк Олександр Андрійович
02099, Київ, пров. Волго-Донський, 3
Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень»
Міністерства охорони здоров'я України

Реферативна інформація

Ефективність нікотинаміда в профілактиці інфаркта міокарда і інсульту



Известно, что никотинамид (витамин РР) принимает участие в поддержании нормального функционирования сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной систем. Кроме того, отмечено, что при применении в высоких дозах он оказывает положительное воздействие на уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности в плазме крови, что теоретически может способствовать улучшению состояния лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями с выраженным атеросклеротическим поражением сосудов. Однако целесообразность применения никотинамида в составе комплексного лечения сердечно-сосудистых заболеваний с целью профилактики таких осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт, на сегодняшний день остается под сомнением.

С целью более полного изучения этого вопроса группой ученых из США и Канады во главе с доктором медицины Вильямом Боденом (William Boden) проведено исследование, результаты которого опубликованы в ноябре 2011 г. в «The New England Journal of Medicine».

В исследовании принимали участие 3414 пациентов в возрасте ≥45 лет с наличием сердечно-сосудистого заболевания и атерогенной дислипидемии. Все участники исследования принимали симвастатин (40–80 мг/сут) и при необходимости — эзетимиб (10 мг/сут). Пациенты из экспериментальной группы, кроме указанного лечения,

принимали никотинамид (1500–2000 мг/сут), контрольная группа пациентов — плацебо.

После 2-летнего курса лечения исследователи выявили существенные различия в липидном профиле обследуемых из экспериментальной и контрольной групп. Так, у пациентов, принимавших статины в комбинации с никотинамидом, наблюдалось повышение уровня липопротеидов высокой плотности на 25% в сравнении с исходным, а у лиц, проходивших лечение только статинами, этот показатель повышался лишь на 9,8%. Кроме того, концентрация триглицеридов и липопротеидов низкой плотности снизилась на 28,6 и 12,0% (в группе контроля — на 8,1 и 5,5%) соответственно.

Однако выявляемость кардиоваскулярных событий была одинаковой в обеих группах: в экспериментальной группе (статины + никотинамид) инфаркт миокарда, ишемический инсульт и госпитализация по поводу острого коронарного синдрома в ходе периода исследования наблюдались у 282 (16,4%) пациентов, а в группе контроля (статины + плацебо) — у 274 (16,2%).

В целом несмотря на положительное влияние никотинамида на липидный профиль, он оказался неэффективным в отношении снижения риска возникновения кардиоваскулярных событий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

The AIM-HIGH Investigators (Boden W.E., Probstfield J.L., Anderson T. et al.) (2011) Niacin in Patients with Low HDL Cholesterol Levels Receiving Intensive Statin Therapy. N. Engl. J. Med., Nov. 15 (epub. ahead of print).

Виталий Безшейко
по материалам www.nejm.org