

Ю.Б. Яценко, Н.Ю. Кондратюк (Київ)

## ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В УКРАЇНІ (РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проаналізовано динаміку захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні в регіональному аспекті.

**Ключові слова:** хвороби системи кровообігу, захворюваність, смертність, інвалідність.

Хвороби системи кровообігу (ХСК) є актуальною медико-соціальною проблемою у сфері охорони здоров'я в більшості країн світу [5]. Скорочення поширеності цього класу хвороб та зменшення рівня смертності від них є стратегічним напрямом національної політики України.

Внаслідок ХСК Україна щорічно втрачає понад 400 тис. населення. Упродовж 1991–2011 рр. показник смертності від ХСК в Україні зріс з 488,0 до 963,3 на 100 тис., тобто вдвічі.

У структурі причин втрат населення України, передусім внаслідок зменшення тривалості здорового життя та підвищення передчасної смертності, у 2011 р. ХСК становили 66,3%, тоді як онкологічні хвороби – 13,4%, хвороби органів травлення та дихання – 6,5%, зовнішні причини – 6,3% (рис. 1).

Серед працездатного населення питома вага ХСК у структурі причин смертності дорівнювала 29,9%,

зовнішніх причин – 22,0%, злякисних новоутворень – 17,3%. У структурі причин смертності осіб пенсійного віку ХСК становили 75,9%, що перевищило частку новоутворень у 6,5 разу. Провідними нозологічними формами у структурі смертності від ХСК були ішемічна хвороба серця (ІХС) – 66,6%, цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 21,5% [8].

У структурі первинної захворюваності населення України на ХСК провідні місця посіли гіпертонічна хвороба (ГХ) – 47,2%, ІХС – 31,1% та ЦВХ – 18,3%. У структурі поширеності ХСК питома вага цих нозологічних форм становила відповідно 53,3%, 39,2% та 14,9%. Для кожної з вказаних провідних нозологічних форм характерна негативна динаміка. Так, поширеність ГХ серед населення за п'ятнадцятирічний період зросла в 2,8 разу, ІХС – в 2,6 разу, ЦВХ – в 2,2 разу [3].

За даними прогнозу, смертність від ІХС до 2015 р. може зрости на 19% і досягти 804,2±9,0 випадку, смертність від інфаркту міокарда може не змінитися, а від ЦВХ – поступово знижуватиметься (на 21,1%). Водночас, прогнозується підвищення смертності від ХСК у чоловіків на 18,1%, у жінок на 9,3%, а від ІХС, атеросклеротичних змін – у чоловіків на 23,8%, у жінок на 16,5%. Передбачається зростання смертності більше у міського населення порівняно із сільським [2].

Хвороби системи кровообігу обумовили майже 7% випадків тимчасової непрацездатності населення, що склало 4,3 випадку та 72,1 календарного дня непрацездатності на 100 працюючих. Серцево-судинна патологія посіла перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищила 26% [6;7]. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок ХСК близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих [3].

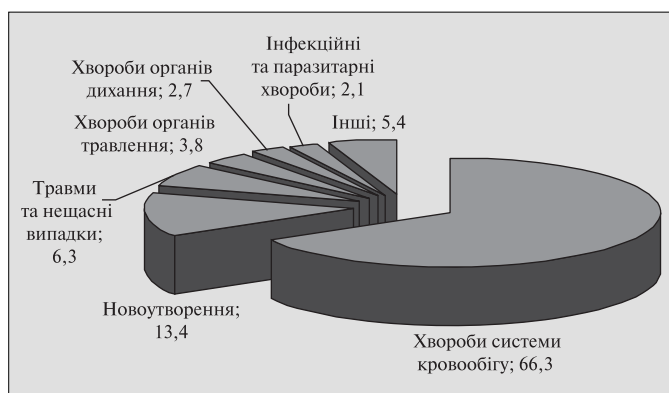


Рис. 1. Структура смертності в Україні, 2011 р. (%)

(Державна служба статистики, 2012. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>)

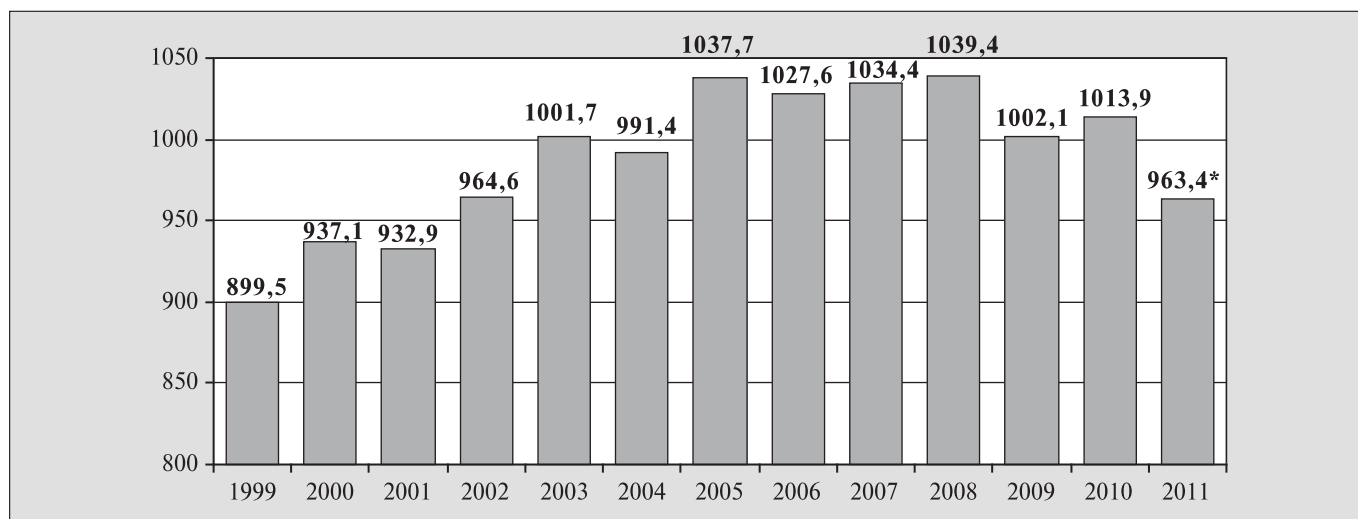


Рис. 2. Динаміка смертності від хвороб системи кровообігу в Україні (на 100 тис. населення)

Смертність від ХСК в Україні перевищила середньоєвропейський показник в 2 рази, а окремих країн – в 3,5 разу [1;4]. Показник смертності від ХСК в Україні протягом останніх десятиріч підвищився в 1,7 разу, тоді як у країнах ЄС, навпаки, майже настільки ж знизився (рис. 2).

**Мета роботи** – вивчити динаміку захворюваності населення на ХСК і смертності від цього класу хвороб в Україні.

### Матеріали та методи

У дослідженні використано офіційні статистичні дані, застосовано бібліографічний, інформаційно-аналітичний, статистичний методи аналізу.

Інтегральний показник здоров'я щодо ХСК розраховували методом агрегування – підсумовування індексів індикаторів. Індикаторами слугували показни-

ки первинної захворюваності на ХСК та поширеності ХСК серед усього населення та працездатного, рівень смертності від ХСК, показники інвалідності, індекси накопичення ХСК та показники летальності від ХСК, показники демографічного навантаження у регіоні. Індекси індикаторів розраховували методом лінійного масштабування, основою якого є визначення референтних точок (максимальних і мінімальних значень індикаторів) за формулою:

$$I = (X_{\text{факт}} - X_{\text{min}}) / (X_{\text{max}} - X_{\text{min}}).$$

### Результати дослідження та їх обговорення

Порівняно з 90-ми роками захворюваність населення на ХСК та смертність від них в Україні збільшилася в декілька разів (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на хвороби системи кровообігу та смертності від них серед населення України

Рік	Первинна захворюваність (на 100 тис. населення)	Поширеність – загальна захворюваність (на 100 тис. населення)	Смертність (на 100 тис. населення)
1990	2863,4	19874,8	641,5
2000	4727,2	36321,69	937,1
2007	5244,3	53412,4	1034,4
2008	5363,6	55315,5	1039,4
2008 / 1990 рр. (%)	+87,3	+178,3	+62,0
2009	5271,8	56274,0	1002,1
2010	5219,6	57211,9	1015,9
2011	5145,2	57967,2	965,7
2011 / 1990 рр. (%)	+79,7	+191,7	+50,5

Таблиця 2

Динаміка первинної захворюваності, поширеності та індексу накопичення хвороб системи кровообігу  
(регіональний аспект, 1990, 2008 та 2011 рр.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Первинна захворюваність (на 100 тис. населення)			Поширеність – загальна захворюваність (на 100 тис. населення)			Індекс накопичення		
	1990	2008	2011	1990	2008	2011	1990	2008	2011
<b>Україна</b>	<b>2863,4</b>	<b>5363,6</b>	<b>5145,2</b>	<b>19874,8</b>	<b>55315,5</b>	<b>57967,2</b>	<b>6,9</b>	<b>10,3</b>	<b>11,3</b>
АР Крим	2311,3	5390,6	4358,7	16782,9	49322,6	55734,0	7,3	9,1	12,8
<i>Область</i>									
Вінницька	4392,8	6237,7	5601,1	31566,3	62040,5	63288,7	7,2	9,9	11,3
Волинська	4928,4	4858,7	4145,1	26376,7	52509,8	51877,5	5,4	10,8	12,5
Дніпропетровська	3027,9	5650,9	5372,6	17940,6	60318,4	63466,6	5,9	10,7	11,8
Донецька	3103,2	5663,8	5541,1	20447,9	55609,2	58967,2	6,6	9,8	10,6
Житомирська	2960,1	3083,9	3453,1	25885,8	47243,4	51519,1	8,7	15,3	14,9
Закарпатська	3582,3	7587,1	6004,0	17664,2	54064,6	56124,6	4,9	7,1	9,3
Запорізька	2008,4	3383,0	3086,2	16387,9	53339,4	53421,8	8,2	15,8	17,3
Івано-Франківська	3733,3	6580,6	6545,9	17879,4	50612,6	52481,9	4,8	7,7	8,0
Київська	3458,7	4256,3	4344,5	21056,2	59813,9	61543,5	6,1	14,1	14,2
Кіровоградська	2114,5	4101,5	4202,4	17018,6	58556,2	61351,9	8,0	14,3	14,6
Луганська	2060,4	3551,1	3513,6	16999,1	58350,9	60353,2	8,3	16,4	17,2
Львівська	3498,4	5550,8	5343,2	20395,3	41392,8	44151,3	5,8	7,5	8,3
Миколаївська	2020,6	5444,7	6387,5	15074,7	54784,9	59286,1	7,5	10,1	9,3
Одеська	1862,7	6096,8	6207,2	14979,4	57233,1	61190,6	8,0	9,4	9,9
Полтавська	2142,9	5193,2	4414,7	15080,8	67742,3	66906,4	7,0	13,0	15,2
Рівненська	2802,0	5207,3	4650,9	20187,1	44707,7	47399,6	7,2	8,6	10,2
Сумська	3189,7	3948,2	4131,7	31806,3	48742,2	51400,4	10,0	12,3	12,4
Тернопільська	2683,2	4760,9	4808,9	22978,3	55628,0	58364,8	8,6	11,7	12,1
Харківська	3757,3	9219,6	8495,5	23322,8	59390,4	61306,0	6,2	6,4	7,2
Херсонська	1904,1	5317,5	4792,6	13039,6	52585,8	55742,4	6,8	9,9	11,6
Хмельницька	2488,1	5351,1	5669,1	21250,6	52704,2	60618,5	8,5	9,8	10,7
Черкаська	3525,3	5212,1	5152,5	28083,4	61731,2	62622,2	8,0	11,8	12,2
Чернівецька	2728,1	3594,1	4681,4	20283,4	49110,2	56290,0	7,4	13,7	12,0
Чернігівська	3241,8	4598,6	4403,2	18292,4	50583,7	54616,4	5,6	11,0	12,4

Найбільші рівні захворюваності та смертності спостерігалися у 2008 р., вони перевищували відповідні показники 1990 р. більш ніж у 1,5 разу. Починаючи з 2009 р., простежувалася тенденція до зниження рівнів захворюваності на ХСК та смертності від них, проте накопичення ХСК серед населення зростало (табл. 2).

Порівняно з 1990 р. індекс накопичення ХСК в Україні збільшився в 1,7 разу (1990 р. – 6,9, 2011 р. – 11,3).

Збільшення рівня індексу накопичення ХСК зумовлено:

- 1) зростанням питомої ваги населення віком понад 65 років (1990 р. –  $12,3 \pm 0,5\%$ , 2011 р. –  $15,3 \pm 0,3\%$ ), кореляційний зв'язок між індексом накопичення та питомою вагою населення віком понад 65 років – 0,4 ( $p=0,03$ );
- 2) недостатнім виявленням ХСК серед населення, про що свідчать високої сили кореляційні зв'язки між рівнями первинної захворюваності серед населення, у т.ч. працездатного віку, та індексом накопичення ХСК (0,9,  $p<0,0001$ ).

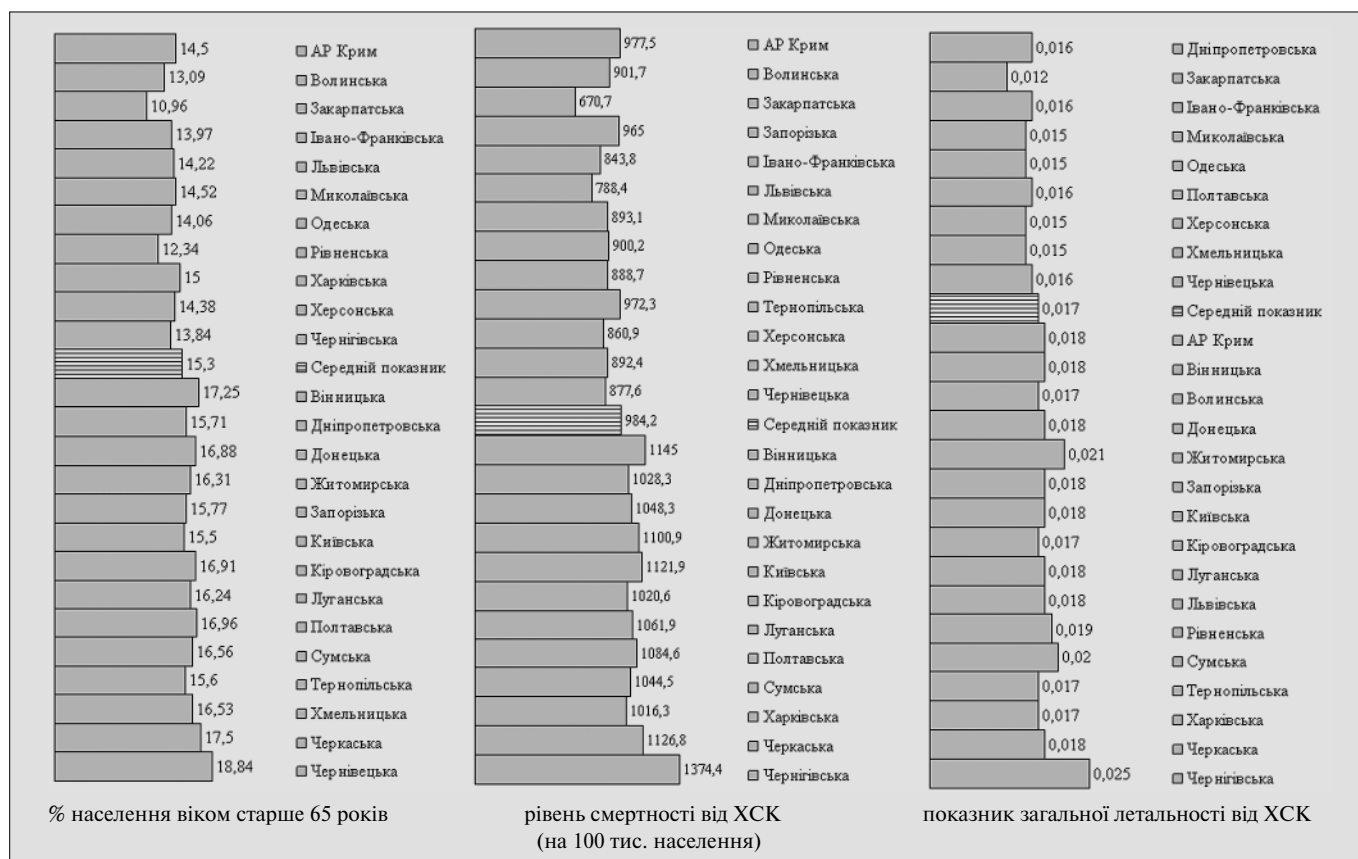


Рис. 3. Рівні смертності населення, загальна летальність від хвороб системи кровообігу в розрізі регіонів, 2011 р.

Найвищі рівні накопичення ХСК зафіксовано у Запорізькій (17,3) та Луганській (17,2) областях, найнижчі – в Харківській (7,2) та Івано-Франківській (8,0).

Найвища первинна захворюваність на ХСК відмічена у Харківській (8495,5 на 100 тис. населення) та Івано-Франківській (6545 на 100 тис. населення) областях, найнижча – у Запорізькій (3086 на 100 тис. населення) та Житомирській областях (3453 на 100 тис. населення). Показник поширеності ХСК серед населення був найвищим у Полтавській (66 906,4 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (63 466,6 на 100 тис. населення) та Вінницькій (63 288 на 100 тис. населення) областях, найнижчий – у Львівській (44 151 на 100 тис. населення), Сумській (51 400,4 на 100 тис. населення) та Житомирській (51 519,1 на 100 тис. населення) областях.

Отримані дані вказали на диференціацію між регіонами в показниках первинної захворюваності, поширеності та індексу накопичення ХСК.

Між показниками первинної захворюваності на ХСК та поширеності хвороб даного класу серед населення не встановлено достовірних зв'язків. У накопиченні ХСК формуючою ознакою виступає первинна захворюваність. Кореляційний зв'язок між показниками первинної захворюваності на ХСК та накопиченням ХСК серед населення становив (-)0,86,  $p < 0,0001$ . Зв'язки між

показниками поширеності ХСК серед населення та накопиченням ХСК були не достовірними.

Кореляційним аналізом встановлено зв'язки середньої сили, проте високої достовірності ( $r=0,49$ ;  $p < 0,02$ ), між накопиченням ХСК та віковим складом населення (відсоток населення віком понад 65 років), серед якого зафіксовано найвищий рівень смертності внаслідок нозологічних форм даного класу хвороб.

Значущість вікової групи понад 65 років у формуванні рівня смертності від ХСК підтверджена показниками кореляції між рівнем смертності від ХСК та питомою вагою населення цієї вікової групи ( $r=0,85$ ;  $p < 0,0001$ ). Найвища частка населення вікової групи понад 65 років зафіксована у Чернівецькій (18,8%), Черкаській (17,5%) та Вінницькій областях (17,25%), найменша – у Закарпатській (10,96%), Рівненській (12,3%), Волинській (13,09%) областях.

Середнього значення кореляційні зв'язки встановлено між рівнем смертності внаслідок ХСК та індексом накопичення цих хвороб ( $r=0,49$ ;  $p < 0,02$ ). Зв'язок середньої сили та гранично допустимої достовірності відмічено між загальною летальністю від ХСК та їх поширеністю серед населення у 2008 та 2009 рр. ( $r=(-)0,40$ ;  $p=0,045$ ). Від'ємний кореляційний зв'язок між даними показниками є результатом тенденції зменшення летальності від ХСК та підвищення поширенос-

Таблиця 3  
Ранжирування адміністративних територій України  
за інтегральним показником здоров'я населення  
щодо хвороб системи кровообігу 2011 р.

Область	Інтегральний показник
Закарпатська	0,28
Волинська	0,34
Львівська	0,34
Рівненська	0,35
Херсонська	0,35
АР Крим	0,4
Івано-Франківська	0,41
Сумська	0,42
Тернопільська	0,44
Житомирська	0,46
Запорізька	0,47
Україна	0,48
Донецька	0,49
Кіровоградська	0,49
Дніпропетровська	0,5
Хмельницька	0,5
Одеська	0,51
Чернівецька	0,51
Луганська	0,52
Миколаївська	0,54
Київська	0,56
Чернігівська	0,58
Харківська	0,6
Полтавська	0,62
Черкаська	0,62
Вінницька	0,68

ті ХСК серед населення протягом останніх років, що свідчить про поліпшення спостереження за пацієнтами, які хворіють на ХСК, що певною мірою попереджує смертність.

Отримані результати вказали на відсутність прямих зв'язків між рівнем смертності населення від ХСК та безпосередньо поширеністю цього класу хвороб серед населення, а також рівнем захворюваності на ХСК. Зв'язки середньої сили зафіксовано між рівнем смертності від цих хвороб та часткою серед населення осіб вікової групи понад 65 років, а також із накопиченням ХСК серед населення.

В регіональному аспекті зареєстрована значна диференціація між рівнями смертності, показниками

загальної летальності від ХСК, а також питомою вагою населення вікової групи понад 65 років (рис. 3). Низький рівень смертності у Закарпатській області (670 на 100 тис. населення) можна пояснити низькою часткою населення вікової групи понад 65 років (10,96% від усього населення регіону). В даному регіоні також відмічена низька летальність від ХСК (0,012).

Високі рівні смертності у Черкаській (1126,8 на 100 тис. населення) та Луганській (1061,9 на 100 тис. населення) областях певною мірою можна пояснити високою часткою населення віком понад 65 років (відповідно 17,5%, 16,24%). У Житомирській та Сумській областях ситуація подібна (рівень смертності – 1100,9 на 100 тис. та 1044,5 на 100 тис. населення відповідно, населення віком понад 65 років – відповідно 16,3% та 16,56%), проте показник летальності у цих областях був вищим за середній по Україні (відповідно 0,021 та 0,02).

Найбільш сприятливою можна вважати ситуацію у Чернівецькій та Хмельницькій областях, де на тлі високої частки населення вікової групи понад 65 років (18,84%, 16,53%) рівні смертності від ХСК та показник летальності були нижчими, ніж по Україні, (877,6 на 100 тис. населення та 892,4 на 100 тис. населення; 0,016 та 0,015 відповідно). Протилежна ситуація відмічена в Рівненській та Чернігівській областях, де на тлі нижчої, ніж по Україні, частки населення вікової групи понад 65 років (відповідно 12,34% і 13,84%) показник летальності був вищим за середньонаціональний (0,019 та 0,025 відповідно).

Слід зазначити, що в Чернігівській області рівень смертності від ХСК та показник летальності від цієї патології був найвищим по Україні (1374,4 на 100 тис. населення та 0,025 відповідно).

Під час аналізу проблем, пов'язаних із ХСК (захворюваність, інвалідність, смертність), на рівні регіону доцільно використовувати інтегральний підхід, який передбачає вивчення не тільки кількісних показників (захворюваність та поширеність), але і якісних (індекс накопичення) порівняно з рівнем смертності від ХСК з урахування вікової структури населення.

Нами за допомогою інтегрального показника (який включає показники первинної захворюваності на ХСК та поширеності ХСК серед усього населення та працездатного, рівень смертності від ХСК, показник інвалідності, індекс накопичення ХСК та показник летальності від ХСК з урахуванням демографічного навантаження регіону) проведено ранжирування регіонів України, що дало змогу виявити регіони, проблемні за ХСК (табл. 3).

Слід зазначити, що достовірних зв'язків між показниками захворюваності та смертності від ХСК і показниками укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики / сімейних лікарів та забезпеченості населення такими лікарями не виявлено, що вказало



Таблиця 4

 Стан захворюваності та забезпеченість первинної ланки  
лікарями загальної практики / сімейними лікарями у 2011 р.

Регіон	Поширеність – загальна захворюваність серед працездатного населення (на 100 тис. нас.)	Первинна захворюваність населення працездатного віку (на 100 тис. нас.)	Забезпеченість населення сімейними лікарями (на 10 тис. нас.)	Укомплек- тованість штатних посад сімейних лікарів
<b>Україна</b>	<b>35078,6</b>	<b>4219,4</b>	<b>1,96</b>	<b>76,46</b>
АР Крим	31919,0	3446,5	1,82	73,8
<i>Області</i>				
Вінницька	42473,4	4625,0	3,56	77,04
Волинська	36949,2	3745,0	2,16	71,68
Дніпропетровська	40486,2	4670,0	1,5	72,0
Донецька	31774,2	4064,9	1,00	70,21
Житомирська	25751,5	2666,9	3,80	76,64
Закарпатська	46808,8	5456,3	5,00	87,97
Запорізька	25579,1	2213,6	1,48	77,32
Івано-Франківська	41838,9	5993,5	2,12	77,21
Київська	39193,0	3710,4	1,36	70,11
Кіровоградська	41474,2	4095,9	1,12	70,22
Луганська	31485,4	2686,4	0,84	70,94
Львівська	27182,6	4195,3	2,94	93,55
Миколаївська	35008,1	5528,0	1,70	65,41
Одеська	39410,6	5148,9	2,22	72,47
Полтавська	37511,2	3352,4	3,71	75,76
Рівненська	37691,3	4447,5	1,73	78,90
Сумська	24430,3	3030,1	1,97	72,93
Тернопільська	36796,3	3918,2	4,40	86,52
Харківська	35317,1	7055,9	2,53	71,90
Херсонська	39668,0	4379,2	1,34	67,68
Хмельницька	40485,6	4271,5	2,11	86,88
Черкаська	33486,0	4021,3	2,51	71,27
Чернівецька	54185,9	4881,4	3,30	76,23
Чернігівська	27383,5	3443,3	1,83	80,32

на низький рівень впливу первинної медико-санітарної допомоги на показники здоров'я населення та низьку їх профілактичну спрямованість, особливо серед населення працездатного віку (табл. 4).

Проте показник первинної захворюваності у працездатному віці був формуючим показником первинної захворюваності населення всіх вікових груп (коефіцієнт кореляції 0,9;  $p < 0,0001$ ), а рівень первинної захворюваності в працездатному віці вплинув на рівень смертності (коефіцієнт кореляції (-0,4;  $p = 0,03$ ). Наявність від'ємного кореляційного зв'язку вказала на те,

що раннє виявлення ХСК (серед населення працездатного віку) сприяє зниженню рівня смертності від ХСК серед усього населення.

## Висновки

Незважаючи на те, що в Україні виконуються програми запобігання та лікування ХСК, показники поширеності, захворюваності та смертності внаслідок захворювань цього класу хвороб залишаються на високому рівні.

У 2011 р. індекс накопичення ХСК порівняно з 1990 р. збільшився у 1,7 разу (1990 р. – 6,9, 2011 р. – 11,3), що певною мірою пов'язано зі збільшенням населення вікової групи понад 65 років. Так, якщо у 1990 р. частка осіб вікової групи понад 65 років від загальної кількості населення становила  $12,3 \pm 0,5\%$ , то у 2011 р. –  $15,3 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ). Найвищий рівень смертності від ХСК за період 1990–2011 рр. спостерігався у 2008 р., у якому питома вага населення віком понад 65 років була найбільшою ( $16,3 \pm 0,4\%$ ).

Для України характерною є значна диференціація у рівнях смертності від ХСК та у показниках захворюваності й поширеності у розрізі регіонів, що пов'язано з проблемами раннього виявлення, лікування та попередження смертності від цього класу хвороб серед населення.

Так, показник загальної летальності внаслідок ХСК в Україні за 2011 р. становив 0,017. Найнижчий показник зафіксовано у Закарпатській області (0,012), а найвищий – у Чернігівській (0,025). Різниця у рівнях смертності від ХСК між цими областями суттєва (у Чернігівській області порівняно із Закарпатською областю більше ніж удвічі – 1374,4 проти 670,7 на 100 тис. населення).

В Україні на тлі підвищення поширеності ХСК та індексу їх накопичення, що вказало на поліпшення

спостереження за хворими на зазначену патологію, спостерігалось недостатнє раннє виявлення цих хвороб серед населення. Укомплектованість лікарями загальної практики / сімейними лікарями суттєво не вплинула на показники стану здоров'я органів кровообігу, що вказало на необхідність не тільки кількісної, але і якісної оптимізації первинної ланки надання медико-санітарної допомоги населенню. Одним із таких напрямків є запровадження скринінгових програм у роботу сімейного лікаря, що дасть змогу виявляти хвороби або патологічні стани серед асимптомних хворих, а санітарно-просвітницька робота серед населення сприятиме підвищенню громадського здоров'я.

За даними статистики, ХСК найпоширеніші серед працездатного населення, їх частка у структурі поширеності – 23,1%. Розробка та впровадження програм з раннього виявлення та моніторингу перебігу ХСК серед населення працездатного віку, запобігання розвитку цієї патології, проведення цільової роботи у групах ризику щодо розвитку ХСК є актуальним напрямком роботи на рівні первинної ланки надання медичної допомоги населенню з метою попередження захворюваності на ХСК та запобігання смертності від них.

## Список літератури

1. *Гайдаєв Ю. О.* Державні цільові програми покращення здоров'я народу / Ю. О. Гайдаєв, В. М. Корнацький. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2007. – 208 с.
2. *Зозуля І. С.* Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Укр. мед. часопис. – 2011. – Т. IX–X, № 5 (85) [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : URL : <http://www.umj.com.ua>. – Назва з екрана.
3. *Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко [та ін.] // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 238–247*
4. *Корнацький В. М.* Проблеми здоров'я суспільства та продовження життя / В. М. Корнацький. – К. : Ферзь-ТА, 2006. – 136 с.
5. *Корнацький В. М.* Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я / В. М. Корнацький, В. І. Клименко. – К. : МВЦ «Медінформ», 2009. – 176 с.
6. *Котівська А. А.* Дослідження соціально-епідеміологічних показників населення України внаслідок хвороб системи кровообігу на державному та регіональному рівнях / А. А. Котівська, І. О. Лобова // Вісн. фармації. – 2012. – № 4 (72). – С. 62–65.
7. *Регіональні особливості рівня здоров'я народу України : [анал.-статист. посіб.]. – К., 2012. – 165 с.*
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 440 с.*

Дата надходження рукопису до редакції: 28.01.2013 р.

**Динамика захворюваності та смертності  
вследствие болезней системы кровообращения  
в Украине (регіональний аспект)**

*Ю.Б. Яценко, Н.Ю. Кондратюк (Київ)*

Проаналізована динаміка захворюваності та смертності вследствие болезней системы кровообращения в Украине в регіональному аспекті.

**Ключевые слова:** болезни системы кровообращения, захворюваність, смертність, інвалідність.

**Dynamics of morbidity and mortality  
due to blood circulatory diseases in Ukraine  
(regional aspect)**

*Yu.B. Yaschenko, N.Yu. Kondratyuk (Kyiv)*

Dynamics of morbidity and mortality due to blood circulatory diseases in Ukraine in regional aspect is analysed.

**Key words:** cardiovascular diseases, morbidity, mortality, disability.