

АНАЛИЗ СВЕРХСМЕРТНОСТИ МУЖЧИН ЮЖНОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН СМЕРТИ

Г.А. Слабкий, Ю.Б. Ященко, А.Н. Орда, М.В. Шевченко (Киев)

Проанализированы причины преждевременной смерти мужчин трудоспособного возраста Южного региона Украины. Изучены риски сверхсмертности в зависимости от основных болезней в возрастном аспекте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **сверхсмертность, причины смерти, мужчины.**

ANALYSIS OF MEN SUPERDEATH RATE OF SOUTHERN REGION OF UKRAINE DEPENDING ON THE REASONS OF DEATH

G.A. Slabkiy, Y.B. Yashchenko, A.N. Orda, M.V. Shevchenko (Kyiv)

Reasons of premature death among men able-bodied age of Southern region Of Ukraine has been analyzed. Risks of superdeath rate are studied depending on the basic illnesses in age aspect.

KEY WORDS: **superdeath rate, reasons of death, men.**

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська

УДК 614.1:616.1(477)

О. М. ГОЛЯЧЕНКО, А. Г. ШУЛЬГАЙ, А. О. ГОЛЯЧЕНКО, Л. М. РОМАНЮК,
Н.Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА, Н. Є. ФЕДЧИШИН, Н. О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

ОСНОВНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ І ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

В статті наводяться дані про захворюваність і смертність населення від хвороб системи кровообігу в Україні за період 1990–2009 р. За цей період загальна захворюваність на хвороби системи кровообігу зросла в 3,2 разу, а первинна – у 12,4. Індекс накопичення хвороб склав 10,7 одиниці. Смертність від хвороб системи кровообігу склала 65,4 % від усієї смертності. Захворюваність суттєво відрізнялася на різних територіях, причому співвідношення показника первинної захворюваності (2,82) є значно вищим за співвідношення показника загальної захворюваності (1,60). Система медичної допомоги, метод реєстрації хвороб на їхній перебіг суттєво не впливають.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **хвороби системи кровообігу, гіпертонічна хвороба, смертність.**

Основною причиною смерті в розвинутих країнах світу є хвороби системи кровообігу (ХСК). На рубежі XXI століття вони в середньому склали 46% від усієї смертності. У країнах, що розвиваються, на ці хвороби припадало 24% усієї смертності і вони посідали друге місце, поступаючись інфекційним хворобам. В Україні частка хвороб системи кровообігу в цей період склала більше 60% [6;13;16].

Якщо порівнювати частоту смертності від ХСК в Україні і в розвинутих країнах, то в Україні вона в 2–3 рази вища, а серед осіб працездатного віку в 4–6 разів [4;8;9;16].

Ще важливішим є порівняння тенденцій або динаміки смертності від ХСК. У США, починаючи з 1950 р. і дотепер, смертність від ХСК зменшилась на 60%, і це зниження склало 73% від загального зниження коефіцієнта смертності. У європейських країнах з початку 70-х років минулого сторіччя зниження смертності від цієї причини склало 40% [17;18;19;20].

В Україні, починаючи із середини 60-х років минулого століття, смертність людей невинно зростає, і основну роль в цьому відіграють ХСК [2;10;12;14]. Тільки з 1990 до 2009 р. смертність від них зросла з 641,5 до 1001,7 випадку на 100 тис. осіб, що становить 65,4% [8].

В Україні діє Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) [1; 3; 7; 11; 15]. Цим підтверджено вирішальне значення саме цієї патології серед класу ХСК. АГ є не лише найпоширенішим серцево-судинним захворюванням, а й своєрідним пусковим елементом у механізмі поширення ХСК. Основними напрямками реалізації програми є такі: подальше виявлення АГ у населення, стратифікація груп ризику АГ, диспансеризація пацієнтів, інформаційне забезпечення населення щодо небезпеки АГ та її наслідків, активне формування здорового способу життя, виключення або обмеження негативного впливу факторів ризику, забезпечення ефективного лікування хворих на АГ, впровадження нових технологій лікування АГ, наукові дослідження, спрямовані на вивчення механізмів виникнення АГ, запобігання появі ускладнень, поліпшення якості життя хворих, навчання й підвищення кваліфікації медичних кадрів [7]. Незважаючи на те, що програма діє вже майже 10 років, якихось суттєвих позитивних результатів не спостерігається.

Мета дослідження – вивчити динаміку ХСК за останні 20 років, їх нозологічний розподіл та деякі показники діяльності системи медичної допомоги.

Таблиця 1. Розподіл хвороб системи кровообігу за окремими групами нозологічних форм, 2009 р.

Найменування окремих нозологічних груп	Загальна захворюваність		Первинна захворюваність	
	на 100 тис. осіб	%	на 100 тис. осіб	%
Гіпертонічна хвороба	25878,2	46,0	2122,4	40,3
Ішемічна хвороба серця	22917,6	40,7	1721,1	32,6
Гострий інфаркт міокарду	133,1	0,2	133,1	2,5
Цереброваскулярні хвороби	8432,9	15,0	978,2	18,6
Інсульт (всі форми)	280,2	0,5	280,2	5,3
Разом – усі хвороби системи кровообігу	56274,0	100,0	5271,8	100,0

Індекс накопичення серед всього населення склав такі цифри: гіпертонічна хвороба (ГХ) – 12,2, ішемічна хвороба серця (ІХС) – 10,8, цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) – 8,6.

В 2009 р. від серцево-судинних хвороб в Україні померло 10,0 осіб на 1000 мешканців, що склало 65,4% від усієї смертності.

В табл. 2 подано динаміку ХСК за період з 1990 до 2009 р. За період з 1990 до 1996 р. первинна захворюваність ХСК збільшилась в Україні на 24,9%, з 1996 до 2003 р. – на 80,6%, з 2003 до 2009 р. – на 25,6%. Загальна захворюваність виросла в Україні відповідно на 46,8%, 79,1% і 22,4%. Отже, темпи зростання ХСК у цей період спочатку збільшувались, а потім зменшувались. Якщо взяти доросле населення (18 р. і старші), то тут динаміка така: з 1990 до 1996 р. первинна захворюваність в Україні збільшилась на 22,8%, з 1996 до 2003 р. і з 2003 до 2009

Матеріали і методи. Використано офіційні статистичні дані, які піддано варіаційному, динамічному та кореляційному аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Офіційні статистичні дані про ХСК є вельми скупими, однак достатніми, щоб зробити певні важливі узагальнення.

Загальна захворюваність ХСК в Україні в 2009 р. склала 56274,0 захворювань на 100 тис. мешканців, що становило 30,5% (майже третину) усієї загальної захворюваності населення (перше місце). В структурі первинної захворюваності ХСК зайняли друге місце – 7,3% або 5271,8 на 100 тис. мешканців. Індекс накопичення (відношення загальної захворюваності до первинної) склав 10,7 одиниці. Іншими словами, на одне вперше виявлене захворювання в 2009 р. припадало більше 10 усіх захворювань цього класу. У порівнянні з іншими класами хвороб це є найвищим показником, який свідчить про те, що накопичення хворих ХСК серед населення йде найвищими темпами.

Переважну більшість ХСК склали три групи: гіпертонічна, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби. Загалом їхня частка серед всього населення склала в загальній і первинній захворюваності більше 90% (табл. 1).

року – відповідно на 82,2% і 2,0%. Загальна захворюваність ХСК серед дорослого населення виросла в Україні з 1990 до 1996 р. на 45,0 %, з 1996 до 2003 р. і з 2003 до 2009 р., відповідно, на 80,2% і 18,6%. ГХ серед дорослого населення зростала в Україні так: з 1990 до 1996 року первинна захворюваність відповідно на 15,3%, з 1996 до 2003 р. і з 2003 до 2009 р. у 2,3 рази і на 3,3%, загальна захворюваність відповідно на 48,0%, 98,0% і 21,9%.

ІХС: первинна захворюваність відповідно на 36,6%, 99,% і 1,0 %; загальна захворюваність відповідно на 47,9%, 80,9% і 19,6%. ЦВХ: первинна захворюваність відповідно на 46,8%, 55,8%, а потім знизилась на 1,52%; загальна захворюваність – на 61,5 %, 60,9 % і 10,8 %.

Таким чином, у першу половину 90-х років найбільш інтенсивно відмічався приріст стосовно первинної захворюваності ЦВХ, ІХС, на тре-

тьому місці знаходилася ГХ; в другій половині 90-х років минулого століття і на початку XXI століття відповідно ГХ, ІХС і ЦВХ. Стосовно загальної захворюваності зростали ЦВХ, ГХ, ІХС, а в другому і третьому періоді спостережень – ГХ, ІХС, ЦВХ.

Що стосується гострого інфаркту міокарда (ГІМ), то в Україні спостерігалось невелике, але неухильне зростання цієї хвороби в у 2009 р. вона зросла на 21,6% порівняно з 1990 роком. Первинна захворюваність інсультами в Україні з 1996 до 2003 р. зросла на 5,8%, а в 2009 р. – на 7,5% порівняно з 2003 р.

Захворюваність населення України ХСК суттєво відрізняється на її різних територіях (областях). Ці відмінності відображені в табл. 3 та на рис. 1-3. Як видно з табл. 3, коливання крайніх показників

первинної захворюваності ХСК значно більші порівняно з показниками загальної захворюваності. Так, стосовно усіх хвороб цього класу коефіцієнт співвідношення для первинної захворюваності склав 2,82 одиниці, для загальної – 1,6 одиниці, або в 1,8 разу менше. Для різних груп захворювань співвідношення суттєво відрізняються. Найбільшими вони були для ГХ: коефіцієнт співвідношення показників загальної захворюваності був у 2,2 разу менший порівняно з коефіцієнтом співвідношення показників первинної захворюваності. Для ІХС ця різниця склала 1,5 рази. Єдиний виняток із цього правила становили ЦВХ, де співвідношення показників загальної захворюваності було більшим порівняно з первинною у 1,7 рази.

Таблиця 2. Динаміка захворюваності на хвороби системи кровообігу в Україні за 1990–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Хвороби	Загальна захворюваність				Первинна захворюваність			
	1990	1996	2003	2009	1990	1996	2003	2009
Україна (все населення)	17489,3	25672,1	45985,6	56274,0	2214,2	2764,5	4993,7	5271,8
Україна (доросле населення)	21850,5	31685,0	57099,5	67702,7	2711,8	3329,4	6066,8	6190,7
Гіпертонічна хвороба	8807,7	13033,6	25811,1	31473,4	932,6	1075,4	2494,7	2577,8
ІХС	7164,7	1059,24	19166,5	22917,6	624,3	852,6	1704,0	1721,1
Гострий інфаркт міокарда	122,3	120,2	123,2	133,1	109,5	111,3	123,2	133,1
Цереброваскулярні хвороби	2927,8	4727,9	7609,5	8432,9	434,4	637,5	993,0	978,2
Інсульти		307,7	312,5	280,2		246,4	260,7	280,2

Таблиця 3. Коефіцієнт співвідношення крайніх показників захворюваності на хвороби системи кровообігу, 2009 р.

Хвороби	Загальна захворюваність	Первинна захворюваність
ХСК – всього	1,60	2,82
ГХ	1,51	3,35
ІХС	2,28	3,37
ГІМ	2,24	2,24
ЦВХ	5,38	3,12
Інсульти	2,42	2,42

На територіальні особливості впливає багато чинників, основними з яких є соціальні (умови і спосіб життя людей), повнота і якість первинного виявлення хворих, якість та ефективність динамічного спостереження за хворими та якість і ефективність їх лікування, що призводить до різних обсягів накопичення. На нашу думку, на первинну захворюваність більшою мірою впливають соціальні чинники, на загальну – якість та ефективність динамічного спостереження за хворими та їхнього лікування. Більші коливання показників первинної захворюваності свідчать про те, що різниця в умовах і способі життя людей по територіях значно суттєвіша, ніж різниця якості та ефективності медичної допомоги по тих самих територіях. На

умови і спосіб життя людей значно важче впливати, ніж на організацію їх медичного забезпечення.

На рис. 1 подано територіальні особливості смертності населення України від ХСК. Найбільший показник смертності (1490, 566 ‰ Чернігівська обл.) був в 2,2 разу вищий порівняно з найменшим показником (681,496 ‰, Закарпатська обл.). Найменші показники смертності відмічені в 4-х західних областях і 3-х південних, а найвищі – в трьох північних областях.

Стосовно територіальних особливостей первинної захворюваності ХСК слід сказати наступне. В областях з найнижчими показниками захворюваності в середньому була нижчою порівняно з областями з найвищими показника-

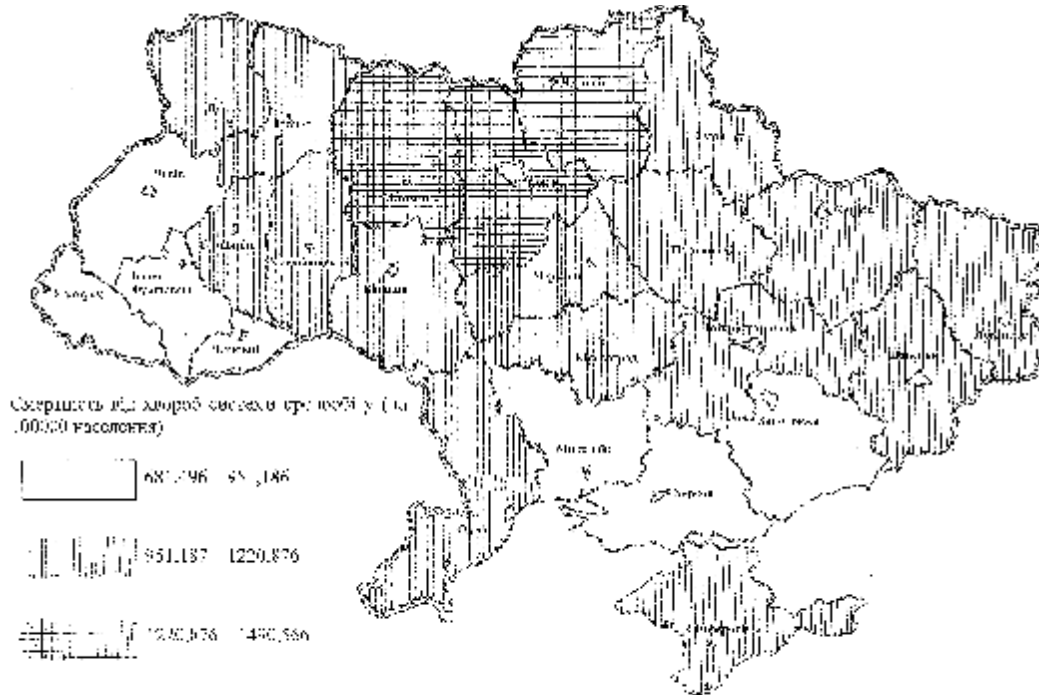


Рис. 1. Територіальні особливості смертності від хвороб системи кровообігу в Україні, 2008 р.

ми в разі. Більшість областей (14) мали низькі показники первинної захворюваності. Вони мали два основних осередки – на Заході і на Півдні України. Підвищені рівні первинної захворюваності відмічено в середній смузі України.

Що стосується загальної захворюваності усіма ХСК, то тут спостерігаємо протилежну картину. Переважна більшість областей (21) мала середні

і високі показники загальної захворюваності. Найвищі рівні загальної захворюваності відмічено в центральній частині України з півночі на південь.

Якщо порівняти територіальний розподіл первинної і загальної захворюваності, то слід відмітити такі особливості. В усіх областях з низькими рівнями загальної захворюваності спостерігались аналогічні рівні первинної захворюваності.

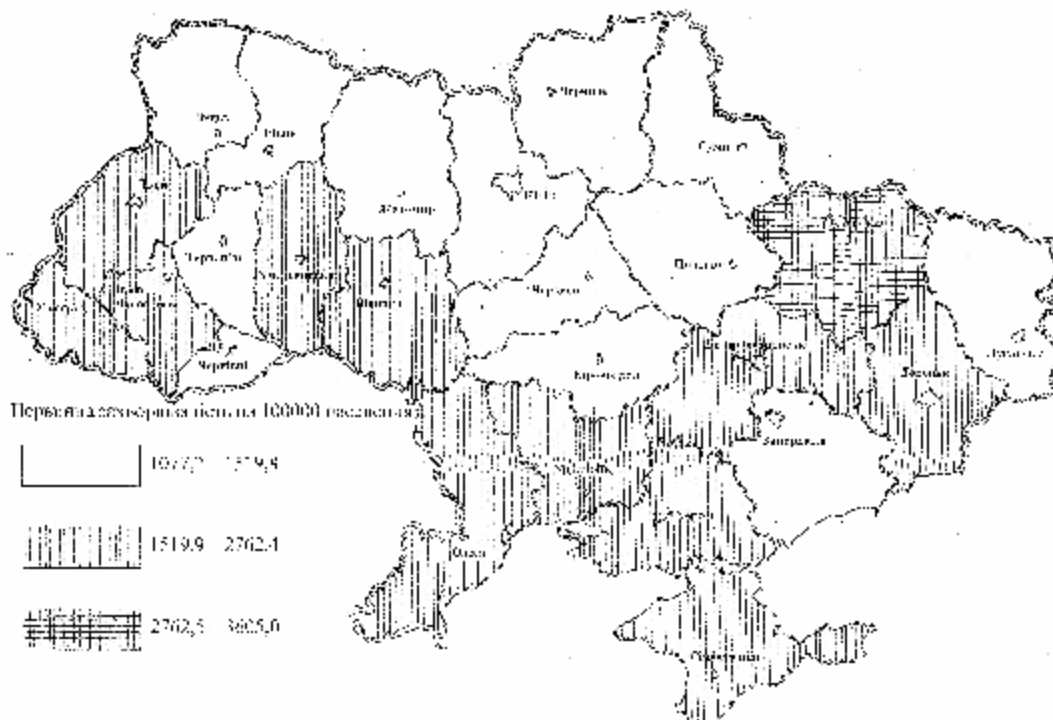


Рис. 2. Територіальні особливості первинної захворюваності гіпертонічною хворобою в Україні, 2009 р.

Територіальний розподіл ІХС більш одномірний. Низькі рівні первинної захворюваності відмічено в 15 областях та Автономній Республіці Крим, а високі – лише в Закарпатській області. Низькі рівні загальної захворюваності відмічено у 8 областях (проти 4-х стосовно ХСК загалом), а високі рівні загальної захворюваності навпаки – в 4-х областях (проти 8-ми стосовно ХСК загалом).

Показовим є територіальний розподіл хворих ГІМ. Тут слід підкреслити таку характерну закономірність. Низькі, середні та високі рівні захворюваності ГІМ розподілились майже в однаковій кількості серед областей України, відповідно в 9, 9 і 7 областях. Найнижчі рівні в основному зосереджено в північних і західних областях, а найвищі – в східних. В переважній більшості областей маємо іншу характерну закономірність: вищі рівні загальної захворюваності ГХ та ІХС супроводжуються нижчими рівнями ГІМ і навпаки. Очевидно, це пояснюється тим, що вищі рівні загальної захворюваності ГХ і ІХС означають повніше охоплення хворих медичним забезпеченням, наслідком чого є менша захворюваність ГІМ як кінцевим результатом цих хвороб.

Територіальний розподіл ЦВХ характеризується тим, що в 16 областях із 25 відмічено низькі рівні первинної захворюваності цими хворобами і лише в двох – високі. Стосовно загальної

захворюваності ЦВХ, то низькі рівні спостерігались лише в 4 областях, а високі – в 7, переважали області із середніми рівнями захворюваності. Низькі і високі рівні первинної і загальної захворюваності співпадали.

На відміну від ГІМ територіальний розподіл захворюваності на інсульт спрямований у бік високих рівнів. З низькими рівнями інсультів були лише 4 області, а з високими – 8. Що стосується співвідношення загальної захворюваності ЦВХ та інсультами, то тут характерна така сама закономірність, що й по відношенню до ГІМ.

На рис. 2 і 3 показані територіальні особливості первинної і загальної захворюваності гіпертонічною хворобою. Треба відмітити одну принципову відмінність цих графіків. В трьох північних областях, де найвища смертність від ХСК, відмічено найнижчу захворюваність на ГХ як первинну, так і загальну. Певну відповідь на причини цього явища дає табл. 4. Були досліджені взаємозв'язки між різними показниками захворюваності і смертності від ХСК та медичного забезпечення.

В табл. 4 наводяться дані про взаємозв'язки між показниками первинної захворюваності та питомою часткою сільського населення. Як видно, ця частка виявила зв'язок середньої сили з рівнем первинної захворюваності. Іншими словами, чим меншою була частина сільського населення,

Таблиця 4. Взаємозв'язок між показниками здоров'я і діяльністю системи медичної допомоги

Взаємозв'язок між показниками	Коефіцієнт кореляції	Рівень значимості
Первинна захворюваність ХСК – питома частка сільського населення	0,41	<0,05
Смертність від ХСК – загальна захворюваність ХСК	0,37	<0,05
Смертність від ХСК – первинна захворюваність ХСК	-0,35	<0,05
Смертність від ХСК – загальна захворюваність ГХ	0,05	>0,05
Смертність від ХСК – первинна захворюваність ГХ	-0,39	<0,05
Загальна захворюваність ХСК – первинна захворюваність ХСК	0,30	>0,05
Загальна захворюваність ГХ – первинна захворюваність ГХ	0,29	>0,05
Смертність від ХСК – забезпеченість дільничними терапевтами	0,38	<0,05
Смертність від ХСК – забезпеченість терапевтичними ліжками	-0,10	>0,05
Загальна захворюваність ХСК – забезпеченість дільничними терапевтами	0,29	>0,05
Загальна захворюваність ГХ – забезпеченість терапевтичними ліжками	-0,13	>0,05

ня, тим меншим був рівень первинної захворюваності ХСК. Це є додатковим аргументом на користь того, що на рівень первинної захворюваності передовсім впливають умови і спосіб життя людей, які суттєво різняться у сільських і міських мешканців.

Всі інші взаємозв'язки є слабкими або такими, що примикають до них, причому ці зв'язки свідчать про відсутність суттєвого впливу медичної допомоги на ХСК. Досить сказати, що

смертність від ХСК прямо залежить від рівня загальної захворюваності цими хворобами і забезпеченості дільничними терапевтами.

Територіальний розподіл ЦВХ характеризується тим, що в 16 областях із 25 відмічено низькі рівні первинної захворюваності цими хворобами і лише в двох – високі. Стосовно загальної захворюваності ЦВХ, то низькі рівні спостерігались лише в 4 областях, а високі – в 7, переважали області із середніми рівнями

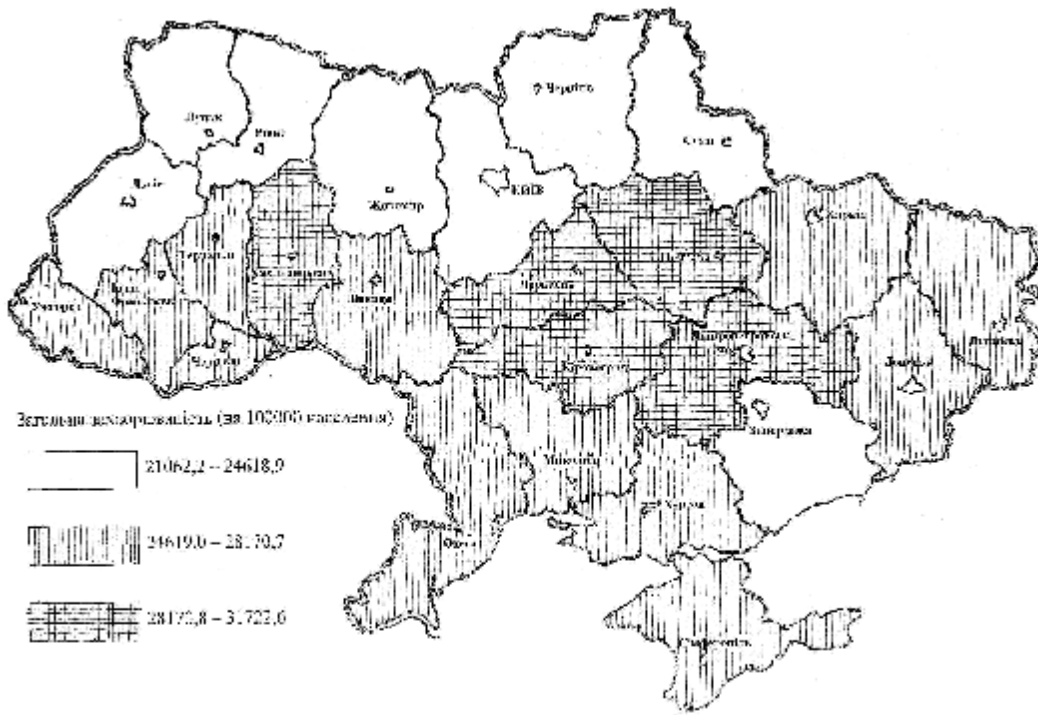


Рис. 3. Територіальні особливості загальної захворюваності гіпертонічною хворобою в Україні, 2009 р.

захворюваності. Низькі і високі рівні первинної і загальної захворюваності співпадали.

Висновки

1. ХСК є основною причиною загальної захворюваності населення України. В 2009 році вони склали 30,5% усієї патології. Серед причин первинної захворюваності ці хвороби займають друге місце (7,3%). Індекс накопичення хворих є найвищим порівняно з іншими хворобами і склав 10,7 одиниць. ХСК є основною причиною смертності населення, охопивши в 2009 р. 65,4% усієї смертності населення.

2. З 1990 до 2009 рр. загальна захворюваність населення України ХСК зросла у 3,2 разу, а первинна – у 2,4 разу. В першій половині цього періоду найінтенсивніше зріс рівень ЦВХ, за ними ІХС та ГХ, в другій половині ГХ, ІХС і ЦВХ. За цей же період менш інтенсивно зростали ГІМ (на 21,6%) та інсульти усіх форм (на 13,7%).

3. Захворюваність ХСК суттєво різниться на різних територіях України. При цьому співвідношенням показників первинної захворюваності

(2,82) є значно більшим порівняно із співвідношення показників загальної захворюваності (1,60). Це можна трактувати таким чином, що на територіальні розбіжності більше впливають відмінності в умовах і способі життя людей, ніж відмінності в медичному забезпеченні. Найбільші рівні захворюваності відмічені в центральній частині України, а найнижчі – у північних областях.

4. Виявлено прямий зв'язок між рівнями первинної захворюваності ХСК і часткою сільського населення, що підтверджує висновок про роль умов і способу життя людей у виникненні цих хвороб. Виявлено слабкий прямий зв'язок між смертністю від ХСК і загальною захворюваністю на ці хвороби, між смертністю і забезпеченістю дільничними терапевтами, а також зворотній зв'язок між смертністю і первинною захворюваністю ГХ. Всі ці показники говорять про те, що система охорони здоров'я по суті не впливає на захворюваність і смертність від ХСК.

Перспективи подальших досліджень полягають у з'ясуванні соціальних факторів ХСК.

Список літератури

1. Андрієвський І. Ю. Медико-соціальна характеристика формування хвороб системи кровообігу у сільського населення та удосконалення надання йому медичної допомоги: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.02.03 „Соціальна медицина” / І. Ю. Андрієвський. – К., 2007. – 21 с.
2. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / І. М. Горбась // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2. – С. 13–18.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // Вісн. наук. досліджень. – 2001. – № 1. – С. 5–8.
4. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та продовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5. – С. 83–87.
5. Матеріали Першого Українського з'їзду сімейних лікарів. – К., Л.: Факт. – 2001. – 243 с.

6. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналіт.-статистич. посібн. /за ред. В. М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К.: Медінформ, 2009. – 146 с.
7. Москаленко В.Ф. Артеріальна гіпертензія: медично-соціальні результати і шляхи виконання Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії /В.Ф Москаленко., В.М.Коноваленко //Україн. кардіологічний журн. – 2002. – № 4. – С. 6-10.
8. Основні показники здоров'я та діяльності охорони здоров'я в Україні в 1990 – 2009 рр. Статистичні довідники МОЗ України. – К., 2009.
9. Рингач Н. О. Статеві-вікові особливості смертності від хвороб системи кровообігу населення України працездатного віку та підходи до її зниження: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 /Рингач Наталія Олександрівна. – К., 2001. – 181 с.
10. Семків Н. М. Здоров'я сільських мешканців та фактори, що його зумовлюють /Н.М.Семків //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 35-41.
11. Сіренко Ю. М. Виконання програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні /Ю. М. Сіренко // Артериальная гипертензия. – 2008. – № 2. – С. 83-88.
12. Слабкий Г. О. Визначення проблемних областей України при прогнозуванні захворюваності працездатного населення /Г. О. Слабкий, Д. Д. Айстраханов, Г. В. Курчатова //Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 28-33.
13. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я /За ред. О.М.Голяченка. – Тернопіль, «Лілея». – 2002. – 152 с.
14. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз. Аналіт.-статист. посіб. /За ред. В. М. Коваленка. – К.: ЛІНО, 2008. – 111 с.
15. Хунув Ю. А. Актуальні проблеми вдосконалення медичного обслуговування сільських жителів. /Ю. А. Хунув // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 1. – С. 17-21.
16. Чепелевська Л. А. Медико-демографічна ситуація в незалежній Україні /Л. А. Чепелевська //Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2002. – № 2. – С. 87-89.
17. Bowman T. S. Effect of age on blood pressure parameters and risk of cardiovascular death in men /T. S. Bowman, H. D. Sesso, J. M. Gaziano //Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 47-52.
18. Kotchen T.A. Hypertension Control: Trends, Approaches, and Goals /T. A. Kotchen //Hypertension. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 19-20.
19. Lenfant C. Гипертензия и ее последствия: состояние проблемы в мире /C. Lenfant //Published online. – 2005. – <http://www.consilium-medicum.com>.
20. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular disease in the Americans: 1970-2000 / T. Rodriguez, M. Malvezzi, L. Chatenould et al.//Heart. – 2006. – Vol. 92. – P. 453-460.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УКРАИНЕ

А. М. Голяченко, А. Г. Шульгай, А. А. Голяченко, Л. Н. Романюк, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова, Н. Е. Федчишин, Н. А. Теренда (Тернополь)

В статье приводятся данные о заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения в Украине за период 1990–2009 г. За этот период общая заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла в 3,2 раза, а первичная – в 12,4. Индекс накопления болезней составил 10,7 единиц. Смертность от болезней системы кровообращения составила 65,4% от всей смертности. Заболеваемость существенно отличалась на территориях, причем соотношение показателя первичной заболеваемости (2,82) является значительно выше соотношения показателя общей заболеваемости (1,60). Система медицинской помощи, метод регистрации болезней на их течение существенно не влияют.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **болезни системы кровообращения, гипертоническая болезнь, смертность.**

BASIC EPIDEMIOLOGY CONFORMITIES OF BLOOD CIRCULATION SYSTEM DISEASES AND HYPERTENSION IN UKRAINE

О. М. Golyachenko, А. Н. Shulgay, А. А. Golyachenko, L. M. Romanyuk, N. Ye. Panchyshyn, V. L. Smirnova, N. O Fedchyshyn, N. A. Terenda (Ternopil)

The information about morbidity and death rate of population from blood circulation system illnesses in Ukraine from 1990 to 2009 in the article is presented. During this period the general morbidity by blood circulation system illnesses was grew in 3,2 times, and primary – 12,4. The index of illnesses accumulation was made 10,7 units. A death rate from blood circulation system illnesses was 65,4 % from all death rate. The morbidity substantially was differed on different territories, thus correlation between index of primary morbidity (2,82) is considerably higher than correlation of general morbidity index (1,60). The system of medicare, the method of illnesses registration does not influence substantially on disease flowing.

KEY WORDS: **blood circulation system illnesses, hypertensive illness, death rate.**

Рецензент: д.мед.наук, проф. В.А. Кондратюк