

З.В. ЛАШКУЛ

ВПЛИВ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА СМЕРТНІСТЬ ВІД ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ, АСОЦІЙОВАНИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, СЕРЕД МІСЬКИХ І СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

Мета: оцінка впливу медико-біологічних та соціально-гігієнічних факторів ризику хвороб системи кровообігу, асоційованих з артеріальною гіпертензією, на захворюваність і смертність міського і сільського населення на регіональному рівні.

Матеріали і методи. Проаналізовано вітчизняні та іноземні літературні джерела, статистичні дані, результати соціологічного дослідження. Застосовано бібліосемантичний, статистичний, експертних оцінок, соціологічний методи дослідження.

Результати. При проведенні анкетування респондентів з хворобами системи кровообігу, асоційованими з артеріальною гіпертензією, виявлено найвищу частоту таких факторів ризику, як смертність родичів від хвороб цього класу, надлишкова вага, вживання алкоголю, пов'язані зі стресом умови праці, низький рівень життя, низька прихильність до лікування.

Висновки. Більша поширеність таких факторів ризику хвороб системи кровообігу, як незадовільний рівень життя, низька прихильність до лікування, низький показник охоплення диспансерним наглядом, серед жителів села, може пояснювати і більшу смертність сільського населення від хвороб цього класу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, артеріальна гіпертензія, фактори ризику.

Ураження хворобами системи кровообігу (ХСК) населення різних країн світу і різних регіонів України має свої відмінності, які залежать від життєвого рівня населення, способу життя, статі, віку, професії, місця проживання, клімату, поширеності таких факторів ризику, як куріння, надмірне вживання алкоголю, ожиріння, стресові ситуації, доступності та якості профілактичної та медичної допомоги. Тому вивчення впливу цих факторів на поширеність ХСК та смертність дозволить приймати дієві управлінські рішення, спрямовані на профілактику уражень ХСК на регіональному рівні.

Мета дослідження: оцінка впливу медико-біологічних та соціально-гігієнічних факторів ризику хвороб системи кровообігу, асоційованих з артеріальною гіпертензією (АГ), на регіональному рівні серед міських і сільських жителів та їх профілактика.

Матеріали і методи. Вивчалися публікації вітчизняних та закордонних авторів, результати соціологічного дослідження. Застосовано статистичний, експертних оцінок, соціологічний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз причин смертності від серцево-судинних захворювань у Російській імперії вперше зустрічається у монографії С.А. Новосельського

“Смертность и продолжительность жизни в России”(1916) [7]. На той час тенденція до зростання смертності від ХСК була властива старшим віковим групам (табл. 1). Автор зазначає, що головною причиною смертності літніх людей є “склероз сосудов сердца, почек, и тесно связанная с этими болезнями апоплексия. Клинический афоризм, что возраст человека измеряется состоянием его сосудов, находит у себя подтверждение и в статистических данных” [7].

Аналізуючи смертність від ХСК, С.А. Новосельський бачить наступну причину їх розвитку, з урахуванням відмінностей у житті та побуті сільського і міського населення: “склероз сосудов в условиях жизни нашего крестьянства, т.е. усиленной мышечной работы, отсутствия напряженного умственного труда, психических волнений, вегетарианского режима, очень умеренного алкоголизма, пребывания на чистом воздухе и т.п., развивается преимущественно в наиболее работающих частях тела, т.е. в конечностях, не являясь, таким образом, опасным для жизни. Иначе обстоит дело в условиях городской и промышленной жизни, с интенсивной борьбой за существование, волнениями, преимущественно животной пищей, алкоголизмом и пр., где склероз поражает преимущественно мозговые сосуды, аорту и внешние сосуды, являясь постоянной угрозой для жизни” [7].

Таблиця 1. **Смертність від апоплексії, серцево-судинних та ниркових захворювань у Європейських губерніях Росії (на 100 тис. нас.) [9]**

Вікова група	30–35 років	35–40 років	40–45 років	45–50 років	50–55 років	55–60 років	60–65 років	65–75 років
Показник	14,3	21,6	27,5	32,1	40,2	44,2	50,9	55,5

Історія становлення профілактичного напрямку за радянської влади показала, що у різні історичні періоди успіх його впровадження визначався: соціально-економічним розвитком суспільства, рівнем розвитку науки, структурою захворюваності і досконалістю організаційних форм. Залежно від структури захворюваності і смертності, застосовувалися різні методи і форми профілактичної роботи. Високий рівень захворюваності і смертності від інфекційних захворювань у досліджуваній період вимагав від уряду прийняття сотні нормативних документів, спрямованих на їх профілактику, участь у заходах із боротьби з інфекційними захворюваннями всього населення, насамперед вчених, вчителів, працівників культури. Основними завданнями системи охорони здоров'я в період індустріалізації стали профілактичні заходи щодо оздоровлення умов праці і побуту робітників, вивчення профзахворювань робочих промислових підприємств. Організаційні і профілактичні заходи дозволили знизити показник загальної смертності населення, захворюваність і смертність від інфекційних захворювань. У надзвичайно короткий термін в країні були ліквідовані особливо небезпечні інфекції: холера (1923 р.), віспа і чума (1936 р.). Загальна смертність знизилася з 20,3 у 1926 р. до 14,6 на 1000 населення у 1940 році [9].

Найнижчий показник загальної смертності населення в радянський період зафіксований в Україні у 1965 р. – 6,9 на 1000 населення. З цього року спостерігається тенденція до зростання загальної смертності населення, і найнесприятливішим періодом, за оцінками демографів, став той, що збігся з періодом формування національної системи охорони здоров'я України, – з 1995 по 2007 рр. [14].

За останні 15 років в Україні спостерігається ріст захворюваності та смертності населення від ХСК. Якщо в період земства та довоєнний радянський період вищі показники смертності від ХСК реєструвались серед жителів міста, то в період незалежної України ці показники стали вищими серед жителів села. Так, у 2012 р. смертність міського населення від ХСК становила 844,5 на 100 тис. населення, серед жителів села – 1211,5 (по області за 2013 р. відповідно 835,3 і 1173,0). Аналогічна тенденція спостерігалася і серед працездатного населення. Смертність від ХСК серед міських жителів у 2012 р. становила 140,3, серед жителів села – 171,6 [4;11].

Світовий досвід показує, що зниження смертності від ХСК, збільшення тривалості життя по-

в'язане як із зростанням добробуту населення, так і з проведенням первинних і вторинних профілактичних заходів та підвищенням ефективності лікування [1;10].

Які основні причини ситуації, що склалася у системі охорони здоров'я України? За оцінкою експертів ВООЗ, на показники захворюваності і смертності від ХСК впливає низький життєвий рівень населення України, пов'язані з ним безробіття, стреси, алкоголізація, відсутність мотивації у населення бути здоровими, відсутність мотивації у медичних працівників якісно працювати, неефективна профілактична та медична допомога населенню України [3;8].

Визначення “життєвого рівня” дається у статті 25 Декларації прав людини: «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини».

У моніторингу розвитку соціальної сфери України за 2012 рік, проведеному Центром перспективних соціальних досліджень, під рівнем життя розуміється стан матеріального забезпечення (передусім рівень доходів, оплати праці, матеріальної допомоги), який дозволяє конкретній людині досягти добробуту для себе і своєї сім'ї.

Світові тенденції вказують на те, що у своїй більшості добробут сімей погіршується. Так, згідно з дослідженням Global Wealth Report, опублікованими банком Credit Suisse, із середини 2011 р. по середину 2012 р. сумарний достаток населення Землі зменшився на 5,2%, або на \$12,3 трлн. Середньомісячний наявний дохід у розрахунку на одну особу у 2012 р. склав 1994,3 грн, що на 10,6% більше, ніж у минулому році. Згідно з цим звітом, Україна за рівнем доходів населення знаходиться серед країн третього світу. Навіть жителі Ботсвани, Екваторіальної Гвінеї, Намібії і Свазіленду багатші за українців [6].

Отримання винагороди за виконану роботу (заробітна плата) є одним з основоположних соціальних прав працівника. Це право закріплене численними міжнародними нормативно-правовими документами, зокрема у Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права, Конституції України і в чинному законодавстві. Середньомісячна за-

робітна плата по Запорізькій області до 2005 р. була вищою за середню по Україні. З 2005 р.

рівень середньої зарплати по області нижчий за середньоукраїнські показники (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка середньомісячної заробітної плати у Запорізькій області за 1995-2012 рр.

Регіон	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Запорізька обл.	84	289	860	2187	2607	2860
Україна	73	230	806	2239	2633	3024

Середня зарплата по Україні за 2012 р. склала 3024 грн, тоді як в країнах Європи вона коливається від 2050 до 3600 євро. Наявний дохід з розрахунку на одну особу за останні 10 років виріс у 5 разів – з 4994 гривні в 2004 р. до 25882 гривні у 2012 р. [14].

Існують суперечливі дані про взаємозв'язок смертності з рівнем доходів. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу залежність смертності від рівня доходу достатньо чітка, але в країнах з високим рівнем доходу вона стає менш очевидною. Так, у США у 5% найзаможніших осіб тривалість життя на 25% більша, ніж у 5% найбідніших, а у Великій Британії люди розумової праці живуть на 8,4 року довше, ніж робітники. Водночас від рівня доходів значною мірою залежить дитяча смертність, смертність у молодому віці і смертність населення похилого віку, тоді як смертність осіб середнього віку менше пов'язана з макроекономічними параметрами.

Найбільш важливим фактором, який визначає градієнт смертності осіб працездатного віку у 31 європейській країні (особливо у чоловіків молодше 45 років), виявилась величина ВВП на душу населення. На жаль, збільшення ВВП на душу населення вище визначеного фіксованого рівня не призводить до подальшого зниження смертності, якщо воно не супроводжується якісними змінами системи охорони здоров'я. Серед причин таких градієнтів смертності вказують на затрати систем охорони здоров'я країни, які частково визначаються величиною її ВВП, та інші.

Витрати охорони здоров'я на душу населення складають 27\$ в країнах з низьким рівнем доходів, 71\$ – в країнах із середнім рівнем, 382\$ – в країнах верхнього рівня середніх доходів і 4879\$ – в країнах з високим рівнем доходів. Але ця залежність відносна. І збільшення фінансування та доступності медичної допомоги часто не дає очікуваного позитивного ефекту на смертність осіб з низьким рівнем доходів. Наприклад, США – країна з високим ВВП на душу населення і значними витратами системи охорони здоров'я – має показники смертності вищі, а тривалості життя – нижчі, ніж Японія або деякі європейські країни (Італія, Фінляндія), де витрати суттєво менші. На Кубі затрати на одного жителя на охорону здоров'я становлять 190 доларів США, по Україні – 220, але за показниками здоров'я Куба займає 37 місце у світі, США – 34, а Україна – 126 [6].

Вдалою була спроба знайти кореляційний зв'язок між рівнем смертності від ХСК для насе-

лення працездатного віку у 12 регіонах Російської Федерації (РФ) і відповідним рівнем середнього доходу на душу населення [1;15].

Коефіцієнт кореляції (КК) для чоловіків становив 0,69 ($p=0,01$), для жінок – 0,608 ($p=0,04$), загальний КК с урахуванням контролю за статтю склав 0,65 ($p=0,0008$). Таким чином, існує достовірна від'ємна кореляційна залежність між смертністю та рівнем доходу, незалежна від статі: чим вищий дохід, тим нижча смертність від ХСК.

При відносно високому ВВП на душу населення (за класифікацією Всесвітнього Банку), смертність в РФ висока. Так, у країнах із близьким за значенням ВВП (Угорщина, Польща) або значно нижчим (Індонезія, Бразилія) показники смертності нижчі, а тривалість життя – більша, ніж у РФ.

Для покращення ситуації РФ здійснює міжнародне співробітництво за пріоритетами, зокрема профілактика неінфекційних хвороб, формування глобального профілактичного середовища (спорт, харчування, боротьба з курінням тощо). Крім того, фінансування охорони здоров'я РФ останніми роками було стабільним, не дивлячись на світову кризу. За п'ять останніх років тривалість життя в країні збільшилась більше ніж на 4 роки і склала 70,3 року. Смертність знизилась на 20%, а дитяча – на 34%. Ситуація щодо здоров'я росіян покращилась майже за всіма нозологічними групами [1].

В Україні не вдалося встановити кореляційний зв'язок між смертністю від ХСК і деякими економічними показниками: середньою заробітною платою ($r=-0,19$), об'ємом товарообігу ($r=-0,22$), кількістю зареєстрованих безробітних ($r=-0,29$) тощо. Низький КК може пояснюватися неповною об'єктивністю цих даних [8;13].

Міжрегіональна неоднорідність показників смертності від ХСК вказує на необхідність впровадження моніторингу факторів ризику в областях, а проведення епідеміологічного дослідження з цієї позиції є важливим кроком до аналізу ситуації і наступного впровадження адресних профілактичних програм. Результати проведеного епідеміологічного моніторингу дадуть можливість перевірити гіпотезу про те, чи впливає рівень доходу на спосіб життя і, як наслідок, на поширеність факторів ризику в регіонах.

Відомо, що до 60% серцево-судинної смертності залежить від поширеності у популяції так званих факторів ризику, до яких належать артеріальна гіпертензія, порушення вуглеводного і ліпідного обміну, ожиріння, куріння, надлишкове

живання алкоголю, низька фізична активність, іншими словами – елементи нездорового способу життя [11]. Як показали останні дослідження, у деяких країнах внесок від зменшення факторів ризику у зниження смертності від ХСК становить в межах 44–60% [10;11].

В Україні, як і в багатьох інших країнах, у чинних формах медичної статистики не відображається у повному обсязі інформація про захворюваність і смертність населення. Показники захворюваності ХСК оцінюються тільки за зверненням населення за медичною допомогою і не відображають реально існуючу захворюваність, яка значно залежить як від самого хворого і його ставлення до власного здоров'я, так і від фактично недоступності первинної медичної допомоги у віддалених районах і сільській місцевості, а також практично відсутності безоплатності медичної допомоги. Отримані дані не можуть пояснити високого рівня поширеності факторів ризику і захворювань, а також не дають можливості оцінити прогноз і повноту необхідних профілактичних заходів.

У ряді досліджень, у тому числі і закордонних, серед факторів ризику високої захворюваності та смертності населення від ХСК (і від гіпертонічної хвороби) визначено ті фактори, які більше притаманні країнам колишнього Радянського Союзу.

Пріоритетна роль тут належить факторам стресу, які виникають на фоні приватизації, росту безробіття, алкоголізації населення, бідності тощо [16].

Дані про реальний стан здоров'я населення з позицій серцево-судинного ризику можна отримати лише в епідеміологічних дослідженнях, проведених у різних регіонах, які мають відмінні соціально-гігієнічні, економічні та демографічні характеристики.

Дослідження проведено у Михайлівському районі Запорізької області, де первинна медична допомога за принципом сімейної медицини надається з 2001 року. У районі проживає 30 тисяч населення, сільське населення становить 45%. Проведено анкетування хворих з ХСК, асоційованими з артеріальною гіпертензією (АГ), – 200 хворих, що мешкають у місті, і 200 хворих, що мешкають у сільській місцевості. Провідною патологією у городян були цереброваскулярна патологія (ЦВП) з АГ – 36,2%, різні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) з АГ – 35,8%, гіпертонічна хвороба та її ускладнення – 28,0%. Із загального переліку факторів, що впливають на захворюваність ХСК, були апріорі виділені найбільш важливі. До медико-біологічних факторів були віднесені вік, стать, вага, знаходження на диспансерному обліку, приймання ліків, задоволеність якістю медичної допомоги та ін. (табл. 3).

Таблиця 3. Поширеність медико-біологічних факторів ризику ХСК, асоційованих з АГ

Фактор ризику		Міське населення (n=200)		Сільське населення (n=200)		Р
Стать	жіноча	138	69%	132	66%	p=0,52
	чоловіча	62	31%	68	34%	p=0,52
Вік	40–49 років	76	38%	58	29%	p=0,1
	старше 59	124	62%	142	71%	p=0,1
Вага	індекс маси тіла більше 25 кг/м ²	104	52%	116	58%	p=0,22
	індекс маси тіла більше 30 кг/м ²	76	38%	78	39%	p=0,83
Наявність ХСК у родичів	Так	116	58%	112	56%	p=0,84
	Ні	82	41%	88	44%	p=0,84
Смертність родичів від ХСК	Так	92	46%	86	43%	p=0,37
	Ні	106	53%	114	57%	p=0,37
Перебування на диспансерному обліку у лікаря ЗП/СМ	Так	156	78%	134	67%	p=0,01
	Ні	44	22%	66	33%	p=0,01
Виконання призначеного лікування у повному обсязі	Так	92	46%	76	38%	p=0,11
	Ні	106	53%	124	62%	p=0,11
Невиконання призначеного лікування у повному обсязі у зв'язку з:	низьким рівнем доходу	84	42%	108	54%	p=0,02
	впливом ліків на інші органи і системи	22	11%	16	8%	p=0,02
Задоволеність медичною допомогою	на первинному рівні (лікар ЗП/СМ)	152	76%	156	78%	p=0,63
	спеціалісти ЦРЛ	128	64%	122	61%	p=0,53
	консультанти обласних ЗОЗ	116	58%	48	24%	p=0,0001

Особливостями поширеності медико-біологічних факторів ризику хворих з ХСК, які проживають у місті, було переважання осіб жіночої статі – 69,0%, у віці 40–59 років – 38,0%, старше 59 років – 62%, з індексом маси тіла більше 25 – 52%, наявністю ХСК у родичів – 58%, смертність родичів від ХСК – 46%. Знаходились на диспансерному обліку 78%, виконували призначене лікування у повному обсязі лише 46%, з них не виконували призначене лікування у зв'язку з низьким рівнем доходу – 42%.

До соціально-гігієнічних факторів ризику були віднесені освіта, професія, несприятливі умови праці, безробіття, матеріальне становище, житлово-побутові умови, недостатність коштів для повноцінного лікування (табл. 4).

Серед соціально-гігієнічних факторів у жителів міста найбільш поширені наступні: недостатня освіта (вищу освіту мають тільки 12% населення), пов'язана зі стресами професія – 52%, не-

задовільний життєвий рівень – 46%, низький середній дохід – 75%, поширеність вживання алкогольних напоїв (54% респондентів вживають алкогольні напої 5-6 і більше разів на місяць), високі витрати на ліки (45% респондентів витрачають на ліки від 5% до 25% місячного доходу).

Провідною патологією у хворих мешканців сільській місцевості були ЦВП з АГ – 41,4%, різні форми ІХС з АГ – 27,6%, гіпертонічна хвороба та її ускладнення – 32,0%. Найбільш поширеними медико-біологічними факторами ризику серед жителів села є переважання жіночої статі (66%) і вік старше 59 років (71%). Високий відсоток населення з індексом маси тіла вище 25 кг/м² (58%), високі показники захворюваності (56%) та смертності від ХСК (44%) серед родичів. З усіх респондентів тільки 67% стоять на диспансерному обліку. Виконують призначене лікування тільки 38%. Не виконують призначене лікування у зв'язку з низьким рівнем доходу 54%.

Таблиця 4. Поширеність соціально-гігієнічних факторів ризику ХСК, асоційованих з АГ

Фактор ризику		Міське населення (n=200)		Сільське населення (n=200)		Р
Освіта	вища	24	12%	16	8%	p=0,18
	середня	152	76%	112	56%	p=0,0001
Професія пов'язана:	з ненормованим робочим часом	64	32%	60	30%	p=0,66
	зі стресами	104	52%	32	16%	p=0,0001
	з фізичним навантаженням	88	44%	62	31%	p=0,007
Соціальний статус	працює	116	58%	70	35%	p=0,0001
	на пенсії, в т.ч. у зв'язку з інвалідністю	68	34%	106	53%	p=0,0002
	безробітній	16	8%	24	12%	p=0,18
Умови проживання	власний будинок	164	82%	178	89%	p=0,04
	квартира	22	11%	4	2%	p=0,003
	проживання у гуртожитку або по найму	14	7%	18	9%	p=0,46
Життєвий рівень	задовільний	104	54%	82	42%	p=0,15
	незадовільний	92	46%	116	58%	p=0,01
Середній дохід в місяць	до 1000 грн	22	11%	42	21%	p=0,006
	1000–1500 грн	128	64%	136	68%	p=0,39
	1500–2000 грн	32	16%	16	8%	p=0,01
	понад 2000 грн	18	9%	6	3%	p=0,01
Вживання алкогольних напоїв	щодня	-	-	6	3%	
	1 раз на тиждень	92	46%	108	54%	p=0,11
	5–6 і більше разів на місяць	104	54%	80	40%	p=0,02
Витрати на ліки на місяць становлять:	5% від доходу	24	12%	22	11%	p=0,75
	10%	44	22%	48	24%	p=0,63
	25%	22	11%	42	21%	p=0,006
	понад 25%	36	18%	52	26%	p=0,05

Таким чином, найбільш поширеними медико-біологічними факторами ризику ХСК, асоційованими з АГ, як серед міського, так і серед сільського населення, є: вік, паління, стать, смертність родичів від ХСК, індекс маси тіла більше 25 кг/м², вживання алкоголю, незадовільний матеріальний стан.

Висновки

1. Одержані результати підтверджують вплив таких факторів ризику, як вік, стать, рівень освіти, низький рівень доходів, безробіття, алкоголізація населення, на захворюваність ХСК, асоційованими з АГ, як серед міського, так і серед сільського населення.

2. Більша поширеність серед жителів села таких факторів ризику ХСК, як недостатній рівень

життя, низька прихильність до лікування у зв'язку з низьким рівнем доходу, низький показник охоплення диспансерним наглядом, може пояснювати і більшу смертність сільського населення від ХСК.

3. Серед мешканців міста встановлено значно вищу поширеність такого чинника ризику ХСК, як пов'язаний з роботою стрес.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні досліджень, в т.ч серед здорових осіб, серед осіб с різними ускладненнями АГ та ХСК, асоційованих з АГ, для прийняття управлінських рішень на регіональному рівні залежно від одержаних результатів.

Список літератури

1. Бойцов С. А. Структура факторов сердечно-сосудистого риска и качество мер их профилактики в первичном звене здравоохранения в России и в Европейских странах (по результатам исследования EURIKA) / С. А. Бойцов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 2. – С. 11–16.
2. Дьякович М. П. Оценка влияния социально-экономических факторов на смертность трудоспособного населения республики Бурятия с помощью моделирования / М. П. Дьякович, Е. П. Бокмельдер // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 19–22.
3. Кваша Е. А. Основные факторы риска и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин возраста 40-59 лет (данные 20-летнего проспективного наблюдения) / Е. А. Кваша // Кровообіг та гемостаз. – 2008. – № 2. – С. 16–20.
4. Лібанова Е. Гармонізація соціально-економічного розвитку із процесами старіння населення. Що здійснюється в Україні? / Е. Лібанова // Демографія та соці. економіка. – 2012. – № 2 (18). – С. 2–18.
5. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті: 2012 рік / МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2013. – 190 с.
6. Моніторинг розвитку соціальної сфери України за 2012 рік / НАН України. Центр перспективних соціологічних досліджень. – К., 2013. – 141 с.
7. Новосельський С. А. Смертность и продолжительность жизни в России / С. А. Новосельський. – Петроград : Типография внутренних дел России, 1916. – 208 с.
8. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень / Горбась І. М., Смирнова І. П., Кваша О. О., Дорогой А. П. // Артеріальна гіпертензія. – 2010. – № 6 (14). – С. 51–82.
9. Петровский Б. В. 60 лет Советского здравоохранения / Б. В. Петровский. – М. : Медицина, 1977. – 207 с.
10. План действий по Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. / ВОЗ Европейский региональный комитет. Шестдесят первая сессия (Баку, Азербайджан, 12-15 сент. 2011 г.). – С. 2–5.
11. Серцево-судинна захворюваність в Україні та рекомендації щодо покращання здоров'я в сучасних умовах : аналіт.-стат. посібн. / Корнацький В. М., Дорогой А. П. [та ін.]. – К., 2012. – 117 с.
12. Слабкий Г. О. Формування у населення здорового способу життя в умовах упровадження сімейної медицини / Г. О. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 12. – С. 21–27.
13. Статистичні довідники МОЗ України за 1995–2011 роки.
14. Шутова И. А. Проблемы медицинской профилактики болезней системы кровообращения / И. А. Шутова, Е. В. Ползик // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2010. – № 1. – С. 21–24.
15. Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report / Armesto S. G., Lapetra M-L. G., Wei L., Kelley E. // OECD Health Working Papers. – 2007. – Vol. 29. – 157 p.
16. Joumard I. Health Care Systems: Efficiency and Institutions [Electronic resource] / I. Joumard, C. Andriy, C. Nicq // OECD Economics Department Working Papers. – 2010. – Vol. 769. – Resource is available at <http://dx.doi.org/10.1787/5kmpf51f5f9t-en>. ? [OECD Publishing].

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

З.В. Лашкул

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье

Цель: оценка влияния медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска болезней системы кровообращения, ассоциированных с артериальной гипертензией, на заболеваемость и смертность городского и сельского населения на региональном уровне.

Материалы и методы. Проанализированы отечественные и иностранные литературные источники, статистические данные, результаты социологического исследования. Применялись библиосемантический, статистический, экспертных оценок, социологический методы исследования.

Результаты. При проведении анкетирования респондентов с болезнями системы кровообращения, ассоциированными с артериальной гипертензией, выявлена самая высокая распространенность таких факторов риска, как смертность родственников от болезней этого класса, избыточный вес, употребление алкоголя, связанные со стрессом условия труда, низкий уровень жизни, низкая приверженность к лечению.

Выводы. Большая распространенность таких факторов риска болезней системы кровообращения, как неудовлетворительный уровень жизни, низкая приверженность к лечению, низкий показатель охвата диспансерным наблюдением, среди жителей села может объяснять и большую смертность сельского населения от болезней этого класса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия, факторы риска.

INFLUENCE OF BIO- AND SOCIAL-HYGIENIC RISK FACTORS ON MORBIDITY AND MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR DISEASES ASSOCIATED WITH HYPERTENSION AMONG URBAN AND RURAL RESIDENTS AT THE REGIONAL LEVEL

Z.V. Lashkul

SI "Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine", Zaporizhzhia

The aim: to assess the impact of health-biological and social-hygienic risk factors of circulatory diseases associated with hypertension on morbidity and mortality of urban and rural population at the regional level.

Materials and methods. Domestic and foreign references, statistical data, results of sociological research have been analyzed. Methods of bibliosemantic, statistical, expert evaluations, sociologic has been applied.

Results. During the survey respondents with diseases of the circulatory system associated with hypertension showed a high prevalence of risk factors such as mortality relatives from the Ivory Coast, overweight, alcohol consumption, stress-related conditions, low life level, poor adherence to treatment.

Conclusions. High prevalence of risk factors such SBR, unsatisfactory standard of living, low adherence to treatment, a low dispensary coverage among the villagers may explain the greater mortality of the rural population of this class.

KEY WORDS: cardiovascular diseases, hypertension, risk factors.

Рукопис надійшов до редакції 12.05.2014 р.

Відомості про автора:

Лашкул Зінаїда Василівна – заслужений лікар України, к.мед.н., доц., зав. кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Тел./факс (роб.): 061 222 95 81.