

ГІГІЄНА ТА СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

УДК 616.12-005.4-0.36.3[477]

Ю.О. Іщейкіна

СУЧАСНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Вищий Державний Навчальний Заклад «Українська медична стоматологічна академія»
(м. Полтава)

Робота є фрагментом планової теми кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та історії медицини ДонНМУ «Вивчення взаємозв'язків показників популяційного здоров'я населення та екзогенних факторів ризику екологічного, соціального та виробничого характеру в умовах урбанізованого та індустріалізованого регіону з геофізичними особливостями території» (шифр 0107U006167, термін виконання 07.2007 — 12.2010).

Вступ. Хвороби системи кровообігу є головною причиною смертності мешканців в більшості економічно розвинутих країн світу [2,6]. В нашій країні за останні 100 років у структурі смертності населення питома вага серцево-судинних захворювань зростає більше ніж у 10 разів [3,8]. Поряд з цим, з усіх нозологічних форм патології системи кровообігу ішемічна хвороба серця (ІХС) обі-

ймає перше місце, як причина смертності [5]. Не дивлячись на великі зусилля вітчизняної охорони здоров'я щодо боротьби з цією патологією, вона продовжує стрімко поширюватися серед населення [7,9]. Деякі автори [1,4] відмічають стійкі особливості виникнення ІХС в тому числі регіональні, екологічні, соціально-побутові, професійні, вікові, статеві, етнічні та ін.

У зв'язку з цим, актуальною є мета даної роботи — встановлення сучасних закономірностей формування ІХС серед населення України.

Об'єкт і методи дослідження. Закономірності частоти виникнення та поширеності ІХС серед населення України вивчалися у період 1980–2008рр на моделі Донецької області. Захворюваність мешканців регіону на цю патологію досліджувалася за результатами поглиблених медичних оглядів, проведених

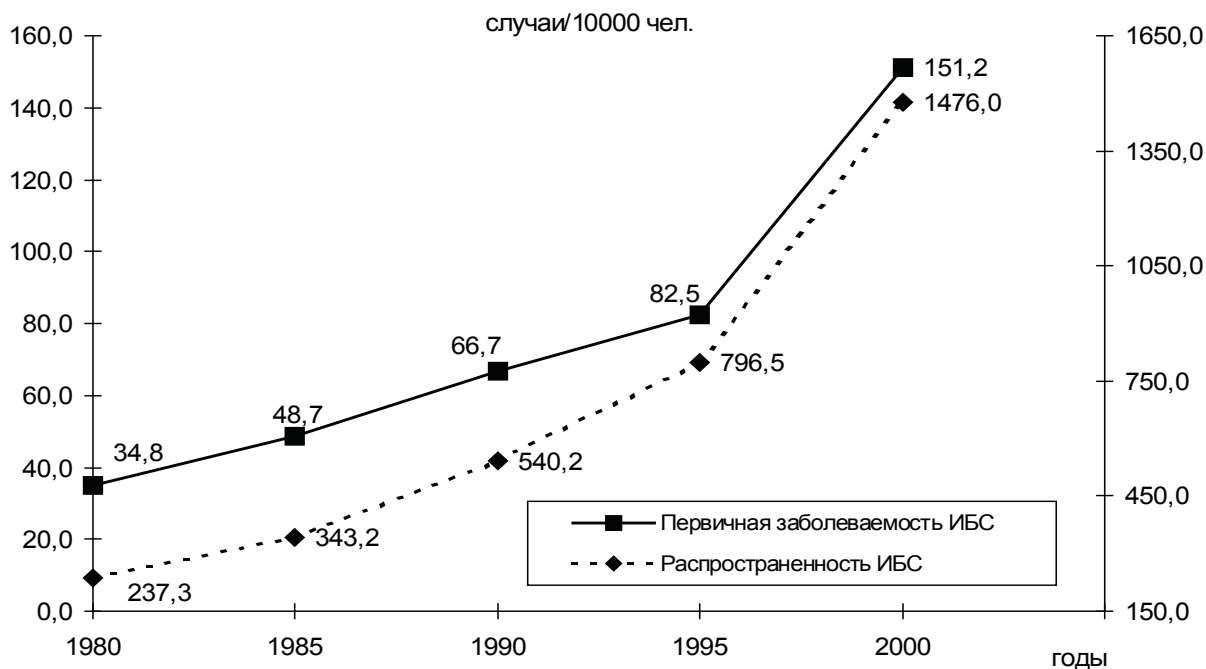


Рис. 1. Двадцятирічна динаміка захворюваності та поширеності ІХС серед населення Донбасу.

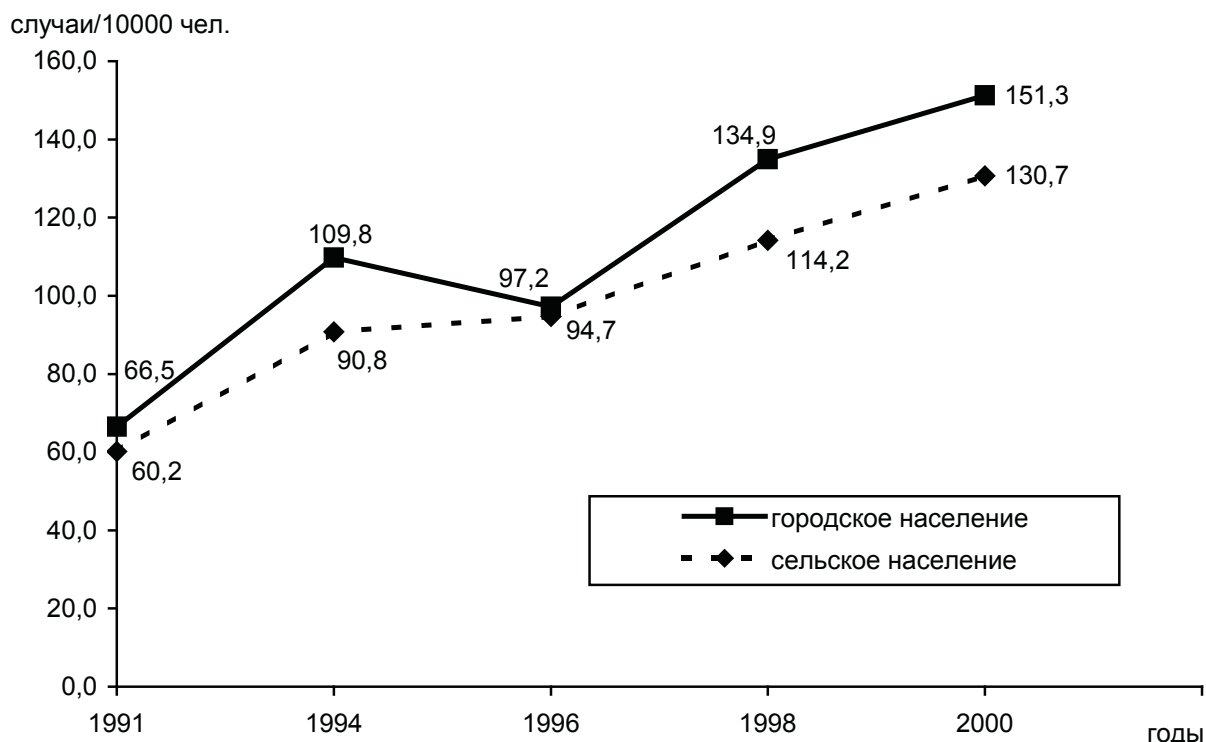


Рис.2. Сучасна динаміка захворюваності на ІХС сільського та міського населення Донбасу.

у Донецькому обласному кардіологічному диспансері, Донецькому обласному клінічному територіальному медичному об'єднанні, а також за матеріалами щорічних звітів обласного центру медичної статистики і лікувально — профілактичних закладів у 19 містах та 14 сільських районах Донецької області. Оцінювалися рівень, структура і динаміка захворюваності населення на ІХС з розрахунком за стандартними методиками відносних (Р) і середніх величин (М), їх похибок (m), а також ступеня (р) і достовірності (t) за Стьюдентом. Усі розрахунки були здійснені на персональному комп'ютері з використанням ліцензійного пакету програм Statistica 6.0

Результати досліджень та їх обговорення. Підсумки наших досліджень, наведені на **рис.1**, свідчать про те, що на протязі останніх 20 років серед населення Донецької області зростала як частота виникнення ІХС, так і її поширеність.

Особливо високі темпи приросту даної патології відмічалися у другій половині 90-х років, коли первинна і загальна захворюваність на ІХС збільшилися за 5 років майже у 1,8 рази.

Нами встановлено, що динаміка прогресивного росту ІХС характерна як для міського, так і для сільського населення (**рис.2–3**).

З **рис. 2** і **3** видно, що темпи зростання частоти виникненнями та розповсюдження ІХС значно вищі серед міського населення. Так,

темпи приросту первинної захворюваності на ІХС становили у першій половині 90-х років серед міської субпопуляції 21,7 % випадків/рік, тоді як серед сільської — тільки 16,9 % випадків/рік. У другій половині 90-х років темпи приросту частоти виникнення ІХС помітно зменшилися, приблизно на однакову величину (7,4–7,8 % випадків/рік) як серед міських мешканців, так і серед сільських. В цей період вони становили 13,9 % випадків/рік серед міського і 9,5 % випадків/рік — серед сільського населення. Таким чином, процес зростання первинної захворюваності на ІХС в популяції екокризового регіону України-Донецької області почав гальмувати.

Розповсюдженість ІХС збільшувалася в останні 10 років приблизно з однаковою темпом як серед міського (10,0 % випадків/рік), так і серед сільського [9,9 % випадків/рік] населення. Однак, якщо темпи поширення ІХС у сільській субпопуляції були рівномірні на протязі всього десятиріччя (8,1–8,6 % випадків/рік), то у міській вони були у першій половині 90-х років майже у 2 рази вище, ніж у другій (11,3 % випадків/рік у порівнянні з 5,8 % випадків/рік). Інакше говорячи, темпи розповсюдження ІХС різко знизилися наприкінці 90-х років серед міського населення і майже не змінилися серед сільського.

Результати наших досліджень довели, що рівні частоти виникнення та поширеності ІХС серед міського і сільського населення до

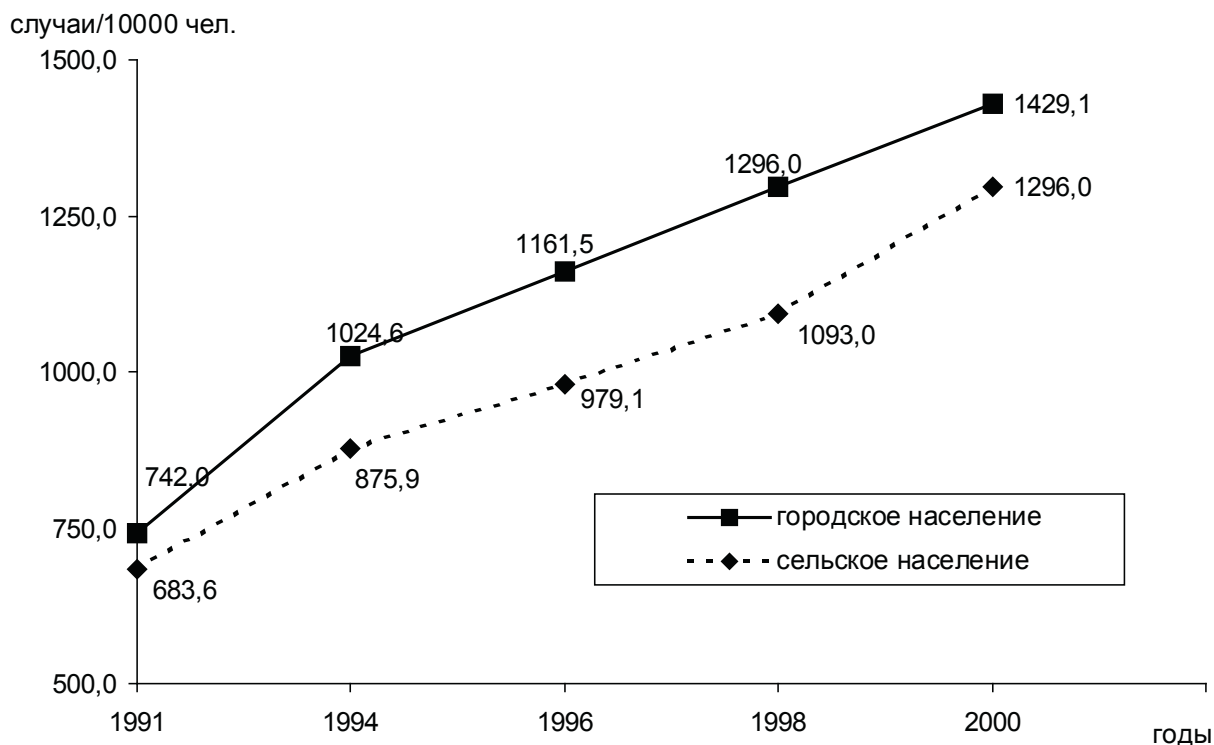


Рис. 3. Сучасна динаміка поширеності ІХС серед сільського та міського населення Донбасу.

90-х років були близькі і становили за первинною захворюваністю 66,5 випадків (міське населення) а за розповсюдженістю, відповідно, 742,0 випадків і 683,6 випадків на 10,000 населення. Однак, за рахунок різкого росту темпів виникнення нових випадків ІХС серед міського населення, особливо у першій половині 90-х років, рівні первинної захворюваності та поширеності ІХС серед міського населення почали значно перевищувати такі серед сільських мешканців. При цьому, відмінності між ними поступово збільшувалися і досягли максимальних розбіжностей наприкінці останнього десятиріччя (рис. 2 та 3).

В теперішній час, як свідчать показники табл.1, рівень первинної захворюваності населення на ІХС знаходиться в межах $97,5 \pm 4,1$ випадків, а розповсюдженість даної патології становить $976,8 \pm 35,5$ випадків на 10 тис. населення.

Частота виникнення ІХС серед мешканців міст вище на 33, %, ніж серед сільських жителів, і дорівнює $111,3 \pm 4,8$ випадків у містах та $83,7 \pm 4,0$ випадків у сільській місцевості поширеність ікс серед міського населення більше на 32,2 %, ніж серед сільського і становить, відповідно, $1133,6 \pm 48,1$ випадків та $820,0 \pm 30,0$ випадків на 10 тис. мешканців.

Нами встановлені також певні статеві закономірності формування захворюваності населення на ІХС. Так, серед міського населення первинна захворюваність на ІХС чоловіків вище на 23,6 %, ніж жінок, тоді як поширеність цієї патології має лише тенденцію до перевищення такої серед жіночого населення. Інакше кажучи, частота виникнення ІХС серед чоловіків достовірно ($p < 0,05$) вище, ніж серед жінок.

За нашими даними, існують деякі статеві відмінності формування досліджуваної серцево-судинної патології в залежності від місця постійного проживання населення. Серед сільського чоловічого і жіночого населення рівні первинної захворюваності на ІХС фактично ідентичні з тенденцією до перевищення у жінок ($81,5 \pm 4,2$ випадків у чоловіків проти $85,9 \pm 4,1$ випадків у жінок). В той же час, розповсюдженість ІХС серед сільського жіночого населення більш суттєво перевищує аналогічний показник у чоловіків. Первинна та загальна захворюваність на ІХС як чоловічого, так і жіночого міського населення завжди вище, ніж сільського — у чоловіків на 50,9 % (первинна) і на 15,8 % (загальна), а у жінок — на 46,9 % (первинна) та на 30,2 % (загальна).

За результатами досліджень були визначені територіальні розбіжності рівнів захво-

Таблиця 1

Рівень захворюваності та поширеності ІХС серед різних контингентів населення в умовах Донбасу, випадки на 10 тис. мешканців (стандартизовані за віком показники)

Контингенти населення	Захворюваність на ІХС	Поширеність ІХС
міське	111,3±4,8	1133,6±48,1
сільське	83,7±4,0 -27,6±6,2 $t_1=4,5$	820,0±30,0 -313,6±56,7 $t_1=5,5$
Чоловіче: $\frac{\text{міське}}{\text{сільське}}$	$\frac{123,0 \pm 5,2}{81,5 \pm 4,2}$ -41,5±6,7 $t_2=6,2$	$\frac{1153,2 \pm 51,4}{784,6 \pm 24,3}$ -368,6±56,0 $t_2=6,6$
Жіноче: $\frac{\text{міське}}{\text{сільське}}$	$\frac{99,5 \pm 4,5}{85,9 \pm 4,1}$ -13,6±6,1 $t_3=2,2$ $t_4=6,9$	$\frac{1113,9 \pm 45,2}{855,4 \pm 25,0}$ -258,5±51,6 $t_3=5,0$ $t_5=2,1$
Все населення	97,5±4,1	976,8±35,5

Примітка: t_1 – достовірність різниці між міським і сільським населенням;
 t_2 – достовірність різниці між чоловічим міським і сільським населенням;
 t_3 – достовірність різниці між жіночим міським і сільським населенням;
 t_4 – достовірність різниці між міським чоловічим і жіночим населенням;
 t_5 – достовірність різниці між сільським чоловічим і жіночим населенням.

рюваності населення на ІХС в залежності від місця постійного проживання людей. Як свідчать дані **табл.2**, захворюваність міського чоловічого і жіночого населення розподіляється в залежності від місця проживання на 6 рівнів: високий (188,8±10,5 випадків серед чоловіків і 171,6±6,8 випадків на 10 тис. мешканців серед жінок), вище середнього (145,6±9,8 випадків серед чоловіків і 135,3±9,0 випадків серед жінок), нижче середнього (91,7±5,8 випадків серед чоловіків і 81,8±6,5 випадків серед жінок), низький (73,1±4,4 випадків серед чоловіків і 44,3±22 випадків серед жінок) та дуже низький (9,9±1,0 випадків серед чоловіків і 7,3±0,8 випадків серед жінок).

При цьому стабільно високі показники захворюваності на ІХС чоловічого населення

спостерігається у чотирьох містах (Добропілля, Дебальцеве, Селідове, Сніжне), а жіночого тільки в одному місті (Селідове). В той же час, низькі та дуже низькі показники захворюваності на ІХС відмічаються серед чоловічого населення трьох міст (Горлівка, Костянтінова, Торез), а серед жіночого — у двох містах (Костянтінова, Торез). Таким чином, постійно високі рівні захворюваності на ікс характерні для представників обох статей м. Селідове, а низькі та дуже низькі — для популяцій міст Костянтинівна і Торез.

Подібний розподіл захворюваності на ІХС на 6 років (**табл.3**) характерний і для сільського населення: високий (161,2±8,1 випадків серед чоловіків і 148,4±8,1 випадків на 10 000 мешканців серед жінок), вище середнього (129,4±6,5 випадків серед чоловіків

Таблиця 2

Територіальні розбіжності захворюваності на ІХС міського чоловічого та жіночого населення

Чоловіче населення		Жіноче населення		Якісний рівень захворюваності на ІХС
Міста	Частота випадків ІХС на 10 тыс. $\frac{M \pm m}{V_{min} - V_{max}}$	Міста	Частота випадків ІХС на 10 тыс. $\frac{M \pm m}{V_{min} - V_{max}}$	
Добропілля, Дебальцеве, Селідове, Сніжне	$\frac{188,8 \pm 10,5}{186,7 - 190,8}$	Селідове	$\frac{171,6 \pm 8,6}{165,0 - 180,2}$	Високий
Дружківка, Маріуполь, Слов'янськ, Макіївка	$\frac{145,6 \pm 9,8}{131,2 - 156,4}$	Шахтарськ, Донецьк, Маріуполь, Сніжне	$\frac{135,3 \pm 9,0}{128,1 - 140,7}$	Вище середнього
Шахтарськ, Краматорськ, Красноармійськ, Єнакієве	$\frac{119,2 \pm 8,4}{110,2 - 129,0}$	Добропілля, Краматорськ, Єнакієве, Дзержинськ, Харцизьк, Макіївка	$\frac{106,0 \pm 7,6}{100,2 - 112,3}$	Середній
Артемівськ, Харцизьк, Дзержинськ, Донецьк	$\frac{91,7 \pm 5,8}{87,9 - 96,8}$	Слов'янськ, Дружківка, Красноармійськ, Дебальцеве, Горлівка, Артемівськ	$\frac{81,8 \pm 6,5}{74,1 - 90,3}$	Нижче середнього
Горлівка, Костянтинівка	$\frac{73,1 \pm 4,4}{70,8 - 75,4}$	Костянтинівка	$\frac{44,3 \pm 2,2}{38,2 - 50,3}$	Низький
Торез	$\frac{9,9 \pm 1,0}{8,0 - 12,0}$	Торез	$\frac{7,3 \pm 0,8}{5,5 - 9,4}$	Дуже низький

Таблиця 3

Територіальні розбіжності захворюваності на ІХС сільського чоловічого та жіночого населення

Чоловіче населення		Жіноче населення		Якісний рівень захворюваності на ІХС
Сільські райони	Частота випадків ІХС на 10 тис. $\frac{M \pm m}{V_{min} - V_{max}}$	Сільські райони	Частота випадків ІХС на 10 тис. $\frac{M \pm m}{V_{min} - V_{max}}$	
Володарський	$\frac{161,2 \pm 8,1}{155,2 - 168,1}$	Володарський, Ясинуватський	$\frac{148,4 \pm 8,1}{144,8 - 152,0}$	Високий
Шахтарський	$\frac{129,4 \pm 6,5}{120,4 - 137,4}$	Слов'янський, Старобешівський	$\frac{124,1 \pm 7,0}{123,0 - 125,2}$	Вище середнього
Тельманівський, Ясинуватський, Слов'янський, Марїнський	$\frac{102,4 \pm 7,0}{98,4 - 109,4}$	Тельманівський, Волноваський, Шахтарський	$\frac{101,8 \pm 6,0}{98,0 - 103,9}$	Середній
Великоновоселівський, Волноваський, Першотравневий, Старобешівський	$\frac{74,1 \pm 6,3}{63,4 - 86,3}$	Першотравневий, Великоновоселівський, Марїнський	$\frac{69,8 \pm 4,2}{66,8 - 72,9}$	Нижче середнього
Новоазовський, Краснолиманський	$\frac{46,9 \pm 4,5}{44,6 - 49,2}$	Новоазовський, Краснолиманський	$\frac{49,5 \pm 3,5}{42,8 - 56,1}$	Низький
Амвросіївський, Олександрівський	$\frac{25,2 \pm 2,0}{24,4 - 26,0}$	Амвросіївський, Олександрівський	$\frac{22,2 \pm 2,0}{17,8 - 26,5}$	Дуже низький

та 124,1+7,0 випадків серед жінок), середній (102,4+7,0 випадків серед чоловіків і 101,8+6,0 випадків серед жінок), нижче середнього (74,1+6,3 випадків серед чоловіків і 69,8+4,2 випадків серед жінок), низький (46,9+4,5 випадків серед чоловіків і 49,5+3,5 випадків серед жінок) та дуже низький (25,2+2,0 випадків серед чоловіків і 22,2+2,0 випадків серед жінок).

Постійно високі показники захворюваності на ІХС мають місце серед сільського чоло-

вічого та жіночого населення Володарського району і серед жінок, які постійно мешкають у Ясинуватському районі. Стабільно низькі та дуже низькі рівні частоти виникнення ІХС відмічаються серед сільського населення, як чоловічого, так і жіночого, чотирьох районів: Новоазовського, Краснолиманського, Олександрійського і Амвросіївського.

Визначені стійкі територіальні відмінності рівнів захворюваності населення на ІХС не залежать від його вікової структури, тому що

ми використовували для розрахунків тільки показники, стандартизовані за віком. У зв'язку з цим, можна вважати доведеним, що встановлені відмінності захворюваності на ІХС формуються за рахунок інших стабільно діючих факторів, які мають суттєвий зв'язок з територіальними умовами довкілля.

Серед таких чинників можуть бути природно — екологічні, професійні, соціально — економічні, побутові та фактори способу життя.

В той же час, динаміка активного зростання первинної захворюваності на ІХС міського та сільського населення наприкінці 80-х і на протязі 90-х років, скоріш за все, обумовлена двома чинниками загального значення: прогресивним збільшенням психологічного напруження в суспільстві і наслідками аварії на Чорнобильській атомній електростанції.

Висновки. Таким чином, на протязі останніх 20 років спостерігалось невпинне зростання захворюваності на ІХС населення Донецької області. Рівень частоти виникнення і поширеності ІХС серед міського населення вище, ніж серед сільського, відповідно на 33.0 % і 38.2 %. Рівень первинної захворюваності на ІХС міського чоловічого населення вище, ніж жіночого на 23.6 %. Частота виникнення даної патології серед представників обох статей в сільській місцевості майже однакова.

Встановлені територіальні розбіжності захворюваності на ІХС як серед міського, так і серед сільського населення. Відмічається залежність загального підйому частоти виникнення даної патології від погіршення соціально — економічних умов життя, накопичення у навколишньому середовищі радіонуклідів

(в результаті аварії на Чорнобильській АЕС) і особливостей способу життя людей.

Перспективи подальших досліджень. Встановлені територіальні розбіжності захворюваності на ІХС як серед міського, так і серед сільського населення мають бути в подальшому використані при науковому обґрунтуванні та розробці заходів щодо профілактики неінфекційної патології серед мешканців різних регіонів України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Агарков В.И. Атлас гигиенических характеристик экологической среды Донецкой области/В.И. Агарков, С.В. Грищенко, В.П. Грищенко — Донецк: Донеччина, 2001. — 140с.
2. Агарков В.И., Гигиена экологической среды Донбасса/В.И. Агарков, С.В. Грищенко, В.Я. Уманский [и др.]. — Донецк, 2004. — 170с.
3. Агарков В.И. Болезни системы кровообращения среди населения урбанизированного региона/В.И. Агарков, С.В. Грищенко, В.П. Коровина — Донецк: Норд-Пресс, 2004. — 166с.
4. Басюк В.Г. Состояние окружающей среды и уровень здоровья населения Украины до и после аварии на Чернобыльской АЭС/В.Г. Басюк, Б.П. Сучков//Гигиена и санитария. — 1997. — № 5. — С.22–25.
5. Білас Б. Соціально-економічні, медичні та екологічні аспекти збереження здоров'я дітей та юнацтва/Б. Білас, Л.Білас//Ліки України. — 1999. — № 12. — С. 16–18.
6. Голубев И.Р. О мониторинге «здоровье-окружающая среда»/И.Р. Голубев//Гигиена и санитария. — 2001. — № 4. — С. 66–68.
7. Денисов Л.А. Значение социально-гигиенического мониторинга в управлении качеством окружающей среды и здоровья населения/Л.А. Денисов//Гигиена и санитария. — 2000. — № 5. — С. 3–5.
8. Кейсевич Л.В. Биосфера и цивилизация/Кейсевич Л.В. — К.; 1992. — 240 с.
9. Литвинова О.Н. Прогноз захворюваності мешканців залежно від взаємодії соціальних та екологічних факторів/О.Н. Литвинова//Український науково-медичний молодіжний журнал. — 1998. — № 2–3. — С. 128–129.

УДК 616.12-005.4-0.36.3[477]

СОВРЕМЕННЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Ищейкина Ю.А.

Резюме. Работа посвящена установлению современных закономерностей формирования ишемической болезни сердца среди населения Украины. Определены территориальные, социальные и возрастно-половые особенности частоты возникновения и распространенности данной патологии среди жителей экокризисного региона.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, закономерности формирования.

УДК 616.12-005.4-0.36.3[477]

СУЧАСНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Ищейкина Ю.А.

Резюме. Работа посвящена установлению современных закономерностей формирования ишемической болезни сердца среди населения Украины. Визначені територіальні, соціальні і віково-статеві особливості частоти виникнення і поширеності цієї патології серед жителів екокризисного регіону.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, закономірності формування.

UDC 616.12-005.4-0.36.3[477]

CURRENT PATTERNS of CORONARY HEART DISEASE AMONG the POPULATION of UKRAINE

Ischejkina Y. A.

Summary. Is devoted to establishing modern patterns of coronary heart disease among the population of Ukraine. Defines territorial, social and gender - particularly age incidence and prevalence of this disease among residents of the crisis on the ecology of the region.

Key words: coronary heart disease incidence, pattern formation.

Стаття надійшла 26.08.2010 р.