

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

DOI: 10.21802/acm.2016.2.8

УДК 616.12.008+614.1+614.29

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СТАНУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ СІМНАДЦЯТЬ РОКІВ

Вакалюк І.П., Козовий Р.В., Федоров С.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF CARDIOVASCULAR HEALTH IN THE POPULATION OF IVANO-FRANKIVSK REGION OVER THE PAST SEVENTEEN YEARS

I.P. Vakaliuk, R.V. Kozovyi, S.V. Fedorov

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Резюме. Запорукою збільшення рівня очікуваної тривалості життя є добре здоров'я. З метою вивчення показників стану здоров'я населення Прикарпаття було проведено аналіз показників захворюваності та поширюваності за період із 1998 по 2014 рр. у контексті серцево-судинної патології. Аналіз проводили на основі даних статистичних матеріалів обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та звітної медичної документації Івано-Франківського обласного клінічного кардіологічного диспансеру за визначений період.

Для виявлення динаміки структури населення Івано-Франківської області проведено аналіз основних демографічних показників за 1998–2014 роки. Встановлено, що загальна кількість населення на Прикарпатті в 2007 році становила 1 млн. 382,6 тис. осіб, а у 2014 році – 1 млн. 379,4 тис. осіб, що було менше на 1,05% та 5,76%, порівняно із 1998 роком (1 463,6 тис. осіб). Подібна тенденція зберігалась і по Україні загалом. Встановлено, що за досліджуваний період збільшились показники загальної захворюваності на гіпертонічну хворобу (всі форми) в 2,89 рази, а первинної в 1,89 рази. Показник загальної захворюваності на ішемічну хворобу серця серед дорослого населення Івано-Франківської області за досліджуваний період коливався від 9780,3 до 20629,1 випадків на 100 тис. населення – зріс у 2,11 рази. Слід зауважити, що з 2012 року спостерігалось зменшення частоти стенокардії: з 6545,7 до 6126,2 випадків на 100 тис. населення (в 1,07 рази). Упродовж досліджуваного періоду відмічали зростання числа випадків гострого інфаркту міокарда: із 81 до 108,2 на 100 тис. населення (в 1,34 рази).

Відомо, що серцево-судинні захворювання складають найважливішу проблему сучасної системи охорони здоров'я, не мають жодних географічних, соціоекономічних чи статевих переважень. Вони залишаються головною причиною смертності, складаючи близько 17,3 млн. випадків упродовж року.

Висновок. Таким чином, вагомим чинником впливом на тривалість життя мешканців Івано-Франківської області є захворюваність та смертність унаслідок серцево-судинних захворювань, які впродовж останніх років зросли.

Ключові слова: здоров'я населення, серцево-судинні захворювання, гіпертонічна хвороба, стенокардія, гострий інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця.

Abstract. The key to increase the level of life expectancy is good health. To study the indicators of cardiovascular health in the population of the Carpathian region, the analysis of the indicators of cardiovascular disease prevalence over the period 1998-2014 was made. The analysis was conducted based on statistical data of the Regional Information-Analytical Center of Medical Statistics and medical records of the Ivano-Frankivsk Regional Clinical Cardiology Dispensary over the period 1998-2014.

To identify the population structure in Ivano-Frankivsk region, the analysis of the main demographic indices over the period 1998-2014 was made. The analysis revealed that in 2007, the total population of the Carpathian region was 1,386,000 people while in 2014, it was 1,379,400 people that was 1.05% and 5.76% lower compared to the total population in 1998 (1,463,600 people). Similar tendency was observed across the whole country. During the studied period, the indicators of the overall prevalence of hypertension (all forms) increased by 2.89 times while the indicators of primary disease incidence increased by 1.89 times. The indicator of the overall prevalence of ischemic heart disease among the adult population of Ivano-Frankivsk region during the studied period increased by 2.11 times ranging from 9780.3 to 20629.1 cases per 100,000 population. It should be noted that since 2012 a reduction in the prevalence of angina pectoris from 6545.7 to 6126.2 cases per 100,000 population (by 1.07 times) was observed. The increase in the incidence of acute myocardial infarction from 81 to 108.2 cases per 100,000 population (by 1.34 times) was detected as well. Cardiovascular diseases are known to be the most urgent problem of modern health care system having no geographical, socioeconomic and sexual preferences. They remain to be the major cause of mortality accounting for about 17,300,000 cases per year.

Conclusions. Thus, important factors affecting life expectancy of Ivano-Frankivsk region residents include morbidity and mortality due to cardiovascular diseases which have increased recently.

Keywords: population health; cardiovascular diseases; hypertension; angina pectoris; acute myocardial infarction; ischemic heart disease.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. За останні десятиліття у розвинутих країнах світу спостерігається тенденція до збільшення тривалості життя населення, що призводить до зростання кількості людей похилого віку, які прагнуть максимально продовжити період нормальної фізичної, соціальної та психологічної активності. Тому пріоритетним напрямом медицини є розробка програм, яка повинна базуватися на глибокому знанні механізмів формування тривалості життя та довголіття. Згідно з сучасними уявленнями старіння – це сповільнення, пригнічення та втрата фізіологічних функцій організму, що супроводжуються підвищеною частотою захворювань [1]. Запорукою збільшення рівня очікуваної тривалості життя є

добре здоров'я.

Унаслідок зростання депопуляції, що триває з 1991 р., чисельність населення України скоротилася більше, ніж на 6 млн осіб. Демографічна ситуація в Україні є кризовою, ознаками чого є низькі показники народжуваності та завищений рівень смертності, безпрецедентне зниження тривалості життя, особливо чоловіків, масштабна нелегальна трудова міграція економічно активних громадян за кордон, і, як наслідок, невинне старіння населення [2]. Загрозу трудовому та репродуктивному потенціалу створює перевищення (порівняно з країнами Європейського Союзу) в 4,9 рази смертності чоловіків, а жінок – у 3,2 рази (вікова група 30–44 рр.) [6]. За останні 20 років чисельність населення України скоро-

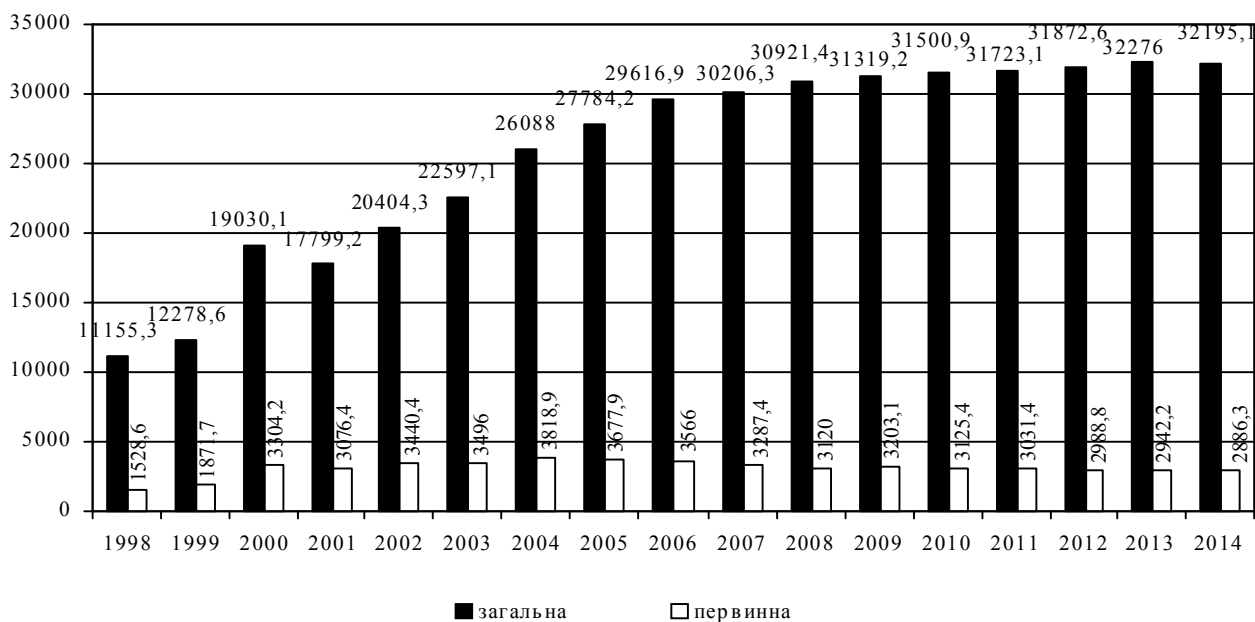


Рис. 1. Рівень захворюваності на ГХ на 100 000 дорослого населення в Івано-Франківській області

тилася майже на 7 млн осіб, а за прогнозами фахівців світового банку до 2025 р. скоротиться ще на 24 %. Серед причин смерті в 2012 р. (як і в попередні роки) домінували хвороби системи кровообігу – 65,8 % від загалу померлих [6].

Сучасна вітчизняна система охорони здоров'я спрямована більше на лікування, ніж на профілактику захворювань і пропаганду здорового способу життя. Як наслідок, за останні п'ять років кількість захворювань і смертність у більшості класів хвороб зростають [3]. Стан здоров'я населення України характеризується значною поширеністю хронічних хвороб та соціально небезпечних захворювань. При цьому високими залишаються рівні інвалідності та смертності за короткої середньої тривалості життя.

Мета: метою нашого дослідження був аналіз показників стану здоров'я населення Прикарпаття за період із 1998 по 2014 рр. у контексті серцево-судинної патології.

Матеріали і методи

Аналіз проводили на основі даних статистичних матеріалів обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики та звітної медичної документації Івано-Франківського обласного клінічного кардіологічного диспансеру

за визначений період. При проведенні статистичної обробки використовували параметричні і непараметричні методи аналізу: обчислювали середню арифметичну величину (M), середнє квадратичне відхилення (Г), середню похибку (Д), вірогідність різниць результатів дослідження (р). Статистичний аналіз проводили з використанням стандартного пакету програм Statistica 12.0 (StatSoft, USA).

Результати та їх обговорення

Для виявлення динаміки структури населення Івано-Франківської області проведено аналіз основних демографічних показників за 1998–2014 рр. Встановлено, що загальна кількість населення на Прикарпатті в 2007 р. становила 1 382 600 осіб, а у 2014 р. – 1 379 400 осіб, що менше на 1,05 % та 5,76 % порівняно з 1998 р. (1 463 600 осіб). Схожа тенденція зберігалася й у всій Україні. Розподіл за віковими категоріями населення області в 2007 та 2014 рр. був такими: 240 600 і 247 400 осіб належали до молодшого за працездатний вік, 824 400 і 822 600 осіб були працездатного віку і 398 600 та 309 300 осіб були старші за працездатний вік. Цікавим є той факт, що за досліджуваний період зафіксовано позитивну кореляцію між зменшенням загальної кількості населення області

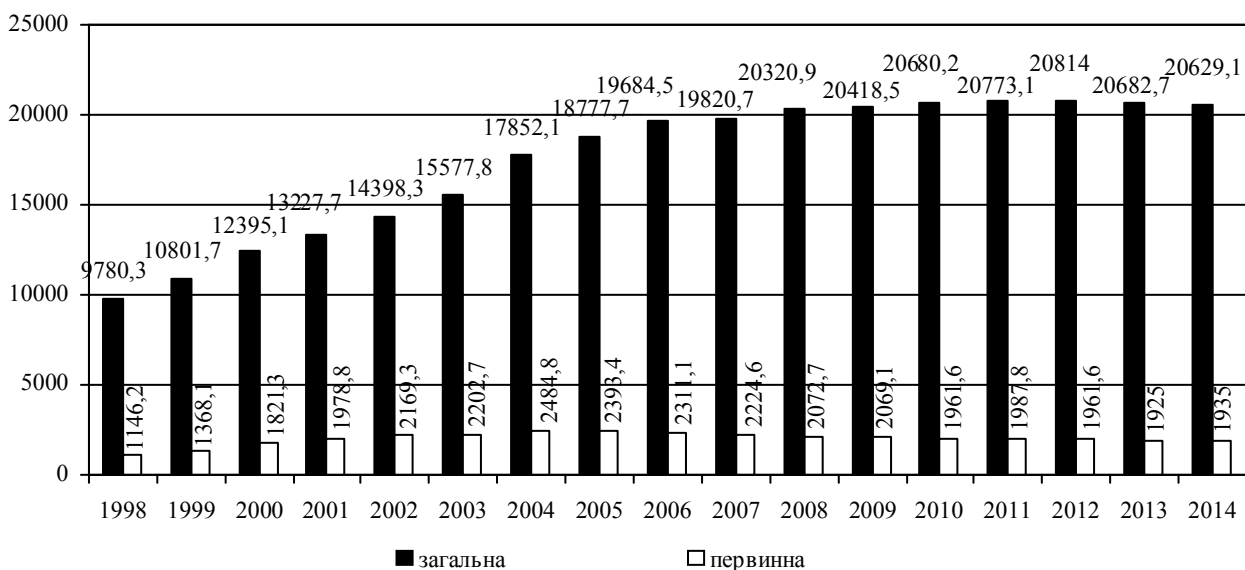


Рис. 2. Рівень захворюваності на ІХС на 100 000 дорослого населення в Івано-Франківській області

та зменшення кількості осіб працездатного та старших за працездатний вік. Тому закономірним продовженням роботи стало дослідження стану здоров'я населення.

Одним із негативних індикаторів здоров'я популяції є показник смертності населення. Так, цей показник зріс на 21,38 % за досліджуваний період. Серед причин смертності традиційно основне місце посідали хвороби системи кровообігу, що в контексті населення області становило 58,2 % у 1998 р. та 60,9 % у 2007 р. Серед осіб працездатного віку цей показник коливався від 29,9 до 23,3 %, а в населення старше за працездатний вік – від 66,8 до 72,4 %. Детальніший аналіз встановив, що лідером рівня смертності від окремих нозологічних форм була ішемічна хвороба серця (ІХС). Найменшим у досліджуваному періоді цей показник був у м. Івано-Франківську та Калузькому районі. Найвищим показник реєстрували в м. Болехові, Рогатинському, Галицькому, Тлумацькому та Городенківському районах залежно від років дослідження.

Наступним показником, який було проаналізовано, був рівень захворюваності всього населення області. Встановлено, що за досліджуваний період найменше реєстрували нових випадків хвороб у Надвірнянському районі та в м. Болехові, а найбільше – у м. Івано-Франківську та Рогатинському районі. Серед спектру хвороб населення Івано-Франківської області чільне місце посідають хвороби системи кровообігу. Слід відзначити, що з 1998 по 2014 рр. цей показник збільшився в 2,33 рази (з 22 704,9 до 52 941,3 на 100 000 населення).

Наступним етапом нашого дослідження був детальний аналіз показників загальної та первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу (ГХ) і ІХС, у тому числі, стенокардію та гострий інфаркт міокарда серед дорослого населення. Так, за досліджуваний період збільшилися показники загальної захворюваності на ГХ (усі форми) у 2,89 рази, а первинної – у 1,89 рази (рис. 1). Порівнюючи отримані результати з аналогічними по Україні загалом, встановлено незначне перевищення досліджуваного показника в 2006 та 2009–2013 рр. Вивчення частоти загальної захворюваності на ГХ по районах області виявило, що в 1998 р. лідерами були м. Болехів та Косівський район, де цей показник був 14 655,0 та 13 096,5 на 100 000 дорослого населення відповідно. Однак у 2007 р. у м. Болехові кількість хворих на ГХ була найменшою серед усіх районів Івано-Франківської області. Рогатинський і Тлумацький райони мали найвищі показники загальної захворюваності на ГХ за останні 7 досліджуваних років.

Слід відзначити збільшення частоти захворюваності на ГХ за всіма районами від 1,86 до 4,69 разів за досліджувані

17 років. Аналіз первинної захворюваності на ГХ по районах не виявив чіткої негативної чи позитивної динаміки: цей показник коливався залежно від років дослідження. Однак у Галицькому (2005, 2006, 2008 рр.), Косівському (2000, 2001, 2002, 2003, 2009, 2010 рр.), Надвірнянському (2008–2014 рр.) та Снятинському (2011–2014 рр.) районах уперше зареєстрованих хворих на ГХ було більше, порівняно з іншими районами області.

Показник загальної захворюваності на ІХС серед дорослого населення Івано-Франківської області за досліджуваний період коливався від 9 780,3 до 20 629,1 випадків на 100 000 населення (рис. 2), тобто зріс у 2,11 рази.

Найвищою захворюваністю на ІХС була в Городенківському (2008–2012 рр.), Тлумацькому (2009, 2010 рр.) і Богородчанському (2011, 2013, 2014 рр.) районах. Водночас лідерами серед первинної захворюваності виявилися Долинський (2010–2014 рр.), Снятинський (2011–2013 рр.) і Надвірнянський (2008, 2009 рр.) райони області.

Відзначали динаміку зростання показників як загальної, так і первинної захворюваності щодо хронічних форм ІХС, зокрема стенокардії (рис. 3) – від 2 975 до 6 126,2 випадків на 100 000 населення (зростання у 2,06 рази) та з 333 до 432,3 випадків на 100 000 населення (у 1,29 рази) відповідно.

Слід зауважити, що з 2012 р. спостерігалось зменшення частоти стенокардії: з 6 545,7 до 6 126,2 випадків на 100 000 населення (у 1,07 рази).

Найвищим рівень загальної захворюваності на стенокардію був у м. Болехові (2008–2013 рр.), Городенківському (2008–2010 рр.) та Тлумацькому (2011, 2012, 2014 рр.) районах. Водночас найвищі показники первинної захворюваності цією недугою реєстрували в Городенківському (2008–2011, 2013, 2014 рр.) та Рогатинському (2009–2010 рр.) районах області.

Упродовж досліджуваного періоду відзначали зростання кількості випадків гострого інфаркту міокарда (рис. 4): із 81 до 108,2 на 100 тис. населення (в 1,34 раза). Слід зауважити, що за останні 5 років спостерігається зменшення захворюваності на цю недугу на 7,7 % (із 117,2 до 108,2 випадків на 100 000 населення). Найвищими зазначені показники були в м. Івано-Франківськ (2008, 2010–2013 рр.), Долинському (2005, 2007 рр.) та Рогатинському (2000, 2004, 2005, 2006, 2009, 2011–2014 рр.) районах.

Відомо, що серцево-судинні захворювання (ССЗ) становлять одну з найважливіших проблем сучасної системи охорони здоров'я і не мають жодних географічних, соціо-економічних чи статевих переваг [4]. Вони залишаються головною причиною смертності, становлячи близько 17,3 млн випадків упродовж року [5]. За прогнозами екс-

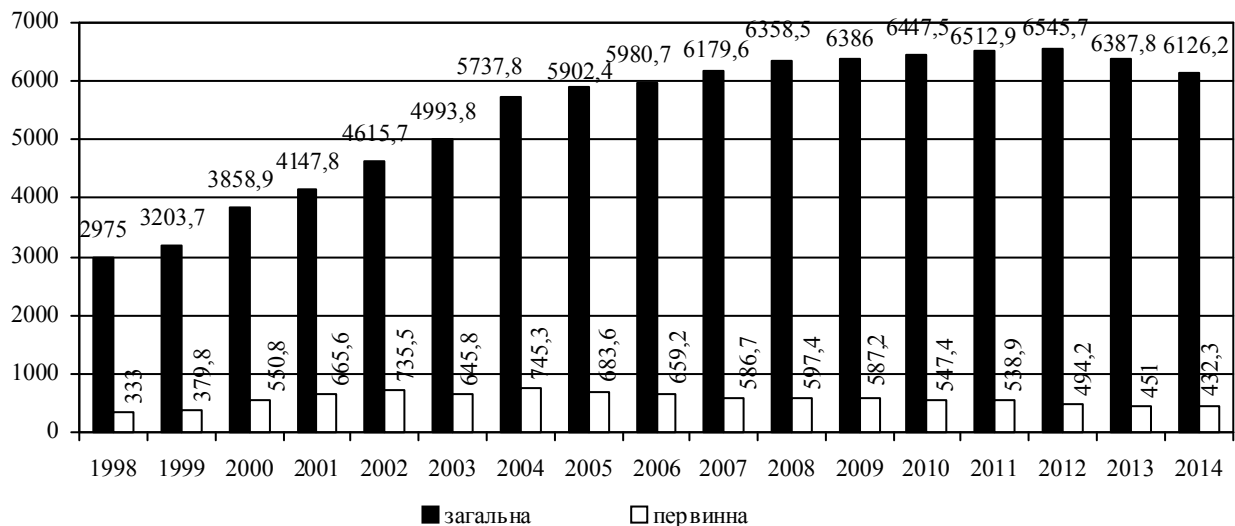


Рис. 3. Рівень захворюваності на стенокардію на 100 000 дорослого населення в Івано-Франківській області

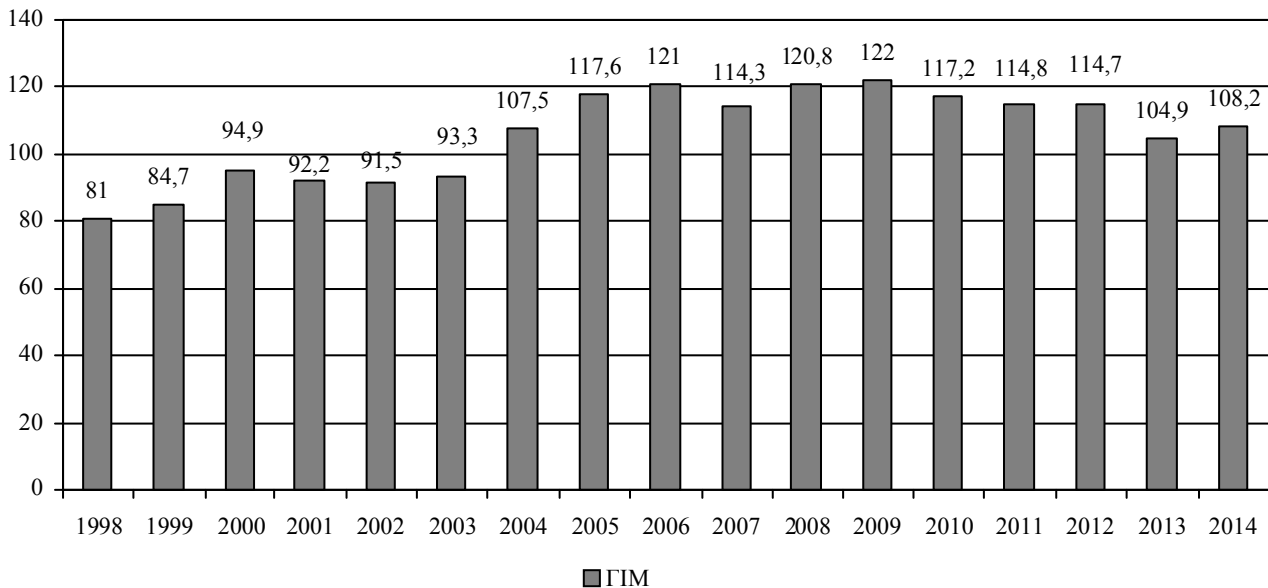


Рис. 4. Рівень захворюваності на інфаркт міокарда на 100 000 дорослого населення в Івано-Франківській області

пертів, питома вага кардіоваскулярної смерті до 2030 р. перевищить показник у 23,6 млн [8]. Зростає також кількість смертей через ССЗ у країнах низької чи проміжної економіки, де близько 80 % фатальних випадків трапляються в молодому працездатному віці [5]. Така ситуація тісно пов'язана зі змінами, які відбуваються сьогодні у світі, асоційованими зі старінням населення, популяційним зростанням, глобалізацією, стрімкою урбанізацією, змінами соціального устрою та економічним розвитком. Так, статистичні прогнози свідчать, що до 2025 р. 43,5 % популяції країн, що розвиваються, житиме в містах (для порівняння: у 1994 р. їх частка становила всього 21,9%) [4]. Через "глобалізацію" дієтичних звичок (вживання вуглеводів і насичених жирів), зменшення фізичної активності та зростання стресорів зазначене є вагомим тягарем захворюваності на ССЗ.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я прогнозують до 2025 р. економічні втрати від ССЗ на рівні 3,7 трлн доларів США. Водночас зменшення кардіоваскулярної смертності на 10 % дасть змогу країнам низького та середнього економічного розвитку зекономити 377 млрд доларів США [7].

Починаючи з 30-х років минулого сторіччя частота випадків ССЗ збільшувалася у країнах із розвинутою економікою. Із середини 1970-х рр. зростання випадків кардіоваскулярної смертності стабілізувалося в деяких високорозвинутих країнах завдяки редукції ризик-чинників та покращенню лікування ССЗ. Натомість зазначений показник зріс у країнах із низькою та проміжною економікою [9].

За даними когортного дослідження Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE), у яке було залучено понад 150 000 дорослих осіб із 17 країн різного ступеня економічного розвитку, частота випадків кардіоваскулярної смертності була найвищою у країнах низького економічного розвитку: 9,23 випадків на 1 000 осіб (для порівняння: у країнах проміжної економіки – 5,59 випадків на 1 000 осіб; у високорозвинутих країнах – 2,43 на 1 000 осіб). Частота виникнення великих кардіоваскулярних подій була вищою в міській місцевості (6,25 проти 4,83 випадків на 1 000 осіб за рік, $p < 0,001$). Це також стосувалося й частоти фатальних кардіоваскулярних подій: 3,09 проти 1,71 подій на 1 000 осіб за рік, а також випадків загальної смертності: 8,01 проти 4,48 смертей на 1 000 осіб на рік [10].

Вагомим чинником тривалості життя також є вторинна профілактика ССЗ, яка, окрім використання певних медикаментозних втручань, вимагає від пацієнтів дотримуватися

здорового способу життя. Однак, згідно з даними крос-секційного дослідження EUROASPIRE IV, до якого також була залучена й Україна, менше половини хворих, які перенесли гострий коронарний синдром чи реваскуляризацію через хронічну ІХС, брали участь у реабілітаційних програмах. Більше того, більшість із них не дотримувалися типових стандартів щодо вторинної профілактики: зафіксовано велику частку курців, осіб з надмірною масою тіла та ожирінням, зі звичками «нездорового» харчування, гіподієтою тощо [11].

Висновок

Отже, серед причин смертності населення Прикарпаття за досліджуваний період основне місце займали хвороби системи кровообігу, що складало 58,2 % в 1998 році та 60,9% в 2007 році. Збільшення показників загальної захворюваності на ГХ (усі форми) у 2,89 рази, а первинної – у 1,89 рази, на ІХС у 2,11 рази, кількості випадків гострого інфаркту в 1,07 рази міокарда виявились вагомим чинником впливу на тривалість життя мешканців Івано-Франківської області. Така тенденція зміни показників, була вираженішою у районах із більшим техногенним навантаженням.

Перспективою подальших досліджень є вивчення поширення факторів кардіоваскулярного ризику серед мешканців Прикарпаття різних вікових груп.

Література

1. Powell J. L. The power of global aging / J. L. Powell // Ageing International. – 2010. – Vol. 35. – No. 1. – P. 1–14.
2. Melnychuk D. P. Demographic processes in the XXI century: the specific features and peculiarities of impact on the sphere of human capital / D. P. Melnychuk // Демографія та соціальна економіка. – 2014. – № 1. – С. 48–58.
3. Аксьонова С. Ю. Населення України: Імперативи демографічного старіння / С. Ю. Аксьонова, Б. О. Крімер, І. О. Курило [та ін.]. – Київ : Адеф-Україна, 2014. – 285 с.
4. Deaton C. The global burden of cardiovascular disease / C. Deaton, E. Froelicheer, L. Wu, [et al.] // Journal of Cardiovascular Nursing. – 2011. – Vol. 26. – P. 5–14.
5. Smith S. C. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke) / S. C. Smith, A. Collins, R. Ferrari, [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2012. – Vol. 60. – P. 2343–2348.
6. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз. Аналітично-статистичний посібник / За ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – Київ : ННЦ

«Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска», 2013. – 236 с.

7. Gaziano T. A. Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world / T. A. Gaziano // Health Affairs (Project Hope). – 2007. – Vol. 26. – P. 13–24.

8. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: policies, strategies, and interventions / World Health Organization, World Heart Federation, World Stroke Organization. – 2011. – Available at: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en.

9. O'Flaherty M. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? / M. O'Flaherty, I. Buchan, S. Capewell // Heart. – 2013. – Vol. 99. – P. 159–162.

10. Yusuf S. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries / S. Yusuf, S. Rangarajan, K. Teo, [et al.] // The New England Journal of Medicine. – 2014. – Vol. 371. – P. 818–827.

11. Kotseva K. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries / K. Kotseva, D. Wood, D. de Baquer, [et al.] // European Journal of Preventive Cardiology. – 2016. – Vol. 23. – P. 636–648.

Надійшла: 09.11.2016

Завершено рецензування: 25.11.2016

Прийнято до друку: 29.11.2016

УДК 616-036.8+616-089.85

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ СМЕРТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АУТОПСІЙ, ПРОВЕДЕНИХ НА БАЗІ ЦЕНТРАЛІЗОВАНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ М. ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА В 2015 РОЦІ

Михайлюк І.О., Клюфінський І.Д.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ANALYSIS OF DEATH CASES ACCORDING TO THE RESULTS OF AUTOPSIES PERFORMED AT THE DEPARTMENT OF MORBID ANATOMY OF IVANO-FRANKIVSK REGIONAL CLINICAL HOSPITAL IN 2015

I.O. Mikhailyuk, I.D. Klyufinskyi

Department of Pathology and Forensic Medicine

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Резюме: У статті за результатами аутопсій, проведених на базі централізованого патологоанатомічного відділення обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська представлено аналіз випадків смерті по відділеннях лікувально-профілактичних закладів міста Івано-Франківська який свідчить, що переважна більшість хворих померли у відділеннях реанімації та хірургії. Серед причин смерті переважають: патологія органів серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, церебро-васкулярні захворювання), онкопатологія (рак підшлункової залози, шлунка та передміхурової залози), патологія органів шлунково-кишкового тракту (панкреонекроз, цироз печінки, тромбоз брижових артерій). Звертають на себе увагу випадки смерті від патології органів дихання: зливної та крупозної пневмоній. В 13-х випадках мало місце неспівпадіння клінічного та патологоанатомічного діагнозів за основним захворюванням, що потребує детального вивчення і аналізу причин та джерел неправильної діагностики. Крім того, значна кількість онкологічних хворих лікувалися та померли поза спеціалізованим закладом ОКОД.

Ключові слова: *смерть, патологія, діагноз, категорій розходження.*

Abstract. This paper presents an analysis of death cases which were recorded in different departments of Ivano-Frankivsk's health care institutions according to the results of autopsies performed at the Department of Morbid Anatomy of Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital which indicated that the vast majority of patients died in the intensive care units and surgical departments. Among the causes of death cardiovascular pathology (ischemic heart disease, cerebrovascular disease), cancer (pancreatic cancer, stomach cancer and prostate cancer) and gastrointestinal pathology (necrotizing pancreatitis, cirrhosis, arterial mesenteric thrombosis) dominated. The cases of death from respiratory pathology, interstitial and lobar pneumonia have to be taken into consideration as well. In 13 cases, there were some divergences in clinical and post-mortem diagnoses, which required detailed study and analysis of the causes and sources of misdiagnosis. Furthermore, there was a significant number of patients who were diagnosed with cancer but died not in Regional Clinical Oncological Dispensary.

Keywords: *death; pathology; diagnosis; divergences.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Інтеграція зусиль поліклінічних лікарів, клініцистів, патологоанатомів, які направлені на раннє виявлення, точну діагностику і своєчасне лікування захворювань, в кінцевому підсумку сприяє зменшенню лікарських помилок і покращенню медичного обслуговування населення [7].

Необхідною передумовою раціонального лікування є правильний діагноз. Сучасна клініка пред'являє великі вимоги до діагнозу. Він повинен бути правильним з патологоанатомічної точки зору, тобто вірно відображати морфологічні зміни, які виникли в організмі хворого і які

властиві його захворюванню [1,4,5]. Тому зрозуміло, чому таке велике значення має співпадіння клінічного і патологоанатомічного діагнозів. Коли лікар виставляє діагноз, він повинен завжди пам'ятати, що хвороба перебігає у різних людей по-різному, супроводжується різними функціональними розладами не тільки органів, уражених патологічним процесом, але й інших органів і систем.

Дані, отримані під час аутопсії, підлягають клініко-анатомічному аналізу, який включає виявлення окремих нозологічних форм, виділення з них основного захворювання з його проявами і ускладненнями, супутньою патологією,