

Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні

I.С. Зозуля, А.І. Зозуля

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

Резюме. У роботі наведено дані щодо поширеності та захворюваності, а також зумовленої цим смертності та інвалідності в Україні з акцентом на серцево-судинну та судинно-мозкову патологію. Зроблено аналіз цих показників у різних областях України, містах Києві та Севастополі, а також порівняно з іншими країнами. Це зумовило наукове обґрунтування оптимізованої етапної моделі (системи) допомоги, в тому числі нейрохірургічної, зазначеному контингенту.

Ключові слова: захворюваність, поширеність, смертність, інвалідність, судинні захворювання головного мозку, інсульт, інфаркт міокарда.

Зміцнення системи охорони здоров'я та її вдосконалення як світової проблеми сьогодення знаходить відображення в національних та офіційних документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Європейська політика щодо цього у XXI ст., визначаючи стратегію і тактику розбудови регіональних систем, передбачає, перш за все, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, продовження тривалості якісного життя.

За визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я має забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує. Проте можливість впливу системи охорони здоров'я на громадське здоров'я використовується вкрай недостатньо, про що свідчать матеріали широкомасштабного дослідження запобіжної смертності в Україні, проведеного Українським центром соціальних реформ. Встановлено, що динаміка смертності населення працездатного віку цілком залежить від немедичної профілактики. Крім того, виявлено, що вплив системи охорони здоров'я на причини смертності залежно від своєчасної діагностики та якісного лікування не лише збільшується, а навіть зменшується. Сьогодні система охорони здоров'я потребує послідовних та глибоких інституціональних і структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його потреб у медичній допомозі. Невідкладною є реорганізація системи охорони здоров'я з переорієнтацією її на визначення груп ризику, своєчасне виявлення хронічних захворювань та станів і контроль їх розвитку, реалізацію цільових профілактичних програм, покращання просвітницьких заходів, заохочення здорового способу життя, сприяння спортивній діяльності, зменшення або виключення шкідливих звичок.

Захворюваність населення викликає не лише зниження рівня здоров'я, але й тимчасову втрату працездатності, інвалідизацію, смертність, скорочення середньої тривалості життя. В Україні ці показники на високому рівні. Експерти Всесвітнього банку стверджують, що в Україні пандемія інфекційних захворювань, які включають

СНІД, туберкульоз і гепатит, охоплює біля 25% населення. Близько 7% дорослого населення мають по декілька хронічних захворювань. Поширеність інфаркту міокарда становить 1,2%, інсульту — 1,3%, цукрового діабету — 3,6%. На хронічні захворювання страждає більша кількість населення молодого віку. На артеріальну гіпертензію (АГ) на Сході країни хворіє кожен третій, у Західних областях — майже 47,5% населення, особи віком 18–25 років — біля 20%. Зазвичай важливе значення мають модифіковані фактори ризику, такі як тютюнопаління — 36%, зловживання алкоголем — 20%, малорухливий спосіб життя — 10% населення. Наприклад, у Чеській Республіці останній показник становить 3,7%, в Угорщині — 7,1%.

В Україні ще надто низька обізнаність населення про ризики основних захворювань, таких як АГ, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Ці пацієнти або не приймають лікарських засобів, або порушують рекомендований режим їх застосування.

Моніторинг стану здоров'я населення — основа для обґрунтування шляхів вирішення проблеми. У 2010 р. зареєстровано 85,5 млн відвідувань з приводу усіх захворювань, серед яких у зв'язку з серцево-судинними та судинно-мозковими — 25,9 млн. Позитивним є те, що протягом 2005–2010 р. темпи зростання поширеності й захворюваності уповільнилися в усіх вікових категоріях, крім підлітків.

Намітилися позитивні зміни щодо смертності дорослого населення. Так, у 2010 р. порівняно із 2000 р. смертність знизилася на 59 847 осіб. Проте переважну більшість становить смертність від серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) — 66,6%. Найбільш поширеною у 2010 р. була серцево-судинна патологія (30,6%). Захворюваність на мозковий інсульт у 2010 р. становила 282,3 проти 266,3 на 100 тис. населення у 2000 р.

Порівняно з 2000 р. поширеність і захворюваність на всі хвороби зросли на 26,1 і 6,8% відповідно, причому в Харківській області — на 65,0 і 32,2%. Найвищими вони були у місті Києві та Вінницькій області (240485,4 і 222832,7 відповідно).

Як і у всіх країнах Європи, в Україні спостерігають постаріння населення. Так, у 2010 р. в Україні частка людей віком старше 60 років становила 20,6% загальної чисельності. Поширеність усіх хвороб серед населення похилого віку у 2010 р. становила 283522,8, а серед усього населення — 186746,4. Перше місце посідають хвороби системи кровообігу (ХСК), питома вага яких становить 52,1%.

У Волинській, Сумській, Донецькій, Луганській, Житомирській областях та АР Крим захворюваність знизилася на 3,2%. У Вінницькій, Дніпропетровській, Чернігівській областях та місті Києві вона значно підвищилася. У структурі поширеності захворювань основне місце займають ХСК, органів дихання, травлення, сечової системи. Відзначено тенденцію до зниження захворюваності на розлади психіки і поведінки, ендокринної системи та обміну, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, проте зростання захворюваності на ХСК і новоутворення.

Втрати населення зумовлені, перш за все, зменшенням тривалості здорового життя та підвищенням передчасної смертності в Україні, зокрема від інфекційних (основна причина — туберкульоз), серцево-судинних (66,6%), онкологічних (12,6%) захворювань, хвороб органів травлення та дихання, зовнішніх причин 6,3%). У людей працездатного віку структура смертності визначається захворюваннями системи кровообігу (29,9%), зовнішніми причинами (22,0%), злоякісними новоутвореннями (17,3%).

Смертність від туберкульозу протягом 2005–2010 рр. серед дорослого населення становила 25,3–16,6% (на 100 тис. населення). Зареєстровано збільшення кількості хворих на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію одночасно.

Злоякісні новоутворення — одна з основних причин смертності — становлять 13% усіх смертей у світі. Щороку реєструється близько 10 млн нових випадків онкологічних захворювань, помирають від них майже 8 млн. Слід зазначити, що близько 1/3 з них помирають протягом 1 року після встановлення діагнозу.

Сьогодні в Україні злоякісні новоутворення діагностують майже у кожного 50-го, в той час як у світі — у кожного 270-го. Смертність від онкологічних захворювань за останні 10 років мала тенденцію до зниження (з 196,4 до 191,8 на 100 тис. населення, що становить 2,4%, серед осіб працездатного віку — на 5,1%). Найвищу смертність від злоякісних новоутворень зареєстровано в Запорізькій, Кіровоградській, Донецькій областях та місті Севастополі.

Протягом 2000–2010 рр. відзначено зниження смертності від усіх причин серед працездатного населення на 14,0%, від хвороб органів дихання — на 36%, від зовнішніх причин — на 38,4%, від ХСК — на 9,2%, від ішемічної хвороби серця (ІХС) — на 9,0%, від судинних уражень мозку — на 20%. Смертність від інфаркту міокарда підвищилася на 11%.

Найбільша доля у структурі причин смертності осіб пенсійного віку належить ХСК (75,9%), які переважають частоту новоутворень у 6,5 раза.

Смертність щодо відносних і абсолютних величин втрачати дозволяє віднести її до числа інтегральних критеріїв, які найбільше характеризують стан здоров'я популяції.

Як вже зазначено, в основному до передчасної смерті, інвалідності та втрати працездатності призводять серцево-судинні та ЦВЗ. В Україні частка смертності від ХСК за останні роки становить 60–65% серед усіх причин смертності, в Росії — 55–65%, у США — 36%.

За даними ВООЗ, щорічні втрати від серцево-судинних захворювань становлять 17,5 млн людських життів. При цьому смертність від ІХС займає 1-ше, від ЦВЗ — 4-те місце у світі. Проте одним із найпоширеніших захворювань кровообігу є АГ, при якій ризик розвитку майже всіх атеросклеротичних серцево-судинних та ЦВЗ підвищується в 2–3 рази. Лише у 2010 р. кількість дорослого населення (віком старше 18 років), які мають ХСК, становила 25,9 млн осіб (57% всього дорослого населення), з яких осіб працездатного віку — 9,46 млн. При цьому кількість хворих на АГ становила 12,1 млн, з яких осіб працездатного віку — 5,2 млн; зареєстровано 8 843 165 випадків ІХС, 50 004 — інфаркту міокарда і 106 427 — інсульту.

Відзначимо, що за період між 2000 і 2011 р. поширеність ХСК серед дорослих підвищилася на 8,1 млн осіб (+57,2%), захворюваність — на 31 527 осіб (+9,3%). За цей період найбільше зросла поширеність гіпертонічної хвороби (+70,9%) та ІХС (+61,0%). Поряд із цим кількість інсультів зменшилася на 8,2%. Кількість інсультів усіх форм у 2010 р. становила 80 322 (поширеність — 717,3 на 100 тис. населення), питома вага — 6,9%. У різних регіонах поширеність і захворюваність їх була різною. Так, загалом в Україні поширеність ХСК становила 57211,9, а у місті Севастополі — 71683,2, у Полтавській області — 68163,5. У деяких регіонах вона була значно нижчою: у Львівській області — 43154,9, Рівненській — 46223,8.

Але загалом в Україні поширеність і захворюваність на ХСК за період 2000–2011 рр. серед усього населення зросла на 57,5 та 10,4% відповідно, найбільше (майже в 2 рази) — у Полтавській області. А от інвалідність зросла найбільше у Вінницькій (16,0), Черкаській (14,6) областях, місті Севастополі (17,6), по Україні ж — становила 11,2 на 10 тис. населення.

У 2010 р. порівняно з 2000 р. смертність від ХСК зросла на 8,4% (від 937,1 до 1015,9 на 100 тис. населення), а за період 1995–2008 рр. — на 18,8% і становила 1037,9 на 100 тис. населення. Найвищий рівень відзначали у Черкаській (1458,2 на 100 тис. населення) області, найнижчий — у Закарпатській, Івано-Франківській областях і місті Києві (679,7; 831,7 і 677,0 на 100 тис. населення відповідно).

Щодо гендерних особливостей, то відзначено найбільше зростання смертності жіночого населення у Рівненській, Волинській та Закарпатській областях (більше ніж у 1,4 раза), у чоловіків — у Житомирській, Кіровоградській, Херсонській і Закарпатській областях. Крім того, цей показник був у 1,6 раза вищим у жінок, які проживають у сільській місцевості. Парадоксальним є і те, що сільське населення становить $\frac{1}{3}$ усього населення України, а смертність від серцево-судинних захворювань у нього перевищує на 46,8% порівняно з міським населенням.

Спостерігали незначне зниження смертності жінок у Хмельницькій, Вінницькій, Запорізькій областях і місті Києві. Найнижчу смертність чоловіків від ХСК відзначали у місті Києві (689,6), Закарпатській (699,3) та Івано-Франківській (814,2) областях.

Як відзначалося раніше, основною причиною смертності від ХСК є ІХС і ЦВЗ, у 2010 р. ці показники становили 67,6 і 21,8% відповідно.

Найбільше помирають від ІХС у Північно-Східному (774,8) та Центральному (751,8) регіонах і в Чернігівській (1141,2), Вінницькій (1083,1) та Житомирській (980,7) областях.

ЦВЗ найчастіше призводили до смерті у Північно-Східному (36%) та Південному (29%) регіонах, Сумській (перевищення на 46,3%), Одеській (на 37,1%) областях і місті Севастополі (на 44,2%).

Рівень смертності від інфаркту міокарда в 2010 р. становив 21,8% (у 2008 р. — 21,6%), найчастіше — у Луганській (25,3%), Запорізькій (24,9%), Дніпропетровській (24,5%) областях та у місті Києві (48,8%). Проте відзначається деяке зниження смертності від ХСК, яка у 2009 р. становила 781,4 і була найнижчою у Хмельницькій (648,2), Запорізькій (675,8), Івано-Франківській (169,2) та Миколаївській (679,7) областях.

Смертність від ХСК в Україні набагато вища, ніж у сусідніх країнах. Так, у Білорусі вона нижча на 35,7% (590,6), у Польщі — в 2,3 раза (356,9), у Швеції — майже в 4 рази (195,6), у Великобританії — в 4,6 рази (169,2), у Франції — у 6 разів (126,1). Смертність від ІХС у Польщі нижча у 4,8 рази, у Швеції — у 5,4 рази.

Несприятливі також прогностичні тенденції щодо смертності населення в Україні. Так, до 2015 р. загалом в Україні прогнозується підвищення смертності на $17,7 \pm 0,2$ на 1000 населення. Найвищі рівні передбачаються у Північно-Східному ($21,2 \pm 0,2$) та Південно-Східному ($18,8 \pm 0,2$) регіонах, у Чернігівській ($23,7 \pm 0,2$), Сумській ($20,0 \pm 0,2$), Луганській ($19,1 \pm 0,3$) та інших областях. Підвищення смертності прогнозується як у міського, так і сільсько-го населення.

Гендерні особливості і тут проявляють свої особливості. Так, підвищення смертності у чоловіків прогнозується на 12,1%, у жінок — цей показник буде на 23,6% нижчим, ніж у чоловіків.

До 2015 р. смертність від ХСК може досягти $1174,7 \pm 10,1$ на 100 тис. населення, що на 13,2% більше, ніж у 2008 р. Максимальні рівні прогноуються в Чернігівській, Житомирській та Київській областях ($1762,7 \pm 18,6$; $1464,1 \pm 16,8$ та $1419,2 \pm 15,8$ на 100 тис. населення відповідно).

Смертність від ІХС до 2015 р. може зрости на 19% і досягти $804,2 \pm 9,0$ випадків. Прогнозують, що смертність від інфаркту міокарда може не змінитися, а від ЦВЗ — буде поступово знижуватися (на 21,1%). Водночас у чоловіків прогнозується підвищення смертності від ХСК на 18,1% (у жінок — на 9,3%), а від ІХС, атеросклеротичних змін — у чоловіків на 23,8%, у жінок — на 16,5%. Найбільші рівні підвищення смертності від ХСК у Чернігівській, Сумській, Полтавській, Донецькій та Луганській областях, а також у місті Києві. Передбачається також зростання смертності більше у міського населення порівняно із сільським.

Смертність від ХСК підвищилася за період 2000–2010 рр. і становила $64,5$ і $67,6\%$ відповідно; зросла частота інфаркту міокарда — $19,0$ і $21,9$ на 100 тис. населення відповідно. Частка ЦВЗ дещо зменшилася — $23,6$ та $22,3$ на 100 тис. населення відповідно. Частка інсультів усіх форм, навпаки, збільшилася — $74,8$ і $86,7$ на 100 тис. населення відповідно. При цьому жінки із сільської місцевості помирали в 2 рази частіше, ніж міської, а чоловіки — на $\frac{1}{3}$ частіше, ніж жінки.

Показники поширеності й захворюваності у 2000 і 2010 р. є значними ($36,5$ та $51,0\%$), серед яких при гіпертонічній хворобі — $43,0$ та $56,0\%$, ІХС — $29,1$ та $44,3\%$, ЦВЗ — $21,1$ та $33,9\%$, інфаркті міокарда — $31,0\%$, інсультах усіх форм — $94,6$ і $91,5\%$ відповідно.

У структурі смертності осіб працездатного віку ХСК становлять 9,1%, з яких інсульту — 19,3%. Протягом 2000–2010 рр. смертність знизилася на 9,2%. Подібна тенденція спостерігається в усіх регіонах, але вона вища у деяких областях (Чернігівській — 198,7, Київській — 198,3, Житомирській — 179,8, Луганській — 175,5), а у Львівській, Чернівецькій, Тернопільській областях — дещо нижча ($108,2$; $113,6$ і $104,6$ відповідно).

ХСК — основна причина інвалідності населення, перш за все, працездатного. Слід відзначити, що первинна інвалідність

дорослого населення від ХСК за період 2000–2010 рр. знизилася на 39,3%, серед працездатного — на 1,9%. При гіпертонічній хворобі вона знизилася у 2,6, ІХС — у 1,5, ЦВЗ — у 1,4 раза. Проте найвища інвалідність у 2010 р. була у Вінницькій (16,0%), Миколаївській (14,1%) областях, у містах Севастополі (17,6%) та Києві (13,8%). У цих же регіонах найвища інвалідність і серед працездатного населення. Цей показник у Вінницькій області перевищував 5,6, у Миколаївській — 5,3, у Черкаській — 5,0, у місті Києві — 5,9. Інвалідність осіб працездатного віку внаслідок ЦВЗ була найвищою у Полтавській (6,7), Запорізькій (6,5), Черкаській (6,2) областях, у містах Севастополі (7,3) та Києві (6,5).

Все вищеведене свідчить про загрозливі тенденції захворюваності, смертності й інвалідності від усіх захворювань, особливо — ХСК. Це спричинено недостатнім рівнем розвитку національної політики у сфері охорони здоров'я, низькою інформованістю населення про фактори ризику захворювань, низьким рівнем надання допомоги, зокрема медичної, на догоспітальному та госпітальному етапах.

Як зазначено, ЦВЗ у 78% випадках призводять до розвитку інвалідності. 46% хворих на інсульти помирають протягом 1-го місяця, а з тих, хто виживає, повертаються до праці — 10%, у 48% спостерігаються інвалідізуючі геміпарези, у 30% — розвиваються психоорганічні синдроми. Інсульт займає 1-ше місце серед причин стійкої втрати працездатності — 53%. Розповсюдженість інсульту в різних країнах становить від 140 до 500 випадків на 100 тис. населення. У 2005 р. у світі зареєстровано 16 млн первинних випадків інсультів та 5,7 млн смертей внаслідок цього. У перспективі прогнозують зріст випадків інсульту та летальних: у 2015 р. — до 18 млн і 6,5 млн, у 2030 р. — до 23 млн та 7,8 млн відповідно.

В Україні за рік реєструють близько 110 тис. мозкових інсультів, з яких біля 40 тис. закінчуються летально.

За період 2000–2010 рр. кількість інсультів в Україні збільшилася у 1,6 раза, а всіх ЦВЗ — з 3,4 до 4,5%. Ризик розвитку інсульту зростає зі збільшенням віку. Так, у молодому віці він виникає у 1 з 30 тис. осіб, у віці 75–84 років — у 1 з 45 осіб. Слід відзначити, що у осіб віком старше 25 років захворюваність і смертність від інсульту підвищується у 2 рази з кожним десятиліттям. На сьогодні частка осіб пенсійного віку становить 23–25% популяції, а згідно з прогнозами у 2025 р. — становитиме 30% і, відповідно, збільшиться кількість осіб похилого віку з вікозалежною патологією головного мозку.

У деяких регіонах спостерігалася найвища поширеність ЦВЗ: у Донецькій — 12581,6, Полтавській — 12564,5, Одеській — 11265,9 областей, у місті Севастополі — 18830,5. Найнижчі показники зареєстровані у Рівненській (2388,7), Закарпатській (2778,2), Житомирській (4077,2) та Львівській (4357,7) областях. Щороку реєструють понад 360 тис. нових випадків ЦВЗ. Збільшення кількості випад-

ків ЦВЗ відзначається як за рахунок інсультів, так і хронічних порушень мозкового кровообігу.

Як відомо, АГ є основним «постачальником» інсультів і хронічних порушень мозкового кровообігу. У 2000 р. зареєстровано 2 046 923 дорослих особи з АГ, з них із вперше виявленою — 208 495, у тому числі осіб працездатного віку — 67 232. Поширеність і захворюваність на ЦВЗ з АГ пенсійного віку перевищує у 2,7 і 2,3 раза серед дорослих. У 2010 р. інвалідність при АГ становила 17 464 особи, з яких 10 673 (60,5%) — люди працездатного віку. Цей показник був найвищим серед дорослого населення Полтавської (6,7), Запорізької (6,5), Черкаської (6,2) областей та міст Севастополі (7,3) і Києва (6,5). Проте найчастіше смертність і інвалідність виникають внаслідок інсультів, які щороку реєструють у 100–200 тис. населення. Із 100 хворих, які перенесли інсульт, у перші 3–4 тиж вмирають 35–40, на кожні 100 тис. населення приходить 600 хворих із наслідками перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу. Приблизно 60% із них є інвалідами. Відзначимо, що за період 2000–2005 р. кількість інсультів мала тенденцію до зменшення, проте у 2005–2010 р. вона знов почала збільшуватися. Враховуючи підвищення та спад інсультів за період 2000–2010 р., захворюваність на інсульт знизилася на 939 осіб, або на 0,16%, хоча на 100 тис. населення вона підвищилася на 0,6% (з 266,3 до 282,3).

Статистичний аналіз свідчить про підвищення показника зареєстрованих інсультів у Волинській (398,6), Хмельницькій (386,3), Луганській (376,2) областях, у місті Севастополі (386,3); найнижчий показник — у Чернівецькій (158,9) та Івано-Франківській (66,8) областях.

Сьогодні транзиторні ішемічні атаки (ТІА) відносять до невідкладних станів, які потребують негайної допомоги. За останні роки відбулося підвищення частоти ТІА. У 2005 р. поширеність ТІА серед дорослого населення становила 108,0 на 100 тис., у 2010 р. — 160,3 (60 429 осіб). Найвищі показники ТІА зареєстровані в Донецькій (274,4), Чернівецькій (266,9), Хмельницькій (222,2), Волинській (202,9) областях, у місті Севастополі (315,7), найнижчі — в Чернівецькій (64,6), Житомирській (46,9) областях.

У Європі летальність від інсульту коливається від 63,5 (Швейцарія) до 273,4 (Росія) на 100 тис. населення. В Україні цей показник значно вищий: серед чоловіків — у 1,5, жінок — у 2 рази. В Україні у 2010 р. від ЦВЗ померли 101 349 осіб, або 221,4 на 100 тис. населення, з них від інсульту — 39 694; смертність від інсульту становила 86,7, в той час як в інших країнах — 37–47. Наприклад в Україні він вищий у 5–8 рази, ніж у Франції.

Встановлено, що ішемічний інсульт серед дорослого населення та осіб працездатного віку на 100 тис. населення становив 57,0 і 9,9 відповідно, геморагічний інсульт — 29,7 і 17,9, внутрішньомозковий кроволив — 26,8 і 15,4, субарах-

ноїдальний кроволив — 2,8 і 2,5, неуточнений — 11,2 і 2,0 відповідно. Хронічні порушення мозкового кровообігу за поширеністю були у 70–100 осіб на 1 тис. населення, а смертність досягла 60,8% у структурі загальної смертності від ЦВЗ.

Найвища смертність від інсульту серед дорослих в 2010 р. була у Луганській, Чернівецькій, Запорізькій областях та місті Севастополі — 153,6; 128,8; 123,9 та 156,4 відповідно. Смертність від внутрішньомозкових кроволивів була майже в 2 рази вищою, ніж у країнах Європи. Співвідношення ішемічного інсульту до геморагічного у країнах Європи становило 7:1, в Україні серед дорослих — 1:6,1, осіб працездатного віку — 1:1,9. Від внутрішньомозкових кроволивів померла 12 271 особа (26,8 на 100 тис. населення), осіб працездатного віку — 4 248 (15,4 на 100 тис. населення), що становить 34,6% усіх померлих.

За період 2003–2005 рр. встановлено деяке зниження захворюваності на інсульт в Україні порівняно з 2000–2002 рр., проте протягом 2006–2010 рр. цей показник знову значно виріс. За період 2006–2010 рр. найвища захворюваність на інсульт зареєстрована у Луганській, Волинській, Хмельницькій та Чернівецькій областях. Смертність від субарахноїдальних кроволивів була високою протягом 2003–2005 рр., а в 2006–2010 рр. відзначена тенденція до зниження. Найвищий показник ризику смерті від субарахноїдальних кроволивів встановлено у Миколаївській та Полтавській областях.

Позитивним є деяке зниження смертності за останні 10 років від геморагічного інсульту. На кращому рахунку це було у Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Харківській, Львівській, Чернівецькій областях і місті Києві. Навпаки, у Кіровоградській, Луганській, Одеській, Хмельницькій областях і місті Севастополі смертність від геморагічного інсульту залишилась високою. Подібна тенденція відзначена і при ішемічному інсульті. Так, у 2003–2005 рр. смертність була високою, у 2006–2010 рр. — ще вищою, особливо порівняно з 2000–2002 рр. Ця тенденція спостерігалася у більшості регіонів України, але найвищим цей показник був протягом 2006–2010 рр. у Запорізькій, Луганській, Чернівецькій областях та місті Севастополі.

При комплексному соціально-гігієнічному дослідженні встановлено недостатність існуючої системи надання медичної допомоги хворим на гострі порушення мозкового кровообігу при зростанні їх поширення, що зумовило необхідність наукового обґрунтування оптимізованої етапної моделі допомоги зазначеному контингенту. Очевидно, що реформування системи охорони здоров'я в Україні потребує прийняття нових нормативів медичної допомоги як на амбулаторно-поліклінічному, так і стаціонарному рівні.

Встановлено прямий зв'язок між первинною та загальною захворюваністю і смертністю внаслідок основних соціальних хвороб, тобто із підвищенням захво-

рюваності підвищується і смертність, зростання первинної захворюваності є прямим свідченням погіршення здоров'я населення. Зростання смертності свідчить, що система медичної допомоги не в змозі впоратися з наслідками цього погіршення.

Фатальні випадки інсульту можуть бути зумовлені багатьма причинами як медичного, так і соціального походження. Медичними чинниками є: пізня госпіталізація, ненадання своєчасної та адекватної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, неадекватна та несвоєчасна діагностика, неефективне впровадження у практику сучасних методів діагностики та лікування як консервативних, так і оперативних, відповідно до затверджених клінічних протоколів.

Все це потребує запровадження оптимізованої системи (моделі) надання медичної допомоги, в тому числі нейрохірургічної, при судинних захворюваннях головного мозку. Впровадження такої оптимізованої системи надання медичної допомоги зумовить зростання госпіталізації хворих з інсультами до спеціалізованих відділень, зниження лікарняної летальності, зменшення кількості хворих із глибокими неврологічними порушеннями, збільшення кількості пацієнтів із мінімальними наслідками інсульту. Це сприятиме зниженню смертності, інвалідності, скороченню термінів непрацездатності на державному рівні.

Література

Гайдаєв Ю.О., Коваленко В.М., Корнацький В.М. та ін. (2007) Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги. Аналітично-статистичний посібник, Київ, 97 с.

Гайдаєв Ю.О., Корнацький В.М. (2007) Державні цільові програми покращання здоров'я народу. Укрмедкнига, Тернопіль, 208 с.

Голяченко О.М. (2010) Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи. Медицина, Київ, 80 с.

Коваленко В.М., Корнацький В.М., Дорогой А.П. та ін. (2003) Стан серцево-судинної

патології та шляхи його покращання в Україні: методичний посібник. Віпол, Київ, 45 с.

Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С., Прокопишин О.І. (2005) Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні. Аналітично-статистичний посібник. Київ, 141 с.

Марунич В.В., Іпатов А.В., Коробкін Ю.І. та ін. (2008) Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2007 рік. Аналітико-інформаційний довідник. В.М. Князевич (ред.) Пороги, Дніпропетровськ, 102с.

Марунич В.В., Іпатов А.В., Коробкін Ю.І. та ін. (2009) Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2008 рік. Аналітико-інформаційний довідник. В.М. Князевич (ред.) Пороги, Дніпропетровськ, 116 с.

Марунич В.В., Іпатов А.В., Коробкін Ю.І. та ін. (2010) Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009 рік. Аналітико-інформаційний довідник. В.М. Князевич (ред.) Пороги, Дніпропетровськ, 127 с.

Міністерство охорони здоров'я України (2008) Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2008 р. № 317 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нейрохірургія». Укр. нейрохір. журн., 3(43): 6–135.

Міністерство охорони здоров'я України (2008) Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.06.2008 р. № 320 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Дитяча нейрохірургія». Укр. нейрохір. журн., 3(43): 170–224.

Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2007 році (2008) Київ, 175 с.

Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2008 році (2009) Київ, 177 с.

Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2009 році (2010) Київ, 178 с.

Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2010 році (2011) Київ, 178 с.

Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000–2001 роки (2002) Київ, 448 с.

Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (2011) Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітично-статистичний посібник. Київ, 165 с.

Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні

І.С. Зозуля, А.І. Зозуля

Резюме. В работе приведены данные о распространенности и заболеваемости, а также связанной с этим смертности и инвалидности в Украине с акцентом на сердечно-сосудистую и сосудисто-мозговую патологию. Проведен анализ этих показателей в разных областях Украины, городах Киеве и Севастополе и в сравнении с другими странами. Это способствовало научному обоснованию оптимизированной этапной модели (системы) оказания медицинской помощи, в том числе нейрохирургической, указанному контингенту.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность, смертность, инвалидность, сосудистые заболевания головного мозга, инсульт, инфаркт миокарда.

Epidemiology of cerebrovascular diseases in Ukraine

Summary. Article represents data on the disease prevalence and incidence, as well as related death and disability in Ukraine, with focus on cardiovascular and cerebrovascular pathology. These indicators in different regions of Ukraine, Kyiv and Sevastopol and in comparison with other countries were analyzed. It contributed to the scientific substantiation of the optimized model (system) of health care, including neurosurgery, for this contingent.

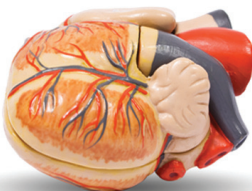
Key words: incidence, prevalence, mortality, disability, cerebrovascular disease, stroke, myocardial infarction.

Адреса для листування:

Зозуля Іван Савович
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра
медицини невідкладних станів

Реферативна інформація

Ксантелазмы могут свидетельствовать о сердечно-сосудистых заболеваниях



Люди с желтыми бляшками (ксантелазмами) на веках, могут иметь повышенный риск развития инфаркта, а также других серьезных заболеваний. Об этом сообщили датские ученые, опираясь на результаты исследования, проведенного в Дании с участием 12 745 человек. У 4,4% из них были ксантелазмы, и результаты исследования показали, что они имеют риск развития инфаркта миокарда на 48% выше по сравнению с теми больными, у которых этих бляшек нет.

Исследование было начато в 70-х годах XX в. Спустя 33 года среди испытуемых у 1872 отмечен инфаркт миокарда, у 3699 — заболевания сердечно-сосудистой системы и 8507 умерли. Люди с ксантелазмами были подвержены наибольшему риску.

Ксантелазмы в основном состоят из холестерина, и это может означать, что есть и другие жировые отложения в организме, например в интиме сосудов, что может приводить к атеросклерозу, а он, в свою очередь, — к инфаркту миокарда. Кардиологи заявляют, что данные выводы могут быть полезными для проведения диагностики у пациентов из групп риска сердечно-сосудистой патологии.

Сегодня большинство пациентов с ксантелазмами для удаления таковых обращаются к дерматологам. Но эти жировые отложения могут служить сигналом для обследования сердечно-сосудистой системы у таких пациентов.

По материалам www.bmj.com, www.bbc.com