

Хвороби системи кровообігу у структурі смертності населення України: міфи і реальність

В.М. Коваленко, А.П. Дорогой, Ю.М. Сіренко

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність, структура, хвороби системи кровообігу, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярна патологія, хвороби периферичних судин, патологоанатомічні розтини, судово-медична експертиза

За останні 10–15 років в Україні при хворобах системи кровообігу (ХСК) відзначається стабільна тенденція покращення показників здоров'я населення, особливо чітко виражена з 2005 року. Передумовами для таких зрушень, на нашу думку, були успішно виконані «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», затверджена Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99, міжгалузева програма «Здоров'я нації», підставою для виконання якої була Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2012 р. №14, «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», затверджена Постановою Кабінету Міністрів від 31 травня 2006 р. №761 [3, 5]. Замовником названих програм виступало Міністерство охорони здоров'я України. Важливою подією було видання збірки рекомендацій Асоціації кардіологів України та вченої ради ДУ «ННЦ «Інституту кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» для широкого кола фахівців (терапевтів, кардіологів, сімейних лікарів, ревматологів, кардіохірургів та ін.). Рекомендації є офіційним документом Української Асоціації кардіологів містять сучасні погляди на етіологію та патогенез серцево-судинної патології, новітні методи діагностики та лікування, що базуються на принципах доказової медицини і актуальних рекомендаціях міжнародних експертних організацій, а також інноваційні технології профілактичної кардіології [2, 7].

Поліпшення базових показників здоров'я населення України, що стабільно відзначається з 2005 року, привело до зменшення смертності від

усіх причин, включаючи смертність від ХСК на 10,7 % в абсолютних числах і на 7,7 % в стандартизованих коефіцієнтах (табл. 1), у чоловіків – на 14,1 і 11,3 %, у жінок – на 8,0 і 4,9 %, відповідно. Суттєво зменшилися також коефіцієнти смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) та цереброваскулярної патології (ЦВП)

Важливо, що помітно зменшилася смертність від усіх причин та смертність внаслідок ХСК і серед працездатної частини населення – за абсолютними показниками на 30,7 і 9,1 %.

Медико-соціальний тягар серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань полягає ще і в тому, що вони суттєво впливають на тривалість і якість життя населення, на показники втрат життєвого потенціалу країни. Необхідно підкреслити, що питома вага померлих внаслідок ХСК серед усіх осіб працездатного віку в 2012 р. була найменшою (9,3 %), починаючи з 1988 р. У відносних величинах зменшення смертності працездатного населення від ХСК становило 18,4 %. Ще один важливий аспект стосується того, що на даному етапі вік померлих збільшується (старше 70 років) (табл. 2). З 2005 р. пік загальної смертності і смертності від ХСК змістився в 2012 р. з 75–79 років на вік 80–84 роки, тобто мова про «омолодження» смертності в країні вже не йдеться.

Нарешті, наведемо ще один базовий показник здоров'я – тривалість життя населення України при ХСК – в динаміці за останні вісім років. З середини 80-х років тривалість життя при ХСК поступово зменшувалася аж до 2004 р. З 2005 року тривалість життя почала поступово, але стабільно, збільшуватися і порівняно з 2004 р. зросла на 2,3 року або на 0,29–0,26 року у чоловіків і жінок щорічно (табл. 3). За даними

Таблиця 1

Динаміка показників смертності населення України від усіх причин та ХСК

Хвороби	Роки	Все населення	
		абс.	на 100 тис.
Усі причини	2005	781961	1660,0
	2012	663139	1454,5
	Δ, %	-15,2	-12,4
Хвороби системи кровообігу	2005	488769	1037,6
	2012	436444	957,3
	Δ, %	-10,7	-7,7

Таблиця 2

Зменшення смертності працездатного населення України від усіх причин і ХСК

Хвороби	Роки	Працездатні		70 років і старші	
		абс.	%	абс.	%
Всі причини	2005	192 122	24,6	406 821	52,0
	2012	133 123	20,1	408873	61,7
	%	-30,7	-18,3	0,5	18,6
Хвороби системи кровообігу	2005	44 614	11,4	323 925	66,3
	2012	40558	9,3	331382	75,9
	%	-9,1	-18,4	2,3	14,5

страхових компаній США, якщо середня тривалість життя в популяції зростає щорічно на 0,3 року і більше, то робота системи охорони здоров'я вважається задовільною. Соціально важливим є зменшення абсолютної кількості померлих від ХСК за цей період на 10,7 % (жінок – на 7,9 %, чоловіків – на 14,1 %).

Незважаючи на позитивну динаміку базових показників здоров'я при ХСК, показник смертності від ХСК у структурі смертності від усіх причин постійно зростає. Якщо у 1970–1975 роках ХСК в структурі загальної смертності становили 52,2–57,2 %, в 2005 р. – 62,5 %, то в 2012 р. цей показник збільшився до 65,8 %. Така динаміка показників смертності від ХСК не узгоджується зі зменшенням показників загальної смертності, зокрема осіб працездатного віку, та зі збільшенням тривалості життя, особливо в період після 2004–2005 років.

У цей же період в країнах Європи, Європейського союзу і США ХСК в структурі загальної смертності займали лише 45–49 % [5]. В 2004 р. в США серцево-судинні захворювання були причиною смерті в 36,3 % випадків. В Європі смертність від ХСК становить 48 % від загальної кількості померлих (чоловіки – 43 %, жінки – 54%), в 27 країнах Євросоюзу – 42 % (чоловіки – 38 %, жінки – 45 %) [6, 8].

Таблиця 3

Динаміка показників смертності і середньої тривалості життя населення України при хворобах системи кровообігу

Роки	Абсолютна кількість померлих			Середня тривалість життя		
	загалом	жінки	чоловіки	загалом	жінки	чоловіки
2004	473706	264297	209409	73,5	77,1	69,0
2005	488721	271136	217585	73,6	77,2	69,1
2006	480740	268212	212528	73,9	77,4	69,4
2007	480587	266294	214293	73,9	77,5	69,4
2008	480076	266945	213146	74,1	77,8	69,5
2009	460602	261142	199460	75,0	78,3	70,6
2010	465089	266580	198509	75,5	78,8	71,2
2011	440340	252623	187717	75,7	79,0	71,3
2012	436425	249569	186856	75,8	79,3	71,3

Таблиця 4

Смертність від хвороб системи кровообігу у структурі смертності від усіх причин (2008)

Країни	Смертність від ХСК, %		
	загалом	чоловіки	жінки
Європа*	48	43	54
Євросоюз**	42	38	45
Україна:			
– за розтинами	41	38	47
– без розтинів	74	68	79
– середній показник	64	55	73

Примітки: * – до Європи входить 53 країни (Європейський регіон ВООЗ); ** – до ЄС у 2006 р. входило 27 країн.

На думку деяких авторів, в Україні в цьому відношенні склалася «катастрофічна ситуація». Смертність від ХСК в Україні значно вища, ніж у РФ та Європі (в два рази вища, ніж в Польщі, втричі більша, ніж у Греції, в чотири рази перевищує таку у Німеччині, у шість разів – у Франції [1]).

Щоб розібратися, де міф, а де реальність у цій, на перший погляд, дійсно «драматичній» ситуації, нами було спочатку проаналізовано структуру серцево-судинної смертності на основі **розтинів** (патологоанатомічні дослідження і судово-медична експертиза), **без них і змішану** (середній показник) для порівняння з даними структури інших країн за 2008 рік (табл. 4).

З таблиці видно, що, якщо аналізувати структуру смертності від ХСК за даними розтинів, то вона фактично ідентична такій у країнах Євросоюзу і навіть нижча, ніж у країнах Європи загалом. Структура смертності при ХСК, яка розрахована без даних розтинів, в

Таблиця 5

Структура смерті від усіх причин за провідними класами хвороб (2012)

Причини смерті	n	%	Розтини	%	Без розтину	%	Δ % *
Від усіх причин	663139	100	242097	100	421042	100	–
КЛАС ІХ. ХСК	436444	65,8	121908	50,4	314536	74,7	24,3
КЛАС ІІ. НУ	92896	14,0	22803	9,4	70093	16,6	7,2
КЛАС ХХ. ЗПС	41713	6,3	41597	17,2	1068	0,3	-16,9
КЛАС ХІ. ХОТ	27719	4,2	20526	8,5	1068	0,3	-8,2
КЛАС Х. ХОД	17109	2,6	8381	3,5	1068	0,3	-3,2
КЛАС І. ДІПХ	13922	2,1	10488	4,3	3434	0,8	-3,5

Примітка: * – різниця між показниками без розтинів і з розтинами (%).

Україні у 1,8 разу вища, ніж в країнах Євросоюзу. Змішаний показник структури (з розтинами і без розтинів) також вищий у 1,4–1,6 разу.

Таким чином, офіційна статистична інформація призводить до значного викривлення показників як захворюваності, так і смертності. Штучне перебільшення цього показника спотворює статистичну звітність і стає причиною дискредитації системи охорони здоров'я України.

Патологоанатомічні дослідження, так само як і дані судово-медичної експертизи, вважаються стандартом верифікації клінічної і посмертної діагностики. В разі відсутності таких досліджень, можливість помилкового (необґрунтованого) вставлення посмертного діагнозу при ХСК різко зростає. В одних випадках, при відсутності розтинів, йдеться про гіпердіагностику, в інших, навпаки, про гіподіагностику. Нерідко посмертний діагноз виставляється без належного прижиттєвого обстеження, лікарем, який не лікував пацієнта, або фельдшером за відсутності консультативних висновків або виписки з історії хвороби при стаціонарному лікуванні, інших даних для об'єктивізації діагностики. В разі супутньої і поєднаної патології також виникають можливості для необґрунтованої посмертної діагностики і встановлення хвороби або стану, які безпосередньо призвели до смерті.

У зв'язку з цим, нами розроблений і запропонований методичний підхід проведення аналізу структури смертності – змішаний, за даними розтинів і без розтинів, за 2012 рік. Розраховували показник у відсотках (Δ, %) як різницю між даними структури смертності від ХСК без розтинів і даними на основі розтинів, частоту розтинів (у %) при всіх причинах (ВП) смерті і при провідних класах хвороб. При ХСК розрахунки структури смертності проведені в

розрізі окремих нозологій – ІХС, ЦВП і хворобах периферичних судин (ХПС).

Спочатку наведемо дані аналізу структури 6 класів хвороб, на які припадає 95 % померлих від усіх причин (табл. 5). У 2012 р розтини були проведені у 35,5 % померлих від усіх причин, зокрема у 27,9 % померлих від ХСК, при зовнішніх причинах смерті (ЗПС) – у 99,7 %, деяких інфекційних і паразитарних хворобах (ДІПХ) – у 75,3 %, хворобах органів травлення (ХОТ) – у 74,1 %, хворобах органів дихання (ХОД) – у 49,0 %, новоутвореннях (НУ) – у 24,5 % випадків. Серед провідних класів хвороб перше місце в структурі смертності (змішаної, за даними розтинів і без них) посідає серцево-судинна патологія. На другій позиції за змішаною структурою і без розтинів – НУ, проте при структурі, розрахованій на даних розтинів, НУ поступаються місцем ЗПС.

Діагноз ХСК без проведення розтинів не збігався з діагнозом при розтинах у 24,3 % випадків, тобто гіпердіагностика ХСК мала місце у кожному четвертому випадку (!), при новоутвореннях – у 7,2 % випадків.

При всіх інших класах хвороб названа тенденція при відсутності розтинів протилежна, тобто йдеться, на нашу думку, не про гіпердіагностику, а про гіподіагностику, яка коливається від 3,2 до 16,9 %. Отже, якщо при І, Х, ХІ і ХХ класах хвороб розтини не проводяться, то ймовірно, що у кожному четвертому випадку помилково причиною смерті визнають серцево-судинні захворювання або в 7,2 % – новоутворення.

Таким чином, наведені дані табл. 5 дають підстави припускати, що рівень ХСК у загальній структурі смертності залежить від посмертної **гіпердіагностики** серцево-судинної патології (на 24,3 %) та НУ (на 7,2 %) і **гіподіагностики**

Таблиця 6
Регіональна структура смертності від хвороб системи кровообігу, 2012 рік

Регіони	кількість померлих, абс.		Кількість померлих від ХСК, %			Δ, %*	Розтини, %	
	ВП	ХСК	змішана	розтини	б/розтину		ВП	ХСК
Україна	663139	436444	65,8	50,4	74,7	24,3	36,5	27,9
АРК	26945	18079	67,1	53	77	24,0	41,2	32,5
Вінницька	25158	18335	72,9	40,4	80,5	40,1	18,9	10,5
Волинська	13710	9311	67,9	40,3	77,6	37,3	25,9	15,4
Дніпропетровська	51486	32934	64	50,8	75,7	24,9	47	37,3
Донецька	70496	45098	64	50,5	76,4	25,9	47,9	37,8
Житомирська	20685	14136	68,3	36,8	77,6	40,8	22,8	12,3
Закарпатська	14813	8551	57,7	45,1	66	20,9	39,5	30,8
Запорізька	26406	16804	63,6	56,6	70,1	13,5	48	42,7
Івано-Франківська	16801	11817	70,3	42,8	76	33,2	17,1	10,4
Київська	27161	19214	70,7	46,6	81,4	34,8	30,6	20,1
Кіровоградська	16521	10002	60,5	48,8	66,9	18,1	35,1	28,3
Луганська	36316	23515	64,8	51,6	76	24,4	46,2	36,9
Львівська	31667	20473	64,7	45,5	72	26,5	27,7	19,5
Миколаївська	17277	10401	60,2	54,7	66,4	11,6	52,9	48,1
Одеська	33648	21407	63,6	48,6	75,1	26,5	43,2	33
Полтавська	24223	16279	67,2	56,4	71,3	14,9	27,6	23,1
Рівненська	14302	10365	72,5	41,4	79,9	38,6	19,4	11
Сумська	19002	12133	63,9	45,6	70,9	25,4	27,9	19,9
Тернопільська	14838	10362	69,8	41	76,2	35,2	18,1	10,6
Харківська	40130	27713	69,1	56,1	79,2	23	43,9	35,7
Херсонська	15904	9640	60,6	46,5	67,3	20,9	32,2	24,7
Хмельницька	20362	12227	60	44,6	63,9	19,2	19,8	14,7
Черкаська	20667	14373	69,5	41	78	37	22,9	13,5
Чернівецька	11321	7930	70	49,2	78	28,8	27,6	19,4
Чернігівська	20208	14809	73,3	47,2	81,2	34,1	23,4	15
Київ	27840	17632	63,3	60,4	67	6,6	55,8	53,2
Севастополь*	5391	3131	58,1	48,8	63,8	15,0	38,2	32,1
Міські поселення	411787	262853	63,8	52,8	72,5	19,7	44	36,4
Сільська місцевість	251352	173591	69,1	43,1	77,4	34,3	24,2	15,1

Примітка. * – дані за 2011 рік. Наведені в таблиці 6 дані відображають більш реальну структуру смертності при ХСК (при розтинах) в Україні, яка приблизно узгоджується з Європейськими стандартами, і міфічну (без даних розтину).

ЗПС (16,9 %), ХОТ (8,2 %), ХОД (3,2 %) та ДІПХ (3,5 %).

Розбіжність у відсотках між кількістю померлих від ХСК за результатами розтинів і без них в Україні становили 24,3 % ($P < 0,0001$), тобто високо достовірна.

Таким чином, реальним показником смертності від ХСК в Україні необхідно вважати той, що ґрунтується на даних розтинів, – 50,4 %, він суттєво не відрізняється від такого у країнах Європи і Євросоюзу (див. табл. 4).

Нами були проведені розрахунки смертності від усіх причин загалом та від ХСК **на основі змі-**

шаного критерію (за даними розтинів і без розтинів) в областях, містах Києві та Севастополі, у міських поселеннях та сільській місцевості (табл. 6).

У восьми областях країни з різницею між показниками смертності від ХСК на основі розтинів і без них більше 30 % (в середньому 36,8 %) розтини проводили лише у 13,2 % випадках. У шести областях з різницею між показниками менше 20 % (у середньому 14,0 %) розтини проводили у 35 % випадків ($P < 0,0001$). Отже, чим вищий рівень розтинів при ХСК, тим менша розбіжність між показника-

Таблиця 7

Структура смертності при хворобах системи кровообігу, 2012 р.

Причини смерті	абс.	%	Розтин	%	б/розтину	%	Δ % *
КЛАС ІХ. ХСК	436444	100	121908	50,4	314536	74,7	24,3
ІХС	297432	68,1	80387	65,9	217045	69	3,1
ЦВХ	92932	21,3	24833	20,4	68099	21,7	1,3
ХПС	22919	5,3	4922	4	17997	5,7	1,7
Всього	413283	94,7	110142	90,3	303141	94,6	6,1
Інші та неуточнені ХСК та інші хвороби серця	15423	3,5	5696	4,7	9727	3,1	-1,6
Алкогольна кардіоміопатія	4797	1,1	4443	3,6	354	0,1	-3,5
Ревматизм	1156	0,3	527	0,4	629	0,2	-0,2
АГ	725	0,2	581	0,5	144	0,05	-0,4
Легеневе серце і порушення легеневого кровообігу	1060	0,2	519	0,4	541	0,2	-0,3
Всього	23161	5,3	11766	9,7	11395	3,6	-6,0

ми смертності від ХСК в структурі загальної смертності.

Загальна частота розтинів в Україні (2012 р.) становила 36,5 % (найменша в Івано-Франківській (17,1 %), Тернопільській (18,1 %), Вінницькій (18,9 %), Рівненській (19,4 %) і Хмельницькій (19,8 %) областях, найбільша – в м. Києві (55,8 %), Миколаївській (52,9 %), Запорізькій (48 %), Донецькій (47,9 %) і Дніпропетровській (47 %) областях).

Частота розтинів при смерті від ХСК в Україні становила 27,9 % (найменша в Івано-Франківській (10,4 %), Вінницькій (10,5 %), Тернопільській (10,6 %), Рівненській (11 %) і Житомирській (12,3 %) областях, найбільша – в м. Києві (53,2 %), Миколаївській (48,1 %), Запорізькій (42,7 %), Донецькій (37,8 %), Дніпропетровській (37,3 %) областях).

Найбільші розбіжності в структурі смерті від ХСК мали місце в Житомирській (40,8 %), Вінницькій (40,1 %), Рівненській (38,6 %), Волинській (37,3 %) і Черкаській (37 %) областях, найменші – в м. Києві (6,6 %), Миколаївській (11,6 %), Запорізькій (13,5 %), Полтавській (14,9 %) і Кіровоградській (18,1 %) областях.

Найбільший рівень смерті від ХСК у загальній структурі смертності спостерігається у м. Києві (60,4 %), найменший – у Житомирській (36,8 %), Волинській (40,3 %), Вінницькій (40,4 %), Тернопільській (41 %) і Рівненській (41,4 %) областях, що менше такого у країнах Європи та Євросоюзу. Аналогічні розбіжності в показниках смертності ХСК у загальній структурі смертності мають місце і в європейських краї-

нах. Ймовірно, що такі розбіжності пов'язані із ступенем урбанізації населення.

Оскільки ХСК за такими базовими показниками, як поширеність, захворюваність, смертність, інвалідність посідають провідне місце і завдають значну кількість медико-соціальних проблем у системі охорони здоров'я, важливе наукове і практичне значення має не тільки місце ХСК у загальній структурі смертності, але і нозологічна структура смертності при ХСК (табл. 7).

У табл. 7 хвороби за нозологією поділені на дві групи залежно від того, куди схилилася діагностика без проведення розтинів порівняно з розтинами – в сторону гіпердіагностики (верхня частина таблиці) чи гіподіагностики (нижня частина таблиці). За результатами проведених розрахунків, до першої групи були віднесені ІХС, ЦВП і ХПС, на частку яких в структурі смертності при ХСК припадає 90,3 % при розтинах і 94,6 % без них, тобто це домінуючі причини смертності.

З табл. 7 видно, що розтини проводяться при ІХС в 27,0 % випадків, ЦВХ – у 26,7 %, ХПС – 21,5 %. В цілому за даним нозологіям (413 283 померлих) у 2012 р. було проведено 26,7 % розтинів. Загальний показник гіпердіагностики становив 6,1 % або 25 210 від усіх померлих у цій групі хвороб. Найбільша розбіжність у показниках була при ІХС (3,1 %), ЦВХ (1,3 %) і ХПС (1,7 %). Отже, саме ця група хвороб (ІХС, ЦВП і ХПС) завжди повинна верифікуватися дуже ретельно при встановленні посмертного діагнозу в разі відсутності

Таблиця 8

Структура смертності населення України при ішемічній хворобі серця, 2012 р.

Діагноз	абс	%	Розтини	%	б/розтину	%	Δ % *
ІХС, всі форми	297432	100	80387	27,0	217045	73,0	
Атеросклеротична хвороба серця	227938	76,6	45525	56,6	182413	84,0	27,4
Інші форми ІХС	50363	16,9	17719	22,0	32644	15,0	-7,0
ПІМ та деякі його поточні ускладнення	9009	3,0	7838	9,8	1171	0,5	-9,2
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	7632	2,6	7066	8,8	566	0,3	-8,5
Повторний інфаркт міокарда	2490	0,8	2239	2,8	251	0,1	-2,7

патологоанатомічних досліджень або судово-медичної експертизи.

У другій групі причин смерті при ХСК опинилися інші та неуточнені ХСК (шифр МКХ-10 I95-I99) та інші хвороби серця (I30-I52), алкогольна кардіоміопатія (I42.6), всі форми ревматизму (шифри I00-I02; I05-I09), хвороби, що характеризуються підвищенням кров'яного тиску (I10-I15), легеневе серце і порушення легеневого кровообігу (I26-I28). У структурі смертності при ХСК вони становили лише 5,3 % (при розтинах – 9,7 %, без них – 3,6 %). Розтини при цій патології проводяться значно частіше, ніж в попередній групі хвороб – від 36,9 % при інших та неуточнених ХСК та інших хворобах серця і до 92,6 % при алкогольній кардіоміопатії, при усіх формах ревматизму – 45,6 %, при АГ (відповідно до МКХ-10 – хвороби, що характеризуються підвищенням кров'яного тиску) – 80,1 %, в цілому по групі – 50,8 %. Розбіжності в діагнозах у цій групі хвороб відносяться до **гіподіагностики**, в цілому становлять 6 % (1385 пацієнтів), особливо при алкогольній кардіоміопатії (3,5 %), при іншій патології (ревматизм, хвороби, що характеризуються підвищенням кров'яного тиску та легеневе серце і порушення легеневого кровообігу) практично відсутні (менше одного відсотка).

Таким чином, при діагнозах без розтинів **гіпердіагностика** в першій групі хвороб і **гіподіагностика** в другій групі хвороб становить в цілому 6 %. Здавалося б, похибка незначна, але, якщо її виразити у цифрах, то вона стосується 23825 померлих пацієнтів (5,5 %), тому загальна різниця виявляється високо достовірною. Виходячи з таких розрахунків, є всі підстави вважати, що структура смертності при ХСК, яка ґрунтується на середніх даних за результатами розтинів і без них, на теперішній час не відповідає дійсності. Це міф, який треба виправляти шляхом підвищення достовірності посмертної діагностики, яка б ґрунтувалася на даних розтинів – патологоанатомічних досліджень і судово-медичної експертизи, з одного боку, і підвищення рівня клінічної діагностики серед практикуючих лікарів, з другого. В даному разі питання можна вирішувати організаційними заходами. Для відтворення реальної, а не міфічної, структури смертності населення України при провідних класах хвороб, у першу чергу при ХСК, необхідно в усіх областях країни, в містах Києві та Севастополі головним спеціалістам за фахом кардіологія та терапія, провідним фахівцям інших спеціальностей проводити жорстку верифікацію посмертної діагностики у випадках, коли діагноз виставляється без патологоанатомічних досліджень або судово-медичної експертизи. Одночасно, ми вважаємо за необхідне регулярне (один–два рази на рік) проведення в регіонах семінарів і майстер-класів з посмертної діагностики за участю клініцистів, патологоанатомів і судово-медичних експертів. З усіх цих питань бажано мати сертифікати для проведення атестації лікарів.

Далі приведемо аналіз і розрахунки структури смертності за окремими нозологіями ХСК, помилки, які у посмертній діагностиці можуть суттєво впливати на структуру смертності. Найбільш поширеною причиною смерті при ХСК в Україні є ІХС, до структури якої входять атеросклеротична хвороба серця (шифр МКХ-10 I25.1), гострий інфаркт міокарда та деякі його поточні ускладнення (шифри I21; I23), стенокардія та інші форми гострої ІХС (I20; I24) і повторний інфаркт міокарда (**I22**) (табл. 8).

Найчастіше при ІХС як причину смерті діагностують атеросклеротичну хворобу серця. В структурі смерті вона становила 84,0 % без розтину і 56,6 % – при розтинах ($P < 0,0001$). Різниця показників була високо достовірною і становила 20,7 %, тобто у кожному п'ятому випадку діагноз був необґрунтований, що і є яскравим прикладом гіпердіагностики. При всіх

патологоанатомічних досліджень і судово-медичної експертизи, з одного боку, і підвищення рівня клінічної діагностики серед практикуючих лікарів, з другого. В даному разі питання можна вирішувати організаційними заходами. Для відтворення реальної, а не міфічної, структури смертності населення України при провідних класах хвороб, у першу чергу при ХСК, необхідно в усіх областях країни, в містах Києві та Севастополі головним спеціалістам за фахом кардіологія та терапія, провідним фахівцям інших спеціальностей проводити жорстку верифікацію посмертної діагностики у випадках, коли діагноз виставляється без патологоанатомічних досліджень або судово-медичної експертизи. Одночасно, ми вважаємо за необхідне регулярне (один–два рази на рік) проведення в регіонах семінарів і майстер-класів з посмертної діагностики за участю клініцистів, патологоанатомів і судово-медичних експертів. З усіх цих питань бажано мати сертифікати для проведення атестації лікарів.

Таблиця 9

Структура смертності населення України при цереброваскулярній патології, 2012 р.

Діагноз	МКХ-10	абс.	%	Розтини	%	б/розтину	%	Δ % *
ЦВП	I60-I69	92932	100,0	24833	100,0	68099	100,0	–
ГМІ	I60-I62	14980	16,1	11054	44,5	3926	5,8	-38,7
ІМІ	I63-I64.X	26698	28,7	12084	48,7	14614	21,5	-27,2
Інша ЦВП	I65-I67; I69	51254	55,2	1695	6,8	49559	72,8	65,9

інших нозологічних одиницях мова може йти про **гіподіагностику**, а саме при ГІМ та деяких його поточних ускладненнях (9,2 % випадків), при стенокардії та інших формах гострої ІХС (8,5 %). **Гіподіагностика** при гострих формах ІХС і ГІМ разом, за нашими розрахунками, досягає 20,4 % випадків, у тому числі при всіх формах ГІМ – 11,9 %. Очевидно, гіподіагностика цих форм ІХС і гіпердіагностика атеросклеротичної хвороби серця впливає на структуру смертності, зменшуючи реальну структуру більше ніж на 20 %.

Надто складною видається ситуація при ЦВП, коли різниця в структурі при геморагічних мозкових інсультах (ГМІ) за даними розтинів і без них становить майже у вісім разів, при ішемічних мозкових інсультах (ІМІ) – більше ніж у два рази. Розбіжності в структурі при інсультах через очевидну **гіподіагностику** в цілому досягають 65,9 %. Реальну картину віддзеркалює **гіпердіагностика** іншої цереброваскулярної патології – 65,9 % (табл. 9).

Такі розрахунки наводять на думку про необхідність термінового проведення відповідних клініко-епідеміологічних досліджень для встановлення реальної структури смертності в країні при ЦВП. Адже мова йдеться не тільки про ЦВП, але і про ефективність лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією, яких в Україні налічується, за даними офіційної статистики МОЗ України за 2012 рік, 12 29 2 642 осіб.

Хвороби периферичних судин в структурі смерті при серцево-судинній патології посідають третє місце, за різними розрахунками від 4

до 6 %. Розтини при цій патології проводяться у 21,5 % випадків, без розтинів діагноз встановлювався відповідно у 78,5 %. З наведених вище розрахунків витікає, що чим менша частка розтинів, тим вищий рівень гіподіагностики. При хворобах артерій, артеріол і капілярів (ХААК) розтини проводилися в 17,8 %, при атеросклерозі – у 7,6 %, при хворобах вен, флебітах, тромбофлебітах, тромбозах і емболіях кількість розтинів була максимальною і досягала відповідно 75 і 78 %. Першу і провідну позицію в структурі ХПС займають ХААК, серед яких атеросклероз виступає домінуючою причиною смерті. В першому випадку гіпердіагностика має місце у кожному п'ятому випадку, при атеросклерозі – 67,4 % (табл. 10). При хворобах вен, лімфатичних судин та лімфатичних вузлів (ХВ, ЛС та ЛС), при флебітах, тромбофлебітах, тромбозах та емболіях (ФТ, ТЕ), навпаки, має місце **гіподіагностика у межах 30 %** при відсутності розтинів. Смертність при ХПС не може значною мірою впливати на структуру смертності при ХСК, наведені розрахунки дають можливість прогнозувати як гіпер-, так і гіподіагностику в разі відсутності розтинів.

Таким чином, запропонований методичний підхід для аналізу структури загальної смертності при провідних класах хвороб і ХСК дає можливість прогнозувати як гіпердіагностику за тих чи інших класів хвороб, так і гіподіагностику. Гіпердіагностика найбільшою мірою, у разі відсутності розтинів, стосується ХСК і новоутворень. При інших провідних класах хвороб частіше слід чекати гіподіагностики.

Таблиця 10

Структура смертності населення України при хворобах периферичних судин, 2012 р.

Причини смерті	МКХ-10	абс.	%	Розтини	%	б/розтину	%	Δ % *
ХПС	I70-I89	22919	100	4922	100	17997	100	
ХААК	I70-I79	21450	93,6	3816	77,5	17634	98,0	20,5
Атеросклероз	I70	18822	87,7	1437	29,2	17385	96,6	67,4
ХВ, ЛС та ЛВ	I80-I89	1469	6,4	1106	22,5	363	2,0	-20,5
ФТ, ТЕ	I80; I81.X; I82	1237	84,2	960	86,8	277	76,3	-10,5

При ХСК найбільший внесок у гіпердіагностику вносять ІХС (3,1 %), ЦВП (1,3 %) і ХПС (1,7 %) – загалом у 413 283 осіб (6,1 % усіх померлих від цих причин). При всіх інших ХСК в разі відсутності розтинів спостерігається гіподіагностика – 23 161 осіб (6,0 % усіх померлих). Це означає, що на якісну і достовірну структуру смертності ХСК значно більший вплив має помилкова гіпердіагностика, ніж гіподіагностика. Кожній нозології (ІХС, ЦВП і ХПС) притаманна своя патологія як для гіпердіагностики, так і гіподіагностики.

Література

1. Амосова Е.Н. От лечения атеросклероза к модификации прогноза: фокус на липидснижающую терапию. Часть I // Серце і судин.– 2011.– №1 (33).– С. 6–19.
2. Коваленко В.М. Інноваційні наукові технології в кардіології // Журнал Національної Академії медичних наук.– 2011.– №17 (1).– С. 7–10.
3. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., Дорогой А.П. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. кардіол. журн.– 2010.– Додаток1.– С. 6–12.
4. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітично-статистичний посібник) / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького.– К., 2009.– 147 с.
5. Наукові засади Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні. Збірник наукових праць / За ред. В.М. Коваленка.– К., 2010.– 325 с.
6. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам // Документ доступний на сайті <http://www.heartststs.org>.
7. Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая.– К.: Моріон, 2011.– 408 с.
8. Rosamond W., Flegal K., Furie K. et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee // Circulation.– 2008.– Vol. 117.– P. 25–146.