

Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні

В.М. Коваленко, А.П. Дорогой

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

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *хронічні неінфекційні хвороби, серцево-судинні захворювання, смертність, тривалість життя, втрати трудового потенціалу*

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), неінфекційні захворювання (НІЗ) в XXI столітті стали одною із головних проблем для систем охорони здоров'я, негативно впливають на сталий розвиток і соціально-економічну структуру країн світу. Одночасно вони являються також найбільш поширеною причиною смерті. В 2012 р. з 56 мільйонів смертей – 38 (68 %) обумовлені НІЗ, з яких 16 мільйонів (40 %) були передчасними, не доживши до 70 років. Боротьба з епідемією НІЗ і факторами ризику їх розвитку дозволяє врятувати мільйони людських життів і зменшити стрімко зростаючі витрати на медичну допомогу. В разі бездіяльності, за прогнозами до 2030 р., НІЗ щорічно будуть причиною 52 мільйонів смертей.

Мета дослідження – дослідити структуру, динаміку смертності, тривалість життя і втрати трудового потенціалу при хворобах системи кровообігу (ХСК) за 2005–2015 рр. та визначити пріоритетні соціально обґрунтовані напрямки подальшого розвитку кардіологічної служби.

Матеріал і методи

Матеріалами для дослідження були дані офіційної інформації Державного Комітету статистики України та ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України про розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті за 2005–2015 рр. Проведено аналіз динаміки показників смертності та структури в міських поселеннях і сільській місцевості, серед чоловіків і жінок при ХСК. Розраховували структуру смерті на основі розтинів і без них, загальну тривалість життя померлих та перший компо-

нент сумарного показника тягаря хвороб DALYs (Disability Adjusted Life Years) – втрачені роки життя (ВРЖ) в результаті передчасної смерті (Years of Life Lost – YLL) серед економічно активного населення (ЕАН). До ЕАН, згідно з концепцією робочої сили, відносять осіб обох статей віком 15–70 років, які протягом певного періоду забезпечують пропозицію робочої сили для виробництва товарів та послуг. Серед них виділяли економічно активне населення працездатного віку (16–59 років для чоловіків, 16–54 – для жінок) і старше працездатного віку (60–69 років для чоловіків, 55–69 – для жінок). Економічно активними вважаються особи, зайняті економічною діяльністю, та безробітні. Для оцінки рівня надання медичної допомоги аналізували кількість померлих від окремих нозологій в стаціонарах та поза межами лікувальних закладів. Позастаціонарну смерть аналізували як важливий компонент проблеми раптової серцевої смерті (РСС).

Розрахунки проводили стандартизованими методами з використанням Excel.

Результати та їх обговорення

Свого часу було започатковано і виконано «Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» (1999–2010), затверджену Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99, міжгалузева програма «Здоров'я нації», підставою для виконання якої була постановка кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14, «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр.», затвер-

Таблиця 1

Динаміка показників смертності населення України від усіх причин

Роки	Міські поселення та сільська місцевість		Міські поселення		Сільська місцевість	
	Осіб	на 100 тис. в/н	Осіб	на 100 тис. в/н	Осіб	на 100 тис. в/н
2005	781961	1660,031	471561	1476,235	310400	2047,264
2006	758092	1620,277	461774	1451,006	296318	1980,285
2007	762877	1640,264	466253	1469,759	296624	2006,073
2008	754460	1630,976	462897	1463,568	291563	1992,883
2009	706739	1534,610	432294	1369,936	274445	1893,043
Δ, 2009–2005, %	–9,6	–7,6	–8,3	–7,2	–11,6	–7,5
2010	698235	1522,179	431130	1369,396	267105	1856,504
2011	664588	1454,047	411025	1308,527	253563	1773,810
2012	663139	1454,465	411787	1312,321	251352	1768,238
2013	662368	1456,085	412553	1315,644	249815	1767,708
2014	632296	1470,414	391739	1318,672	240557	1809,500
Δ, 2014–2010, %	–9,4	–3,4	–9,1	–3,7	–9,9	–2,5
Δ, 2014–2005, %	19,1	–11,4	–16,9	–10,7	–22,5	–11,6
2015	594796	1487,073	358749	1320,055	236047	1804,710
Δ, 2015–2014, %	–5,9	1,1	–8,4	0,1	–1,9	–0,3

Примітка. в/н – відповідне населення. Те саме в табл. 5.

джена постановою Кабінету Міністрів від 31 травня 2006 р. № 761. Замовником названих програм виступило Міністерство охорони здоров'я України. Фінансове забезпечення та відповідний контроль дали можливість ефективно впровадити в практичну діяльність лікувально-профілактичних закладів країни виконання названих програм. Отримані результати за принципами клінічної епідеміології можна поділити на короткострокові (1–3 роки) і довгострокові (3–5 років і більше). До короткострокових результатів належать виявлення базових факторів ризику, формування груп пацієнтів з різним кардіоваскулярним ризиком, своєчасна діагностика та надання первинної медико-санітарної допомоги, до довгострокових (віддалених) – заходи вторинної профілактики (лікування) з метою запобігання передчасному розвитку ускладнень і смерті від них. За перші роки виконання Програми діагностика артеріальної гіпертензії зросла з 9,7 до 32 %, поліпшилася медична інфраструктура (ліки, обладнання, логістика, медичний сервіс тощо), спостерігається позитивна динаміка показників смертності, тривалості життя та первинної інвалідності.

Таким чином, були закладені міцні підвалини для подальшого розвитку кардіології. Вже з 2005 р. показники смертності від усіх причин та ХСК, вперше за часів незалежності України,

почали зменшуватися. Тому розрахунки показників в дослідженні проведені порівняно з 2005 р. через кожні п'ять років (2005–2009 і 2010–2014 рр.), окремо за 2015 рік.

Смертність за останні 10 років в Україні зменшилася на 19,1 % в абсолютних одиницях, на 11,4 % в стандартизованих показниках, в містах – відповідно на 16,9 і 10,7 %, в селах – на 22,5 і 11,6 %, у чоловіків – на 21,0 і 15,8 %, у жінок – на 15,0 і 6,8 % (табл. 1). Характерно, що зменшення стандартизованих показників смерті за перші 5 років було більшим, ніж за інші в два рази. З 2012 до 2015 рр. стандартизовані показники поступово почали збільшуватися. Погіршення показників за останні роки збіглося з економічною кризою, з військовим конфліктом на сході України та з погіршенням психологічного стану населення на тлі розвитку тривожно-депресивних розладів.

У сільській місцевості стандартизовані показники загальної смертності в 2005 р. були на 38,7 % вищими, ніж у міських поселеннях, в 2010 р. – на 35,6 %, в 2014 р. – на 37,2 %, в 2015 р. – на 36,7 % (у чоловіків – на 27,5 %, у жінок – на 45,9 %). Отже, показники смерті від усіх причин у сільській місцевості більше ніж на третину перевищують відповідні показники в міських поселеннях.

Загальна тривалість життя померлих від усіх причин (табл. 2) за перші п'ять років збільшила-

Таблиця 2

Динаміка загальної тривалості життя населення України, померлого від усіх причин

Роки	Всі поселення		Міські поселення		Сільська місцевість	
	п*	Тж, роки	п	Тж, роки	п	Тж, роки
2005	781776	67,7	471388	66,6	310688	69,5
2009	706693	69,2	432256	68,4	274437	70,5
Δ, 2009–2005, %*	-9,6	1,5	-8,3	1,8	-11,7	1,1
2010	698207	70,5	431107	69,2	267100	71,2
2014	632161	70,6	391616	69,9	240545	71,8
Δ, 2014–2010, %	-9,5	0,2	-9,2	0,7	-9,9	0,6
Δ, 2014–2005, %	-19,1	2,9	-16,9	3,3	-22,6	2,4
2015	594715	71,1	358677	70,5	236038	72,1
Δ, 2015–2014, %	-5,9	0,5	-8,4	0,6	-1,9	0,2

Примітка. * різниця померлих (п) в %; Тж – тривалість життя, в роках; п* – померлі без встановленого віку не враховані.

Таблиця 3

Динаміка структури смерті серед усього населення України при провідних класах хвороб

Класи хвороб	2005 рік		2009 рік		2010 рік		2015 рік	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Всі причини	781961	100,0	706739	100	698235	100	594796	100
Клас IX. ХСК	488769	62,5	460609	65,2	465093	66,6	404551	68,0
Клас II. Новоутворення	91849	11,7	88605	12,5	88767	12,7	79530	13,4
Клас XX. ЗПС	69954	8,9	48937	6,9	43955	6,3	34569	5,8
Клас XI. ХОТ	31692	4,1	30079	4,3	26817	3,8	22818	3,8
Клас X. ХОД	27998	3,6	21089	3,0	19480	2,8	13951	2,3
Клас 1. ДІПХ	17245	2,2	15137	2,1	14642	2,1	14642	2,5
Всі інші класи хвороб	54454	7,0	42283	6,0	39481	5,7	24735	4,2

ся на 1,5 року, за наступні – на 0,2, в містах – на 1,8 і 0,7 року, в селах – на 1,1 і 0,6 року. В 2015 р. тривалість життя продовжувала збільшуватися порівняно з 2014 р. більше в міських поселеннях, ніж у сільській місцевості, проте в сільській місцевості тривалість життя на теперішній час вища (72,1 року), ніж у міських поселеннях (70,5 року). Збільшення тривалості життя тісно пов'язане зі зменшенням питомої ваги померлих у працездатному віці від 24,6 % в 2005 р. до 18,7 % в 2015 р. З 2010 р. Україна вперше приєдналася до когорти країн, середня тривалість життя населення в яких перевищує 70 років.

Найбільша очікувана тривалість життя у світі (2012) – у жінок Японії (87 років), далі в Іспанії – (85,1 року), Швейцарії і Сінгапурі – по 85,1 року, у чоловіків (80 років і більше) – в Ісландії (81,2 року), Швейцарії (80,7 року) і Австралії (80,5 року). В країнах з високим рівнем прибутків очікувана тривалість життя значною мірою зумовлена успішною боротьбою з НІЗ, контролем

артеріального тиску та зменшенням вживання тютюну [2].

Для визначення пріоритетних напрямків впливу для зміцнення здоров'я прийнято аналізувати структуру смертності населення при провідних класах хвороб. У зв'язку з інертністю показників смертності, динаміка структури розрахована за кожні п'ять років (табл. 3).

На шість класів хвороб припадало 93–95,8 % померлих від усіх причин. Перше місце в структурі загальної смертності стабільно посідають ХСК, питома вага їх збільшилася від 62,5 % (2005) до 68,0 % (2015). На другому місці – новоутворення, питома вага яких також збільшилася від 11,7 до 13,4 %. При деяких інфекційних та паразитарних хворобах (ДІПХ) питома вага зросла з 2,1 до 2,5 %. При інших класах хвороб питома вага в структурі смерті зменшилася: при зовнішніх причинах смерті (ЗПС) з 8,9 до 5,8 %, при хворобах органів травлення (ХОТ) з 4,1 до 3,8 % та при хворобах органів дихання (ХОД) – з 3,6 до 2,3 %, при всіх

Таблиця 4

Динаміка структури смерті серед працездатного населення України при провідних класах хвороб

Класи хвороб	2005 рік		2009 рік		2010 рік		2015 рік	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Всі причини	192122	100	155858	100	141278	100	111494	100,0
ХСК	55614	28,9	45866	29,4	42168	29,8	35422	31,8
ЗПС	51320	26,7	35401	22,7	31058	22,0	23817	21,4
Новоутворення	26673	13,9	25645	16,5	24863	17,6	20403	18,3
ХОТ	19187	10,0	17716	11,4	14672	10,4	11763	10,6
ДІПХ	14937	7,8	13314	8,5	12811	9,1	8345	7,5
ХОД	8501	4,4	6634	4,3	5497	3,9	4456	4,0
Всі інші класи хвороб	15890	8,3	11282	7,2	10209	7,2	7288	6,5

інших хворобах з 7,0 до 4,2 %. Отже, в структурі загальної смерті ХСК досягли 68,0 %, що відповідає серед інших класів хвороб найвищому тягарю впливу на громадське здоров'я і розвиток суспільства.

В табл. 4 наведена структура смерті населення України при провідних класах хвороб в працездатному віці, аналіз якої має важливе соціально-економічне значення і відображає структуру втрат трудового потенціалу країни. На провідні класи хвороб припадало в працездатному віці від 91,7 до 93,5 % усіх померлих. Першу позицію в структурі займають ХСК, другу – ЗПС, новоутворення перемістилися на третє місце. ХОТ залишилися на четвертому місці, а ДІПХ піднялися на п'яту сходинку, потіснивши ХОД на шосте місце.

При ХСК питома вага померлих працездатного віку зросла з 28,9 до 31,8 %, при новоутвореннях – з 13,9 до 18,3 %, при ЗПС, ДІПХ, ХОД зменшилася, при ХОТ не змінилася.

Таким чином, тягар втрат від передчасної смерті при ХСК найвищий, що становить соціально-економічний виклик для країни. Виділення коштів для боротьби з ХСК слід розглядати як інвестиції в розвиток країни, зміцнення обороноздатності і здоров'я нації. Згідно з Законом України від 23.12.2015 р. № 928-VIII, яким затверджено Державний бюджет України на 2016 р., загальна сума виділених коштів на систему охорони здоров'я України в 2016 р., включаючи медичну субвенцію та видатки із загального та спеціального фондів, буде зменшено порівняно з 2015 р. на 1 мільярд 338 мільйонів 347 тисяч 300 грн. Зменшення фінансування медичної галузі неодмінно приведе до прямого гальмування розвитку країни.

Динаміка показників смерті при ХСК міститься в табл. 5, з якої видно, що стандартизо-

вані показники за 10 років зменшилися на 4,6 %, в містах – на 3,6 %, в селах – на 4,9 %, в абсолютних числах – на 12,9; 10,3 і 16,6 % відповідно. З 2012 р. стандартизовані показники смертності знову почали зростати, з 2014 по 2015 роки – на 2 % (в містах – на 0,8 %, в селах – на 0,1 %). В сільській місцевості стандартизовані показники смерті були в 2005 р. вищими, ніж в міських поселеннях на 49,2, в 2015 р. – на 46,3 %. Збільшення вартості лікарських засобів, зубожіння, зменшення доступності в сільській місцевості до кваліфікованої медичної допомоги, постаріння населення і коморбідність патології відображаються на показниках смерті.

Розглянемо далі динаміку тривалості життя померлих від ХСК (табл. 6). За 10 останніх років тривалість життя померлих від ХСК зросла на 2,6 року, хоча темпи зростання в останні 5 років стали повільнішими. Тривалість життя в сільській місцевості вища, ніж в міських поселеннях. На зростання тривалості життя вплинуло зменшення з 2005 до 2015 року питомої ваги померлих працездатного віку при ХСК з 11,4 до 8,8 % відповідно, при ішемічній хворобі серця (ІХС) – з 9,3 до 6,8 %, при цереброваскулярних хворобах (ЦВХ) – з 10,1 до 8,7 %.

У табл. 7 наведені розрахункові дані про нозологічну структуру смерті при ХСК. Перше місце традиційно займає ІХС, питома вага якої за 10 років зросла з 66,6 в 2005 р. до 68,9 % в 2015 р.

Спостерігають тенденцію до зростання питомої ваги смертності при інших хворобах серця (код І30-І52), переважно за рахунок алкогольних кардіоміопатій (І42.6), при хворобах, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском (код І10-І15), що свідчить про послаблення контролю артеріального тиску серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ). Питома вага ЦВХ

Таблиця 5

Динаміка показників смертності серед всього населення України при ХСК

Роки	Міські поселення та сільська місцевість		Міські поселення		Сільська місцевість	
	осіб	на 100 тис. в/н	осіб	на 100 тис. в/н	осіб	на 100 тис. в/н
2005	488769	1037,612	286104	895,656	202665	1336,691
2006	480780	1027,576	284453	893,821	196327	1312,048
2007	480624	1033,391	286250	902,339	194374	1314,555
2008	480120	1037,914	286799	906,789	193321	1321,382
2009	460609	1000,164	274392	869,546	186217	1284,471
Δ, 2009–2005, %	-5,8	-3,6	-4,1	-2,9	-8,1	-3,9
2010	465093	1013,921	279664	888,296	185429	1288,818
2011	440346	963,430	264366	841,628	175980	1231,075
2012	436444	957,254	262853	837,685	173591	1221,197
2013	440368	968,062	266286	849,194	174082	1231,816
2014	425607	989,756	256541	863,568	169066	1271,735
Δ, 2014–2010, %	-8,5	-2,4	-8,3	-2,8	-8,8	-1,3
Δ, 2014–2005, %	-12,9	-4,6	-10,3	-3,6	-16,6	-4,9
2015	404551	1009,465	237849	870,578	166702	1273,601
Δ, 2015–2014, %	-4,9	2,0	-7,3	0,8	-1,4	0,1

Таблиця 6

Динаміка тривалості життя населення України, померлого від ХСК

Роки	Всі поселення		Міські поселення		Сільська місцевість	
	п*	Тж, роки	п	Тж, роки	п	Тж, роки
2005	488721	73,6	286060	73,0	202661	74,4
2006	480740	73,9	284418	73,3	196322	74,7
2007	480587	73,9	286219	73,4	194368	74,6
2008	480076	74,1	286760	73,7	193316	74,7
2009	460602	75,0	274386	74,6	186216	75,6
Δ, 2009–2005, %	-5,8	1,4	-4,1	1,6	-8,1	1,1
2010	465089	75,5	279660	75,1	185429	76,1
2011	440340	75,7	264363	75,3	175977	76,4
2012	436425	75,8	262838	75,4	173587	76,5
2013	440362	76,0	266281	75,6	174081	76,6
2014	425574	76,1	256511	75,7	169063	76,8
Δ, 2014–2010, %	-8,5	0,6	-8,3	0,6	-8,8	0,7
Δ, 2014–2005, %	-12,9	2,6	-10,3	2,6	-16,6	2,2
2015	404543	76,3	237842	75,9	166701	76,9
Δ, 2015–2014, %	-4,9	0,2	-7,3	0,2	-1,4	0,1

Таблиця 7

Динаміка структури смерті серед всього населення України при ХСК

Хвороби	Коди	2005 рік		2009 рік		2010 рік		2015 рік	
		Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
ХСК	I00-I99	488769	100,0	460609	100,0	465093	100,0	404551	100,0
ІХС	I20-I25	325591	66,6	310982	67,5	314672	67,7	278714	68,9
ЦВХ	I60-I69	104983	21,5	100482	21,8	101349	21,8	79775	19,7
ХААК	I70-I79	29993	6,1	24079	5,2	23942	5,1	21902	5,4
Інші хвороби серця	I30-I52	20839	4,3	20472	4,4	20540	4,4	20345	5,0
ХВ ЛС та ЛВ, не КвіР	I80-I89	1129	0,2	1236	0,3	1345	0,3	520	0,1
ХРХС	I05-I09	1831	0,4	1443	0,3	1334	0,3	727	0,2
ЛС і ПЛК	I26-I28	1265	0,3	980	0,2	972	0,2	1211	0,3
ХЩХПКТ	I10-I15	615	0,1	597	0,1	660	0,1	1331	0,3
Інші та не уточнені ХСК	I95-I99	2412	0,5	295	0,1	245	0,1	13	0,003
ГРГ	I00-I02	111	0,02	43	0,01	34	0,01	13	0,003

Таблиця 8

Динаміка структури смерті серед працездатного населення України при ХСК

Хвороби	2005 р.		2009 р.		2010 р.		2015 р.	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
ХСК	55614	100	45866	100	42168	100	35422	100
ІХС	30223	54,3	24807	54,1	23100	54,8	19074	53,8
Інші хвороби серця	11436	20,6	9074	19,8	7711	18,3	7296	20,6
ЦВХ	10574	19,0	9187	20,0	8760	20,8	6961	19,7
ХААК	1217	2,2	1044	2,3	923	2,2	817	2,3
ЛС і ПЛК	552	1,0	425	0,9	388	0,9	439	1,2
ХВ ЛС ЛВ	447	0,8	465	1,0	480	1,1	392	1,1
ХРХС	809	1,5	566	1,2	528	1,3	228	0,6
ХЩХПКТ	270	0,5	269	0,6	251	0,6	207	0,6
ГРЛ	61	0,1	22	0,05	23	0,055	5	0,014
Інші та неуточнені ХСК*	25	0,04	7	0,02	4	0,009	3	0,008

Таблиця 9

Структура смерті серед всього населення України при ІХС (2015)

Хвороби	Коди	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
ІХС	I20-I25	278714	100,0	121276	100,0	157438	100,0
Хронічна ІХС	I25	263522	94,5	111679	92,1	151843	96,4
ГІМ	I21	7626	2,7	4204	3,5	3422	2,2
Інші форми гострої ІХС	I24	5078	1,8	3767	3,1	1311	0,8
Повторний ІМ	I22	2344	0,8	1543	1,3	801	0,5
Деякі поточні ускладнення ГІМ	I23	93	0,03	54	0,04	39	0,02
Стенокардія (грудна жаба)	I20	51	0,02	29	0,02	22	0,01

зменшилася від 21,5 % в 2005 р. до 19,7 % в 2015 р. Зменшилася питома вага померлих при хворобах артерій, артеріол та капілярів (ХААК, код I70-I79), хворобах вен, лімфатичних судин та лімфатичних вузлів (ХВ ЛС ЛВ, код I80-I99) і гострій ревматичній лихоманці (ГРЛ) (код I00-I02).

Структура смерті серед працездатного населення країни при ХСК за останніх 10 років зменшилася при ІХС, ЦВХ та ХААК, збільшилася при ХВ ЛС ЛВ, переважно за рахунок флебітів і тромбофлебітів (код I80), при легеневому серці і порушенню легеневого кровообігу (ЛС ПЛК, код I26-I28) та при ХЩХПКТ. Отже, найбільше медико-соціальне навантаження при ХСК серед працездатних займає ІХС (53,8 %), на другій сходинці – інші хвороби серця (20,6 %), на третій – ЦВХ (19,7 %).

У структурі смерті при ІХС (табл. 9) в 2015 р. домінували хронічні форми ІХС – 94,5 % (у чоловіків 92,1, у жінок 96,4 %), гострі форми склали 5,5 % (гострий інфаркт міокарда (ГІМ), коди I21 та I23 – 2,8 %), у чоловіків – 7,9 % (ГІМ,

коди I21 та I23 – 3,5 %), у жінок – 3,6 % (ГІМ, коди I21 та I23 – 2,2 %).

При ІХС в працездатному віці перше місце по смертності (2015) займала хронічна форма ІХС (код I25) – 74,3 % (чоловіки – 74,5 %, жінки – 72,5 %), гострі форми ІХС становили 25,7 % (чоловіки – 25,5 %, жінки – 27,5 %). Отже, загальний рівень смертності при ІХС визначали хронічні форми. Провідне місце серед них займала атеросклеротична хвороба серця (код I25.1) – 81,1 % (у чоловіків – 78,4 %, у жінок – 83,1 %).

У загальній структурі смерті при ХСК атеросклеротична хвороба серця, встановлена на основі розтинів, займала 31,3 %, без розтинів – 59,3 % ($p < 0,01$). Отже, гіпердіагностика цієї форми хронічної ІХС, встановленої без розтинів, в два рази перевищувала діагностику на основі розтинів.

До інших форм хронічної ІХС, крім атеросклеротичної хвороби серця, відносять не чітко визначені стани, такі як атеросклеротична серцево-судинна хвороба (код I25.0), перенесений в

Таблиця 10

Структура смертності серед всього населення України при хронічній ІХС (2015)

Хвороби	Коди	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Хронічна ІХС	I25	263522	100,0	111679	100,0	151843	100,0
Атеросклеротична хвороба серця	I25.1	213789	81,1	87599	78,4	126190	83,1
Хронічна ІХС, не уточнена	I25.9	17068	6,5	7489	6,7	9579	6,3
Інші форми хронічної ІХС (РСС)	I25.8	15253	5,8	7430	6,7	7823	5,2
Атеросклеротична серцево-судинна хвороба, так описана	I25.0	10300	3,9	4407	3,9	5893	3,9
Перенесений у минулому ІМ	I25.2	6435	2,4	4312	3,9	2123	1,4
Ішемічна кардіоміопатія	I25.5	439	0,2	282	0,3	157	0,1
Аневризма серця	I25.3	164	0,1	110	0,1	54	0,04
Аневризма вінцевої (коронарної) артерії	I25.4	20	0,01	10	0,01	10	0,01
Безсимптомна ішемія міокарда	I25.6	54	0,02	40	0,04	14	0,01

Таблиця 11

Структура смертності населення України при ХСК в результаті розтинів і без них (2015)

Хвороби	Всі померлі		З розтинами		Без розтинів	
	п	%	п	%	п	%
Всі причини	594796	100	188450	100	406346	100
ХСК	404551	68,0	93640	49,7	310911	76,5
ІХС	278714	68,9	58916	62,9	219798	70,7
Атеросклеротична ХС	213789	52,8	29323	31,3	184466	59,3
Стенокардія та іф ГІХС	5129	1,3	4602	4,9	527	0,2
ГІМ та ДІПУ	7719	1,9	6566	7,0	1153	0,4
Повторний ІМ	2344	0,6	2038	2,2	306	0,1
Інші форми ХІХС	49733	12,3	16387	17,5	33346	10,7
ЛС та ПЛК	1211	0,3	624	0,7	587	0,2
Алкогольна КМП	3414	0,8	3043	3,2	371	0,1
Геморагічні МІ	11952	3,0	8593	9,2	3359	1,1
Ішемічні МІ	21801	5,4	10410	11,1	11391	3,7
Інші ЦВХ	46022	11,4	1893	2,0	44129	14,2
ЦВХ	79775	19,7	20896	22,3	58879	18,9

минулому інфаркт міокарда (код I25.2), аневризма серця (код I25.3), аневризма коронарної артерії (код I25.4), ішемічна кардіоміопатія (код I25.5) та інші (табл. 10), які в структурі смертності при хронічній ІХС становили 18,9 %.

У загальній структурі смертності при ХСК названі форми хронічної ІХС, встановлені на основі розтинів, займали 17,5 %, без розтинів – 10,7 %. У цьому випадку йдеться про гіподіагностику, яка досягає 38,7 % ($p < 0,05$).

Загальну структуру смертності при ХСК на основі розтинів і без них за 2015 р. наведено в табл. 11.

Діагнози померлих від усіх причин на основі патологоанатомічних досліджень в 2015 р. були встановлені у 31,7 % випадків, при ХСК – у 23,1 %. Отже, діагнози без секційних досліджень

встановлювали в 68,3 і 76,9 % випадків відповідно ($p < 0,01$).

У структурі загальної смерті ХСК за даними розтинів становили 49,7 %, без розтинів – 76,5 % ($p < 0,001$). Отже, ХСК в загальній структурі смерті, при розрахунках за даними розтинів, становлять 49,7 %, що повністю збігається з даними країн Європейського Союзу. Відповідні дані без розтинів (76,5 %) завищені в 1,5 разу.

За окремими нозологіями, в разі відсутності патологоанатомічних досліджень, гіпердіагностику спостерігали при ІХС, атеросклеротичній хворобі серця (код I25.1) у 2 рази та при інших ЦВХ (код I67) в 7 разів.

При проведених патологоанатомічних дослідженнях структура смерті вказує на гіпо-

Таблиця 12

Динаміка втрачених років життя в економічно активному віці серед населення України від усіх причин і ХСК

Хвороби	Роки	ЕАН		ЕАН ПЦ		ЕАН ст. ПЦ	
		16–69, ВРЖ	16–59, врж	% від ЕАН	60–69, ВРЖ	% від ЕАН	
Всі причини	2005	5 529 517	2 532 920	45,8	2 996 598	54,2	
	2015	3 245 189	1 373 439	42,3	1 871 750	57,7	
	Δ, %	-41,3	-45,8	-3,5	-37,5	3,5	
ХСК	2005	1 642 187	526 947	32,1	1 115 240	67,9	
	2015	1 052 856	319 869	30,4	732 988	69,6	
	Δ, %	-35,9	-39,3	-1,7	-34,3	1,7	

діагностику при таких нозологіях, як стенокардія (код I20) та інші форми гострої ІХС (код I24) в 29 разів (!), при ГІМ (код I21) та деяких поточних ускладненнях (код I23) – відповідно в 18,9 та 22,1 разу, алкогольної кардіоміопатії (КМП) (код I42.6) – в 27,2 разу. Це високо достовірні розбіжності, які спотворюють справжню статистику в кардіології.

У зв'язку з цим ми хотіли привернути увагу на питому вагу померлих дорослих 18 років і старше в стаціонарах. При ХСК вона становила в 2013 р. 14,5 %, в 2014 – 13,0 %, тобто спостерігали тенденцію до зменшення рівня госпіталізації. В умовах тотального скорочення ліжкового фонду така тенденція може стати загрозливою. В Японії показники госпіталізації сягають 80–85 %.

Надто високий відсоток померлих при ХСК на догоспітальному етапі мінімізує надання кваліфікованої медичної допомоги. При ІХС поза стаціонарами помирає більше 91,2 % пацієнтів, при гострих її формах – 94,4 %, при ГІМ – 39 %.

Одною з причин низького рівня госпіталізації може бути високий відсоток раптової серцевої смерті на догоспітальному етапі, яка на 60–80, а подекуди до 90 % обумовлена ІХС (J. Ruskin, 1998), дилатаційною КМП та хронічною серцевою недостатністю (ХСН) разом становлять більше 90 % раптових смертей у світі.

Медико-соціальний тягар передчасної РСС за показником ВРЖ в інтервалі 16–59 років при стенокардії (код I20), інших формах гострої ІХС (код I24) та інших хворобах серця (коди I30-I52) в Україні (2014) перевищував втрати від ГІМ та мозкових інсультів разом взятих (160 800 і 79 499 ВРЖ).

В оновлених рекомендаціях Європейської спілки кардіологів по лікуванню пацієнтів з шлуночковими порушеннями ритму і профілактиці РСС підкреслюється, що при ХСК в світі РСС трапляється в 25 % випадків. Тому її

на сучасному етапі розглядають як один із найважливіших резервів зменшення смертності. До головних причин РСС відносять ІХС, КМП, вади клапанів серця, серцеву недостатність, спадкові каналопатії, шлуночкові порушення ритму. Своєчасна діагностика та адекватне лікування ІХС дозволяє зменшити РСС на 40 %. В аритмології попередження РСС вважають «філософським каменем» проблеми [1, 4].

Смертність від ІХС в 2014 р. порівняно з 2005 р. зменшилася на 1,9 % (з 691,2 до 677,8 на 100 тис. всього населення). В міських поселеннях показники збільшилися на 1,3 % (від 563,4 до 570,5 на 100 тис. відповідного населення), в сільській місцевості, навпаки, зменшилися на 4,5 % (від 960,4 до 917,3 на 100 тис. відповідного населення). З 2012 р. стандартизовані показники смертності від ІХС почали зростати. В 2015 р. вони були вищими, ніж в попередньому році на 3,7 % (в містах – на 2,6 %, в селах – на 0,9 %).

На другій позиції в структурі смерті при ХСК були інші хвороби серця (20,6 %), на третій – ЦВХ (19,7 %). Смертність від ЦВХ з 2005 до 2014 року зменшилася на 8,3 % (від 222,9 до 204,4 на 100 тис. всього населення), в міських поселеннях – на 11,1 %, в сільській місцевості – на 1,5 %. В 2015 р. показники були кращими за попередній рік на 10,1 % (в містах – на 12,2 %, в селах – на 5,5 %). За цей період утримувалася позитивна динаміка смертності від усіх форм мозкових інсультів. Стандартизовані показники смертності в 2014 р. порівняно з 2005 р. зменшилися на 11,1 % (в міських поселеннях – на 12,7 %, в сільській місцевості – на 7,7 %).

Для визначення сумарного тягара ХСК ми проводимо моніторинг ВРЖ (перший компонент сумарного показника DALYs) в результаті передчасної смерті в економічно активному віці, дані якого містяться в *табл. 12*.

За останні 10 років показники ВРЖ при всіх причинах смерті в цілому серед ЕАН зменшилися на 41,3 %, серед працездатних – на 45,8 %, в старшому віці – на 37,5 %, при ХСК – на 35,9; 39,3; 34,3 % відповідно. Отже, найвагоміші базові соціально-економічні показники діяльності галузі свідчать про позитивну динаміку.

При ХСК найбільша кількість ВРЖ серед ЕАН припадала в 2015 р. на ІХС – 595 950 (56,6 %), на ЦВХ – 20,0 %, на інші хвороби серця – 17,9 %. При ІХС на атеросклеротичну хворобу серця припадало 327 940 ВРЖ (55,0 %), на інші форми хронічної ІХС – 137 415 (231 %), на всі форми ГІМ – 50 448 (8,5 %).

За період з 2005 до 2015 року показники смертності від усіх причин і ХСК зменшилися, збільшилася тривалість життя при всіх причинах смерті від 67,7 до 71,1 року, при ХСК – від 73,6 до 76,3 року, зменшилася питома вага померлих працездатного віку з 24,6 до 18,7 % і з 11,4 до 8,8 % відповідно.

Зменшилася кількість ВРЖ в економічно активному віці на 41,3 % при всіх причинах смерті і на 35,9 % при ХСК.

Встановлено високий рівень позастанційної смерті при ХСК – 87,0 % (2014), при ІХС – 91,2 %, при ГІМ – 39 %, значна частина із яких припадає на РСС.

Зберігаються великі розбіжності в структурі смертності, розрахованої на основі патологоанатомічних досліджень і без них, що спотворює справжню нозологічну структуру смертності в Україні

Таким чином, серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною смерті. У світі серед 17,5 мільйона померлих від ССЗ (2012) 7,4 мільйона (42,3 %) страждали ІХС, 6,7 мільйона (38,3 %) померли від інсультів. Більшість ССЗ можна попереджати шляхом прийняття заходів впливу на популяційному рівні і в межах територіальних громад щодо таких факторів ризику, як тютюнопаління, нераціональне харчування і ожиріння, фізична інертність, шкідливе вживання алкоголю, артеріальна гіпертензія, діабет, гіперліпідемія. Доведено, що відмова від паління, зменшення вживання солі (менше 5 г на добу), збільшення овочів і фруктів, регулярна фізична активність, запобігання шкідливому впливу вживання алкоголю зменшує ризик розвитку ССЗ. Серед визначальних факторів розвитку ССЗ виділяють ще спадковість, стрес і злидні.

На нашу думку, в основу подальшої стратегії в боротьбі з ССЗ можуть бути покладені рекомендації ВООЗ. Так, в 2013 р. всі 194 країни-члени ВООЗ на Всесвітній Асамблеї Охорони Здоров'я досягли згоди щодо глобальних механізмів зменшення тягаря від НІЗ, розробили «Глобальний план дій щодо профілактики НІЗ і боротьби з ними» на 2013–2020 роки». Узгоджено дев'ять добровільних глобальних цілей, які повинні бути досягнуті до 2025 р. В передмові «Доповіді про ситуацію в області неінфекційних захворювань у світі 2014» «Досягнення дев'яти глобальних цілей щодо НІЗ, спільна відповідальність» Генеральний директор ВООЗ д-р Маргарет Чен зазначила, що «Світ досяг критичної точки в історії боротьби з неінфекційними захворюваннями і в наш час має безпрецедентну можливість змінити її розвиток». На презентації названої доповіді 19 січня 2015 р. (м. Женева) д-р Маргарет Чен додала, що інвестиція всього 1–3 долари США на одну людину в рік може різко скоротити захворюваність і смертність від НІЗ. В іншому випадку мільйони людей і надалі будуть іти з життя дуже рано.

Вважаємо, що такі глобальні цілі стануть дорожньою картою для подальшого розвитку кардіології в Україні. Враховуючи важливість проблеми, ми наводимо їх відповідно до тексту доповіді ВООЗ «Доповідь про ситуацію в галузі неінфекційних захворювань у світі 2014» «Досягнення дев'яти глобальних цілей по НІЗ, спільна відповідальність».

Ціль 1. Відносне скорочення на 25 % загальної смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічних захворювань, діабету і хронічних респіраторних захворювань.

Ціль 2. Зменшення шкідливого вживання алкоголю щонайменше на 10 %.

Ціль 3. Відносне скорочення поширеності недостатньої фізичної активності на 10 %.

Ціль 4. Відносне зменшення на 30 % середнього вживання солі серед населення.

Ціль 5. Відносне зменшення на 30 % показника поширеності тютюнопаління серед осіб старше 15 років.

Ціль 6. Зменшення на 25 % кількості осіб, що мають підвищений артеріальний тиск, відповідно до національних стандартів.

Для досягнення цієї цілі необхідна загальнодержавна політика, спрямована на боротьбу з поведінковими факторами ризику, зокрема шкідливим вживанням алкоголю, відсутністю фі-

зичної активності, надлишковою масою тіла, ожирінням та високим рівнем вживання солі.

Ціль 7. Зупинка збільшення кількості випадків діабету і ожиріння.

Ціль 8. Отримання до 2025 р. лікувальної терапії і консультування (зокрема глікемічний контроль) для попередження інфарктів та інсультів принаймні 50 % людей, яким це необхідно.

Для досягнення цієї цілі потрібно збільшити фінансування провідних структур системи охорони здоров'я, зокрема служб медичної допомоги, з метою втілення найсучасніших технологій і застосування новітніх лікарських засобів лікування НІЗ.

Ціль 9. Досягнення до 2025 р. як в приватних, так і в державних закладах охорони здоров'я 80 % рівня наявності базових технологій і головних лікарських засобів, включаючи препарати-генерики, необхідні для лікування головних неінфекційних захворювань.

Аналіз викладеної ситуації щодо медико-соціальних наслідків хвороб системи кровообігу в Україні та міжнародні принципи ВОЗ в боротьбі з ними були покладені в основу розробки в Україні «Державної програми профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань на 2017–2021 роки».

Література

1. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 г. (резюме). ВОЗ. – 16 с.
2. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/ru/>
3. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни. – ВОЗ.
4. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/>
5. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема (аналітично-статистичний посібник) / Під ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. – Київ, 2014. – 280 с.
6. Стрес і хвороби системи кровообігу / Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – Київ, 2015. – 354 с.