УДК 616.132.2-007.63-036.22

В.О.Шумаков, В.К.Тащук, В.П.Пішак, М.І.Демешко

СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ: СКОРЕГОВАНІ АСПЕКТИ ЗА СТАТТЮ І ВІКОМ

Відділ лікування гострого інфаркту міокарда та
відновлювальної терапії (зав. – проф. В.О. Шумаков)
Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України,
кафедра госпітальної терапії, ЛФК та СМ (зав. – проф. В.К.Тащук)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. З метою визначення тенденцій розвитку кардіальної патології зіставлені дослідження "Global Burden of Disease Study", що виконано під егідою ВООЗ та серцево-судинної патології в Чернівецькій області.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, ішемічна хвороба серця, стать- і вік скореговані аспекти.

Вступ. Питання дестабілізації і прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС) займають провідну ланку в кардіології з огляду на їх значну частку в структурі смертності, яка становить майже 60% в Україні та Росії [1,2]. Близько 20% смертей у світі обумовлені серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), що складає на рік 12-14 млн. пацієнтів [9], при цьому в розвинутих країнах частка вище 50%. Однак і в країнах, що розвиваються, ССЗ є першопричиною смерті і в третині випадків сягає 16%, а в ряді країн (Аргентина, Чилі, Куба, Сінгапур, Шрі-Ланка, Уругвай) вони вийшли на перше місце [11]. Останнє десятиліття так звані "неконтагіозні" хвороби, серед яких провідне місце займають ССЗ, стрімко витісняють традиційну патологію – інфекційні хвороби. Прогнозується, що в 2020 році "неконтагіозні" хвороби будуть причиною смерті семи з десяти чоловік у регіонах, що розвиваються [10]. Одним із фундаментальних статистичних досліджень причин смерті за останнє десятиліття визнано проведене під патронатом ВООЗ і Світового Банку дослідження GBD (Global Burden of Disease Study) [9,10,12,13], результати якого прогнозують розвиток тенденцій смертності у восьми регіонах світу до 2020 року на базі вивчення 107 основних захворювань за даними 14 млн. свідоцтв про смерть із визначенням числа втрачених років життя внаслідок передчасної смерті та екстраполювання динаміки смертності впродовж 30 років.

Населення країни Європи зазнає найбільших втрат від ССЗ [11]. Так, в 51 країні Європи в 1997 р. від захворювань серця і судин померло 4 млн. чоловік, що становило 49% випадків всіх смертей (55% серед жінок і 43% – серед чоловіків), при цьому половина смертей викликана ІХС і третина – мозковими інсультами (рис.1).

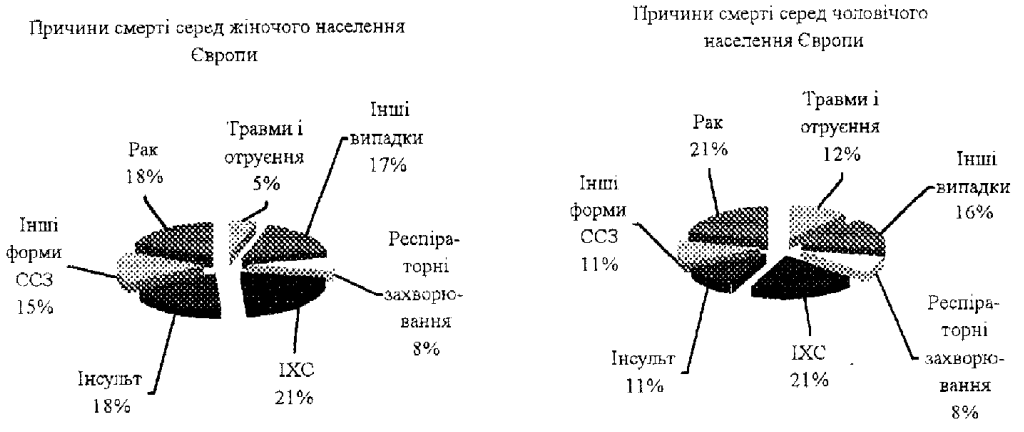

Рис.1. Причини смерті серед чоловічого і жіночого населення Європи.

© В.О.Шумаков, В.К.Тащук, В.П.Пішак, М.І.Демешко, 2001

У 1990 році померло більш 50 млн. людей, половина з яких (55%) внаслідок "неконтагіозних" захворювань, які вже перебільшують співвідношення зі смертями від інфекційних хвороб навіть у регіонах, що розвиваються, а в Китаї, країнах Латинської Америки та Карибського басейну співвідношення сягає 4,5:2 [10,11]. Розрахунки свідчать, що в майбутньому в країнах, що розвиваються, буде домінувати смерть від "неконтагіозних" захворювань, серед яких переважатимуть ССЗ (рис.2).

Рис.2. Проекція динаміки смертності в регіонах, що розвиваються.

У таблиці 1 [10,11] наведені 10 головних причин смерті в розвинутих країнах і країнах, що розвиваються. ІХС є основною причиною смерті, займає першу позицію в розвинутих країнах і другу – в країнах, що розвиваються, і в цілому складає 6,6 млн. випадків!

Таблиця 1

Основні причини смерті в розвинутих країнах і регіонах, що розвиваються в 1990 році

Розвинуті країни			Країни, що розвиваються		
№	Захворювання	Смертність х1000	№	Захворювання	Смертність х1000
	Усі випадки	10 912		Усі випадки	39 554
1	ІХС	2 695	1	Інфекції дихальних шляхів	3 915
2	Цереброваскулярні хвороби	1 427	2	ІХС	3 565
3	Рак легень, трахеї, бронхів	523	3	Цереброваскулярні хвороби	2 954
4	Інфекції дихальних шляхів	385	4	Діарея	2 940
5	Хронічні обструктивні захворювання легень	324	5	Захворювання перинатального періоду	2 361
6	Рак товстої кишки	277	6	Туберкульоз	1 922
7	Рак шлунка	241	7	Хронічні обструктивні захворювання легень	1 887
8	Дорожні травми	222	8	Кір	1 058
9	Самогубства і травматизм	193	9	Малярія	865
10	Діабет	176	10	Дорожні травми	777

Друга позиція належить цереброваскулярній патології, сума випадків складає 4 млн., при цьому на країни, що розвиваються, становить дві третини смертей. У цілому на ССЗ припадає за 14,3 млн. випадків смертей – у зіставленні з 6 млн. смертей від раку і 5 млн. – від травм і самогубств.

Структура смертності від ССЗ неоднорідна. Так, цереброваскулярна патологія є причиною практично половини випадків смерті в Китаї, субрегіоні Сахари, одночасно в країнах зі сталою економікою (EME за класифікацією GBD), країнах колишньої соціалістичної співдружності (FSE), Індії і регіону Середнього Сходу, причиною смерті від ССЗ домінує ІХС.

У дослідженні GBD [9,10,11,12] також наводяться розрахунки втрачених років життя внаслідок передчасної смерті (рис. 3). Показник YLLs (years of life lost – втрачені роки життя) [7,13] відрізняється, що становить, наприклад, для кору 4% при 2% ймовірності даної нозології серед причин смерті (помирають діти), в той час як ІХС має співвідношення 4% втрачених років при 12% смертності ("коронарні пацієнти" люди літнього віку). Аналогічні співвідношення визначені і для іншої патології, як наведено на рисунку 3.

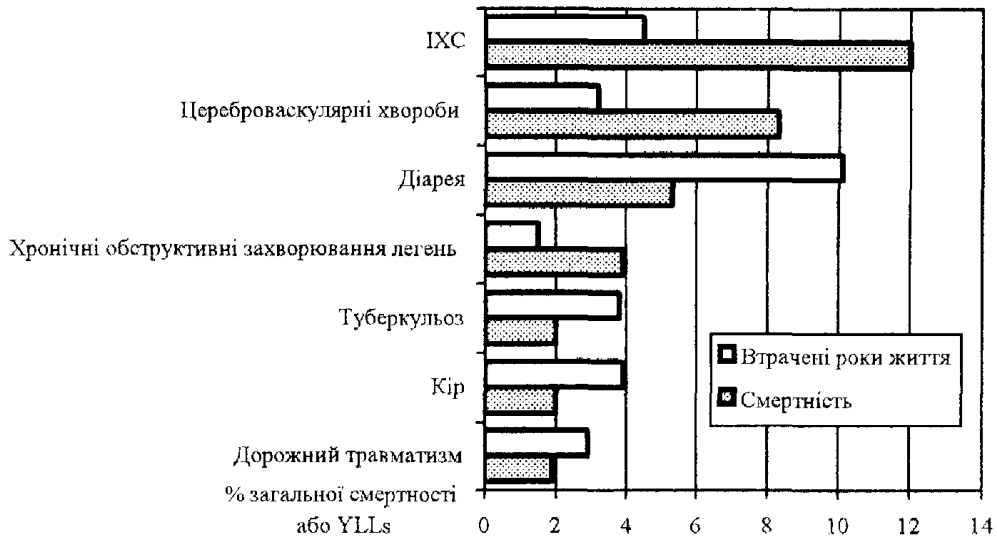

Рис.3. Процент втрачених років життя (YLLs) внаслідок передчасної смерті і процент імовірності даної нозології серед причин смерті.

Певну цікавість для дослідників має показник DALYs (disability-adjusted life years – неповноцінні роки, подібний до непрацездатності) [7,8,13], за яким у 1990 р. переважали респіраторні інфекції, діарея, перинатальні захворювання, в той час як ІХС та цереброваскулярна патологія посідали 5 і 6 місце відповідно. За розрахунком на 2020 р. – ІХС за часом непрацездатності перейде на 1-ше місце, психічні захворювання – на 2-ге, дорожній травматизм – на 3-тє, цереброваскулярні захворювання – на 4-те і лише з 6-ї позиції розпочнуться інфекційні захворювання. Несподіваним є перехід втрат внаслідок війн з 16-ї позиції в 1990 р. на 8-му – в 2020 р. [13].

Вивчення розподілу смертності згідно статі і віку скорегованих співвідношень свідчить, що щорічно в США 230000 жінок помирає від ускладнень гострого інфаркту міокарда (ГІМ) і ще 87000 – від інсульту [5], 1998). При цьому, наприклад, у США мешкає 12% населення старше 65 років (в інших країнах – 6,5%), з яких 20 млн. жінок і 14 млн. чоловіків [3,4], з більш високою смертністю жінок від ГІМ і практично десятилітнім відставанням ризику раптової коронарної смерті [6].

Для Чернівецької області характерним є такий розподіл структури смертності від серцево-судинних захворювань (за даними на 1.01.2000 на 100000 населення):

– хвороби системи кровообігу – 805,6 випадків (у зіставленні із середнім показником для України – 900,6);
– гострий інфаркт міокарда – 9,9 (19,3);
– цереброваскулярні хвороби – 83.9 (231,8);
– гіпертонічна хвороба з ІХС – 0,9 (4,7);
– кардіосклероз – 693,1 (447,4);
– інші серцеві хвороби – 17,8 (197,4).

Показник розповсюдженості гіпертонічної хвороби серед населення області становив 20,2% (1999 р. – 20,6%), контрольний показник в Україні 20%, серед працездатного населення – 18,9% (контрольний показник 17%). Показник розповсюдженості стенокардії серед дорослого населення області зріс, у порівнянні з 1999 р., з 6,9% до 7,2%. Однак, що стосується показника розповсюдженості стено-

кардії серед населення працездатного віку, то він становив по області 5,6% (при контрольному 5%). Впродовж 2000 р. в області зареєстровано 715 первинних інфарктів міокарда, що на 11 менше, ніж у 1999 р. Показник захворюваності на ГІМ зменшився і склав 97,6 на 100000 дорослого населення (проти 104,2 в 1999 р.). Необхідно відмітити, що смертність від серцево-судинних захворювань залишається майже на рівні минулого року і становить 1019,5 на 100000 населення, за 1999 р. – 1021,1, а в Україні цей показник становить 899,5. У структурі смертності слід відмітити, що від ССЗ померло 7566 осіб (1999 р. – 7569), від ГІМ померло 98.

У межах створення регістру гострого інфаркту міокарда в Чернівецькій області обстежено 2600 пацієнтів, серед яких було 1100 жінок і 1500 чоловіків. Серед обстежених пацієнтів у 1230 випадках, згідно критеріїв ВООЗ, діагностовано Q-ГІМ, решта випадків припадала на гострі коронарні синдроми (НС, неQ-ГІМ), стабільну стенокардію (СС), що потребувала активної госпіталізації, однак не завершувалася розвитком НС, гіпертонічні кризи у хворих на ІХС (ІХС+ГК) та соматогенну вегетативну дисфункцію (СВД) з яскравими клінічними проявами дестабілізації, що потребували диференційної діагностики з гострими формами ІХС. У таблиці 2 наведено розподіл всіх пацієнтів залежно від статі і віку, з підозрою на дестабілізацію коронарного кровообігу, що були обстежені, за виключенням хворих на Q-ГІМ і неQ-ГІМ, у випадках якого діагноз не викликав сумніву відразу з поступленням в стаціонар.

Таблиця 2

Процентний розподіл кардіальної патології серед обстежених хворих у статевому і віковому аспектах

Д/З	Всі				Жінки				Чоловіки			
	Вік≤59років		Вік≥60років		Вік≤59років IA група		Вік≥60років IIA група		Вік≤59років IB група		Вік≥60років IIB група	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
неQ-ГІМ	86	17,0	26	19,5	30	14,8	11	30,6	56	18,4	15	15,5
НС	88	17,3	13	9,8	29	14,3	3	8,3	59	19,3	10	10,3
СС	195	38,5	82	61,7	57	28,3	16	44,4	138	45,2	66	68,0
СВД	61	12,0	1	0,7	58	28,7	1	2,8	3	1,0		
ІХС+ГК	77	15,2	11	8,3	28	13,9	5	13,9	49	16,1	6	6,2
Всі Д/З	507	100	133	100	202	100	36	100	305	100	97	100

Оскільки питання дестабілізації ІХС в стать- і вік-скорегованих аспектах є базисними в кардіології з огляду на збільшення ймовірності розвитку коронарної хвороби у чоловіків з відставанням на 10 років у порівнянні з жінками за умов зростання в Україні кількості людей старшої вікової категорії, отримані результати свідчать, що за розподілу діагнозів в IA, IB, IIA, IIB групах інфаркт міокарда переважав у IIA ($p<0,01$); нестабільна стенокардія – у IA і IB ($p>0,2$); стабільна стенокардія – у IIA і IIB ($p>0,5$); функціональні порушення – у IA ($p<0,001$); гіпертензія на фоні ІХС – у IB і IIB ($p<0,05$) групах. За даними навантажувального тесту черезстравохідної електрокардіостимуляції відсоток розрахункової (160 імп/хв) і досягнутої стимуляції визначив подібні тенденції для пацієнтів різної статі залежно від віку для IA і IIA (94,6±0,8 і 87,8±2,3%, $p<0,01$) та IB і IIB (85,1±0,8 і 76,5±1,0%, $p<0,001$) груп; на відміну від стану скоротливості міокарда за даними ехокардіографії. Так, розподіл інтегрального показника скоротливості – загальної фракції викиду (ЗФВ) – для Ia і IIA (65,9±0,6 і 62,3±3,1%, $p>0,2$) та IB і IIB (55,5±0,8 і 46,1±1,2%, $p<0,001$) груп. У більш молодому віці переважає нестабільна, а в літньому – стабільна стенокардія, розподіл не залежав від статі; інфаркт міокарда спостерігався частіше у жінок старшої вікової групи, а функціональні порушення – у жінок молодшої групи; коронарний резерв зменшується з віком незалежно від статі (на меншому рівні у чоловіків), розподіл ФВ детермінований віком у чоловіків.

Таким чином, аналіз світових тенденцій розвитку кардіальної патології свідчить про зростання фактора ішемізації – ІХС є головною причиною смерті, займає першу позицію в розвинутих країнах і другу – у країнах, що розвиваються; цереброваскулярна патологія на другій позиції. Співвідношення показника YLLs (втрачені роки життя) становить для ІХС 4% втрачених років при 12% смертності, оскільки "коронарні" пацієнти – люди літнього віку; за показником DALYs (непрацездатність)

[3], який для ІХС та цереброваскулярної патології зумовлював 5 і 6 місце, відповідно, у 2020 році очікується перехід ІХС за часом непрацездатності на 1-ше місце, а цереброваскулярні захворювання – на 4-те. За показником летальності для Чернівецької області характерним є суттєво менший рівень у зіставленні з Україною для хвороб системи кровообігу; гострого інфаркту міокарда; цереброваскулярних хвороб; гіпертонічної хвороби, що проходить з ІХС.

Висновок. Відповідно до статі і віку скорегованих аспектів розподілу діагнозів інфаркт міокарда переважає у жінок старшої вікової групи; нестабільна стенокардія – незалежно від статі в більш молодому віці, а стабільна стенокардія – навпаки, у людей літнього віку; функціональні порушення – у більш молодих жінок; коронарний резерв зменшується з віком незалежно від статі при дещо меншому рівні у чоловіків, а скоротливість міокарда більше детермінована віком у чоловіків.

Література. 1.*Коваленко В.М.* Стан і напрямки розвитку кардіології в Україні // Матер. VI Нац. Конгресу кардіологів України. – Київ, 2000. – 264 с. 2.*Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.* Проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Российской федерации и возможности их решения // Российский кардиологический журнал. – 2000. – №4. – С.7-10. 3.*Burt C.W.* Summary Statistics for Acute Cardiac Ischemia and Chest Pain Visits to United States EDs, 1995-1996 // Am. J. of Emergency Med. – 1999. – Vol. 17, N 6. – P. 552-559. 4.*Eaker E.D.* Psyhosocial risk factors for coronary heart disease in women // Cardiol.Clin. – 1998. – Vol.16, N1. – P.103-111. 5.*HsIA J.A.* Cardiovascular Disease in the Elderly // Cardiol. Clin. 1999. – Vol. 17, N 1. – P. 51-64. 6.*Kannel W.D., Wilson P.W.F., D'Agostino R.B., Cobb J.* Sudden coronary death in women // Am.Heart J. – 1998. Vol. 136, N 2. – P. 205-212. 7.*Murray C.J., Lopez A.D.* The incremental effect of age-weighting on YLLs, YLDs, and DALYs: a response // Bull. World Health Organ. – 1996. – Vol.74, №4. – P.445-446. 8.*Murray C.J., Lopez A.D.* The utility of DALYs for public health policy and research: a reply // Bull. World Health Organ. – 1997. – Vol.75, №4. – P.377-381. 9.*Murray C.J., Lopez A.D.* Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study // Lancet. – 1997. – Vol.24, №9064. – P.1498-1504. 10.*Murray C.J., Lopez A.D.* Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study // Lancet. – 1997. – Vol. 349, №9063. – P.1436-1442. 11.*Murray C.J., Lopez A.D.* Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study // Lancet. – 1997. – Vol. 349, №9061. – 1269-1276. 12.*Lopez A.D., Murray C.C.* The global burden of disease, 1990-2020 // Nat. Med. – 1998. – Vol. 4, №11. – P.1241-1243. 13.*Murray C.J., Lopez A.D.* Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams // Health. Econ. – 2000. – Vol. 9, №1. – P.69-82.

WORLD TRENDS OF THE DEVELOPMENT OF CARDIAL PATHOLOGY: SEX- AND AGE-RESOLVED ASPECTS

V.O.Shumakov, V.K.Tashchuk, V.P.Pishak, M.I.Demeshko

Abstract. For the purpose of determining trends of the development of cardial pathology the authors have compared investigations of the "Global Burden of Disease Study" conducted under the aegis of WHO and cardio-vascular pathology in the Chernivtsi region.

Key words: cardio-vascular diseases, ischemic heart disease, sex and age resolved aspects.

M.D. Strazhesko Institute of Cardiology (Kyiv)
Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 17.05.2001 року