

СОВМЕСТНОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЙКИ ЭХИНАЦЕИ ПУРПУРНОЙ И МЕЛАТОНИНА НА УРОВЕНЬ ВОСТАНОВЛЕННОГО ГЛУТАТИОНА В ПОЧКАХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СВЕТЛОВОГО ПЕРИОДА ДНЯ

И. В. Мацёна

Резюме. На белых нелинейных крысах-самцах с токсическим гепатитом, вызванным раствором тетра-хлорметана, изучено совместное действие настойки эхинацеи пурпурной и мелатонина на уровень восстановленного глутатиона при разных условиях освещения.

Ключевые слова: мелатонин, токсический гепатит, эхинацея пурпурная, почки, восстановленный глутатион.

THE COMBINED EFFECT OF ECHINACEA PURPUREA TINCTURE AND MELATONIN ON REDUCED GLUTATHIONE CONTENT IN THE KIDNEYS OF RATS WITH TOXIC HEPATITIS UNDER CONDITIONS OF A VARYING DURATION OF THE PHOTOPERIOD

I. V. Matsiopa

Abstract. The combined effect of echinacea purpurea tincture and melatonin on reduced glutathione content in the kidneys under conditions of a varying duration of the photoperiod on nonline male rats with toxic hepatitis induced by tetrachloromethane solution has been studied.

Key words: melatonin, toxic hepatitis, Echinacea purpurea, kidneys, reduced glutathione.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2009. - Vol.8, №1. - P.37-41.

Надійшла до редакції 26.02.2009

Рецензент – проф. Ю. Є. Роговий

УДК 614,2:616-084(-22)

І. В. Навчук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ, ЇХ ДИНАМІКА В УКРАЇНІ Й ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ключові слова: *хвороби системи кровообігу, захворюваність, поширеність, інвалідність, смертність.*

Резюме. *Вивчено і проаналізовано динаміку показників поширеності, захворюваності, інвалідності, смертності населення України й Чернівецької області від хвороб системи кровообігу, зокрема артеріальної гіпертензії. Виявлено зростання всіх показників, що частково пов'язано з покращанням виявлення та реєстрації даних нозологічних форм.*

Вступ

Розвиток, перебіг і профілактика хвороб систем кровообігу (ХСК), незважаючи на багаторічні різноаспектні дослідження, й надалі залишаються найважливішою проблемою здоров'я населення України. Не виняток у цій нозологічній групі й артеріальна гіпертензія (АГ), яка є пусковим механізмом майже усіх патологій серця та судин людини. ХСК займають перше місце з-поміж усіх хвороб разом взятих [7, 10, 11, 13].

За даними офіційної статистики України, в 1998 році було зареєстровано понад 5 млн. людей, що страждають на АГ або 13,4%. А в 2003 році вже офіційно зареєстровано понад 10 млн. хворих на АГ, що становило 24,3% дорослого населення. Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що підвищений АТ (>140/90 мм рт. ст.) мають 44,2% дорослого населення. За 5 років кількість хворих на АГ в Україні збільшилася в 2 рази [16, 17].

Стандартизований за віком показник поширеності АГ серед працездатного населення у 1998 році становить 33,1%, а в 2003 році – 34,1%, серед чоловіків – 40,4% та 34,7%, серед жінок – 27,5% і 33,4% відповідно. Загалом показник поширеності АГ зріс у 1,2 раза, серед чоловіків знизився в 1,1 раза, а серед жінок зріс в 1,2 раза. Як бачимо, дані показники у жінок та чоловіків зрівнялися. Значення АТ(>160/95 мм рт.ст.) реєструється відповідно у 20,3% працездатного населення. Зростання показника поширеності АГ супроводжується стабільним зниженням захворюваності на інсульти в Україні на 12% порівняно з 1998 роком. Подібна динаміка є свідченням позитивних зрушень досягнутих за рахунок поліпшення роботи з хворими на АГ і покращання їх виявлення, обліку та реєстрації [9, 12, 14, 15, 16, 17].

З-поміж осіб із підвищеним АТ знають про наявність у них хвороби 46,9% сільських і 69,4%

міських мешканців – це у 1998 році. У 2003 році відсоток сільських жителів не змінився, а міського населення (МН), яке знає про наявність хвороби, зріс у 1,2 раза і становив 85,1%. У 1998 році лікувалося 12,4% сільських мешканців і 28,5% міських, а в 2003 році – 12,4% та 61,2% відповідно. Очевидно, що кількість сільського населення (СН), що лікується, не змінилася, а міського зросла в 2,1 раза. Ефективність лікування у 1998 році становить 6,2% та 20,5% відповідно. Отже, ефективність лікування СН без змін, а МН покращалася в 1,3 раза. Це очевидний факт, що ситуація щодо АГ більш несприятлива в СН, ніж у міського [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 17].

Мета дослідження

Вивчити і проаналізувати динаміку показників поширеності, захворюваності, інвалідності, смертності населення України й Чернівецької області від ХСК, встановити й оцінити причини їх змін.

Матеріал і методи

Використали матеріали офіційної статистики МОЗ України, результати епідеміологічних досліджень Інституту кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, а також аналітичний, соціологічний та статистичний методи дослідження.

Обговорення результатів дослідження

У 2005 році в Україні на 100 тис. усього населення було зареєстровано 172633,0 ХСК, що на 20% більше, ніж спостерігалось п'ять років тому.

Структуру поширеності хвороб на 59,4% визначають ХСК, органів дихання й органів травлення, і лише на ХСК, які ще на початку нового тисячоліття посіли перше рангове місце та продовжують на ньому залишатися, припадає 29,1% або 50268,6 на 100 тис. населення. Зауважимо, що на наш погляд, підвищення зареєстрованих ХСК нами розцінюється як покращання виявлення цієї нозологічної групи та відповідно покращання реєстрації окремих нозологічних одиниць цієї групи хвороб згідно класифікації МКХ-10 останнього перегляду.

У 2005 році поширеність згаданих захворювань серед СН України становила 145602,5 випадків на 100 тис. У структурі ж поширеності захворювань серед сільських жителів ХСК становлять значно більшу частку, ніж серед всього населення України – 32,2%.

У структурі захворюваності ХСК зайняли друге місце – 7,4%, а рівень захворюваності становить 5159,6 на 100 тис. населення. Індекс накопичення (відношення поширеності до захворюваності) склав 9,7 одиниці. Іншими словами, на одне вперше виявлене захворювання в 2005 р. припадало майже десять усіх захворювань цього класу. Порівняно з іншими класами хвороб це є найвищий показник, який свідчить про те, що накопичення хвороб системи кровообігу серед населення йде найвищими темпами. Слід відмітити стрімке зростання показників поширеності та захворюваності на ХСК протягом періоду спостереження (рис. 1).

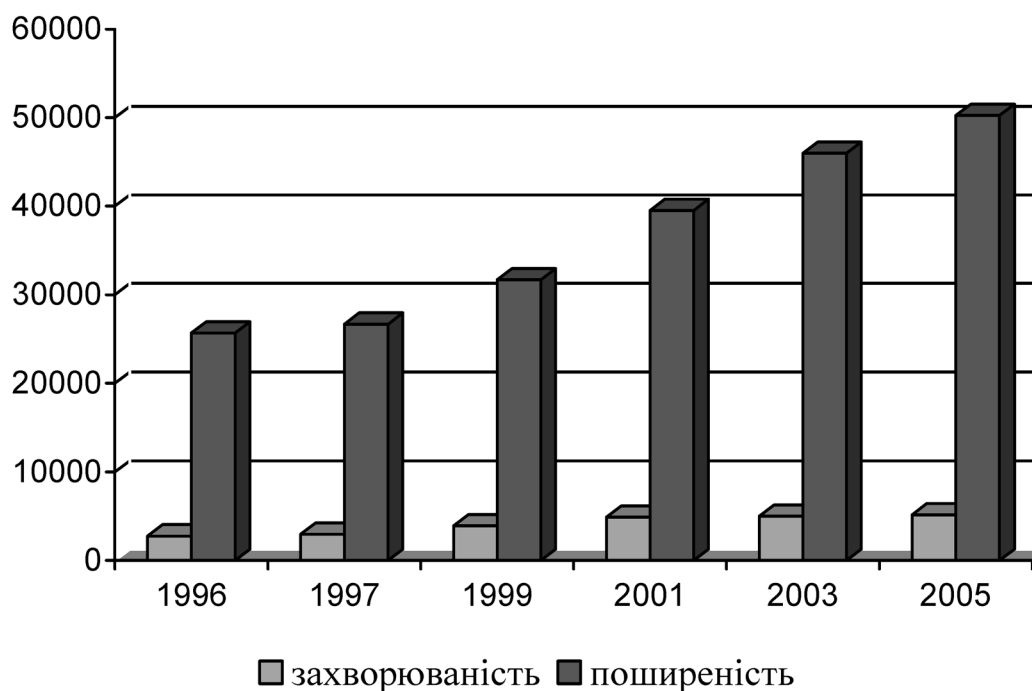


Рис.1. Поширеність і захворюваність хвороб системи кровообігу в населення України в 1996–2005 рр. (на 100 тис. нас.)

Таблиця 1

Рівень і питома вага найбільш вагомих нозологічних форм ХСК у дорослого населення України в 2005 році

Назва хвороби	Поширеність		Захворюваність	
	На 100 тис. нас.	%	На 100 тис. нас.	%
Гіпертонічна хвороба	28169,3	45,8	2586,3	41,9
Ішемічна хвороба серця	20751,4	33,7	1697,5	27,5
Гострий інфаркт міокарда	130,8	0,2	130,8	2,1
Церебро-васкулярні хвороби	8082,4	13,1	991,2	16,0
Інсульт (всі форми)	313,7	0,5	269,8	4,4
Інші хвороби системи кровообігу	4,1	6,7	502,4	8,1
Разом	61552,5	100	6178,0	100,0

Таблиця 2

Рівень і питома вага найбільш вагомих нозологічних форм ХСК у працездатного населення України в 2005 році

Назва хвороби	Поширеність		Захворюваність	
	На 100 тис. нас.	%	На 100 тис. нас.	%
Гіпертонічна хвороба	16240,7	53,6	2038,8	47,0
Ішемічна хвороба серця	8280,5	27,3	1047,9	24,1
Гострий інфаркт міокарда	57,9	0,2	57,9	1,3
Церебро-васкулярні хвороби	2273,0	7,5	450,1	10,4
Інсульт (всі форми)	114,5	0,4	95,1	2,2
Інші хвороби системи кровообігу	3,3	11	649,6	15
Разом	30297,6	100	4339,4	100,0

Поширеність захворювань на ХСК у 1996 р. становить 25672,1 на 100 тис. населення, первинна захворюваність – 2764,5 на 100 тис. нас., а в 2005 р. – 50268,6 та 5159,6 відповідно.

Хочемо відмітити, що ХСК діагностуються вже в дитячому (0 – 14 рр.) та підлітковому (15 – 17 рр.) віці. У 2005 р. їх поширеність у цих вікових групах становить відповідно 2778,5 на 100 тис.нас.(1,5% від усіх захворювань) і 5153,3 на 100 тис.нас.(3,1%), а захворюваність – 783,2 на 100 тис.нас.(0,6%) та 1382,4 на 100 тис.нас.(1,5%). Індекс накопичення ХСК у дітей становить 3,5 одиниці та 3,7 – у підлітків.

Серед дорослого населення України віком від 18 до 65 поширеність та захворюваність ХСК в 2005 році становить відповідно 61552,5 на 100 тис.нас.та 6178,0 на 100 тис.нас., а індекс накопичення 9,96 одиниць.

Поширеність і захворюваність ХСК працездатного населення становить відповідно 30297,6 на 100 тис.нас. та 4339,4 на 100 тис.нас., а індекс накопичення – 6,98.

У структурі захворюваності населення України на ХСК перші три місця посідають гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС) та церебро-васкулярні хвороби (ЦВХ). Загалом їхня частка серед дорослого населення становить 92,6% поширеності та 85,4% захворюваності, серед осіб працездатного віку відповідно 88,4% і 81,5% (табл. 1, 2).

Індекс накопичення серед дорослого населення склав: ГХ – 10,9, ІХС – 12,2, ЦВХ – 8,2; серед працездатного відповідно 8,0; 7,9; 5,0. Наші дані свідчать про те, що кількість хворих працездатного віку, більш молодого порівняно з усім дорослим населенням, є значно меншою. Це вказує на те, що саме в цьому віці діагностується значна кількість нозологічних патологій.

Слід зазначити, що поширеність ХСК серед СН становить 46834,8 на 100 тис. населення, що на 6,8% нижче порівняно з усім населенням України. Захворюваність серед СН становить 5074,1 на 100 тис. населення, що на 1,7% нижче, ніж серед усього населення, в тому числі серед дорослого населення поширеність нижча на 4,2%, а вперше виявлена захворюваність, навпаки, вища на 0,8%.

Тут теж варто нагадати про якість виявлення та реєстрацію хворих, стосовно окремих нозологічних форм ХСК серед дорослого населення. Поширеність ГХ серед сільських жителів порівняно з усім дорослим населенням України на 4,4% нижча (26916,3 на 100 тис.нас.), ІХС – на 1,8% (20367,5 на 100 тис.нас.), гострого інфаркту міокарда (ІМ) – на 42,0% (75,9 на 100 тис.нас.), ЦВХ нижча – на 16,9% (6715,2 на 100 тис.нас.), й інсультів – на 19,7% (252,0 на 100 тис.нас.).

Стосовно захворюваності на ГХ, то вона практично не відрізнялася від рівня, зареєстрованого для всього дорослого населення загалом по Україні і становить 2519,0 на 100 тис.нас., що ж до ІХС

Таблиця 3

Захворюваність дорослого населення Чернівецької області на деякі ХСК порівняно з дорослим населенням України, 2005 р. (на 100 тис. осіб) у відсотках

Назва хвороби	Чернівецька область				Україна	
	Поширеність		Захворюваність		Поширеність	Захворюваність
	На 100 тис. нас.	%	На 100 тис. нас.	%		
Гіпертонічна хвороба	25572,6	-9,2	1572,8	-39,2	28169,3	2586,3
Ішемічна хвороба серця	18903,8	-8,9	1241,7	-26,8	20751,4	1697,5
Гострий інфаркт міокарда	120,6	-7,8	120,8	-7,6	130,8	130,8
Церебро-васкулярні хвороби	6071,0	-24,9	845,4	-14,7	8082,4	991,2
Інсульти (усі форми)	196,4	-37,4	196,6	-27,1	313,7	269,8
Інші ХСК	490,2	-8,1	359,0	-28,5	4104,9	502,4
Разом	54105,1	-12,1	4336,3	-28,8	61552,5	6178,0

Таблиця 4

Захворюваність населення України та Чернівецької області на хвороби системи кровообігу у 1996 та 2005 рр. (на 100 тис. нас.)

	Поширеність		Захворюваність	
	1996	2005	1996	2005
Україна (усе населення)	25672,1	50268,6	2764,5	5159,6
Чернівецька область (усе населення)	28015,6	42623,2	3616,4	3548,0
Україна (доросле населення)	31685,0	61552,5	3329,4	6178,0
ГХ	13033,6	28169,3	1075,4	2586,3
ІХС	10594,2	20751,4	852,6	1697,5
ГІМ	120,2	130,8	111,3	130,8
ЦВХ	4727,9	8082,4	637,5	991,2
Інсульти	307,7	313,7	246,4	269,8
Чернівецька область (доросле населення)	37721,3	54105,1	4772,7	4336,0
ГХ	15123,4	25572,6	1512,0	1572,8
ІХС	15182,6	18903,8	1739,2	1241,7
ГІМ	99,2	120,6	93,5	120,8
ЦВХ	3805,3	6071,0	559,7	845,4
Інсульти	177,2	196,4	171,2	196,6

то її рівень вищий на 5,1% (1784,3 на 100 тис.нас.), ІМ нижчий – на 42,0% (75,9 на 100 тис.нас.), ЦВХ – на 6,7% (924,4 на 100 тис.нас.) й інсультив – на 16,4% (225,5 на 100 тис.нас.). Зазначимо, що ГХ краще діагностується (частіше за рівнем тиску).

СН значно «старіше» порівняно з усім населенням, особливо це відчутно порівняно з МН. Тому можемо припустити, що суттєва різниця в поширеності ХСК зумовлена як соціальними факторами, так і рівнем надання медичної допомоги. Щодо первинної захворюваності, то при стандартизації за віковим складом населення вона серед сільських жителів на 18,4% нижча порівняно з усім населенням, що є також підтвердженням впливу на цю різницю як соціальних факторів, (про що свідчить передусім суттєва різниця в захворюваності на інфаркт міокарда й інсульти), так і, можливо, гіршим виявленням серед селян первинних проявів хронічних серцево-судинних захворювань.

У 2005 р. від ХСК в Україні померло 1037,7 осіб на 100 тис. населення, що становило 62,5% від усієї смертності, з них від ІМ померло 20,3 та

від судинних уражень мозку – 222,9 осіб на 100 тис. населення. А в Чернівецькій області смертність від ХСК за 2005 р. становила 954,8 особи на 100 тис. населення (це 32,2% усієї смертності), з них: від ІМ – 10,72 на 100 тис.нас., судинних уражень мозку – 77,7 на 100 тис.нас., ІХС – 850,0 на 100 тис.нас., АГ – 0,66 на 100 тис.нас..

Захворюваність дорослого населення Чернівецької області на деякі ХСК порівняно з дорослим населенням України подано в табл.3.

Як бачимо, і в Україні, і в Чернівецькій області зокрема ХСК посідають перше місце в структурі смертності з-поміж усіх причин. Проте зазначимо, що, порівняно з даними по Україні загалом, смертність від ХСК, насамперед від інфаркту міокарда (в 2 рази) й судинних уражень мозку (в 3 рази), у Чернівецькій області нижча.

Також у Чернівецькій області в 2005 р. захворюваність на ХСК була нижчою порівняно з даними по всій Україні: поширеність – на 12,1% (54105,1 випадків на 100 тис. населення), захворюваність – на 29,8% (4336,3 випадків на 100 тис.

населення). Загалом ці показники підтверджують якість виявлення та реєстрації хворих, про що говорилося вище та свідчить про те, що Чернівецька область є благополучним регіоном щодо ХСК.

Отож ми можемо зробити висновок, що в Чернівецькій області стосовно окремих нозологічних форм спостерігається загальне зниження показників порівняно з аналогічними показниками по Україні. Так, за нашими даними захворюваність на ІМ міокарда в області на 7,6% нижча. На нашу думку, це пояснюється тим, що в області високий відсоток сільського населення (60%), а серед нього, як уже зазначалося, захворюваність на ІМ значно нижча.

Територіальні особливості захворюваності та смертності характерні не лише для Чернівецької області, що свідчить про багатофакторну зумовленість цих хвороб і специфічне поєднання цих факторів на різних територіях.

У табл. 4 представлено зміни рівнів захворюваності на ХСК, що відбулися за десятилітній період – з 1996 р. по 2005 р. – в Україні та Чернівецької області зокрема. За цей період захворюваність на ХСК в Україні збільшилась на 46,4%, а в Чернівецькій області знизилась на 2%. Поширеність захворювань ХСК виросла в Україні майже вдвічі, а в Чернівецькій області на 34,3%.

Якщо взяти доросле населення (18–65 років і старше), то тут динаміка така: з 1996 р. по 2005 р. захворюваність в Україні збільшилась на 46,1%, а поширеність за цей період зросла відповідно на 48,5%. У Чернівецькій області показники за цей період аналогічні.

За останнє десятиліття спостерігається найбільше зростання захворюваності на ГХ, поширеність якої серед дорослого населення зросла і в Україні, і в Чернівецькій області майже вдвічі; захворюваність в Україні зросла в 2,4 раза, а у Чернівецькій області знизилась в 1,1 раза.

Що ж до ІХС, то захворюваність на неї зросла відповідно на 49,8%, тобто вдвічі, а поширеність відповідно на 48,9% в Україні, а в Чернівецькій області захворюваність знизилась на 28,6%, а поширеність зросла на 19,7%.

Захворюваність на ЦВХ зросла відповідно на 35,7% і 33,8% і їх поширеність – на 41,5% і 37,3%.

Таким чином, в Україні за останнє десятиліття найбільш інтенсивно зростали показники поширеності ГХ, ІХС та ЦВХ і захворюваності на них. Подібна картина спостерігається і для захворюваності на ХСК в Чернівецькій області. Проте слід зазначити, що поширеність ЦВХ в області значно перевищує поширеність ІХС. Все це пояснюється насамперед суттєвим покращанням виявлення хвороб, хоча це не єдина причина.

Стосовно гострого ІМ, то в Україні спостерігалось невелике, але неухильне зростання показників захворюваності: так у 2005 р. його поширеність зросла на 8,1% порівняно з 1996 р., а захворюваність на 14,9%. У Чернівецькій області приріст показників захворюваності на гострий ІМ більш суттєвий: відповідно на 17,7% та 22,6%.

Захворюваність на інсульти в Україні з 1996 до 2005 р. зросла на 8,7%, а їх поширеність зросла на 1,9% (у Чернівецькій області відповідно зросла захворюваність на 12,9%, поширеність на 9,8%).

Показники поширеності всіх вищезгаданих ХСК гострого ІМ, та захворюваності на них неухильно зростали і серед осіб працездатного віку. З 1996 по 2005 р. захворюваність на ХСК в Україні серед працездатних людей зросла на 40,9%, з них: на ГХ – в 2,2 раза, ІХС серця – на 42,5%, на ЦВХ – на 31,6%, на інсульти – на 18,2%; захворюваність на гострий ІМ знизилась на 8,0%. Поширеність ХСК за той же період серед працездатних осіб зросла на 43,4%, зокрема: ГХ – на 48,2%, ІХС – на 43,4%, ЦВХ – на 35,0% й інсультів – на 12,0%. Слід наголосити, що поширеність гострого ІМ знизилась на 3,6%.

Висновки

1. Хвороби системи кровообігу в Україні посідають перше місце (29,1%) в структурі поширеності хвороб, і цей показник продовжує зростати, у Чернівецькій області ситуація аналогічна.

2. Одним із суттєвих чинників підвищення показників поширеності та захворюваності ХСК є покращання їх виявлення та обліку.

3. Існуюча ситуація з поширеністю та захворюваністю на ХСК сільського населення порівняно з міським визначає нагальну потребу розробки і впровадження профілактичних заходів для боротьби з ХСК та їх ускладненнями, особливо у сільського населення.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження дадуть змогу забезпечити розробку та впровадження сучасних профілактичних технологій ХСК у населення України та зокрема на селі.

Література. 1. Андрієвський І.Ю. Вплив системи медичної допомоги на захворюваність і смертність від хвороб системи кровообігу // Вісн. Соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №4. – С. 40-42. 2. Андрієвський І.Ю. Потреба сільських жителів, хворих серцево-судинною патологією, в медичній допомозі / І.Ю. Андрієвський // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 1. – С. 56-58. 3. Андрієвський І.Ю. Соціальні чинники хвороб системи кровообігу в сільській місцевості / І.Ю. Андрієвський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – № 3. – С. 41-46. 4. *Артеріальна гіпертензія: виявлення, поширеність, диспансеризація, профілактика та лікування: матеріали регіональної науково-практичної конференції*, 24 березня 2005 р. – Івано-Франківськ, 2005. – 127 с. 5. *Весельський В.Л.* Щодо

розвитку охорони здоров'я на селі у 2006 р.: (за даними моніторингу і рейтингової оцінки) / В.Л. Весельський // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 3. – С. 3-4; 83-85. 6. Гаврилюк О.Ф. Потреба сільських жителів у доступній стаціонарній допомозі / О.Ф. Гаврилюк // Віс. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 81-83. 7. Епідеміологічні аспекти артеріальної гіпертензії в сільській популяції України / Л.Н. Горбась, І.П. Смирнова, Н.М. Грицай та ін. // Укр. кардіол. ж. – 2006. – № 2. – С. 9-12. 8. Здоров'я сільського населення та чинники, що його зумовлюють: (огляд літератури) / О.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин та ін. // Віс. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 7-11. 9. Коваленко В.М. Проблема хвороб системи кровообігу у практичній охороні здоров'я / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // Охорона здоров'я України. – 2006. – № 1. – С. 27-31. 10. Коваленко В.М. Результати та напрямки подальшої реалізації програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, І.П. Смирнова // Терапевтичні читання пам'яті академіка Л.Т. Малої: матеріали Всеукр. наук.-практ. Конференції. – Х., 2004. – С. 109-110. 11. Корнацький В.М. Гіпертонічна хвороба як медико-соціальна проблема / В.М. Корнацький // Серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання: сучасні рекомендації щодо профілактики та лікування: вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска. – К., 2006. – С. 16-31. 12. Корнацький В.М. Динаміка кардіологічної патології в структурі загальної захворюваності, поширеності і смертності населення України та інших країн Європи / В.М. Корнацький // Поєднання серцево-судинних та інших хвороб внутрішніх органів: визначення пріоритетів лікування та попередження ускладнень: вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска. – К., 2005. – С. 4-10. 13. Москаленко В.Ф. Медико-соціальні аспекти поширеності хронічних неінфекційних хвороб серед населення Європи та України / В.Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 4. – С. 5-14. 14. Профілактика артеріальної гіпертензії у населення сільської місцевості: методичні рекомендації [Установа-розробник: Буковинська державна мед. академія МОЗ України / укладачі: І.В. Навчук, В.Е. Кардаш]. – Чернівці, 2004. 25 с. 15. Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні: матеріали Української наук.-практич. конф., 12-14 травня 2004 р. – К., 2004. – 192 с. 16. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник

до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – К., 1999. – 52 с. 17. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: 3-тє вид. – К., 2004. – 85 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ИХ ДИНАМИКА В УКРАИНЕ И ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

И. В. Навчук

Резюме. Изучено и проанализировано динамику показателей распространённости, заболеваемости, инвалидности, смертности населения Украины и Черновицкой области от болезней системы кровообращения и артериальной гипертензии в частности. Обнаружено увеличение всех показателей, что частично связано с улучшением выявления и регистрации этих нозологических форм.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, артериальная гипертензия, заболеваемость, распространённость, инвалидность, смертность, динамика.

EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF THE DISEASES OF THE CIRCULATION SYSTEM AND THEIR DYNAMICS IN UKRAINE AND THE CHERNIVTSI REGION

I. V. Navchuk

Abstract. The author has studied and analyzed the dynamics of the indices of the prevalence, mortality rate, invalidism, disease incidence of the population of Ukraine and the Chernivtsi region from the diseases of the blood circulation system and arterial hypertension, in particular. An increase of all the indices has been revealed and that is partially associated with an improved detection and registration of these nosologic forms.

Key words: blood circulation diseases, arterial hypertension, prevalence, invalidism, mortality rate, dynamics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2009. - Vol. 8, №1. - P. 41-46.
Надійшла до редакції 26.02.2009

Рецензент – проф. О. С. Полянська

УДК 616.831-0051-071.7

N. V. Pashkovska

Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi

PECULIARITIES OF THE DEVELOPMENTAL MECHANISM AND CLINICAL COURSE OF DIABETIC ENCEPHALOPATHY DEPENDING ON THE TYPE OF FUNDAMENTAL ILLNESS

Key words: diabetes mellitus, encephalopathy, developmental mechanism, clinical peculiarities.

Abstract. The data pertaining to the developmental mechanisms and clinical course of diabetic encephalopathy depending on the type of the fundamental illness have been elucidated in the article. Differences in the clinical course of diabetic encephalopathy which are due to the presence of the risk factors and progression of macrovascular abnormalities in non-insulin-dependent diabetes mellitus with a predominance of cerebral atherosclerotic manifestations requiring a differential approach to the diagnostics and treatment of this disease have been determined.

Introduction

Recently diabetes mellitus [DM] has acquired the signs of “non-infectious epidemic” that sucked into its

whirlpool about a quarter of a milliard of inhabitants of our planet with the prognosticated increase of this figure till 2030 by 1,5 times [13]. In Ukraine the