

выраженная паренхиматозная дистрофия, полиморфизм ядер, крупные очаговые кровоизлияния и некроз отдельных гепатоцитов в различных отделах долек. Спазм, плазматическое пропитывание артериол портальных трактов [5]. Зернистая дистрофия гепатоцитов более характерна для человека и выявлена практически во всех наблюдениях аутопсий.

Почки увеличены в объеме, на разрезе имели пестрый вид из-за множества обширных кровоизлияний и участков некроза серовато-желтого цвета, соединительнотканная капсула отслоена. Исследования показали, что характерными признаками поражающего влияния токсина на почки как человека, так и лабораторных животных явились: выраженная паренхиматозная дистрофия, наличие в канальцах кристаллов щавелевокислого кальция, очаговый некротический нефроз и дистрофические изменения нефроэпителия.

Анализируя патологоанатомические и судебно-гистологические заключения и сравнивая их с результатами, полученными в эксперименте, мы выявили общие наиболее выраженные морфологические признаки, которые можно считать специфическими при действии этиленгликоля: расстройства кровообращения в микроциркуляторном русле внутренних органов, полнокровие вен, в печени и почках — выраженные дистрофические изменения, наличие кристаллов оксалата кальция в канальцах почек, для легких характерен отек и спазм мелких бронхов.

Выводы

1. Проведенные исследования показали, что изменения в тканях почек, печени и сердца, вызванные токсическим действием этиленгликоля в клинике и эксперименте, имеют гистологическое сходство.

2. Разница в строении эпителия слизистой и составе слизи легких, пищевода и желудка человека и крысы делают нецелесообразным использование этих органов как модели для изучения последствий отравления этиленгликолем в экспериментах, выполненных на крысах.

3. Характерными признаками интоксикации этиленгликолем являются: выраженное расстройство кровообращения и микроциркуляции во внутренних органах; венозное полнокровие; кристаллы щавелевокислого кальция в канальцах почек; выраженные дистрофические изменения в почках и печени.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Спирты: Серия «Токсикология для врачей» / Н. Ф. Маркизова [и др.]. — СПб.: Фолиант, 2004 — 112 с.
2. Лужников, Е. А. Клиническая токсикология / Е. А. Лужников. — М.: Медицина, 1994. — 254 с.
3. Лужников, Е. А. Острые отравления: рук-во для врачей / Е. А. Лужников, Л. Г. Костомарова — М.: Медицина, 1989. — 432 с.
4. К токсикокинетике этиленгликоля при терапии острых интоксикаций / В. П. Кутлуниин [и др.] // Терапевтический архив. — 1984. — № 7. — С. 85–89.
5. Сахаров, Г. Ю. Острые отравления этиленгликолем / Г. Ю. Сахаров // Судмедэкспертиза. — 1983. — № 2. — С. 48–52.
6. Овсинок, Ю. А. Острая токсичность и структурные нарушения во внутренних органах белых крыс при интоксикации этиленгликолем / Ю. А. Овсинок, А. А. Жукова, Н. В. Тургунтаева // Проблемы здоровья и экологии. — Гомель, 2007. — № 1(11). — С. 93–98.

Поступила 11.02.2010

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА

УДК 616.1-036.8(476.2)

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА ПЕРИОД 2004–2008 ГГ.

А. Л. Лопатина

Гомельский областной клинический кардиологический диспансер

С целью определения путей сокращения смертности населения трудоспособного возраста проведено изучение смертности от болезней системы кровообращения данной возрастной категории за период 2004–2008 гг. в Гомельской области. В структуре смертности населения трудоспособного возраста в 2004–2008 гг. БСК находятся на 2 месте, незначительно уступая внешним причинам.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, смертность, трудоспособное население, преждевременная смертность, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, факторы риска.

THE MORTALITY FROM CIRCULATORY DISEASES AMONG THE ABLE-BODIED POPULATION OF GOMEL REGION IN 2004–2008

A. L. Lopatina

Gomel Regional Cardiologic Dispensary

For the purpose of defining ways to reduce mortality among the able-bodied population there was done a survey of the mortality from circulatory diseases among people of this group in Gomel region throughout 2004–2008. Circulatory diseases rank second in the able-bodied population death-rate slightly yielding to external factors.

Key words: circulatory diseases, mortality, able-bodied population, premature mortality, heart disease, cerebrovascular disease, risk factors.

В Законе Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь» демографическими угрозами для нашего государства определены: депопуляция, старение населения, нерегулируемые миграционные процессы, деградация института семьи.

Основной причиной депопуляции в настоящее время является смертность населения. Определение путей снижения смертности, особенно населения трудоспособного возраста, является важным условием не только улучшения демографической ситуации, но достижения устойчивого социально-экономического развития общества.

С целью определения путей сокращения смертности населения трудоспособного возраста нами проведено изучение смертности от болезней системы кровообращения (БСК) данной возрастной категории за период 2004–2008 гг. в Гомельской области.

Исследование проводилось по архивному материалу Национального статистического комитета Республики Беларусь: сводным отчетам из ЗАГСов по врачебным свидетельствам о

смерти (форма 106/у) и по фельдшерским справкам о смерти (форма 106-1/у). Материал был представлен в абсолютных цифрах и заносился в исследовательскую форму первичной регистрации смертности от БСК в Гомельской области за 2004–2008 гг. Расчет интенсивных показателей смертности от БСК проводился с учетом среднегодовой численности населения (статистический сборник «Возрастно-половая структура населения Республики Беларусь и областей и среднегодовая численность населения за 2004–2008 гг.»).

Ежегодно в Гомельской области от болезни системы кровообращения в трудоспособном возрасте умирает более 1500 человек. В 2008 г. каждая седьмая смерть от БСК среди жителей Гомельской области зарегистрирована в трудоспособном возрасте, а среди умерших от БСК мужчин — каждая четвертая.

Доля умерших от БСК в трудоспособном возрасте от числа всех умерших за последние годы была наибольшей в 2007 г. — 14,4 %, наименьшей в 2005 г. — 12,5 % (рисунок 1).



Рисунок 1 — Доля умерших в трудоспособном возрасте в структуре смертности от БСК населения Гомельской области в 2004–2008 гг. (%)

Наибольший показатель смертности от БСК населения трудоспособного возраста Гомельской области за период 2004–2008 гг. наблюдался в 2006 г., когда он составил 182,5 на 100 тыс. населения, наименьший в 2007 г. — 168,2 на 100 тыс. населения.

Средний темп прироста показателя смертности за 2004–2008 гг. составил в Гомельской области 1,6 %, в Республике Беларусь за этот же период — 0,9 % (рисунок 2).

Уровни смертности от БСК населения трудоспособного возраста в отдельных возрастных группах значительно различаются. В 2008 г. у лиц в возрасте 50–59 лет он был выше, чем в возрастной группе 40–49 лет в 3 раза, в возрастной группе 30–39 лет — в 13 раз (рисунок 3).

Анализ возрастной структуры лиц, умерших в трудоспособном возрасте, показал, что наибольший удельный вес смертей регистрируется в возрастной группе 50–59 лет, составивший в 2008 г. 62,2 % (2004 г. — 56,8 %), на втором месте возрастная группа 40–49 лет — в 2008 г. 29,9 % (2004 г. — 33,8%), на третьем — 30–39 лет — в 2008 г. 6,3 % (2004 г. — 7,6 %). Доля умерших в возрастной группе до 29 лет в 2008 г. составила 1,6 % (2004 г. — 1,8 %) (рисунок 4).

При анализе смертности лиц, умерших от БСК в трудоспособном возрасте, в зависимости от места проживания установлено, что смертность сельского населения за весь изучаемый период превышает смертность городского.

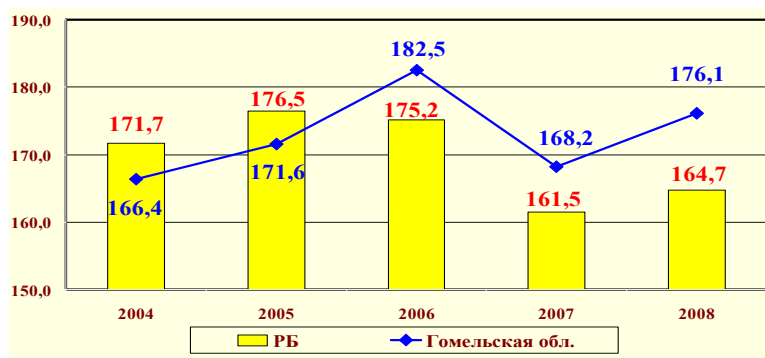


Рисунок 2 — Показатели смертности от БСК населения трудоспособного возраста Гомельской области и Республики Беларусь в 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

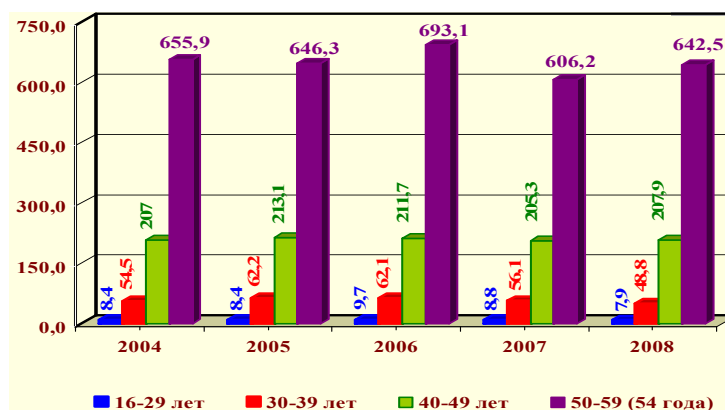


Рисунок 3 — Показатели смертности населения трудоспособного возраста Гомельской области от БСК в различных возрастных группах за период 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

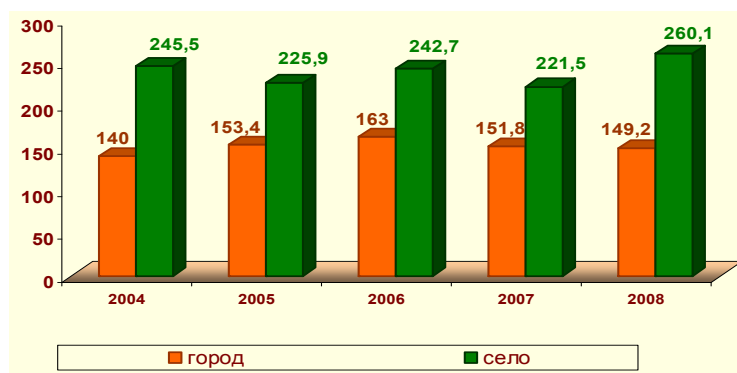


Рисунок 4 — Показатели смертности от БСК сельского и городского населения трудоспособного возраста в Гомельской области за 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

В 2007 г. показатель смертности сельского населения на 45,9 % превышал показатель смертности городского населения, наиболее значительная разница отмечена в 2004 и 2008 гг., составившая 75,4 и 74,3 % соответственно.

Высокий уровень смертности сельского населения трудоспособного возраста в 2004 г. обусловлен увеличением числа умерших обоих полов в возрастных группах 45–59, 50–54, 55–59 лет, в 2008 г. — произошел за счет увеличения числа умерших лиц мужского пола тех же возрастных групп.

В структуре умерших от БСК в трудоспособном возрасте в 2008 г. 64,2 % составили городские жители (2004 г. — 68,1 %), 35,8 % — сельские жители (2004 г. — 31,9 %).

При анализе смертности в зависимости от пола установлено увеличение случаев смерти от БСК среди мужчин трудоспособного возраста и уменьшение — среди женщин трудоспособного возраста. Так, доля лиц мужского пола среди всех умерших в трудоспособном возрасте от БСК увеличилась с 82,9 % в 2004 г. до 85,8 % в 2008 г., а доля лиц женского пола уменьшилась с 17,1 % в 2004 г. до 14,2 % в 2008 г. Наибольшее различие наблюдалось в 2008 г., когда показатель смертности от БСК мужчин трудоспособного возраста в 6 раз превышал аналогичный показатель у женщин. В 2004 и 2005 гг. эта разница менее выражена, смертность мужчин в 4,7 и 4,8 раз соответственно превышала смертность женщин (рисунок 5).



Рисунок 5 — Показатели смертности от БСК трудоспособного мужского и женского населения за период 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатели смертности мужчин трудоспособного возраста, проживающих на селе, выше смертности мужчин, проживающих в городе. Эта разница была наибольшей в 2008 г., когда уровень смертности мужчин, проживающих на селе, на 60,6 % превышал таковой среди городских мужчин. Наименьшая разница между этими показателями за исследуемый период отмечена в 2007 г., когда смертность мужчин, проживающих на селе, превысила смертность городских на 23,7 %.

Смертность женщин трудоспособного возраста, проживающих на селе, за весь изучаемый период значительно превышает смертность городских женщин. Наибольшей эта разница была в 2007 и 2004 гг., когда смертность сельских женщин превышала смертность городских в 2,3 и 2,1 раза соответственно. Наименьшее различие показателей смертности сельских и городских жительниц наблюдалось в 2005 г., когда смертность сельских женщин в 1,7 раза превышала смертность городских (рисунок 6).

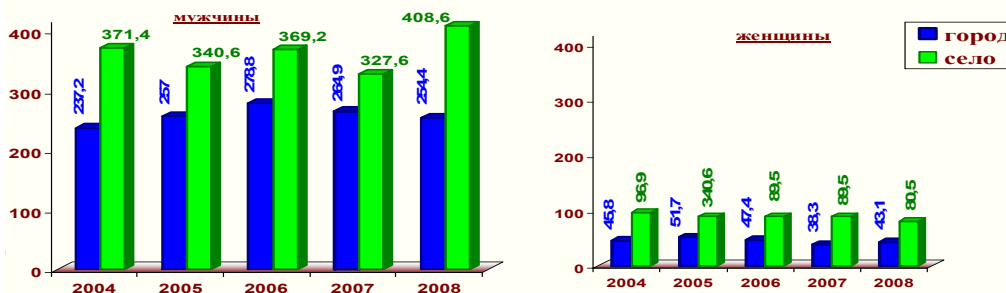


Рисунок 6 — Показатели смертности от БСК населения Гомельской области трудоспособного возраста в зависимости от места проживания и пола за 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

В структуре причин смертности населения трудоспособного возраста за исследуемый период на 1 месте находятся внешние причины (2008 г. — 31,0 %, 2004 г. — 35,1 %), на 2 — болезни системы кровообращения (2008 г. — 30,5 %, 2004 г. — 29,2 %), на 3 — новообразо-

вания (2008 г. — 16,3 %, 2004 г. — 14,5 %), на 4 — болезни органов пищеварения (2008 г. — 5,8 %, 2004 г. — 4,9 %), далее следуют неточно обозначенные и неуточненные причины смерти, инфекционные болезни и болезни органов дыхания (рисунок 7).

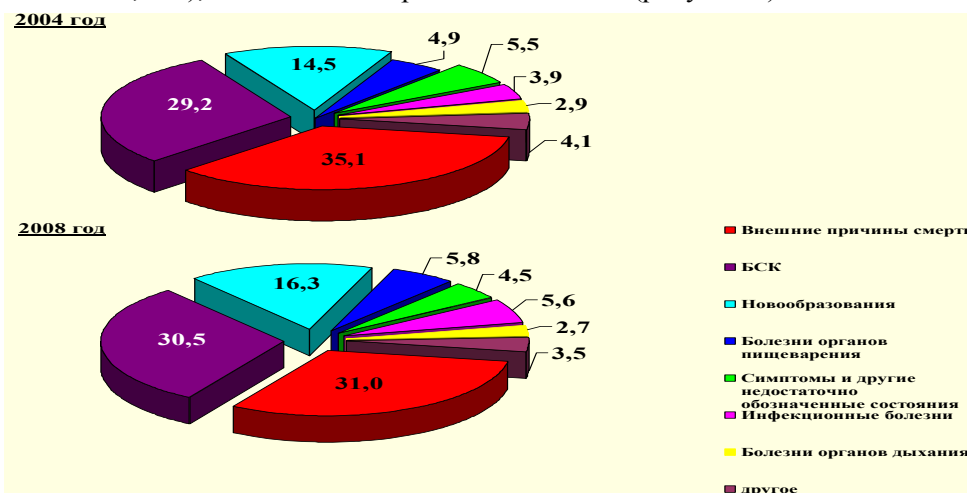


Рисунок 7 — Структуры причин смерти населения трудоспособного возраста Гомельской области в 2004 и 2008 гг. (%)

Анализ структуры смертности от БСК лиц трудоспособного возраста по отдельным нозологическим формам показал, что основной причиной смерти является хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС), составившая в 2008 г. 53,8 % (2004 г. — 41,9 %), инфаркт миокарда — 2008 г. 2,4 % (2004 г. — 4,2 %), другие формы острой ишемической болезни сердца — 2008 г. 10,4 % (2004 г. — 12,3 %), артериальная гипертензия (АГ) — 2008 г. 1,9 % (2004 г. — 3,1 %), хро-

ническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) — 2008 г. 1,5 % (2004 — 1,2 %). Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) составили в структуре смертности трудоспособного населения в 2008 г. 21,2 % (2004 г. — 23,2 %). В структуре смертей от ЦВБ преобладают внутримозговое кровоизлияние (2008 г. — 11,9 %; 2004 — 12,9 %), инфаркт мозга (2008 г. — 5,7 %; 2004 г. — 4,7 %), субарахноидальное кровоизлияние (2008 г. — 1,6 %; 2004 г. — 1,8 %) (рисунк 8).

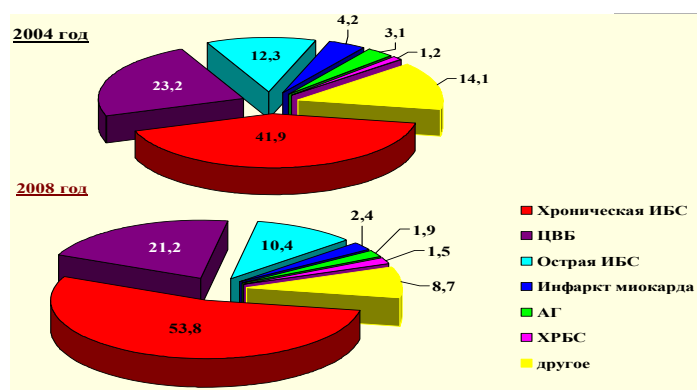


Рисунок 8 — Структура смертности от БСК населения трудоспособного возраста Гомельской области в 2004 и 2008 гг. (%)

Структура смертности населения трудоспособного возраста от ИБС по основным нозологическим формам отличается от таковой всего населения. Так, в структуре смертности всего населения Гомельской области от БСК хроническая ИБС в 2008 г. составила 66,9 %, что на 13,1 % больше, чем среди лиц трудоспособного возраста, инфаркт миокарда — 1,9 % (на 0,5 % меньше, чем в трудоспособном возрасте), другие острые формы ИБС — 2,5 % (на 7,9 % меньше, чем в трудоспособном возрасте).

В структуре смертности от ЦВБ в трудоспособном возрасте за 2008 г. 11,9 % составили внутримозговые кровоизлияния, инфаркт мозга —

5,7 %. В структуре смертности всего населения от ЦВБ за 2008 г. инфаркт мозга составил 10,3 %, внутримозговое кровоизлияние — 5,1 %.

Анализ показателей смертности по отдельным нозологическим формам БСК с учетом половой принадлежности показал, что смертность среди мужчин по всем нозологиям выше, чем среди женщин. Так, например, в 2008 г. смертность мужчин превышала смертность женщин от хронической ИБС в 9 раз, от инфаркта миокарда — в 40 раз, от других форм острой ИБС — в 3,7 раза, от внутримозгового кровоизлияния — в 2,9 раза, от инфаркта мозга — в 3,8 раз (рисунки 9 и 9.1).

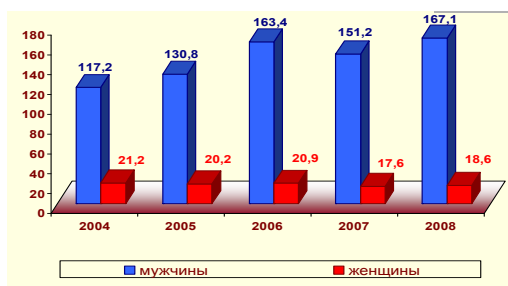


Рисунок 9 — Показатели смертности от хронической ИБС трудоспособного населения Гомельской области в зависимости от пола в 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)



Рисунок 9.1. — Показатели смертности от острых форм ИБС трудоспособного населения Гомельской области в зависимости от пола в 2004–2008 гг. (на 100 тыс. населения)

При анализе смертности сельского и городского населения трудоспособного возраста по отдельным нозологическим формам БСК установлено, что в 2008 г. смертность сельско-

го населения была выше, чем городского: от хронической ИБС — в 1,7 раза, от других форм острой ИБС — в 2,1 раза, от внутримозгового кровоизлияния — в 1,3 раза, но в то же

время ниже, чем городского: от инфаркта миокарда — в 1,4 раза, от АГ — в 1,3 раза.

С целью детального изучения смертности трудоспособного населения нами предложена и внедрена в 2007 г. «Карта учета смерти от БСК в трудоспособном возрасте», на основании которой разработано и внедрено программное обеспечение «Учет случаев смерти от БСК», предназначенное для сбора, анализа и изучения информации о смертности от БСК населения трудоспособного возраста. Это позволило проанализировать семейное положение, профессиональную принадлежность лиц, умерших в трудоспособном возрасте, распространенность среди них факторов риска по различным поло-возрастным, социальным группам, приверженность к лечению (регулярность наблюдения в медицинских учреждениях, выполнение рекомендаций врачей).

Установлено, что среди лиц, умерших в трудоспособном возрасте от БСК, в браке не состояли: в 2007 г. — 36,2 %, в 2008 г. — 37,6 %. При этом среди умерших мужчин трудоспособного возраста не состояли в браке в 2007 г. 35,2 %, в 2008 г. — 38,2 %, среди женщин трудоспособного возраста — 34,8 и 34,4 % соответственно (рисунок 10).

Анализ структуры смертности населения трудоспособного возраста по профессиональному признаку показал, что наибольший удельный вес умерших приходился на рабочих промышленных предприятий, безработных и сельскохозяйственных рабочих. Так, в 2007 г. среди умерших доля рабочих промышленных предприятий составила — 34,7 %, в 2008 г. — 39,7 %, доля безработных — 34,7 и 33,4 %, а сельскохозяйственных рабочих — 14,3 и 12,4 % соответственно (рисунок 11).

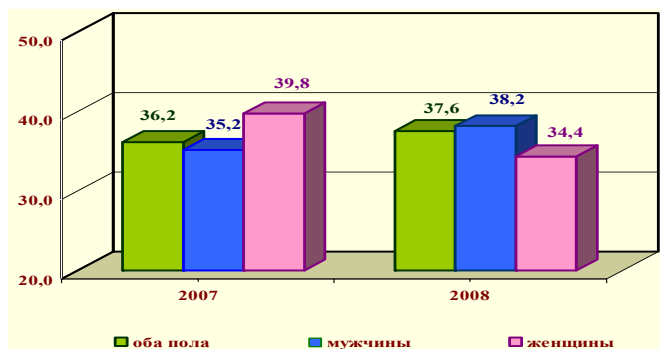


Рисунок 10 — Доля лиц, не состоящих в браке, среди умерших в трудоспособном возрасте от БСК по Гомельской области в зависимости от пола за 2007–2008 гг. (%)

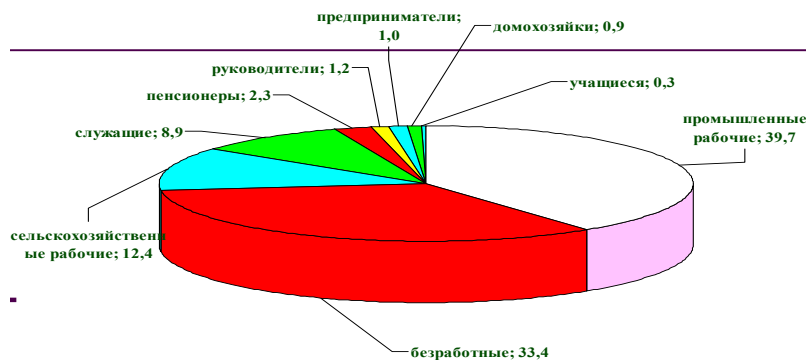


Рисунок 11 — Структура умерших от БСК лиц трудоспособного возраста Гомельской области по профессиональному признаку в 2008 г. (%)

Анализ смертности населения трудоспособного возраста по месту наступления смерти за 2007–2008 гг. показал высокий удельный вес смертей, наступивших на дому: 58,8 % — в 2007 г., 54,3 % — в 2008 г., среди городского населения — 56,1 и 52,8 %, среди сельского — 63,7 и 57,9 % соответственно.

Доля лиц, умерших в стационаре составила 25,8 % в 2007 г. и 27,4 % в 2008 г. (рисунки 12, 13).

В стационаре смерть наступает чаще среди женщин (2007 г. — 30,4 %, 2008 г. — 35,4 %), чем среди мужчин (2007 г. — 25,1 %, 2008 г. — 26,0 %).

В транспорте, на работе, на улице и в других местах чаще умирают мужчины (2007 г. — 13 %, 2008 г. — 16,3 %), чем женщины (2007 г. — 4,9 %, 2008 г. — 8,4 %).

Патологоанатомическое вскрытие и судебно-медицинская экспертиза умерших от БСК в трудоспособном возрасте в 2008 г. проведены в 84,7 % случаев (2007 г. — 80,2 %) (рисунок 14).

Анализ факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений среди лиц трудоспособного возраста, умерших от БСК, показал их высокую распространенность.

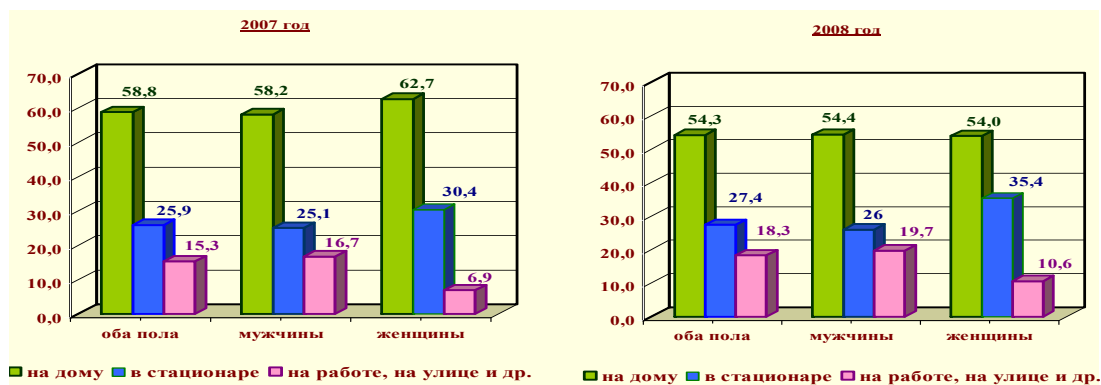


Рисунок 12 — Структура лиц трудоспособного возраста, умерших от БСК, по месту наступления смерти в зависимости от пола в 2007–2008 гг. (%)

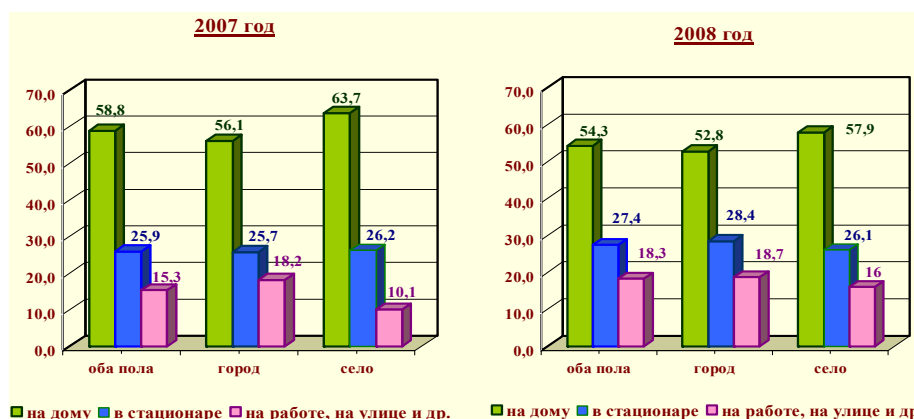


Рисунок 13 — Структура умерших в трудоспособном возрасте от БСК по месту наступления смерти в зависимости от места проживания за период 2007–2008 гг. (%)

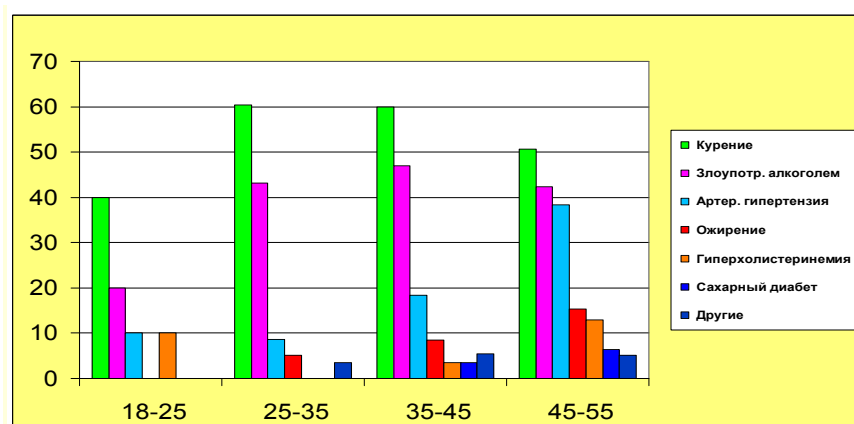


Рисунок 14 — Распространенность факторов риска среди умерших в трудоспособном возрасте от БСК в Гомельской области в 2008 г. (%)

Среди факторов риска, имевшихся при жизни у умерших от БСК в 2007–2008 гг., на первом месте стоит курение (2007 г. — 45,6 %, 2008 г. — 54,7 %), на втором — злоупотребление алкоголем (2007 г. — 33,9 %, 2008 г. — 44,0 %), на третьем — АГ (2007 г. — 24,5 %, 2008 г. — 36,0 %), далее следуют ожирение (2007 г. — 9,8 %, 2008 г. — 12,2 %), гиперхолестеринемия (2007 г. — 13,6 %, 2008 г. — 11,8 %), сахарный диабет (2007 г. — 4,3 %, 2008 г. — 5,6 %) и другие.

Анализ распространенности факторов риска в различных возрастных группах показал,

что курение присутствует уже в возрастной группе 18–25 лет (2007 г. — 37,5 %, 2008 г. — 40,0 %) и достигает своего максимума в возрастной группе 35–45 лет (2007 г. — 47,7 %, 2008 г. — 59,3 %), затем несколько снижается в возрастной группе 45–59 лет (2007 г. — 46,2 %, 2008 г. — 53,7 %).

Аналогичная ситуация по распространенности злоупотребления алкоголем. Этот фактор риска присутствовал в возрастной группе 18–25 лет в 2007 г. — в 12,5 %, в 2008 г. — в 20 % случаев и достиг максимума в возрастной

группе 35–45 лет, где составил в 2007 г. — 40,7 %, в 2008 г. — 46,6 %. Отмечается некоторое снижение распространенности злоупотребления алкоголем в возрастной группе 45–59 лет: в 2007 г. — 33,0 %, в 2008 г. — 43,4 %.

Распространенность таких факторов риска, как АГ, ожирение, гиперхолестеринемия и сахарный диабет незначительна в возрастной группе 18–25 лет и достигает наибольших показателей в возрастной группе 45–59 лет. Так, в 2008 г. распространенность АГ составила здесь 40,5 %, ожирение — 13,6 %, гиперхолестеринемия — 13,7 %, сахарный диабет — 6,4 %.

Распространенность курения среди мужчин в 2008 г. была в 3,4 выше, чем среди женщин, умерших в трудоспособном возрасте.

Распространенность злоупотребления алкоголем среди мужчин, умерших в трудоспособном возрасте в 2008 г., была в 2 раза выше, чем среди женщин: 47,6 и 24,0 % соответственно.

Распространенность АГ была несколько выше среди умерших женщин, чем среди мужчин и составила в 2008 г. 39,1 и 35,4 % соответственно.

Также выше была распространенность СД среди женщин, чем среди мужчин: в 2008 г. — 8,4 и 4,9 % соответственно.

Распространенность гиперхолестеринемии среди мужчин и женщин, умерших в трудоспособном возрасте от БСК, незначительна и составила в 2008 г. 11,9 % среди мужчин и 11,3 % — среди женщин.

Наиболее высокая распространенность злоупотребления алкоголем и курением в разрезе профессиональных групп отмечалась у сельскохозяйственных рабочих и безработных. Так, среди умерших в трудоспособном возрасте от БСК сельскохозяйственных рабочих в 2008 г. 66,7 % курили, 58,6 % — злоупотребляли алкоголем, среди умерших безработных — 62,6 и 55,5 % соответственно.

Проведен анализ приверженности к лечению, включая наблюдения у врача, регулярность посещений, выполнение рекомендаций.

Удельный вес регулярно посещавших врача среди умерших от БСК в трудоспособном возрасте составил в 2008 г. — 30,7 % (2007 г. — 33,2 %). Не регулярно посещали врача в 2008 г. — 41,8 % (2007 г. — 44,3 %), не посещали врача — 27,5 % (22,6 % — 2007 г.).

Лица, регулярно посещающие врача, по данным за 2007 г. в 80,6 % случаев выполняли рекомендации врача, а в 2008 г. их удельный вес вырос до 83,8 %. Среди лиц, нерегулярно посещавших врача, рекомендации выполняли 12,9 % в 2007 г. и 13,7 % — в 2008 г.

Доля мужчин, не посещавших врача, в 2008 г. составила 28,8 %, женщин — 19,6 %. Наиболее высок процент не посещавших врача среди

сельскохозяйственных рабочих (2008 г. — 46,2 %) и безработных (2008 г. — 35,8 %). Низка их приверженность к лечению.

Установлено, что посещаемость врача женщинами не улучшилась. Если в 2007 г. 18,1 % женщин не посещали врача, то в 2008 г. таких было уже 19,6 %. Среди женщин, регулярно посещавших врача, его рекомендации выполняли в 2008 г. 90,7 %, в 2007 г. их доля была меньше — 86,5 %. Среди женщин, нерегулярно посещавших врача, также увеличилась доля выполнявших рекомендации до 17,9 % в 2008 г., тогда как в 2007 г. — 7,5 %.

Из мужчин, умерших в 2007–2008 гг. от БСК, не посещали врача 22,8 и 28,8 % соответственно, т. е. доля мужчин, не посещавших врача, в 2008 г. выросла на 7 %.

Среди мужчин, регулярно посещавших врача, в 2008 г. увеличилась доля выполнявших его назначения, которая составила 81,9 % по сравнению с 74,7 % в 2007 г. Среди мужчин, не регулярно посещавших врача, доля выполняющих рекомендации незначительно уменьшилась и составила в 2008 г. 13,1 % (2007 г. — 13,9 %).

У лиц, страдавших артериальной гипертензией, целевые уровни АД достигались в 2008 г. в 44,5 % случаев (2007 г. — 33,7 %).

Исходя из проведенного анализа смертности населения трудоспособного возраста от БСК можно сделать следующие выводы:

В структуре смертности населения трудоспособного возраста в 2004–2008 гг. БСК находятся на 2 месте, незначительно уступая внешним причинам.

Уровни смертности от БСК лиц трудоспособного возраста, проживающих в сельской местности, выше, чем среди городских жителей.

Показатели смертности от БСК мужчин трудоспособного возраста значительно (в 4–6 раз) превышают таковые среди женщин трудоспособного возраста.

Наиболее высокий показатель смертности от БСК среди трудоспособного населения регистрируется в возрастной группе 50–59 лет (у женщин 50–54 года).

Среди лиц, умерших в трудоспособном возрасте, около 40 % не состояли в браке, имеется тенденция увеличения смертности мужчин, не состоящих в браке.

Основными причинами смерти от БСК лиц трудоспособного возраста являются хроническая ИБС, инфаркт миокарда и другие формы острой ИБС, внутримозговые кровоизлияния, инфаркт мозга.

Более 1/4 лиц трудоспособного возраста, умерших от БСК, не обращались за медицинской помощью и не наблюдались врачом.

В структуре умерших по профессиональному признаку преобладают промышленные рабочие, безработные, сельскохозяйственные рабочие.

Женщины более привержены к лечению, чаще обращаются за медицинской помощью и лучше, чем мужчины выполняют рекомендации врача. Наиболее низкая приверженность к лечению среди сельскохозяйственных рабочих и безработных.

Распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди умерших высока. Количество их увеличивается с возрастом, достигая максимального в возрастной группе 45–59.

Исходя из вышесказанного можно составить медико-социальный портрет пациента с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их фатальных осложнений. Это чаще — мужчины, проживающие на селе, реже в городе, являющиеся по профессии сельскохозяйственными и промышленными рабочими, а также безработные, чаще не состоящие в браке, курящие,

злоупотребляющие алкоголем, страдающие АГ, имеющие низкую приверженность к лечению.

Указанные медико-социальные особенности необходимо учитывать при оценке индивидуального сердечно-сосудистого риска и планировании диагностических и лечебных мероприятий.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вальчук, Э. А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. — Мн.: БелМАПО, 2007. — 480 с.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: Ежегодные официальные статистические сборники. — Мн.: Минздрав РБ, 2004–2008 гг.
3. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2006–2010 гг.: Утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2005 г. № 1049.
4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2005 г. № 1049 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2006–2010 гг.».
5. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 31.08.2006г. №1116 «Об утверждении Программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 гг.».
6. Вальчук, Э. А. Смертность населения: Основные методы изучения: Метод. рекомендации / БелГИУВ: Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, В. В. Антипов. — Мн., 2000. — 24 с.

Поступила 10.02.2010

УДК 616.36-022(476.2)

ГЕПАТИТ С-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

В. М. Мицура, А. Н. Волченко, И. Ф. Салажкова, М. Н. Стародубцева

Гомельский государственный медицинский университет

Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

В статье анализируется заболеваемость различными формами HCV-инфекции среди населения Гомельской области, охарактеризованы основные факторы риска заражения и сроки выявления данной патологии, разработана математическая модель установления времени с момента инфицирования. С 1999 года эпидемическую ситуацию по HCV-инфекции в области можно рассматривать как стабильную, показатель заболеваемости составил 55,7 на 100 тыс. населения. Однако заболеваемость хроническим гепатитом С в Гомельской области и в целом по Республике Беларусь (19,2 и 19,3 на 100 тыс. населения соответственно) превышает аналогичный показатель в странах Европейского региона (6,9 на 100 тыс.) и имеет тенденцию к росту. В течение первого года после заражения выявляется только 18 % зараженных HCV, выявление 50 % инфицированных происходит в течение первых 5 лет после заражения.

Ключевые слова: гепатит С, эпидемиология, пути передачи, время инфицирования.

HCV-INFECTION IN GOMEL REGION: CURRENT EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC

V. M. Mitsura, A. N. Volchenko, I. F. Salazhkova, M. N. Starodubtseva

Gomel State Medical University

Gomel Regional Center of Hygiene, Epidemiology and Public Health

Various forms of HCV-infection in population of the Gomel region has been analyzed, major risk factors of infection and terms of disease revealing are characterized, the mathematical model of determination of time since the moment of infection is developed in the article. Since 1999 the epidemic tendency of HCV-infection (all forms) revealing in the Gomel region has been considered to be stable with the incidence rate of 55,7 per 100 000 population. However, the incident rate of chronic hepatitis C in both the Gomel region and Republic of Belarus as a whole (19,2 and 19,3 per 100 000 population correspondently) exceeds the rate observed in the countries of the European region (6,9 per 100 000) and has tendency to increase. During the first year after infection 18 % infected HCV people are revealed and the detection of 50% infected people occurs during the first 5 years after infection.

Key words: hepatitis C, epidemiology, routes of transmission, time of infection.

Введение

Начиная с открытия вируса гепатита С (HCV) в 1989 и его идентификации как одной

из ведущих причин хронических болезней печени, стали активно изучаться распространенность гепатита С и его исходы. По данным