

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-2-4-13
УДК 616.1:31(571.620)"2011/2022"

Заболеваемость взрослого населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения и смертность от них в 2011–2020 годах

К. П. Топалов¹, Т. В. Зайцева²

¹Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipkszh.khv.ru

²Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева, Хабаровск, Россия, kkb1@dvmc.khv.ru

Incidence of the adult population of the Khabarovsk krai with the diseases of the circulation system and mortality caused by the diseases in 2011–2020

K. P. Topalov¹, T. V. Zaitseva²

¹Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipkszh.khv.ru

²The Khabarovsk Krai Clinical Hospital No.1 named after professor S.I. Sergeev, Khabarovsk, Russia, kkb1@dvmc.khv.ru

В статье приведены показатели заболеваемости взрослого населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения и смертности от них в 2011–2020 гг. Дан анализ указанных показателей в двух возрастных группах: 18 лет – трудоспособный возраст (для женщин – до 55 лет, для мужчин – до 60 лет) и старше трудоспособного возраста. Особое внимание уделено трем основным нозологическим формам – болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением, ишемическим болезням сердца, цереброваскулярным заболеваниям. Установлено, что эти три нозологические формы в структуре патологии системы кровообращения занимают 86,4 % общей заболеваемости, 82,4 % первичной заболеваемости, 72,3 % госпитальной заболеваемости и 84,3 % смертности.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемические болезни сердца, цереброваскулярные заболевания, смертность от болезней системы кровообращения.

The article presents the incidence rates of the adult population of the Khabarovsk Krai with diseases of the circulatory system and mortality caused by these diseases in 2011–2020. An analysis of these indicators in two age groups is given: 18 years old – working age (for women – up to 55 years old, for men – up to 60 years old) and older than working age. Particular attention is paid to the three main nosological forms – diseases characterized by high blood pressure, coronary heart disease, cerebrovascular disease. It has been established that these three nosological forms in the structure of the pathology of the circulatory system account for 86,4 % of the total morbidity, 82,4 % of primary morbidity, 72,3 % of hospital morbidity and 84,3 % of mortality.

Keywords: diseases of the circulatory system, diseases characterized by high blood pressure, ischemic heart disease, cerebrovascular disease, mortality from diseases of the circulatory system.

Социально-экономическое развитие региона напрямую зависит от состояния здоровья населения, проживающего на его территории. Именно здоровье в современных условиях определяет потенциал развития, который обеспечивается за счет личного человеческого роста, материального благополучия семьи, что, в свою очередь, формирует экономическую стабильность социума в целом.

Уровень здоровья населения зависит в значительной степени от материального положения семьи, социального статуса граждан и их поведения в социуме, соблюдения принципов здорового образа жизни.

Шесть основных классов болезней определяют в большинстве случаев характери-

ку человеческой популяции любого региона. К ним относятся инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, болезни системы кровообращения (БСК), болезни органов дыхания (БОД), болезни органов пищеварения (БОП), травмы и отравления. Перечисленные классы болезней остаются до настоящего времени актуальной проблемой регионального здравоохранения, несмотря на определенные успехи в области диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных с указанной патологией. Высокий уровень заболеваемости населения Хабаровского края и смертности от этих классов болезней обусловлен следующими факторами: старением населения, индустриализацией общества, которая способствует

Таблица 1

**Показатели заболеваемости взрослого населения края и смертности
от шести основных заболеваний на 100 000 человек**

Наименование класса болезней	Заболеваемость			Смертность
	общая	первичная	госпитальная	
Инфекционные и паразитарные болезни	4 422,5	2 330,2	628,5	30,5
Новообразования	4 858,5	1 038,2	1 551,3	245,4
БСК	22 491,4	2 499,9	4 048,9	864,2
БОД	15 717,0	13 081,9	1 036,7	68,0
БОП	8 577,7	1 455,8	1 415,6	102,9
Травмы и отравления	7 471,7	7 452,5	1 430,7	186,2
Рейтинговое значение				
Инфекционные и паразитарные болезни	1	3	1	1
Новообразования	2	1	5	5
БСК	6	4	6	6
БОД	5	6	2	2
БОП	4	2	3	3
Травмы и отравления	3	5	4	4

снижению физической активности населения на фоне нерационального питания, снижением уровня жизни, нарастающим стрессом на работе и в быту, ростом воздействия экологических причин на человеческий организм [10,11].

Цели исследования:

1) Определить рейтинг шести основных классов болезней, влияющих на характеристику состояния здоровья населения в регионе.

2) Оценить общую, первичную и госпитальную заболеваемость взрослого населения БСК в Хабаровском крае по сравнению с федеральными и окружными значениями в 2011–2020 гг. в зависимости от возрастной структуры.

3) Определить влияние болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (БХПКД), ишемических болезней сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) при болезнях системы кровообращения взрослого населения, результаты лечения больных этими формами заболевания в зависимости от территории проживания и места оказания кардиологической помощи в крае за 2011–2020 гг.

4) Изучить смертность взрослого населения края от БСК, в том числе от БХПКД, ИБС и ЦВЗ в динамике за 2011–2020 годы.

Материалы и методы. Предметом исследования стали сводные годовые отчеты о деятельности медицинских организаций Хабаровского края, подготовленные КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) за 2011–2020 гг. Из статистических сборников по заболеваемости взрослого населения Российской Федерации (РФ), Дальневосточного феде-

рального округа (ДФО), выпускаемых Росстатом по РФ за 2011–2020 гг. брались абсолютные значения изучаемых явлений.

Были взяты две возрастные группы: первая – от 18 лет и до пенсионного возраста (женщины – до 55 лет и мужчины – до 60 лет), вторая – старше пенсионного возраста (трудоспособного возраста).

Изучение смертности взрослого населения края от БХПКД, ИБС и ЦВЗ основывалось на сведениях об умерших лицах из формы 51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» за 2011–2020 годы.

Для изучения тенденции заболеваемости взрослого населения и смертности от БСК, в том числе от БХПКД, ИБС и ЦВЗ, брались равные промежутки времени: 2011–2015 и 2015–2020 гг. Такое деление на 2 периода обусловлено следующими нормативно-правовыми документами: Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», распоряжениями МЗ ХК от 29 марта 2022 г. № 417-р «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью на территории Хабаровского края» и от 31 марта 2022 г. № 460-р «О совершенствовании организации медицинской помощи больным сердечно-со-

судистыми заболеваниями, включая острый коронарный синдром, на территории Хабаровского края».

Численность населения РФ, ДФО с учетом присоединенных 2 регионов (Республика Бурятия и Забайкальский край), Хабаровского края была взята по данным Росстата.

В ХК были выделены три территории: город Хабаровск, город Комсомольск-на-Амуре и прочие краевые муниципальные образования.

Результаты проведенных исследований были обработаны вариационным, корреляционным анализами, динамические ряды – методом наименьших квадратов.

Результаты исследования. Анализ показателей заболеваемости взрослого населения шестью классами основных заболеваний и смертности от них свидетельствует (табл. 1), что ведущей причиной, влияющей на состояние здоровья населения края, являются болезни системы кровообращения (22 балла). Меньше всего на уровень здоровья населения края оказывают влияние инфекционные и паразитарные болезни (6 баллов). Аналогичная картина отмечена в возрасте старше трудоспособного и у лиц от 18 лет и до пенсионного возраста (табл. 2 и 3).

В двух возрастных группах влияние изучаемых классов болезни на уровень здоровья населения края и смертности от них оказалось различным. Так, среди лиц от 18 лет и до пенсионного возраста первые три места занимают БСК (20 баллов), травмы и отравления (18 баллов) и БОД (16 баллов). Среди лиц старше трудоспособного возраста первое место принадле-

жит БСК (22 балла), второе – БОД (16 баллов), третье-четвертое места делят новообразования и БОП (15 баллов).

Удельный вес БСК в структуре общей и первичной заболеваемости взрослого населения ХК составил в среднем за 2011–2020 гг. 19,69 и 5,67 % соответственно. В РФ и ДФО эти показатели составили 19,83 и 6,43; 18,64 и 6,04 % соответственно.

Показатели общей заболеваемости взрослого населения края болезнями системы кровообращения (по данным обращаемости в медицинские организации, форма 12) имеют устойчивую тенденцию к росту. Динамика краевых показателей практически не отличается от федеральных и окружных значений (рис. 1). Следует отметить, что в 2016–2020 гг. в ХК наблюдается тенденция превышения краевых показателей над окружными.

Между краевыми показателями общей заболеваемости населения БСК и данными по РФ и ДФО имеется достаточная корреляционная связь ($0,93 \pm 0,046$ и $0,94 \pm 0,043$ соответственно). Средние показатели общей заболеваемости взрослого населения РФ, ДФО и ХК за 2011–2020 гг. составили $290,2 \pm 0,013$, $242,3 \pm 0,053$ и $224,7 \pm 0,128$ случая на 1 000 населения соответственно. Последние четыре года (2017–2020) краевые показатели общей заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения в среднем ($264,4 \pm 0,22$ случая на 1 000 взрослого населения) превысили окружные значения ($257,1 \pm 0,087$ случая соответственно) на 2,84 %.

Таблица 2

Показатели заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Хабаровском крае и смертности от шести основных заболеваний на 100 000 человек

Наименование класса болезней	Заболеваемость			Смертность
	общая	первичная	госпитальная	
Инфекционные и паразитарные болезни	2802,1	1312,5	478,2	25,7
Новообразования	8221,6	1563,1	3054,4	669,6
БСК	46547,1	4452,2	10510,2	2485,6
БОД	16904,0	13261,2	1525,8	145,7
БОП	11024,3	1646,9	2153,8	191,0
Травмы и отравления	6755,5	6738,8	1300,5	177,5
Рейтинговое значение				
Инфекционные и паразитарные болезни	1	1	1	1
Новообразования	3	2	5	5
БСК	6	4	6	6
БОД	5	6	3	2
БОП	4	3	4	4
Травмы и отравления	2	5	2	3

Таблица 3

Показатели заболеваемости лиц от 18 лет и до пенсионного возраста в Хабаровском крае и смертности от шести основных заболеваний на 100 000 человек

Наименование класса болезней	Заболеваемость			Смертность
	общая	первичная	госпитальная	
Инфекционные и паразитарные болезни	5 047,1	2 722,5	686,4	32,4
Новообразования	3 562,1	835,9	971,8	81,9
БСК	13 218,2	1 747,3	1 558,1	239,1
БОД	15 259,4	13 012,8	848,2	38,1
БОП	7 634,6	1 382,1	1 131,0	68,9
Травмы и отравления	7 747,7	7 727,7	1 480,9	189,6
Рейтинговое значение				
Инфекционные и паразитарные болезни	2	5	1	1
Новообразования	1	1	3	4
БСК	5	3	6	6
БОД	6	6	2	2
БОП	3	2	4	3
Травмы и отравления	4	4	5	5



Рис. 1. Общая заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК болезнями системы кровообращения на 1 000 человек соответственно

В то же время общая заболеваемость взрослого населения БСК в крае за 2017–2020 гг. оказалась ниже федеральных значений ($305,9 \pm 0,021$ случая на 1 000 взрослого населения) на 13,6 % за аналогичный период (рис. 1).

Ежегодные темпы прироста общей заболеваемости БСК в крае составили 4,57 %, что в 2,6–2,8 раза выше федеральных и окружных значений (1,61 и 1,79 % соответственно).

Общая заболеваемость населения края БСК за 2011–2020 гг. имеет территориальную зависимость: более высокие показатели заболеваемости населения БСК оказались в Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре ($257,7 \pm 0,20$ и $257,4 \pm 0,31$ соответственно), чем в прочих краевых муниципальных образованиях ($161,9 \pm 0,19$ случая на 1 000 населения).

Первичная заболеваемость населения края БСК за изучаемый период выросла на 30,9 %

(рис. 2). В РФ и ДФО этот рост составил 15,3 и 7,4 % соответственно. Ежегодные темпы прироста первичной заболеваемости БСК составили в крае 3,79 %, что значительно выше федерального и окружного значений (2,80 и 1,22 % соответственно). Среднее значение показателя первичной заболеваемости населения края составило за 2011–2020 гг. $25,0 \pm 0,048$ случая на 1 000 населения, что значительно ниже аналогичных значений на федеральном и окружном уровнях ($35,8 \pm 0,0054$ и $29,5 \pm 0,021$ случая на 1 000 населения соответственно) на 30,2 и 15,3 % соответственно. Между краевыми показателями первичной заболеваемости населения БСК и данными по РФ и ДФО имеется достаточная корреляционная связь ($0,87 \pm 0,043$ и $0,88 \pm 0,059$ соответственно).

Между первичной и общей заболеваемостью населения БСК в крае имеется корреляционная

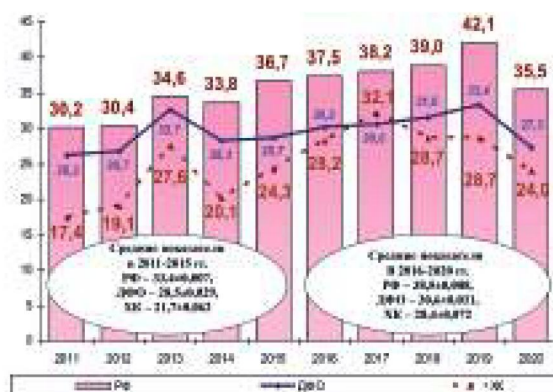


Рис. 2. Первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК болезнями системы кровообращения на 1 000 человек соответственно

связь средней интенсивности ($0,60 \pm 0,10$). В РФ и ДФО такая корреляционная связь составила $0,89 \pm 0,057$ и $0,64 \pm 0,096$ соответственно.

Имеется существенная разница в первичной заболеваемости жителей Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре БСК за 2011–2020 годы: в Хабаровске она составила $22,5 \pm 0,066$ случая на 1 000 населения, в Комсомольске-на-Амуре – $37,5 \pm 0,133$ случая соответственно. В прочих муниципальных образованиях этот показатель был самым низким – $21,5 \pm 0,076$ случая на 1 000 населения. Подобная закономерность сохраняется и в возрастных группах, однако эти показатели у лиц старше пенсионного возраста почти в 2 раза выше, чем в группе лиц от 18 лет – трудоспособного возраста.

Болезни системы кровообращения во многом зависят от генетической предрасположенности, наличия гиперхолестеринемии, БХПКД, табакокурения, сахарного диабета [5, 7]. Имеется достаточная корреляционная связь с возрастным составом населения ХК, особенно с лицами старше 60 лет [11].

Рост БСК обусловлен двумя группами факторов риска: неконтролируемыми (возраст, пол, генетическая предрасположенность) и контролируемыми, которые являются наиболее значимыми в современных условиях и напрямую зависят от поведения пациентов [6]. Такая позиция отмечена в Российских национальных рекомендациях, опубликованных в Российском кардиологическом журнале № 6 за 2018 г.

Общая заболеваемость населения края БХПКД увеличилась на 31,9 %, что значительно выше федеральных и окружных значений (24,2 и 19,9 % соответственно). Ежегодные темпы прироста в крае составили 5,20 %, что на 24,4 и 49,0 % выше федеральных и окружных значений (4,18 и 3,49 соответственно). Установлена достаточная корреляционная связь между краевыми показателями общей заболеваемости



Рис. 3. Общая заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением на 100 000 человек соответственно

БХПКД и федеральными и окружными значениями ($0,99 \pm 0,019$ и $0,98 \pm 0,022$ соответственно). При изучении территориальной общей заболеваемости населения края БХПКД отмечено, что самые высокие показатели выявлены в Комсомольске-на-Амуре ($12\ 215,0 \pm 22,98$ случая на 100 000 населения). В Хабаровске и прочих краевых муниципальных образованиях общая заболеваемость населения БХПКД составила $9\ 809,9 \pm 13,31$ и $7\ 180,8 \pm 13,44$ случая соответственно. Подобная закономерность сохраняется и в двух возрастных группах взрослого населения Комсомольска-на-Амуре.



Рис. 4. Первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и ХК болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением на 100 000 человек соответственно

Первичная заболеваемость населения БХПКД в Хабаровском крае за последние пять лет (2016–2020) выросла в 2,2 раза, что значительно выше, чем в РФ и ДФО (в 1,5 и 1,25 раза соответственно). Ежегодные темпы прироста показателя первичной заболеваемости населения БХПКД составили в крае 12,38 % за 2011–2020 годы; это превышает федеральные (на 60 %) и окружные (в 3,2 раза) значения. Установлена достаточная корреляционная связь между краевыми показателями первичной заболеваемости населения БХПКД и федеральными, окружными значениями ($0,94 \pm 0,042$ и $0,89 \pm 0,056$ соответственно).

Средние значения первичной заболеваемости населения БХПКД составили в крае за 2011–2020 гг. $605,9 \pm 0,729$ случая на 100 000 населения, что на 42,2 % ниже федерального ($1\ 047,9 \pm 0,298$ случая) и на 19,8 % окружного ($755,9 \pm 1,079$ случая) значений. При изучении территориальной заболеваемости первичной заболеваемости населения БХПКД выявлено, что жители Комсомольска-на-Амуре чаще болеют артериальной гипертензией ($932,8 \pm 6,75$ случая на 100 000 населения), чем население в Хабаровске ($547,3 \pm 3,30$ случая) и в прочих краевых муниципальных образованиях ($505,0 \pm 3,69$ случая). Подобная закономерность сохраняется в двух возрастных группах взрослого населения.

БХПКД являются фактором развития не только ИБС, ЦВЗ, а и сердечной недостаточности, почечной недостаточности, фибрилляции предсердий [1].

Общая заболеваемость населения края ИБС в 2016–2020 гг. увеличилась на 61,2 %, что значительно выше федерального (4,2 %) и окружного (8,4 %) значений. Ежегодные темпы прироста показателя общей заболеваемости населения ИБС за изучаемый период составили 8,49 %; в РФ и ДФО эти темпы составили 0,72 и 1,38 % соответственно. В 2016–2020 гг. краевые показатели заболеваемости населения ИБС оказались выше (6 748,2±10,95 случая на 100 000 населения) федерального (6 642,4±1,03 случая) и окружного (5 525,0±4,06 случая) значений (рис. 5).



Рис. 5. Общая заболеваемость населения РФ, ДФО и ХК ишемическими болезнями сердца на 100 000 человек

Выявлена достаточная корреляционная связь между краевым показателем общей заболеваемости населения ИБС и федеральным, и окружным значениями ($0,72 \pm 0,087$ и $0,86 \pm 0,063$ соответственно). Имеется такая же корреляционная связь между общей заболеваемостью населения края БХПКД и ИБС ($0,95 \pm 0,039$). Аналогичная корреляционная связь между БХПКД и ИБС выявлена в РФ и ДФО ($0,82 \pm 0,071$ и $0,96 \pm 0,036$ соответственно), что подтверждается работой А.С. Галявич с соавт. [12]. Установлена определенная территориальная зависимость заболеваемости населения края ИБС за 2011–2020 годы. Высокие показатели заболеваемости населения ИБС выявлены в Комсомольске-на-Амуре (6 307,6±17,06 случая на 100 000 населения); в Хабаровске и прочих краевых муниципальных образованиях эти показатели оказались следующими: 6 219,9±10,80 и 3 910,1±10,10 случая на 100 000 населения соответственно.

Первичная заболеваемость населения ХК, РФ и ДФО ишемическими болезнями сердца в последние пять лет (2016–2020) выросла на 32,6, 11,4 и 10,8 % соответственно (рис. 6).

Ежегодные темпы прироста показателей первичной заболеваемости населения РФ, ДФО и ХК составили за 2011–2020 годы 2,58, 2,96 и 4,11 % соответственно. Между первичной и общей заболеваемостью населения ИБС в Хабаровском крае выявлена недостоверная корреляционная связь ($0,33 \pm 0,118$); в РФ и ДФО эти связи оказались следующими: $0,46 \pm 0,111$ и $0,77 \pm 0,063$. Установлена достоверная корреляционная связь между первичной заболеваемостью населения края БХПКД и ИБС ($0,95 \pm 0,039$). Аналогичные корреляционные связи были выявлены в РФ и ДФО ($0,82 \pm 0,071$ и $0,96 \pm 0,036$ соответственно).

При изучении территориальной первичной заболеваемости населения края ИБС установлено, что самые высокие показатели отмечены среди жителей Комсомольска-на-Амуре 1 246,5±7,79 на 100 000 населения. В Хабаровске и прочих краевых муниципальных образованиях показатели первичной заболеваемости жителей оказались гораздо ниже – 704,8±3,74 и 683,0±4,29 соответственно.

Только в Хабаровске была выявлена достоверная корреляционная связь между первичной заболеваемостью ИБС и БХПКД ($0,75 \pm 0,083$). В Комсомольске-на-Амуре и в прочих краевых муниципальных образований такой корреляционной связи не выявлено.

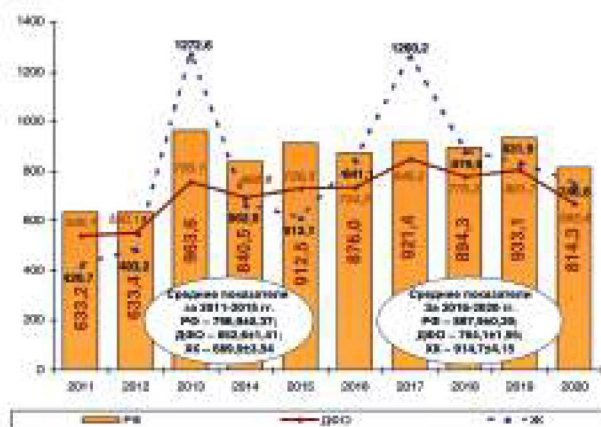


Рис. 6. Первичная заболеваемость населения РФ, ДФО и ХК ишемическими болезнями сердца на 100 000 человек

Общая заболеваемость населения края ЦВЗ за 2016–2020 выросла на 22,8 %; в РФ роста заболеваемости населения ЦВЗ не отмечено; в ДФО за этот период наблюдался рост заболеваемости населения на 7,4 % (рис. 7).

Ежегодные темпы прироста первичной заболеваемости населения ЦВЗ составили в 2011–2020 гг. в крае 3,59 %; в РФ и ДФО – соответственно 0,03 и 1,07 %. Выявлена достоверная корреляционная связь между заболеваемостью населения края и ДФО ЦВЗ ($0,81 \pm 0,073$).

Выявлена четкая взаимосвязь между общей заболеваемостью краевого населения ЦВЗ

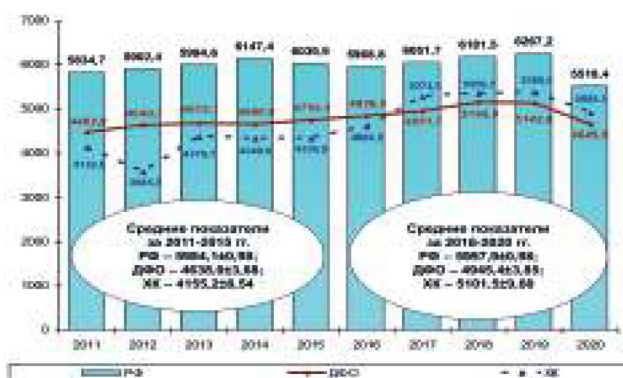


Рис. 7. Общая заболеваемость населения РФ, ДФО и ХК цереброваскулярными заболеваниями на 100 000 человек

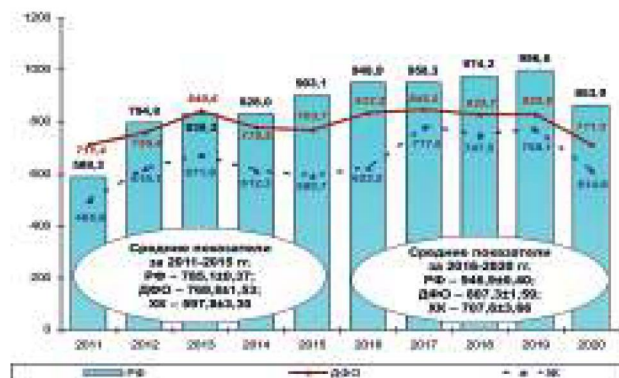


Рис. 8. Первичная заболеваемость населения РФ, ДФО и ХК цереброваскулярными заболеваниями на 100 000 человек

с БХПКД ($0,90 \pm 0,053$). Аналогическая взаимосвязь установлена только в ДФО – ($0,81 \pm 0,073$).

При изучении территориальной заболеваемости населения края ЦВЗ выявлено, что высокий уровень этого показателя установлен в Хабаровске ($6\,532,2 \pm 11,05$ случая на 100 000 населения), низкие значения – в прочих краевых муниципальных образованиях и Комсомольске-на-Амуре ($2\,754,1 \pm 8,53$ и $3\,899,3 \pm 13,58$ случая соответственно).

Первичная заболеваемость населения ХК, РФ и ДФО цереброваскулярными заболеваниями в последние пять лет (2016–2020) выросла на 38,4, 20,6 и 4,9 % соответственно (рис. 8). Ежегодные темпы прироста показателей первичной заболеваемости населения РФ, ДФО и ХК данной патологией составили за 2011–2020 годы 3,64, 0,53 и 2,81 % соответственно. Между первичной и общей заболеваемостью населения ЦВЗ в Хабаровском

Таблица 4

Госпитальная заболеваемость населения ХК болезнями системы кровообращения, показатели экстренности и доставки СМП, исходы лечения за 2011–2020 годы в зависимости от места оказания медицинской помощи

Медицинские организации	Уд. вес БСК	Заболеваемость БСК на 100 000	Уд. вес 3-х форм БСК	Уд. вес экстренн.	% доставл. СМП	Летальн. в %
Болезни системы кровообращения						
Край	19,8	4 045,1	72,3	54,4	36,6	6,05
ККБ № 2	41,1	726,6	83,8	96,8	77,9	11,12
ККБ № 1	20,2	361,6	56,4	51,8	17,5	4,10
ГБ № 7	24,5	1 456,5	63,9	87,3	50,7	12,76
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (БХПКД)						
Край		401,0		53,8	32,9	0,61
ККБ № 2		62,8		84,2	62,7	0,10
ККБ № 1		22,0		57,1	14,3	4,62
ГБ № 7		49,1		45,2	13,7	0,20
Ишемические болезни сердца (ИБС)						
Край		1 495,0		52,4	35,7	4,75
ККБ № 2		267,9		99,1	74,9	5,15
ККБ № 1		90,6		58,5	22,0	5,10
ГБ № 7		422,1		86,4	46,7	8,25
Цереброваскулярные болезни (ЦВЗ)						
Край		1 030,1		57,8	44,0	12,76
ККБ № 2		277,9		94,9	82,5	22,01
ККБ № 1		91,1		57,1	18,3	7,48
ГБ № 7		547,1		92,9	75,0	21,51

крае выявлена достоверная корреляционная связь ($0,76 \pm 0,081$); в РФ и ДФО эти связи оказались следующими: $0,46 \pm 0,111$ и $0,71 \pm 0,088$. Установлена недостоверная корреляционная связь между первичной заболеваемостью населения края БХПКД и ЦВЗ ($0,56 \pm 0,104$). Аналогичные корреляционные связи выявлены в РФ и ДФО ($0,82 \pm 0,071$ и $0,56 \pm 0,104$ соответственно).

При изучении территориальной первичной заболеваемости населения края ЦВЗ установлено, что самые высокие показатели отмечены среди жителей Комсомольска-на-Амуре $874,8 \pm 6,53$ случая на 100 000 населения. В Хабаровске и прочих краевых муниципальных образованиях показатели первичной заболеваемости жителей оказались гораздо ниже – $582,7 \pm 3,40$ и $622,0 \pm 4,10$ соответственно.

Только в Хабаровске и Комсомольске-на-Амуре была выявлена достоверная корреляционная связь между первичной заболеваемостью ЦВЗ и БХПКД ($0,85 \pm 0,067$ и $0,81 \pm 0,073$ соответственно). В прочих краевых муниципальных образованиях такой корреляционной связи не выявлено ($0,35 \pm 0,117$).

Частота госпитальной заболеваемости взрослого населения края БСК в последние годы (2016–2020) увеличилась на 28,7 %. Ежегодные темпы прироста в течение 2011–2020 гг. составили 1,81 %, в основном за счет госпитализации больных с ЦВЗ (темп прироста 5,0 %). Госпитальная заболеваемость населения края по поводу БХПКД и ИБС за изучаемый период снизилась (ежегодные темпы убыли составили 1,10 и 0,62 % соответственно). Имеется достаточная корреляционная связь между общей заболеваемостью населения БСК и госпитальной заболеваемостью по этой нозологической форме ($0,70 \pm 0,090$). Аналогическая картина выявлена между общей заболеваемостью населения края ЦВЗ и госпитализацией по этому поводу ($0,85 \pm 0,066$). Взаимосвязи между обращениями краевого населения и госпитализаций пациентов по поводу БХПКД и ИБС не выявлено ($0,18 \pm 0,123$ и $0,33 \pm 0,118$ соответственно).

Анализ работы регионального сосудистого центра (на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница им. проф. О.В. Владимирцева») и двух первичных сосудистых отделений (на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. профессора С.И. Сергеева и КГБУЗ «Городская больница № 7 в г. Комсомольске-на-Амуре») свидетельствует о неравномерности кардиологической помощи (табл. 4). Это касается показателей госпитальной заболеваемости населения БСК, в том числе и трех основных нозологических форм кардиологической патологии, процента экстренности и доли пациентов,

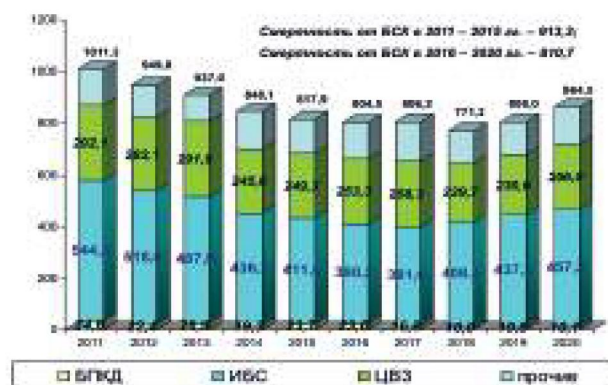


Рис. 9. Смертность населения Хабаровского края от БСК, в том числе от БХПКД, ИБС и ЦВЗ, на 100 000 населения

доставленных скорой медицинской помощью, летальности.

Различные показатели летальности в региональном сосудистом центре и двух сосудистых отделениях, скорее всего, обусловлены категорией больных.

За последние пять лет (2016–2020) смертность населения края от БСК снизилась на 11,2 % (рис. 9). Это касается также смертности населения от трех основных нозологических форм – БХПКД, ИБС и ЦВЗ. Смертность мужчин от БСК ($927,5 \pm 4,3$ случая на 100 000 мужского населения) в 1,2 раза выше, чем среди женщин ($806,3 \pm 3,7$ случая). Только при двух нозологических формах (БХПКД и ЦВЗ) смертность женского населения выше, чем у мужчин (на 13,0 и 8,8 % соответственно). Удельный вес смертности населения от БСК в 2016–2020 гг. составил $47,7 \pm 0,2$ против $54,7 \pm 0,2$ %. Удельный вес БСК в структуре общей смертности в динамике остается значимым [9], причем большая часть из них может быть потенциально предотвратимой.

Снижение смертности населения от БСК реально зависит от снижения факторов риска в популяции, активного лечения больных с БХПКД, повышения качества вторичной профилактики [3]. За 2011–2020 годы смертность взрослого населения в возрасте 18 лет – до пенсионного возраста от БХПКД составила 60,5 случая на 100 000 соответствующего населения; смертность в этой группе пациентов от ИБС и ЦВЗ была 1 318,9 и 803,0 случая соответственно. Среди лиц старшего трудоспособного возраста смертность от этих трех основных нозологических форм была гораздо ниже – 4,0, 117,5 и 47,1 случая на 100 000 соответствующего населения. Такая ситуация в показателях смертности от БСК, в том числе от трех основных форм, требует разработки программы снижения смертности населения от БСК и её трех нозологических форм [8]. Эта задача является одним из основных ин-

дикаторов государственной политики в сфере здравоохранения [4].

При изучении территориальной смертности населения оказалось, что самая высокая смертность выявлена в прочих краевых муниципальных образованиях ($945,2 \pm 5,0$ случая на 100 000 населения), затем в Комсомольске-на-Амуре ($903,0 \pm 6,6$ случая). Самый низкий показатель смертности от БСК выявлен в Хабаровске ($785,2 \pm 3,9$).

Высокие показатели смертности населения от БХПКД выявлены в прочих краевых муниципальных образованиях ($37,1 \pm 1,0$ случая), от ИБС – в Комсомольске-на-Амуре ($499,2 \pm 4,9$ случая), от ЦВЗ – в Хабаровске ($274,8 \pm 2,3$ случая на 100 000 населения).

Снижение заболеваемости населения БСК, в том числе тремя основными нозологическими формами, зависит от четкой организации первичной профилактики (борьба с курением, контроль артериального давления, рациональный режим питания, оптимальная физическая активность, контроль веса тела, контроль липидного профиля крови). Наш клинический опыт свидетельствует, что в крае отсутствует четкая программа первичной профилактики, соответствующая Европейским и национальным рекомендациям.

Во-первых, имеется определенный негативизм со стороны пациентов из-за отсутствия специальных знаний, мотивации, недостаточного доступа к медицинской помощи, соответствующей культуры.

Во-вторых, отсутствие заинтересованности медицинского персонала в решении проблемы профилактики (недостаток рабочего времени на профилактическую работу, отсутствие стимулов, недостаточное обучение и отсутствие навыков в вопросах профилактики).

В-третьих, региональная концепция не разработана со стороны системы здравоохранения (отсутствие законодательной базы и стандартов профилактической помощи, недостаточная преемственность между врачами первичной медико-санитарной помощи и специалистами, дефицит ресурсов для организации профилактической помощи).

В-четвертых, недостаточная помощь общества, которая заключается в создании нормативно-правовой базы для повышения мотивации населения к здоровому образу жизни, рациональному питанию, оптимальному режиму физической активности на основе роста экономического благополучия граждан.

В-пятых, недостаточная разработка государственных мероприятий, обеспечивающих

стабильность в обществе, создание социально-экономических условий для обеспечения благополучия населения [13].

Значительную роль в вопросах снижения заболеваемости населения БСК и смертности от данной патологии играет вторичная профилактика, которая напрямую связана с деятельностью медицинского персонала. Главная задача врачей, среднего медицинского персонала заключается в раннем выявлении факторов риска осложнений БСК с последующей коррекцией выявленных нарушений, вовлечении по мере возможности самих пациентов в снижение факторов риска формирования БСК. Клиническая практика показала, что снижение смертности населения от БСК наполовину зависит от распространенности и выраженности факторов риска и на 40 % от лечебных мероприятий [2]. Профилактические мероприятия у лиц, имеющих болезни системы кровообращения, должны проводиться наиболее оперативно.

Заключение:

1. Из шести основных классов болезней на уровень здоровья населения больше всего оказывают болезни системы кровообращения.

2. Показатели общей и первичной заболеваемости населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения, в том числе болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, ишемические болезни сердца, цереброваскулярные заболевания, на протяжении 2011–2020 гг. растут.

3. Установлена достоверная корреляционная связь ИБС и ЦВЗ с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением.

4. Обращают внимание более высокие показатели БСК, в том числе и трех основных нозологических форм, среди жителей Комсомольска-на-Амуре.

5. Смертность населения от БСК, а также трех основных нозологических форм в последние годы (2016–2020) снижается. Одновременно с этим выявлены более высокие показатели смертности жителей г. Комсомольска-на-Амуре от БСК, в том числе от трех изучаемых нозологических форм.

6. Для повышения эффективности оказания кардиологической помощи населению Хабаровского края необходимо разработать действенную стратегию проведения профилактических мероприятий, создать региональный реестр больных, страдающих болезнями системы кровообращения, позволяющий осуществлять мониторинг состояния, оптимизировать систему телемедицины и телездравоохранения в Хабаровском крае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадейникова, К. К. Основные положения Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (обзор литературы) / К. К. Бадейникова, М. Н. Мамедов // Профилактикт. медицина. – 2014. – № 4. – С. 25–32.
2. Бойцов, С. А. Динамика показателей и группировка субъектов Российской Федерации в зависимости от общей и сердечно-сосудистой смертности за период 2000–2011 гг. / С. А. Бойцов, И. В. Самородская // Профилактикт. медицина. – 2014. – № 2. – С. 3–11.
3. Бойцов, С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира / С. А. Бойцов // Профилактикт. медицина. – 2013. – № 5. – С. 9–18.
4. Витко, А. В. Об организации помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Хабаровском крае / А. В. Витко, К. Е. Пошатаев, А. Я. Леукин // Здравоохранение Дальн. Востока. – 2014. – № 4. – С. 11–15.
5. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Рос. кардиол. журнал. – 2017. – № 6. – С. 785.
6. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 816 с.
7. Левайн, Г. Н Секреты кардиологии / Гленн Н. Левайн; пер с англ. под ред. С. Н. Терещенко. – М. : МЕДпресс, 2012. – 544 с.
8. Нозологическая структура смертности населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения в трех возрастных группах / В. Ю. Семёнов, И. В. Самородская, М. А. Старинская, С. А. Бойцов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 5. – С. 31–41.
9. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, целевые группы / Е. В. Шляхто, Н. Э. Эвартау, С. В. Виллевалде и др. // Рос. кардиол. журнал. – 2019. – № 11. – С. 69–82.
10. Сравнение показателей смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин старше 50 лет в России и США / С. А. Бойцов, О. В. Зайратьянц, Е. М. Андреев, И. В. Самородская // Рос. кардиол. журнал. – 2017. – № 6. – С. 92–99.
11. Топалов, К. П. Кардиологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и тенденции / К. П. Топалов, Т. В. Зайцева, Т. Г. Трёмбач // Здравоохранение Дал. Востока. – 2018. – № 3. – С. 4–13.
12. Факторы риска ишемической болезни сердца у 27 425 амбулаторных пациентов / А. С. Галявич, Р. Н. Хайруллин, Л. В. Балева и др. // Рос. кардиол. журнал. – 2019. – № 6. – С. 23–26.
13. Чазов, Е. И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / Е. И. Чазов // Терапевт. архив. – 2008. – № 8. – С. 11–16.

REFERENCES

1. Badeynikova, K. K. The main provisions of the European recommendations for the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice (literature review) / K. K. Badeynikova, M. N. Mamedov // Preventive medicine. – 2014. – No. 4. – P. 25–32.
2. Boitsov S. A. Dynamics of indicators and grouping of subjects of the Russian Federation depending on total and cardiovascular mortality for the period 2000– 2011. / S. A. Boytsov, I. V. Samorodskaya // Preventive medicine. – 2014. – No. 2. – P. 3–11.
3. Boitsov, S.A. Mechanisms for reducing mortality from coronary heart disease in different countries of the world / S. A. Boytsov // Preventive medicine. – 2013. – No. 5. – P. 9–18.
4. Vitko, A.V., Poshataev K.E., Letskin, A.Ya, On the organization of care for patients with cardiovascular diseases in the Khabarovsk Krai, Journal Public Health Of the Far East - 2014. – No. 4. – P. 11–15.
5. European guidelines for the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice (revised 2016) // Russian cardiological magazine. – 2017. – No. 6. – P. 785.
6. Cardiology. National leadership. Brief edition / edited by E. V. Shlyakhto. – M. : GEOTAR-Media, 2018. – 816 p.
7. Levine, G. N Secrets of cardiology / Glenn N. Levine; translation from English. Edited by S. N. Tereshchenko. – M. : MEDpress, 2012. – 544 p.
8. Semyonov V.Yu., Samorodskaya I.V., Starinskaya M.A., Boytsov S.A. Nosological structure of mortality of the population of the Russian Federation from diseases of the circulatory system in three age groups // Healthcare Manager. – 2018. – No. 5. – P. 31–41.
9. Shlyakhto E. V., Evartau N. E., Villevalde S. V. et al. Russian cardiological magazine. – 2019. – No. 11. – P. 69–82.
10. Boitsov S.A., Zayratyants O.V., Andreev E.M., Samorodskaya I.V. Comparison of mortality rates from coronary heart disease among men and women over 50 in Russia and the USA // Russian cardiological magazine. – 2017. – No. 6. – P. 92–99.
11. Topalov, K. P., Zaitseva, T. V., Trembach, T. G. Cardiological care for the population of the Khabarovsk Krai: state and trends. East. – 2018. – No. 3. – P. 4–13.
12. Risk factors for coronary heart disease in 27425 outpatients / A. S. Galyavich, R. N. Khairullin, L. V. Baleeva et al. // Russian cardiological magazine. – 2019. – No. 6. – P. 23–26.
13. Chazov, E. I. Ways to reduce mortality from cardiovascular diseases / E. I. Chazov // Therapist's archive. – 2008. – No. 8. – P. 11–16.