

УДК 616:379

Л.Г. Кожекенова¹, Т.К. Рахыпбеков¹, А.К. Мусаханова², Ф.Н. Ержанова³, Г.Б. Жаксалыкова³¹Государственный медицинский университет г. Семей;²Фармацевтическая компания SwissKazMed, г. Астана;³Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НАСЕЛЕНИЯ СЕМЕЙСКОГО РЕГИОНА

Резюме

В статье представлен анализ динамики госпитализированной заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ) населения Семейского региона. Используя данные из формы №14 «Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара» и формы №30 «Отчет медицинской организации», мы изучили динамику заболеваемости ОИМ за период с 2008 по 2012 годы. Установлено снижение уровня госпитализированной заболеваемости ($T_{уб.} = -5,43\%$) и госпитальной летальности от ОИМ ($T_{уб.} = -3,15\%$).

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, острый инфаркт миокарда, заболеваемость.

Введение

Оценка состояния здоровья населения является необходимым условием для научно обоснованной управленческой деятельности системы здравоохранения [1]. Для разработки научно обоснованных рекомендаций по улучшению организации медицинской помощи населению необходимо изучать заболеваемость с выявлением зависимости уровня распространения патологии от социальных факторов, проводить углубленный анализ.

За последние годы в стране отмечается тенденция роста заболеваемости болезнями кровообращения с 2454 на 100 тыс. человек в 2012 году до 2523 – в 2013 [2]. В настоящее время в структуре причин смертности населения Казахстана на первом месте стоит смертность от болезней системы кровообращения [3]. Среди болезней системы кровообращения инфаркт миокарда является ведущей причиной преждевременной смертности, первичной инвалидности и роста расходов на стационарное лечение во всех странах мира, что обуславливает социально-экономическую значимость проблемы инфаркта миокарда [4-6]. Исследованию тенденции динамики заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ) посвящены работы ряда авторов [7-9].

Изучение заболеваемости госпитализированных пациентов позволяет дополнить сведения амбулаторно-поликлинических учреждений. В стационаре учитываются случаи ОИМ, поступившие из поликлиник, самообращение, доставленные скорой помощью. Результаты изучения структуры госпитализации в кардиологические отделения БСМП г. Семей по данным обращаемости за 2008-2012 годы позволили установить, что в среднем 50,6% пациентов поступили по скорой помощи, 32,8% – из поликлиник, 4,3% – обратились самостоятельно [10]. В результате исследования динамики показателей заболеваемости инфарктом миокарда в России коллекти-

вом авторов было установлено, что показатель госпитализированной заболеваемости учитывает более точное число пациентов ОИМ [11].

Материалы и методы

Изучение динамики госпитализированной заболеваемости и госпитальной летальности при болезнях системы кровообращения и остром инфаркте миокарда в Семейском регионе проводилось на основании выкопировки данных из формы №14 «Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара» и формы №30 «Отчет медицинской организации» за период с 2008 по 2012 годы. Статистические данные по численности населения Семейского региона были предоставлены Управлением статистики г. Семей.

Для сравнительной оценки показателей госпитальной летальности от ОИМ населения Семейского региона и Республики Казахстан за период 2008-2012 годы были использованы статистические сборники за 2008-2012 годы «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» [12-16].

Методы исследования: выкопировка данных, аналитико-графический, аналитико-статистический.

Дизайн – ретроспективное исследование.

При статистической обработке данных, рассчитывали абсолютный прирост, темпы роста и прироста, средний темп прироста, абсолютное значение 1% прироста, показатель наглядности, для установления тенденции динамики был использован метод наименьших квадратов.

Результаты и обсуждение

Стационарная кардиологическая помощь населению Семейского региона оказывается Больницей скорой медицинской помощи (БСМП) города Семей. За период 2008-2012 годы в Семейском регионе отмечается тенденция роста численности населения (рисунок 1).

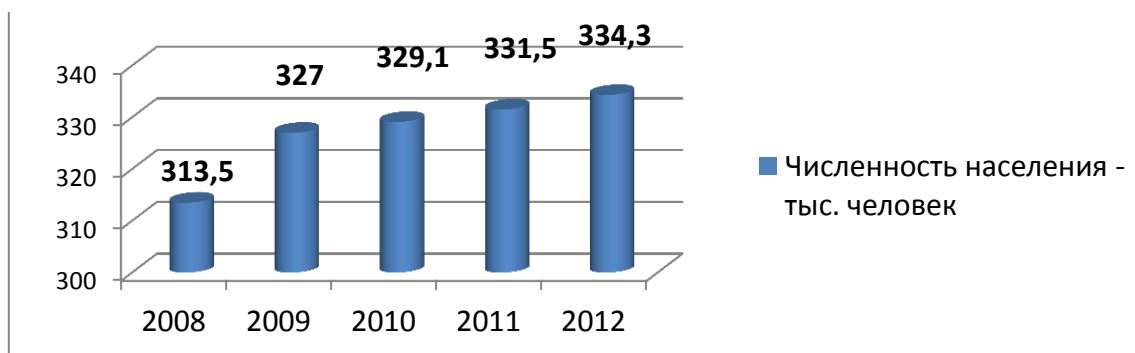


Рисунок 1. Численность населения Семейского региона за 2008-2012 годы.

В регионе удельный вес ОИМ в структуре БСК за изучаемый период имел незначительные колебания и

составил в среднем $23,17 \pm 3,29\%$, максимальный показатель – $27,76\%$ отмечен в 2008 году (рисунок 2).

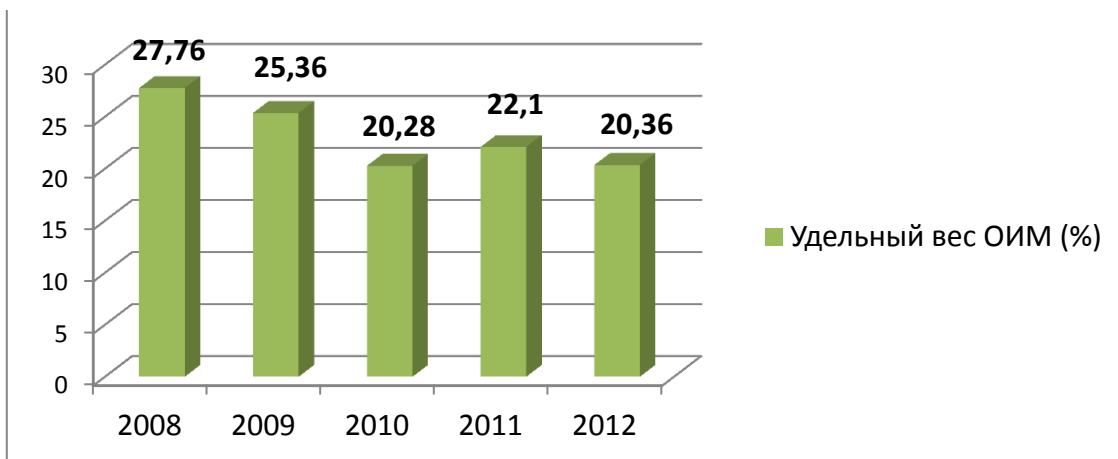


Рисунок 2. Удельный вес (%) ОИМ в структуре БСК населения Семейского региона за период 2008-2012 годы.

Показатели динамического ряда госпитализированной заболеваемости ОИМ населения Семейского региона представлены в таблице 1. Госпитализированная заболеваемость населения Семейского региона ОИМ за

5 лет неравномерна и составила $1,91 \pm 0,23\%$. Скорость изменений показателей заболеваемости различна, наибольший темп прироста отмечается в 2011 году, наибольший темп убыли – в 2012 году.

Таблица 1.

Динамика госпитализированной заболеваемости острым инфарктом миокарда населения Семейского региона за период 2008-2012 годы.

Годы	Показатель	Абсолютный прирост	Темп роста (снижения)	Темп прироста (убыли)	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности
2008	2,21	-	-	-	-	100
2009	1,99	-0,22	90,04	-9,95	0,022	90,04
2010	1,68	-0,31	84,42	-15,58	0,02	84,42
2011	2,01	+0,33	119,64	+19,64	0,017	119,64
2012	1,68	-0,33	83,58	-16,42	0,02	83,58

При выравнивании показателей динамического ряда было установлено снижение уровня госпитализирован-

ной заболеваемости, средний темп убыли составил $T_{уб} = -5,43\%$ (рисунок 3).

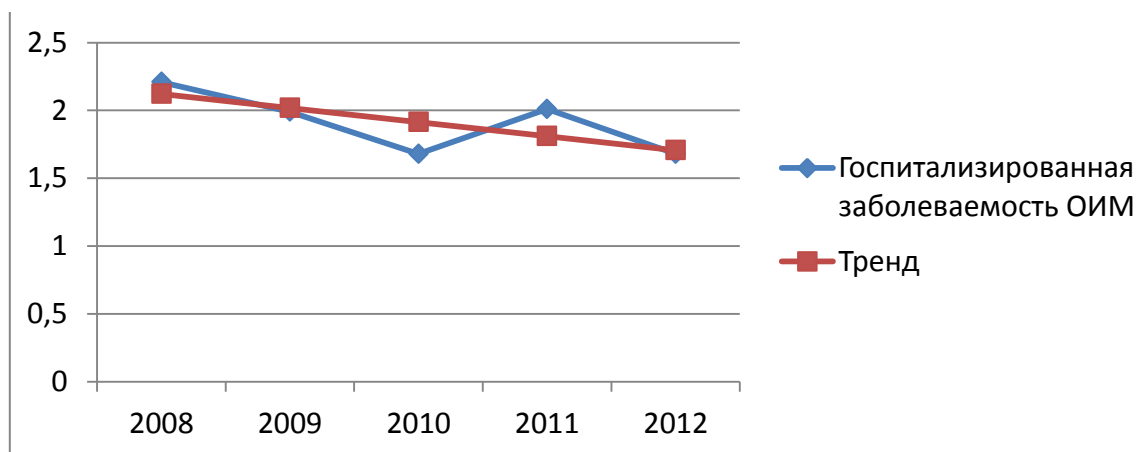


Рисунок 3. Динамика показателей госпитализированной заболеваемости острым инфарктом миокарда населения Семейского региона за период 2008-2012 годы

Изучение динамики показателей госпитализированной заболеваемости БСК населения Семейского региона позволило установить, что незначительное снижение показателя в 2009 году сменилось его стремительным

ростом, достигнув максимального темпа прироста в 2011 году. В последующем темп прироста снизился, и к 2012 году показатель госпитализированной заболеваемости БСК составил $8,27\%$ (таблица 2).

Таблица 2.

Динамика госпитализированной заболеваемости болезнями системы кровообращения населения Семейского региона за период 2008-2012 годы.

Годы	Показатель	Абсолютный прирост	Темп роста (снижения)	Темп прироста (убыли)	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности
2008	7,97	-	-	-	-	100
2009	7,84	-0,13	98,37	-1,63	0,080	98,37
2010	8,30	+0,46	105,87	+5,87	0,078	105,87
2011	9,10	+0,80	109,64	+9,64	0,083	109,64
2012	8,27	-0,83	90,88	-9,12	0,091	90,88

При выравнивании показателей динамического ряда было установлено увеличение уровня госпитализи-

рованной заболеваемости БСК, средний темп прироста составил $T_{пр.} = +2,24\%$ (рисунок 4).

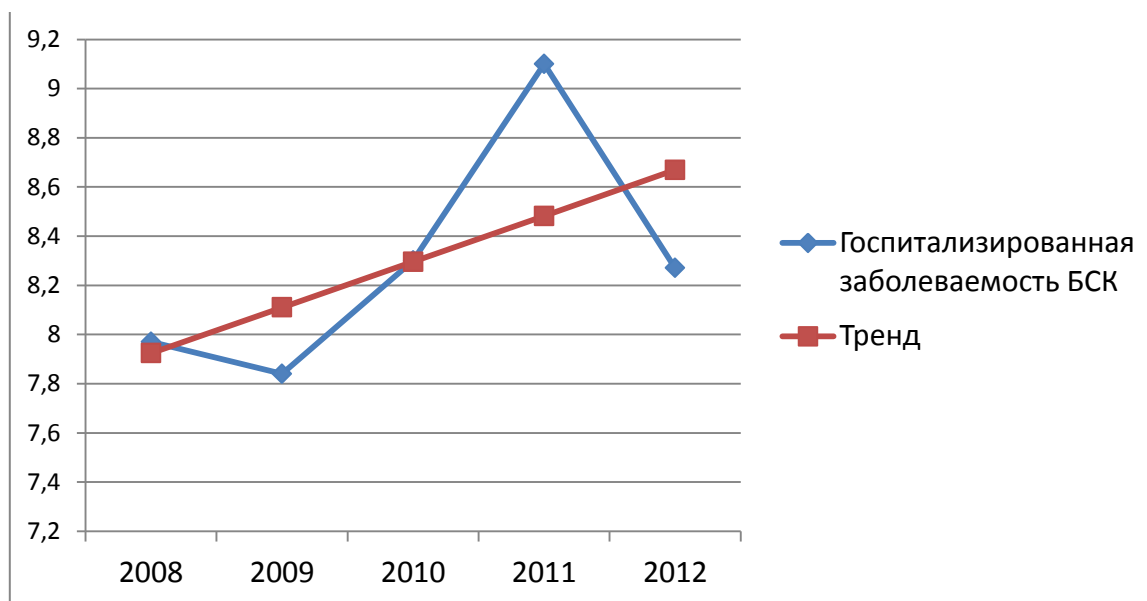


Рисунок 4. Динамика показателей госпитализированной заболеваемости болезнями системы кровообращения населения Семейского региона за период 2008-2012 годы

При анализе госпитальной летальности от ОИМ и БСК было установлено, что за анализируемый период показатель госпитальной летальности от ОИМ составил $11,43 \pm 1,53\%$, от БСК – $4,66 \pm 0,91\%$. Показатель

госпитальной летальности от ОИМ населения Семейского региона за 2008-2012 годы имел неравномерную динамику (таблица 3).

Таблица 3.

Динамика госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда населения Семейского региона за период 2008-2012 годы.

Годы	Показатель	Абсолютный прирост	Темп роста (снижения)	Темп прироста (убыли)	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности
2008	12,25	-	-	-	-	100
2009	10,46	-1,79	85,39	-14,61	0,122	85,39
2010	13,72	+3,26	131,17	+31,17	0,105	131,17
2011	10,04	-3,68	73,18	-26,82	0,137	73,18
2012	10,66	+0,62	106,17	+6,17	0,101	106,17

Скорость изменений показателей госпитальной летальности различна, наибольший темп прироста отмечается в 2010 году, наибольший темп убыли – в 2011

году. При выравнивании показателя была установлена тенденция к снижению, средний темп убыли составил $T_{уб.} = -3,15\%$ (рисунок 5).

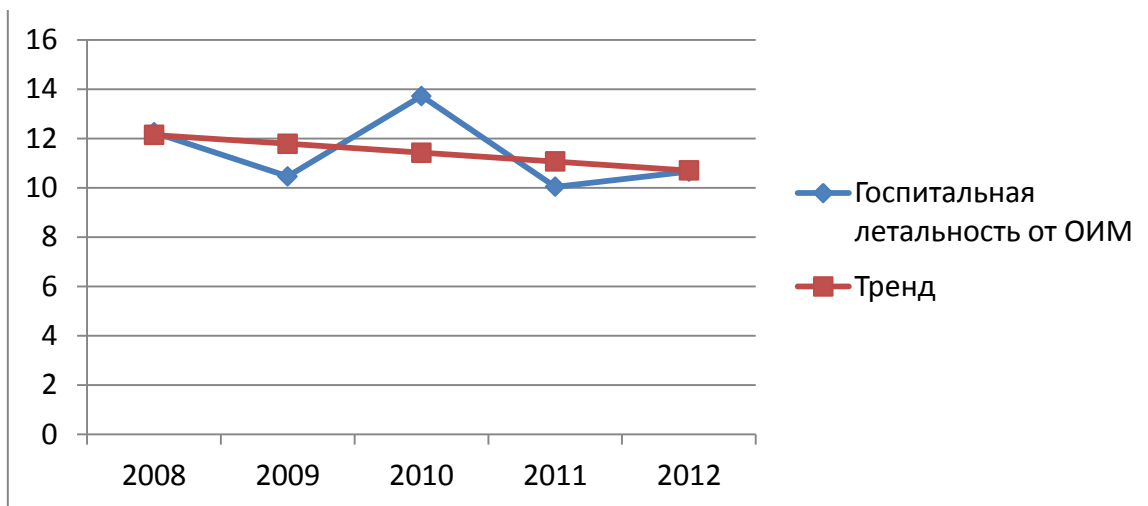


Рисунок 5. Динамика показателей госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда населения Семейского региона за период 2008-2012 годы

Изучение структуры госпитальной летальности от ОИМ за 2012 год по отчетной форме №30 «Отчет медицинской организации», позволило установить, что в 60%

случаев причиной летальных исходов явилась острая сердечная недостаточность, 38,33% – кардиогенный шок, 1,67% – разрыв миокарда (рисунок 6).

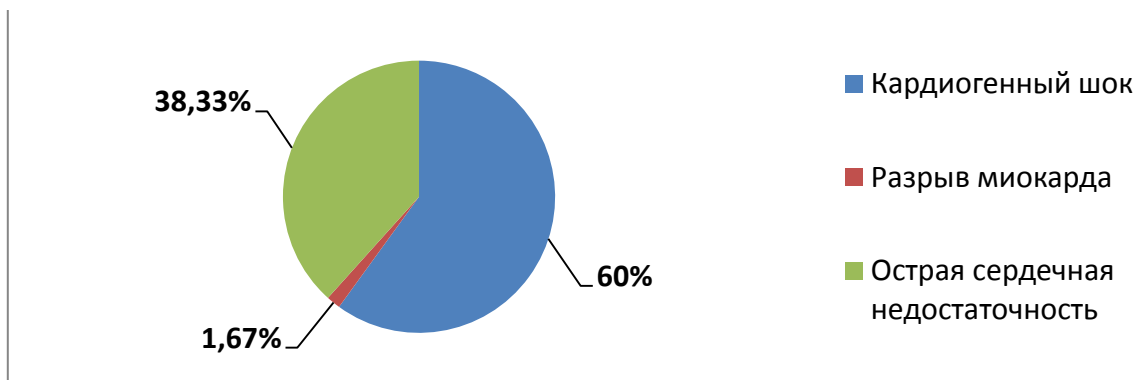


Рисунок 6. Структура госпитальной летальности от ОИМ в 2012 году.

Изучение структуры досуточной летальности от ОИМ в 2012 году показало, что среди причин летальных исходов первое место занимал кардиогенный шок – 78,26%, на втором месте – острая сердечная недостаточность, на третьем – разрыв миокарда (рисунок 7). Высокий уровень госпитальной летальности от ОИМ отмечается в 1-е сутки после поступления в стационар – 38,3%, что обуславливает необходимость

дополнительного анализа ее причин. В исследовании коллектива авторов установлено, что частыми причинами могут явиться позднее поступление пациентов в медицинские организации, тяжесть состояния пациентов, оказание специализированной кардиологической помощи не на должном уровне [17]. Установление причин высокой госпитальной летальности от ОИМ в 1-е сутки позволит разработать меры по ее снижению.

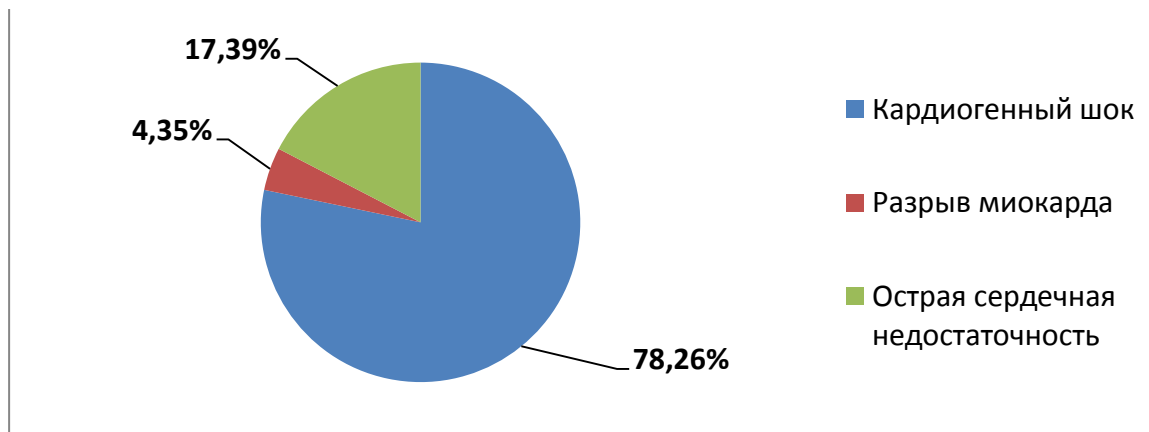


Рисунок 7. Структура досуточной госпитальной летальности от ОИМ в 2012 году.

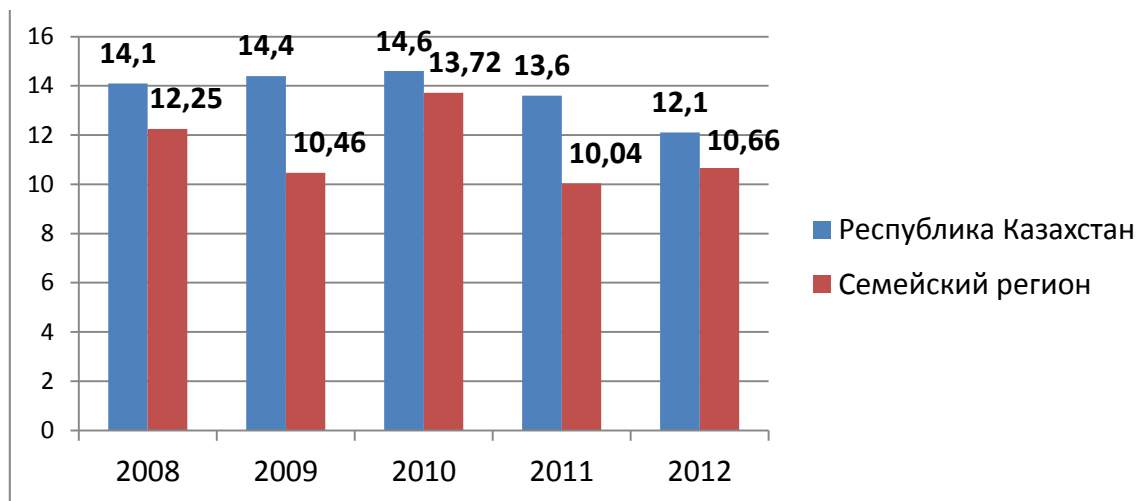


Рисунок 8 – Сравнительная оценка госпитальной летальности от ОИМ населения Семейского региона и Республики Казахстан

Показатель госпитальной летальности от ОИМ по Республике Казахстан за 2008-2012 годы составил $13,76 \pm 1,0\%$ (рисунок 8). При анализе 95% ДИ показателей госпитальной летальности от ОИМ в Семейском регионе и по Республике Казахстан, статистически значимых различий не отмечено.

При изучении динамики показателя госпитальной летальности от БСК населения Семейского региона за 2008-2012 годы было установлено, что за анализируемый период времени показатель имел неравномерную динамику (таблица 4).

Таблица 4.

Динамика госпитальной летальности от болезней системы кровообращения населения Семейского региона за период 2008-2012 годы.

Годы	Показатель	Абсолютный прирост	Темп роста (снижения)	Темп прироста (убыли)	Абсолютное значение 1% прироста	Показатель наглядности
2008	5,88	-	-	-	-	100
2009	4,45	-1,43	75,68	-24,32	0,059	75,68
2010	5,27	+0,82	118,43	+18,43	0,044	118,43
2011	3,61	-1,66	68,50	-31,50	0,053	68,50
2012	4,08	+0,47	113,02	+13,02	0,036	113,02

Скорость изменений показателей госпитальной летальности различна, наибольший темп прироста отмечается в 2010 году, наибольший темп убыли – в 2011

году. При выравнивании показателя была установлена тенденция к снижению, средний темп убыли составил $T_{уб.} = -9,53\%$ (рисунок 9).

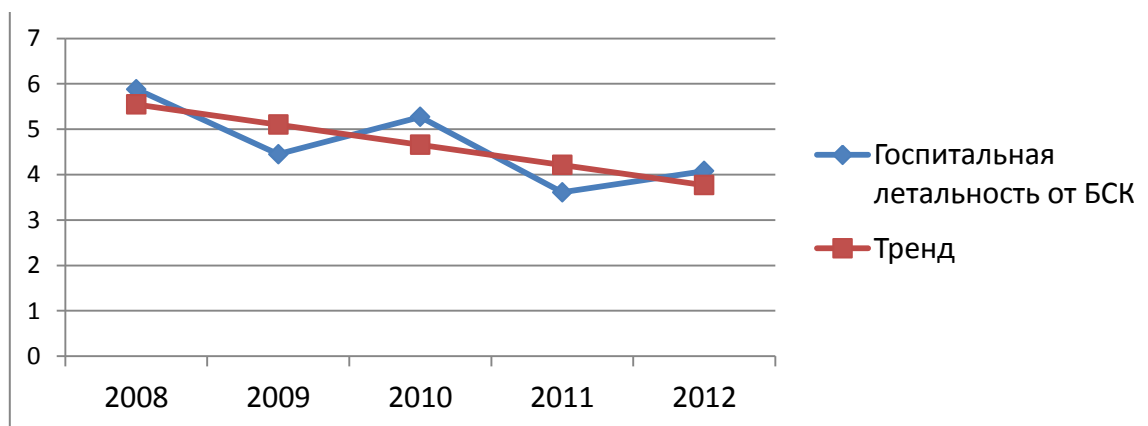


Рисунок 9. Динамика показателей госпитальной летальности от болезней системы кровообращения населения Семейского региона за период 2008-2012 годы.

Выводы: В Семейском регионе удельный вес ОИМ в структуре БСК за период 2008-2012 имел незначительные колебания и составил в среднем $23,17 \pm 3,29\%$, также было установлено снижение уровня госпитализированной заболеваемости ОИМ, средний темп убыли составил $T_{уб.} = -5,43\%$ и увеличение уровня госпитализированной заболеваемости БСК, средний темп прироста составил $T_{пр.} = +2,24\%$.

При анализе госпитальной летальности от ОИМ было установлено, что за анализируемый период показатель госпитальной летальности от ОИМ имеет тенденцию к снижению, средний темп убыли составил $T_{уб.} = -3,15\%$, в 60% случаев причиной летальных исходов явилась острая сердечная недостаточность, 38,33% – кардиогенный шок, 1,67% – разрыв миокарда. Высокий уровень госпитальной летальности от ОИМ отмечается

в 1-е сутки после поступления в стационар – 38,3%, что обуславливает необходимость дополнительного анализа ее причин.

Таким образом, результаты исследования доказывают, что с начала реализации «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Приказа 746 от 28.10.2011 «Об утверждении мер по усилению ответственности республиканских организаций по снижению смертности от БСК» удалось снизить смертность от БСК [18,19]. Следует отметить, что в большинстве случаев причиной летальных исходов у больных с ИБС является инфаркт миокарда, что обуславливает необходимость дальнейшего развития и совершенствования кардиологической службы на всех этапах оказания медицинской помощи в плане профилактики инфаркта миокарда и снижения смертности населения от БСК.

Литература:

1. Бабенко А.И., Бравве Ю.И., Томчук А.Л., Бабенко Е.А. Разработка стратегии здравоохранения в целях развития человеческого капитала // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №4. – С. 10-12.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2014. – 356 с.
3. Сводная информация о выполнении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы за 2013 год // Режим доступа: http://www.mz.gov.kz/index.php?option=com_content&view=article&id=1384
4. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в рамках программы создания региональных и первичных сосудистых центров в Российской Федерации // Кардиологический вестник. – 2008. – Т. III, №2 (XV) – С. 5-11.
5. Мартынчик С.А., Филатенкова С.В. Медико-экономическая оценка и обоснование технологий и программ бюджетирования стационарной помощи при ишемической болезни сердца (краткий обзор литературы) // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. – 2012. – №2. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/395/30/lang.ru/>
6. Chung S.C., Gedeberg R., Nicholas O. et al. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK // The Lancet. – 2014. – Vol. 383, №9925. – P. 1305-1312.
7. Абдурахманова Г.М., Эржапова Э.С., Гайрабекова Т.И. Динамика показателей заболеваемости населения острым инфарктом миокарда в связи с экологией // Естественные науки. – 2011. – №4. – С. 73-81.
8. Wang O.J., Wang Y., Chen J., Krumholz H.M. Recent trends in hospitalization for acute myocardial infarction // American Journal of Cardiology. – 2012. – Vol. 109, №11. – P. 1589-1593.
9. Kim R.B., Kim B.G., Kim Y.M. et al. Trends in the Incidence of Hospitalized Acute Myocardial Infarction and Stroke in Korea, 2006-2010 // Journal of Korean Medical Science. – 2013. – Vol. 28, №1. – P. 16-24.
10. Кожекенова Л.Г. Территориальный анализ обращаемости населения за стационарной кардиологической помощью // Материалы IX Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» посвященной 60-летию юбилею ГМУ г. Семей. – Семей, 2013. – С. 276.
11. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. и др. Инфаркт миокарда: насколько отражает проблему официальная статистика // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – Т. 7, №8. – С. 75-79.
12. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, Алматы, 2009. – 312 с.
13. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, Алматы, 2010. – 312 с.
14. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, Алматы, 2011. – 312 с.
15. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2012. – 320 с.
16. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2013. – 316 с.
17. Ощепкова Е.В., Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000-2011 гг. // Терапевтический архив. – 2013. – №4. – С. 4-10.
18. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.07.2014 г.) // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30861087
19. Об утверждении мер по усилению ответственности республиканских организаций по снижению смертности от болезней системы кровообращения: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №746 от 28 октября 2011 года (с изменениями от 27.03.2013 г.) // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31097335

Тұжырым

СЕМЕЙ ӨңІРІ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ЖІТІ МИОКАРД ИНФАРКТИМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫ ДИНАМИКАСЫНЫҢ ТАЛДАУЫ

Л.Ф. Қожекенова, Т.К. Рахыпбеков А.К. Мұсаханова, Ф.Н. Ержанова, Г.Б. Жаксалықова

¹Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті; ²SwissKazMed фармацевтикалық компаниясы;

³Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі

Мақалада Семей өңірі тұрғындарының жіті миокард инфарктімен (ЖМИ) сырқаттанушылығы динамикасының талдауы берілген. №14 нысанды «Стационардан шыққан науқастар контингенті туралы есеп» және №30 нысанды «Медициналық ұйымның есебі» медициналық құжаттамаларды қолданып, ЖМИ сырқаттанушылық динамикасы 2008-2012 жылдар бойынша зерделенді. Зерттеу нәтижесінде ЖМИ сырқаттанушылық деңгейінің (Т = 5,43%) және өлім-жітім коэффициентінің (Т = 3,15%) төмендеуі анықталды.

Негізгі сөздер: қан айналым жүйесінің аурулары, миокардтың жіті инфаркті, сырқаттанушылық.

Summary

ANALYSIS OF TRENDS IN THE INCIDENCE OF HOSPITALIZED

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN SEMEY REGION

L.G. Kozhekenova, T.K. Rakhypbekov, A.K. Mussakhanova, F.N. Yerzhanova, G.B. Zhaksalykova

¹State Medical University of Semey; ²SwissKazMed Pharmaceutical Company;³Ministry of Public Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan

This study attempted to investigate the incidence of hospitalized acute myocardial infarction (AMI) in Semey region. Using the №14 "Report on contingent of patients discharged from hospital" and №30 "Report of medical organization" data, we investigated trends in the incidence of AMI during 2008 to 2012. In conclusion, the incidence and lethality rates of hospitalized AMI had decreased, and the average rates of decline were T= - 5.43% and T= - 3.15%, respectively.

Key words: cardiovascular disease, acute myocardial infarction, incidence.

УДК 618.146-006-616-02

Г.М. Шалгумбаева¹, Г.Г. Сагидуллина², М.Н. Сандыбаев³, А.К. Мусаханова⁴, Л.М. Семенова¹,
Н.Б. Слямханова¹, М.К. Адиева¹, Н.А. Жумырбаева¹, Ж.Т. Садыбекова¹

¹Государственный медицинский университет города Семей, Республика Казахстан;²Областной онкологический диспансер ВКО, Республика Казахстан;³Региональный онкологический диспансер, г.Семей, Республика Казахстан;⁴Фармацевтическая компания SwissKazMed.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Аннотация

Цель исследования: изучение основных факторов риска развития рак шейки матки (РШМ) в Семейском регионе.

Методы исследования: случай-контроль.

Выводы: риск развития РШМ для жительниц Семейского региона с неоконченным средним и средним образованием выше, чем для женщин с высшим образованием, также основными факторами риска развития РШМ в изучаемом регионе явились: начало менструальных периодов, наличие в анамнезе аборт, эрозии шейки, методы контрацепции.

Ключевые слова: факторы риска, рак шейки матки, вирус папилломы человека.

Актуальность. Причиной возникновения РШМ в 70% случаев является вирус папилломы человека (ВПЧ) 16 и 18 типа. [1, 2] Распространенность ВПЧ-инфекции снижается с возрастом: в исследованиях было выявлено, что наибольшая распространенность ВПЧ-инфекции была зарегистрирована в возрастной группе от 14 до 19 лет и низкая – в группе от 50 до 65 лет. [3]

Факторами риска развития РШМ также являются положительный тест на ВПЧ у сексуального партнера и большое количество сексуальных партнеров [4]. В Казахстане еще не проводились массовые обследования на выявление ВПЧ человека. Поэтому невозможно достоверно сказать, что является основной причиной высоких показателей заболеваемости РШМ в Восточно-Казахстанской области и в Семейском регионе в частности. Это могут быть как последствия деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона (СИЯП), так и более высокая частота ВПЧ, хотя объективные предпосылки для последнего в сравнении с соседними регионами отсутствуют.

Ко-инфекция ВПЧ с другими агентами, передающимися половым путем, такими как вирус простого герпеса II типа, хламидии, также является фактором риска развития РШМ [5, 6, 7]. Исследования в этом направлении были бы полезными для прояснения вопроса о факторах риска развития РШМ в изучаемом регионе.

Один из ко-факторов, повышающих риск развития РШМ у женщин с положительным ВПЧ-тестом, – длительное (более 5 лет) применение оральных контрацептивов [8]. В силу сложившихся стереотипов, недостаточного уровня знаний о методах оральной контрацепции, в Казахстане, особенно в старшей возрастной группе, где цифры заболеваемости высоки, такой вид контрацепции не нашел широкого приме-

нения, и Восточно-Казахстанская область не стала исключением.

Другим фактором, повышающим риск развития РШМ, является большое количество (5 и более) родов [9]. Традиционно высокая рождаемость характерна южным регионам Казахстана. По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, среди регионов страны наибольший уровень рождаемости на 1 000 населения зафиксирован в Мангистауской области (30,49), наименьший – в Восточно-Казахстанской (16,67). Самый высокий уровень суммарного коэффициента рождаемости (3,68) наблюдается в Южно-Казахстанской области, а один из низких (1,82) – в Восточно-Казахстанской, поэтому влияние данного фактора маловероятно.

Одним из ведущих факторов риска развития РШМ является курение [10, 11, 12, 13]. По данным Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, в Казахстане курят до 8 % женщин. Среди курящих женщин 20% принадлежат возрастной группе 18–19 лет, а 17 % – 20–29 лет. Нами не было найдено точных данных о количестве курящих женщин в Восточно-Казахстанской области, думаем, они не превышают общереспубликанских показателей. Но исключать данный фактор риска как одну из основных причин высоких цифр заболеваемости нельзя.

Немаловажную роль в развитии РШМ играет воздействием экологического фактора. Отмечается связь между увеличением заболеваемости и неблагоприятными экологическими факторами, в том числе и иони-