

загальним для всіх груп обстежених було підвищення інтенсивності ПОЛ, виражене в надмірному накопиченні глутатіонпероксида дієнових коньюгат і малонового деальдегіда в крові. Виявилися зміни і серед ферментів АОС, що здійснюють контроль за рівнем активних форм кисню в еритроцитах. У пацієнтів з вітиліго встановлено зниження активності супероксидисмутази і каталази.

Ключові слова: вітиліго, перекисне окислення ліпідів, антиокисидантна система.

Стаття надійшла 11.10.2011 р.

increase of intensity of LPS, expressed in superfluous accumulation glutathione peroxide diene konyugat and malonov dealdehyde in blood was the general for all groups surveyed. Changes and among enzymes AOS which is carrying out the control over level of active forms of oxygen in erythrocyte have come to light. At patients with vitiligo activity decrease superoxidismutaza and katalaza are established.

Key words: vitiligo, lipid peroxidation system, antioxidant system.

УДК 613:616.12 (477)

Ю.О. Ішеїзіна, О.В. Гапон
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА У РЕГІОНАХ ІЗ РІЗНОЮ ЕКОЛОГІЧНОЮ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЮ СИТУАЦІЄЮ

При визначенні рівнів захворюваності на інфаркт міокарда у високоіндустріалізованому промисловому та агропромисловому регіонах встановлено що в цих регіонах за останні 20 років рівень захворюваності, як міського так і сільського населення є майже в 2 рази вищим, ніж на початок 80-х років, і в 1,5 рази вище у порівнянні з серединою 90-х років. Також встановлено що інфаркт міокарда – це захворювання, насамперед, чоловічого міського населення, переважно високоіндустріалізованих регіонів. Подібне диференціювання захворюваності населення свідчить про наявність територіально акцентованих факторів ризику та антиризиків.

Ключові слова: інфаркт міокарда, захворюваність, промисловий та агропромисловий регіони.

Інфаркт міокарда – один з найбільш важких наслідків ішемічної хвороби серця і стенокардії. Питома вага цієї патології серед населення Донбасу складає 3,4% у структурі всіх основних нозологічних форм хвороб системи кровообігу [1,2]. При цьому інфаркт міокарда посідає 6-е рангове місце в сукупності первинної захворюваності населення на хвороби системи кровообігу після таких поширених хвороб, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні хвороби, стенокардія та інсульт [3,4]. Тому дана робота присвячена аналізу первинної захворюваності та поширеності інфаркту міокарда серед населення в умовах Донбасу і Полтавської області.

Метою роботи було визначення рівнів захворюваності на інфаркт міокарда у високоіндустріалізованому промисловому та агропромисловому регіонах з наступним їх порівнянням.

Матеріал та методи дослідження. Піддано суцільному статистичному аналізу захворюваність на інфаркт міокарда серед населення 19 міст і 14 сільських районів Донецької області та 9 міст і 25 сільських районів Полтавської області за останні 20 років в обсязі близько 960 000 випадків. Динаміка захворюваності оцінювалася за допомогою динамічних рядів.

Результати дослідження та їх обговорення. Як видно з рис. 1, динаміка захворюваності населення на інфаркт міокарда носить хвилеподібний характер.

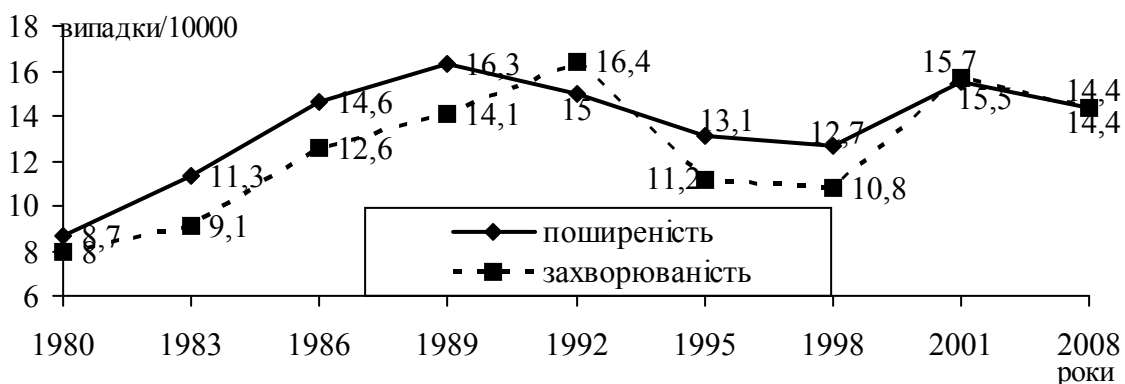


Рис. 1. Динаміка захворюваності на інфаркт міокарда і його поширеність серед населення Донецької та Полтавської області.

Так, підйом захворюваності населення на інфаркт міокарда почався на початку 80-х років і завершився на початку 90-х років, досягнувши максимального рівня за 20 попередніх років у 15,4 випадків на 10000

чоловік. У першій половині 90-х рік йшов активний спад захворюваності населення на інфаркт міокарда, який досяг свого мінімуму в 10,8 випадків на 10000 чоловік до 1997-1998 років. У другій половині 90-х років почалося повторне зростання захворюваності населення на інфаркт міокарда, яка досягла максимуму, характерного для кінця 80-х років і початку 90-х років, уже до 2001 року (15,5 випадків на 10000 населення). Надалі відзначилася стабілізація з тенденцією до зниження даної патології аж до 2008 року. Інакше кажучи, за минулі 20 років змінився темп наростання частоти інфаркту міокарда серед даної популяції населення. Якщо в 80-х роках темп зростання захворюваності на інфаркт міокарда становив 6,1% випадків на рік, то в кінці 90-х років він вже дорівнював 14,5% випадків на рік. На даний час рівень захворюваності населення на інфаркт міокарда вище, ніж на початку 80-х років, на 93,8%, а в порівнянні з серединою 90-х років – на 47,6%.

Динаміка поширеності серед населення інфаркту міокарда має аналогічний з захворюваністю характер – хвилеподібний. При цьому крива поширеності практично повторює форму кривої захворюваності на інфаркт міокарда (рис.1). Подібна синхронність динаміки різних за природою формувань видів захворюваності свідчить про наявність частих несприятливих результатів первинної захворюваності на інфаркт міокарда, тобто про високу частоту смертності населення від інфаркту міокарда, бо поширеність інфаркту міокарда, як накопичена захворюваність, повинна мати прогресивну динаміку зростання з мінливими темпами приросту.

Про високу частоту несприятливих результатів захворюваності населення на інфаркт міокарда свідчать порівняльні рівні первинної захворюваності на інфаркт і його поширеності. Як показано в табл.1, захворюваність населення на інфаркт міокарда становить $13,4 \pm 0,4$ випадків на 10000 чоловік, а поширеність інфаркту міокарда знаходиться в межах $14,6 \pm 0,5$ випадків на 10000 чоловік, тобто показники цих двох видів захворюваності близькі, а ступінь їх відмінності знаходиться на межі статистичної недостовірності, а в 2000-х роках ці показники фактично вирівнялися.

Таблиця 1

Рівень захворюваності на інфаркт міокарда та поширеність його серед різних контингентів населення (випадки на 10000 населення)

Контингент населення	Захворюваність	Поширеність
Міське	$15,1 \pm 0,5$	$15,2 \pm 0,4$
Сільське	$10,2 \pm 0,6$	$10,2 \pm 0,5$
Загальне	$13,4 \pm 0,4$	$14,6 \pm 0,5$

Примітки: t – достовірність відмінностей між міським та сільським населенням; t_1 – достовірність відмінностей між захворюваністю і поширеністю.

Рівень захворюваності на інфаркт міокарда міського населення вище сільського на 48%, а поширеність інфарктів – на 49%. Захворюваність на інфаркт міокарда міського чоловічого та жіночого населення вище сільського, а чоловічого міського та сільського більше, ніж жіночої. Частота захворюваності на інфаркт міокарда серед міського чоловічого населення вище, ніж серед сільського, на 33,3% та більше, ніж міського жіночого, на 97,8%. У той же час захворюваність на інфаркт міокарда сільського чоловічого населення вище жіночого сільського на 145,5% та міського на 48,4%, а жіночого міського вище жіночого сільського на 65,5%. Отже, інфаркт міокарда – це захворювання, насамперед, чоловічого населення і, перш за все, міського (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень захворюваності на інфаркт міокарда серед чоловічого та жіночого населення (випадки на 10000 населення)

Види захворюваності	Чоловіче населення		Жіноче населення	
	міське	сільське	міське	сільське
Первинна захворюваність	$18,4 \pm 0,4$	$13,5 \pm 0,5$	$9,1 \pm 0,4$	$5,5 \pm 0,3$

Примітка: t – достовірність відмінностей між міським та сільським населенням.

Як видно з результатів табл. 3, мають місце чітко виражені територіальні відмінності захворюваності населення на інфаркт міокарда. Так, захворюваність на інфаркт міокарда міського населення поділяється на 3 рівні, що статистично достовірно розрізняються: високий ($18,0 \pm 0,6$ випадків), вище середнього ($14,7 \pm 0,7$ випадків) і середній ($11,6 \pm 0,5$ випадків на 10000 осіб). Інакше кажучи, серед міського населення не спостерігається захворюваності, яка могла б оцінюватися нижче середнього рівня, низька і дуже низька, що свідчить про неблагополучну тенденцію розвитку цього виду патології серед даної популяції міського населення. Причому є міські анклав, де рівень захворюваності населення на інфаркт міокарда стійко підтримується на високому, вище середнього або середньому рівні. Така висока і вище середнього рівня захворюваність на інфаркт міокарда характерна, насамперед, для населення великих і середніх високоіндустріалізованих міст, а середні рівні захворюваності – для населення малих або середніх малоіндустріалізованих міст. Захворюваність на інфаркт міокарда сільського населення поділяється на 5 рівнів, які статистично достовірно розрізняються: вищий за середні ($12,9 \pm 0,6$ випадків), середній ($9,9 \pm 0,4$ випадків), нижче середнього ($8,4 \pm 0,4$ випадків), низький ($7,2 \pm 0,3$ випадків) і дуже низький ($5,2 \pm 0,3$ випадків на 10000 чоловік). Як видно, для сільського населення не властиві рівні захворюваності на інфаркт міокарда, які можуть оцінюватися як високі. У той же час існують сільські селітебні анклав, де захворюваність населення на інфаркт міокарда стійко підтримується в межах якого-небудь із зазначених рівнів – від дуже низького до вище середнього (табл.3). Подібне диференціювання захворюваності населення на

інфаркт міокарда свідчить про наявність територіально акцентованих факторів ризику і антиризиків, що визначають рівень даної патології серед населення відповідної території.

Таблиця 3

Територіальні відмінності захворюваності населення на інфаркт міокарда в умовах (випадки на 10000 населення)

Міське населення		Сільське населення		Якісний рівень захворюваності на інфаркт міокарда
Міські населені пункти	Частота випадків M ± m	Сільські населені райони	Частота випадків, M ± m	
Донецьк, Краматорськ, Торез, Шахтарськ, Комсомольськ, Кременчук	18,0±0,6*	Козельщинський, Лубенський, Чорнухинського		Високий
Артемівськ, Єнакієве, Маріуполь, Макіївка, Селідове, Слов'янськ, Горлівка	14,7±0,7*	Мар'їнський, Ясинуватський, Карлівський, Кременчуцький	12,9±0,6*	Вище середнього
Дебальцеве, Дзержинськ, Добропілля, Дружківка, Костянтинівка, Красноармійськ, Сніжне, Харцизьк, Полтава	11,6±0,5*	Волноваський, Володарський, Краснолиманський, Старобешівський, Решетилівський	9,9±0,4*	Середній
		Тельманівський, Великоновоселківський, Новоазовський, Першотравневий, Машівський	8,4±0,4*	Нижче середнього
		Олександрівський, Амвросіївський, Слов'янський, Семінівський, Котелевський	7,2±0,3*	Низький
		Шахтарський, Гребінківський	5,2±0,3*	Дуже низький

Примітка: * – достовірність відмінностей між суміжними групами.

Висновки

1. За останні 20 років рівень захворюваності на інфаркт міокарда, як міського так і сільського населення є майже в 2 рази вищим, ніж на початок 80-х років, і в 1,5 рази вище у порівнянні з серединою 90-х років. Динаміка захворюваності і поширеності інфаркту міокарду протягом зазначеного періоду мала хвилеподібний характер.
2. Рівень захворюваності на інфаркт міокарда та поширеність інфарктів серед міського населення у 1,5 рази вище сільського. Захворюваність на інфаркт міокарда міського чоловічого та жіночого населення вище сільського, а чоловічого міського та сільського більше, ніж жіночого.
3. Встановлена градація 3-х рівнів захворюваності серед міського населення та 5-ти серед сільського, що статистично є імовірним. Характерними особливостями захворюваності населення міської популяції є домінування високого та вище середнього рівнів, у той час, як для сільського населення не властиві високі рівні захворювань.
4. Виявлені нами особливості захворюваності на інфаркт міокарда та його поширеності серед населення високо індустріалізованого промислового та агропромислового регіонів, на наше переконання, обумовлені різною екологічною та соціально-економічною ситуацією.

Література

1. Агарков В.И. Атлас гигиенических характеристик окружающей сред Донецкой области / В.И.Агарков. – Донецк, 2001.–140с.
2. Агарков В.И. Болезни системы кровообращения среди населения урбанизированного региона / В.И.Агарков, С.В.Грищенко, В.П.Коровина. – Донецк: НОРД-Пресс, 2004. – 167с.
3. Звіт Управління охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації та обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики – 2007. – Полтава. 241с.
4. Грищенко С.В. Аналіз частоти виникнення хвороб основних класів та їх поширеності серед населення Полтавської області у період 2003-2007рр. / С.В.Грищенко, Ю.О.Іщейкіна // Світ медицини та біології. – 2009. – №2. – С.17-24.

Реферати

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В РЕГИОНАХ С РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЕЙ

Ищейкина Ю.А., Гапон О. В.

При определении уровня заболеваемости инфарктом миокарда в высокоиндустриализованных промышленных и

MORBIDITY OF POPULATION OF CARDIAL INFARCT IN REGIONS WITH A DIFFERENT ECOLOGICAL AND SOCIO-ECONOMIC SITUATION

Ischeykina Yu.A., Gapon O. V.

At determination of level of morbidity of cardial infarct in high-industrial and agroindustrial

агропромислових регіонах встановлено, що в цих регіонах за останні 20 років рівень захворюваності, як міської, так і сільської населення практично в 2 рази збільшився, в порівнянні з початком 80-х років, і в 1,5 рази порівняно з серединою 90-х років. Доведено, що інфаркт міокарда є захворюванням, в першу чергу, чоловічого населення, переважно високорозвинених регіонів. Подібне диференціювання захворюваності населення свідчить про наявність територіально акцентованих факторів ризику та антиризку.

Ключові слова: інфаркт міокарда, захворюваність, промисловий та агропромисловий регіони.

Стаття надійшла 31.10.2011 р.

regions it is set that in these regions for the last 20 years level of morbidity, both urban and rural population practically in 2 times increased, by comparison to beginning of 80th, and in 1,5 time as compared to the middle of 90th. It is also well-proven that a cardiac infarct is a disease, above all things, masculine population, mainly high-industrial regions. Similar differentiation of morbidity of population testifies to the presence of the territorial accented factors of risk and antirisk.

Key words: cardiac infarct, morbidity, industrial and agroindustrial regions.

УДК:616.36-004 .2-092:575.191

О.В. Колеснікова
ДУ «Інститут терапії ім. Л.Г. Малой АМН України», м. Харків

ЗАЛЕЖНІСТЬ ФЕНОТИПІЧНОГО ПАТЕРНУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ADIPOR1

У статті представлені результати, які свідчать про те, що існує схильність до розвитку НАЖХП у пацієнтів, що мають метаболічні порушення. Це обумовлено достовірною асоціацією алелів і генотипів поліморфного маркера гена ADIPOR1 у пацієнтів НАЖХП. Встановлено, що SNP в промоторі гена ADIPOR1 асоційовано у хворих НАЖХП з підвищеним вмістом жиру в печінці, розвитком інсулінорезистентності, і більш високими рівнями HbA1c та ГГТП. Знання особливостей фенотипу і генотипу хворих НАЖХП необхідно для вибору індивідуального алгоритму лікування.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, адіпоцитокіни, поліморфізм гена ADIPOR1.

Робота виконана в рамках НДР відділу захворювань печінки і шлунково-кишкового тракту «Розробити способи виявлення та профілактики неалкогольної жирової хвороби печінки на основі вивчення клінічних, фенотипічних особливостей у пацієнтів з метаболічним синдромом», номер державної реєстрації 0110U002879.

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) одне з провідних хронічних захворювань печінки в розвинених країнах. Популяційні дослідження показали, що за даними сонографічного дослідження печінки і аутопсії, які проведені протягом 20 років, поширеність НАЖХП становить близько 20% населення в західних країнах, і 15% в східних регіонах. Спостереження за цією категорією пацієнтів підтвердили наявність в них більш високих показників летальності, ніж у загальній популяції. Більше того, значна кількість пацієнтів НАЖХП мають тяжкий фіброз печінки, який через якийсь час має тенденцію до прогресування. Прогресування НАЖХП тісно пов'язується з цукровим діабетом (ЦД-2), ожирінням та метаболічним синдромом [9]. Дослідження в групах пацієнтів НАЖХП продемонстрували зв'язок рівнів адіпоцитокінів сироватки крові з розвитком захворювання. Адіпоцитокіни - група біоактивних протеїнів, які виділені жирової тканини, що впливають на розвиток інсулінорезистентності (ІР). Адипонектин уявляє собою адіпокін, який регулює метаболізм глюкози, ліпідів та процеси запалення. Дослідження на тваринах показали здатність адипонектина інгібувати запальні шляхи і, призводити до припинення атеросклерозу [1]. Низька плазмова концентрація адипонектина пов'язана з ІР у здорових добровольців [10] і є предиктором збільшення ризику розвитку ІР та ЦД-2 [1, 10]. Є повідомлення про те, що рівень адипонектина має позитивний зв'язок з TNF- α , С-реактивним протеїном та холестеринемією ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) [8]. Зв'язок між адіпоцитокінами і НАЖХП може бути первинним чи вторинним. З одного боку, хворі зі специфічним генетичним патерном можуть мати «особливий» адіпокіновий профіль, що призводить до розвитку НАЖХП. З іншого боку, власне адіпокіновий статус може бути причиною маніфестації ІР за відсутності інших причин [8, 9].

Останні роки з'являються дані щодо впливу адипонектина і його рецепторів на регуляцію метаболізму жирів та вуглеводів, проте, результати досліджень не завжди однозначні. Не так давно були клоновані гени рецепторів адипонектина-1 (ADIPOR1) і -2 (ADIPOR2) [2]. Обидва рецептори опосередковують ефекти глобулярної частини всієї молекули адипонектина. У мишей, експресія mRNA ADIPOR1 в основному виявлена у скелетних м'язах, а найвищі концентрації mRNA ADIPOR2 були знайдені в печінці. На противагу цьому, в тканинах людини найвищі mRNA рівні обох рецепторів були знайдені в скелетних м'язах [3], які позитивно корелюють з інсуліночутливістю, що підтверджено в недавньому дослідженні [4]. Це дає підстави думати про те, що рецептори адипонектина, можливо, також модулюють ІР в людському організмі. Однак, інсулін показав