

# Хвороби системи кровообігу як основна причина інвалідизації

## Ключові слова:

хвороби системи кровообігу, інвалідність, епідеміологічні, медико-соціальні аспекти.

Хвороби системи кровообігу належать до провідних причин інвалідності та смертності населення більшості країн світу. Приклади успішної боротьби з цією проблемою протягом останніх десятиріч демонструють не лише держави, далекі від нас за рівнем добробуту та географічно (як США і Японія), а й ближчі нам країни Східної Європи [8]. Водночас в Україні спостерігається прямо протилежна тенденція: за останні 30 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зросла у 3,5 разу, а рівень смертності від них — на 46,0 %. У цьому зв'язку серцево-судинні захворювання з їх універсальним впливом на важливі для людини функції продовжують стабільно посідати перше місце в структурі причин смертності та первинної інвалідності дорослого населення України [7].

За даними ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», поширеність хвороб системи кровообігу за період із 1999 по 2008 рік серед дорослого населення збільшилась в 1,6 разу (з 3 886,1 до 6 672,8), захворюваність — в 1,3 разу (з 4 638,8 до 6 328,2 на 100 тис. населення). Зростання показника поширеності свідчить про збільшення кількості пацієнтів із раніше зареєстрованими хворобами, а показника захворюваності — про покращення діагностики та виявлення хвороб. Обсяги диспансерного нагляду за дорослими й працездатними пацієнтами із хворобами системи кровообігу суттєво не змінились (із 57,9 до 58,7 % та з 70,1 до 67,6 %) [3].

За даними статистичної звітності щодо основних показників інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України, в період із 2006 по 2010 рік зменшилась питома вага інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу серед дорослого населення з 26,5 до 24,3 % [7]. Ця тенденція спостерігалась щодо більшості нозологічних форм. У структурі первинної інвалідності дорослого населення за цей термін знизилась питома вага: гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця (з 0,9 до 0,6 %); гіпертонічної хвороби (з 1,6 до 1,1 %); ішемічної хвороби серця (з 8,8 до 8,3 %).

Порівняльний аналіз показника первинної інвалідності дорослого населення України щодо хвороб системи кровообігу у 2006 і 2010 роках показав його зниження з 13,5 до 11,2 на 10 тис. населення. У розрізі адміністративних територій у 2006 році найвищі рангові місця посідали Київ (20,3), Севастополь (18,7), Вінницька область (18,2); у 2010 році — Севастополь (17,6), Вінницька (16,0) та Черкаська області (14,6 на 10 тис. населення). За цей термін зросла первинна інвалідність дорослого населення внаслідок цього класу хвороб у Запорізькій (з 11,6 до 13,1), Полтавській (з 12,8 до 13,1), Хмельницькій (з 12,6 до 13,1) та Черкаській (з 14,0 до 14,6 на 10 тис. населення) областях.



**А.В. Іпатов,  
І.В. Дроздова,  
О.М. Лисунець,  
І.Я. Ханюкова**

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»,  
Дніпропетровськ

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Дроздова Ірина Володимирівна**  
д. мед. н., провід. наук. співр.

49027, м. Дніпропетровськ,  
пров. Радянський, 1а

Тел. (0562) 744-17-01  
E-mail: drozdova@ua.fm

Стаття надійшла до редакції  
10 травня 2011 р.

Серед регіонів України найнижчими були показники первинної інвалідності дорослого населення стосовно хвороб системи кровообігу у 2006 році в Херсонській (9,7), Закарпатській (9,8) та Харківській (10,7); у 2010 році – в Донецькій і Херсонській (по 8,5) та Кіровоградській (8,6 на 10 тис. населення) областях. Упродовж цього терміну первинна інвалідність дорослого населення суттєво знизилась у Вінницькій (з 18,2 до 16,0), Дніпропетровській (з 12,1 до 9,2), Донецькій (з 12,4 до 8,5), Закарпатській (з 9,8 до 9,2), Кіровоградській (з 11,0 до 8,6), Миколаївській (з 17,7 до 14,1), Херсонській (з 9,7 до 8,5) областях та в Севастополі (з 18,7 до 17,6 на 10 тис. населення).

За цей період зменшилась питома вага хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку (з 21,3 до 19,9 %). У структурі первинної інвалідності працездатного населення знизилась питома вага гострої ревматичної гарячки й хронічних ревматичних хвороб серця (з 1,1 до 0,6 %) та гіпертонічної хвороби (з 1,8 до 1,1 %); протилежна тенденція спостерігалась щодо ішемічної хвороби серця (її питома вага зросла з 7,0 до 7,3 %).

Порівняльний аналіз показника первинної інвалідності населення України працездатного віку внаслідок хвороб системи кровообігу у 2006 і 2010 роках показав його зниження з 12,2 до 10,4 на 10 тис. населення. У розрізі адміністративних територій найвищі рангові місця посідали у 2006 році Чернівецька (17,1), Миколаївська (16,2), Одеська (14,4); у 2010 році – Вінницька (13,3), Полтавська (13,2), Миколаївська (13,1 на 10 тис. населення) області. За означений термін зросла первинна інвалідність через цей клас хвороб у Запорізькій (з 10,0 до 10,3), Полтавській (з 10,5 до 13,2), Харківській (з 10,1 до 10,3) областях і в Севастополі (6,8 до 7,3 на 10 тис. населення).

Серед регіонів України найнижчими були показники первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок хвороб системи кровообігу у 2006 і 2010 роках у Севастополі (6,8 і 7,3), Кіровоградській (9,2 і 6,7) та Сумській (9,7 і 8,2 на 10 тис. населення) областях. Протягом цього періоду первинна інвалідність суттєво знизилась у Вінницькій (з 14,2 до 13,3), Дніпропетровській (з 10,9 до 8,7), Донецькій (з 11,8 до 9,4), Житомирській (з 13,6 до 11,6), Івано-Франківській (з 14,2 до 11,0), Київській (з 11,6 до 10,3), Кіровоградській (з 9,2 до 6,7), Луганській (з 12,7 до 10,8), Львівській (з 13,2 до 10,9), Миколаївській (з 16,2 до 13,1), Одеській (з 14,4 до 11,3), Рівненській (з 14,4 до 11,0), Сумській (з 9,7 до 8,2), Тернопільській (з 11,7 до 9,5), Херсонській (з 9,8 до 8,5), Хмельницькій (з 13,6 до

10,8), Чернівецькій (з 17,1 до 12,4), Чернігівській (з 11,9 до 10,8) областях та в Києві (з 13,1 до 10,9 на 10 тис. населення).

Ревматичні хвороби посідають провідне рангове місце серед захворювань серцево-судинної системи, стають причинами тимчасової та стійкої втрати працездатності. За даними ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», поширеність та захворюваність ревматичними хворобами серед дорослих і підлітків, а також серед населення працездатного віку в Україні у 2007 році складала: ревматизмом (усіма формами) – 11,9 і 14,3, у тому числі хронічними ревматичними хворобами – 8,8 і 10,3, серед них гострою ревматичною атакою – 3,1 і 4,0 на 100 тис. населення [9].

З 2006 по 2010 рік відбулося зменшення показника первинної інвалідності дорослого населення України внаслідок гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця з 0,5 до 0,3 на 10 тис. населення. Серед адміністративних територій найвищі рангові місця посідали у 2006 році Житомирська (0,9), Вінницька та Чернівецька (по 0,7) області; у 2010 році – Вінницька, Волинська, Житомирська, Чернівецька області та Севастополь (по 0,5 на 10 тис. населення). За цей період у жодній з областей не зросла первинна інвалідність дорослого населення внаслідок гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця; незмінною вона залишилась лише у Волинській області та в Севастополі (по 0,5 на 10 тис. населення).

Серед адміністративних регіонів України найнижчими були показники первинної інвалідності дорослого населення за означеної патології у 2006 році в Запорізькій, Харківській та Черкаській областях (по 0,3); у 2010 році – в АР Крим, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та в Києві (по 0,2 на 10 тис. населення). За цей період первинна інвалідність дорослого населення суттєво зменшилась у АР Крим, Дніпропетровській, Сумській, Херсонській (скрізь із 0,5 до 0,2) Житомирській (з 0,9 до 0,5), Івано-Франківській (з 0,6 до 0,4), Чернівецькій (з 0,7 до 0,5 на 10 тис. населення) областях.

З 2006 по 2010 рік також тривало зниження показника первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця з 0,6 до 0,3 на 10 тис. населення. Серед адміністративних територій найвищі рангові місця за рівнем інвалідності внаслідок даної патології посідали у 2006 році Житомирська (1,2),

Чернівецька (1,0), Вінницька, Донецька, Закарпатська (по 0,9) області; у 2010 році — Вінницька й Чернівецька (по 0,7), Волинська та Житомирська (по 0,6 на 10 тис. населення). За цей термін у жодному з адміністративних регіонів не зросла первинна інвалідність населення працездатного віку внаслідок гострої ревматичної гарячки та хронічних ревматичних хвороб серця.

Серед областей України найнижчими були показники первинної інвалідності працездатного населення за цієї патології у 2006 році в Запорізькій та Кіровоградській (по 0,3), Харківській, Черкаській областях і в Києві та Севастополі (по 0,4); у 2010 році — в АР Крим, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Харківській областях (по 0,2 на 10 тис. населення). Протягом цього терміну первинна інвалідність суттєво знизилась в АР Крим (з 0,6 до 0,2) і Дніпропетровській (з 0,6 до 0,2), Донецькій (з 0,9 до 0,4), Житомирській (з 1,2 до 0,6), Закарпатській (з 0,9 до 0,2), Івано-Франківській (з 0,8 до 0,5), Хмельницькій (з 0,8 до 0,4), Чернівецькій (з 1,0 до 0,7 на 10 тис. населення) областях.

За даними ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», поширеність усіх форм артеріальної гіпертензії (АГ) зросла в 1,8 разу (з 15 947,1 до 30 809,6), а виявлення хворих — в 1,4 разу (з 1 767,5 до 2 666,1 на 100 тис. населення) [1, 2]. Обсяги диспансерного нагляду за дорослими й працездатними пацієнтами із АГ значно підвищились (з 49,4 до 78,4 % та з 67,9 до 83,8 % відповідно), що свідчить про покращення діагностики та лікування цієї патології у зв'язку з утіленням у життя «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», спрямованої на зниження захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок підвищення артеріального тиску. Запроваджені заходи для реалізації Програми дали змогу практично досягти контрольних показників поширеності всіх форм АГ: 24,3 % серед дорослого (24 339,4 на 100 тис. населення) і 19,4 % серед працездатного населення країни (15 048,2 на 100 тис. населення) з певними коливаннями по регіонах [3].

Аналіз первинної інвалідності дорослого населення України через гіпертонічну хворобу у 2006 і 2010 роках показав, що відбувалося зниження цього показника з 0,8 до 0,5 на 10 тис. населення. У розрізі адміністративних територій найвищі рангові місця посідали у 2006 році Чернівецька (2,9), Волинська та Миколаївська (по 1,6); у 2010 році — Чернівецька (1,4), Вінницька та Одеська (по 1,1 на 10 тис. населення) області. За цей термін у жодній з областей не зросла первинна інвалідність дорослого населення вна-

слідок гіпертонічної хвороби; незмінною вона залишилась лише в Закарпатській області (0,1) та в Севастополі (жодного випадку не зареєстровано).

Серед регіонів України найнижчими були показники первинної інвалідності дорослого населення в результаті гіпертонічної хвороби у 2006 році в Закарпатській (0,1), Кіровоградській та Херсонській (по 0,2); у 2010 році — в Кіровоградській (0,05), Рівненській і Херсонській областях та в Києві (по 0,1). За цей період первинна інвалідність дорослого населення суттєво знизилась у Вінницькій (з 1,4 до 1,1), Кіровоградській (з 0,2 до 0,05), Луганській (з 1,3 до 0,8), Миколаївській (з 1,6 до 0,7), Полтавській (з 1,3 до 0,88), Рівненській (з 1,4 до 0,1), Хмельницькій (з 0,6 до 0,3), Чернівецькій (з 2,9 до 1,4) областях і в Києві (з 0,5 до 0,1 на 10 тис. населення).

Аналіз первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок гіпертонічної хвороби у 2006 і 2010 роках виявив її зниження з 1,0 до 0,6 на 10 тис. населення. У розрізі адміністративних територій найвищі рангові місця посідали у 2006 році Чернівецька (3,9), Миколаївська (2,3), Волинська (1,9); у 2010 році — Чернівецька (1,5), Одеська (1,4), Вінницька (1,3 на 10 тис. населення) області. За цей період показник первинної інвалідності населення працездатного віку через означену патологію зріс лише у Вінницькій області (з 1,2 до 1,3); незмінним він залишився в Харківській області (0,4) та в Севастополі (не було зареєстровано жодного випадку).

Серед адміністративних територій України найнижчими були показники первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок гіпертонічної хвороби у 2006 році в Закарпатській та Кіровоградській (по 0,2), Херсонській і Тернопільській (по 0,3), Харківській (0,4); у 2010 році — в Закарпатській, Рівненській (по 0,1), Тернопільській і Херсонській областях і в Києві (по 0,2), Хмельницькій та Сумській областях (по 0,3 на 10 тис. населення). Протягом цього терміну первинна інвалідність населення працездатного віку суттєво знизилась в АР Крим (з 1,1 до 0,4), Волинській (з 1,9 до 1,2), Дніпропетровській (з 1,0 до 0,6), Донецькій (з 0,8 до 0,4), Запорізькій (з 0,9 до 0,5), Івано-Франківській (з 1,0 до 0,6), Миколаївській (з 2,3 до 0,9), Полтавській (з 1,6 до 1,0), Рівненській (з 1,8 до 0,1), Хмельницькій (з 0,8 до 0,3), Черкаській (з 0,7 до 0,4), Чернівецькій областях (з 3,9 до 1,5) та в Києві (з 0,6 до 0,2 на 10 тис. населення).

У цілому атеросклероз, ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба — це патології, що не лише домінують у структурі захворюваності та смертності більшості країн світу, а й стають

провідною причиною інвалідності дорослого й працездатного населення. За даними ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», у структурі поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу серед дорослих і підлітків, а також серед населення працездатного віку в Україні у 2007 році на ішемічну хворобу серця припадало 33,8 і 27,55 % та 27,5 і 24,0 % відповідно [9]. У 2008 році порівняно з 2007 роком поширеність і захворюваність на ішемічну хворобу серця серед дорослого населення України зросла до 22 566 і 1 777,8; на ішемічну хворобу серця в поєднанні з артеріальною гіпертензією — до 13 942,5 і 1 037,4 на 100 тис. населення [3].

З 2006 по 2010 рік відбувалося зниження показника первинної інвалідності дорослого населення України внаслідок ішемічної хвороби серця з 4,5 до 3,8 на 10 тис. населення. Проте в низці областей спостерігалось зростання цього показника: у Вінницькій (з 5,5 до 5,6), Закарпатській (з 3,3 до 3,5), Запорізькій (з 3,3 до 3,7), Рівненській (з 3,2 до 3,6), Черкаській (з 4,1 до 5,0 на 10 тис. населення). Серед адміністративних територій найвищі рангові місця посідали у 2006 році Київ (7,9), Чернігівська (6,4) й Миколаївська (5,9); у 2010 році — Київ (5,9), Вінницька (5,6) й Миколаївська (5,9 на 10 тис. населення) області.

Серед адміністративних територій України найнижчими були показники первинної інвалідності дорослого населення за цієї патології у 2006 році в Сумській (2,5), Житомирській (2,8), Рівненській (3,2); у 2010 році — в Житомирській і Сумській (по 2,4), Кіровоградській (2,8) областях, в АР Крим (2,9 на 10 тис. населення). Упродовж цього періоду первинна інвалідність дорослого населення суттєво знизилась в АР Крим (з 5,5 до 2,9), Дніпропетровській (з 3,8 до 3,0), Донецькій (з 4,8 до 3,1), Житомирській (з 2,8 до 2,4), Івано-Франківській (з 4,0 до 3,1), Київській (з 4,0 до 3,4), Кіровоградській (з 3,6 до 2,8), Миколаївській (з 5,9 до 5,3), Одеській (з 4,8 до 3,6), Тернопільській (з 4,1 до 3,4), Чернігівській (з 6,4 до 4,9) областях і в Києві (з 7,9 до 5,9 на 10 тис. населення).

З 2006 по 2010 рік тривало зменшення первинної інвалідності населення працездатного віку в Україні внаслідок ішемічної хвороби серця з 4,0 до 3,8 на 10 тис. населення. Проте в низці областей відзначалося зростання цього показника: у Вінницькій (з 2,9 до 4,5), Волинській (з 2,7 до 4,6), Житомирській (з 2,7 до 2,8), Закарпатській (з 3,9 до 4,4), Запорізькій (з 2,9 до 3,4), Рівненській (з 3,4 до 3,7), Сумській (з 2,4 до 2,5), Харківській (з 4,1 до 4,3), Херсонській (з 3,1 до

3,6), Черкаській (з 3,4 до 3,8) областях та в Києві й Севастополі (з 2,5 до 2,6 на 10 тис. населення). Серед адміністративних територій найвищі рангові місця посідали у 2006 році Чернівецька (5,9), Миколаївська (5,4) області, АР Крим (5,1); у 2010 році — Миколаївська (5,2), Чернівецька (5,1) області та Київ (5,0).

Серед регіонів України найнижчими були показники первинної інвалідності населення працездатного віку за наявності цієї патології у 2006 році у Волинській (2,7) та Сумській (2,4) областях і в Севастополі (2,5 на 10 тис. населення). Протягом цього терміну первинна інвалідність дорослого населення суттєво знизилась в АР Крим (з 5,1 до 3,0), Дніпропетровській (з 3,7 до 3,2), Донецькій (з 4,4 до 3,7), Івано-Франківській (з 5,2 до 3,9), Київській (з 3,5 до 3,4), Кіровоградській (з 3,4 до 2,8), Луганській (з 4,5 до 4,3), Львівській (з 4,7 до 4,4), Миколаївській (з 5,4 до 5,2), Одеській (з 4,1 до 3,3), Тернопільській (з 4,0 до 3,8), Хмельницькій (з 5,1 до 3,5), Чернівецькій (з 5,9 до 5,1), Чернігівській областях (з 4,5 до 3,5 на 10 тис. населення).

При цьому слід враховувати, що факт інвалідності визнається лише після його юридичного оформлення, тому фактична кількість осіб зі стійкими порушеннями здоров'я, що призводять до повної втрати або зниження працездатності, може бути значно вищою, ніж це демонструють офіційні дані [6]. Це зумовлено як демографічними та соціально-економічними проблемами в сьогоденній Україні, так і наявністю додаткових чинників, що впливають на рівень інвалідності населення (соціальною підтримкою інвалідів, регіональною специфікою оцінки критеріїв визначення та оформлення клініко-експертного діагнозу) тощо [5].

Аналіз динаміки інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу дає можливість виокремити регіони із високим ризиком інвалідизації внаслідок цієї патології, в яких необхідно удосконалювати організаційно-методичну роботу з лікарями лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів; обговорювати випадки пізнього скерування до медико-соціальних експертних комісій хворих із означеною патологією, стан і причини первинної та накопиченої інвалідності; поліпшувати заходи з реабілітації інвалідів.

Перспективами подальших досліджень проблем інвалідності є розробка моделі моніторингу інвалідності населення України з визначенням переліку показників, що відстежуються, джерел інформації та її періодичності, рівнів спостереження, програмного забезпечення для інфор-

маційної підтримки функціонування медико-соціальної експертизи. Досліджуючи інвалідність як соціальний феномен, необхідно удосконалити підходи до моніторингу інвалідності в регіонах України, аналізу показників первинної й накопиченої інвалідності дорослого і працездатного населення, створення сучасних інформаційних технологій, які б охоплювали моделі, методи та програмне забезпечення для підтрим-

ки ухвалення експертного рішення лікарями медико-соціальних експертних комісій [4, 10]. Для вивчення багатофакторних залежних тенденцій інвалідизації населення України необхідно використовувати методи математичної статистики, враховуючи при цьому неоднозначність соціально-економічних, демографічних, індустріальних, політичних та інших особливостей розвитку регіонів.

### Список літератури

1. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії / І. М. Горбась // Укр. кард. журн. — 2010. — Додаток 1. — С. 16—21.
2. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20-річного проспективного дослідження: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.11 «Кардіологія». — К., 2008. — 40 с.
3. Коваленко В.М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, А.П. Дорогой // Укр. кард. журн. — 2010. — Додаток 1. — С. 6—12.
4. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. — К., 2009. — 50 с.
5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2007 рік (Аналітико-інформаційний довідник) / В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін та ін. / За ред. В.М. Князевича. — Д.: Пороги, 2008. — 102 с.
6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2008 рік (Аналітико-інформаційний довідник) / В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін та ін. / За ред. В.М. Князевича. — Д.: Пороги, 2009. — 116 с.
7. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 рік (Аналітико-інформаційний довідник) / В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін та ін. / За ред. І.М. Ємця. — Д.: Пороги, 2011. — 135 с.
8. Свіщенко Є.П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи / Є.П. Свіщенко // Укр. кард. журн. — 2010. — Додаток 1. — С. 13—16.
9. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. — К., 2008. — 111 с.
10. Хобзей М.К. Деякі аспекти організації медичної допомоги в Україні / М.К. Хобзей // Мед. перспективи. — 2010. — № 4. — С. 4—7.

### А.В. Іпатов, І.В. Дроздова, Е.М. Лысунец, І.Я. Ханюкова

#### Болезни системы кровообращения как основная причина инвалидизации

Оценивали динамику инвалидности взрослого и трудоспособного населения Украины вследствие болезней системы кровообращения за 2006—2010 гг. по данным статистической отчетности. За этот период в Украине снижались как удельный вес первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения с 26,5 до 24,3 % и населения трудоспособного возраста — с 21,3 до 19,3 %, так и показатель первичной инвалидности вследствие данного класса болезней среди взрослого населения — с 13,5 % до 11,2 %, среди населения трудоспособного возраста — с 12,2 до 10,4 на 10 тыс. населения.

Анализ динамики инвалидности вследствие болезней системы кровообращения дает возможность изучить особенности инвалидизации в результате данной патологии в различных регионах Украины, выделить основные тенденции этого процесса, выявить причины возрастания первичной и накопленной инвалидности, что в дальнейшем будет служить основой усовершенствования мониторинга инвалидности населения Украины.

### A.V. Ipatov, I.V. Drozdova, O.M. Lysunets, I.Ya. Khanykova

#### The circulatory system diseases as the basic cause of disabling

The statistical reporting-based estimation has been held for the dynamics of disability due to the circulatory system diseases in adult working-age population of Ukraine in years 2006—2010. It has been revealed that over this period the percentage of primary disability due to the circulatory system diseases among the adult population was reduced from 26.5 to 24.3 %, and in the working-age population — from 21.3 to 19.3 %. Moreover the index of primary disability due to these diseases among adult population was decreased from 13.5 to 11.2, and in the working-age population — from 12.2 to 10.4 on ten thousand people.

The analysis of dynamics of disability due to circulatory system diseases gives the opportunity to study the peculiarities of disability due to this pathology in the different regions of Ukraine, to expose the main trends in this process, and to define the reasons of growth of primary and accumulated disability, that in future will serve as the basis of improvement of disability monitoring among the population of Ukraine.