УДК 314.4:616.31-008.1(477.87)

А.О. Керецман

ОБСЯГ І СТРУКТУРА ВТРАЧЕНИХ РОКІВ ПОТЕНЦІЙНОГО ЖИТТЯ ВІД ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» м. Ужгород, Україна

Мета *– обґрунтувати рекомендації щодо практичного застосування методики розрахунку обсягу втрат років потенційного життя через передчасну смертність від хвороб органів травлення населення у Закарпатській області.*
Матеріали та методи*. За допомогою методів потенціальної демографії та стандартизації проаналізовано офіційні дані щодо кількості померлих, віку та причин смерті у 2013 році.*
Результати*. Показник втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у Закарпатській області у 2013 р. становив 812,3 на 100 тис. населення віком до 65 років. Перевищення українського рівня становить на 15,5%, або у 1,2 разу. Структура втрачених років потенційного життя у різних зонах області істотно відрізняється як за величиною, так і за внеском окремих нозологій у його формування.*
Висновки*. Більшість втрат (90%) обумовлена трьома основними нозологіями – фіброз і цироз печінки, гострий панкреатит та алкогольна хвороба печінки. Найвищий рівень втрачених років потенційного життя відмічається у гірській зоні.*
Ключові слова*: передчасна смертність, втрачені роки потенційного життя, хвороби органів травлення, Закарпатська область.*

Вступ

У Європейському регіоні відбуваються важливі демографічні зміни, які визначають потреби у зміцненні здоров'я, профілактиці захворювань і наданні медичної допомоги. Однак темпи та інтенсивність таких змін у різних країнах, всередині самих країн і в різних групах населення мають відмінності, що породжує нові проблеми та різноманітність медико-санітарних ситуацій, які потребують особливого підходу [1]. Враховуючи глобальні зміни навколишнього середовища, суспільства та охорони здоров'я, які формують принципово нову економічну парадигму сучасного розвитку держави [3], відтворення здорового населення та зменшення безповоротних втрат внаслідок смертності набуває особливого значення.

Однією з найгостріших сучасних соціальних проблем України є неприпустимо висока передчасна смертність, яка набагато перевищує аналогічні рівні у розвинутих країн світу (за критеріями ВООЗ, передчасною вважається смертність до 65 років). Основні втрати внаслідок передчасної смертності на сучасному етапі сконцентровано, передусім, в інтервалі працездатного віку, що служить індикатором соціального неблагополуччя у нашій державі [6].

При цьому серйозною проблемою в Україні є хвороби органів травлення (ХОТ), значущість яких, як причини втрат життя і працездатності, останніми роками зростає. Якщо на початку першого десятиріччя XXI сторіччя в Україні за класом ХОТ ще зберігалось останнє місце у п'ятірці основних причин смерті, тепер ці захворювання піднялись на вищу сходинку, випередивши клас хвороб органів дихання [7].

Одним із підходів до вивчення демографічних втрат є здійснення розрахунку кількості втрачених років потенційного життя, тобто обсяг недожитих населенням років, за яким смерть вважається передчасною.

Втрачені роки потенційного життя (Years of Potential Life Lost (YPLL) or Potential Life Lost Years, або ВРПЖ) є мірою впливу передчасної смертності на населення і дозволяє оцінити відносну значущість окремих причин смерті у формуванні втрат через передчасну смерть. Адже соціально-економічне значення окремих причин смерті визначається не лише абсолютною кількістю смертей та їх значущістю у структурі, але й впливом на оцінену у роках потенційного життя величину незворотних втрат внаслідок смертності та різну величину внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя [2, 5, 8, 11]. Крім того, розрахунок ВРПЖ застосовується для обчислення рекомендованого експертами ВООЗ показника DALY – Disability-adjusted life year. Це сума років потенційного життя, втрачених через передчасну смерть, та років, проведених у непрацездатному стані, або погіршення якості життя людини. Він також служить одним з індикаторів здоров'я населення в окремих країнах і використовується для оцінки ефективності політики у сфері охорони здоров'я і діяльності системи охорони здоров'я в Україні [9–11].

Враховуючи, що різні причини зумовлюють різну величину внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення, розрахунок показника ВРПЖ дозволяє оцінити міру впливу передчасної смертності в цілому та відносну значущість окремих причин смерті у формуванні втрат, зокрема через передчасну смерть. Тому розрахунок обсягу та структури

ВРПЖ від ХОТ дає змогу оцінити міру їхнього впливу на передчасну смертність в цілому та відносну значущість окремих гастроентерологічних нозологій, як причин смерті, у формуванні втрат через її настання. Це, в свою чергу, дозволить моделювати ймовірні варіанти розвитку ситуації у випадку реалізації цілеспрямованих заходів профілактики ХОТ, оцінюючи їх переваги та недоліки з огляду на збережений обсяг потенційного життя.

Мета роботи – оцінити обсяг втрат років потенційного життя через передчасну смертність від ХОТ населення Закарпатської області, виявити їх відмінності в окремих ландшафтних зонах, визначити місце окремих нозологій ХОТ у його формуванні та обґрунтувати рекомендації щодо практичного застосування методики.

Матеріали та методи

Для оцінки демографічних втрат використовувався метод потенціальної демографії. Кількість ВРПЖ розраховується як сума різниці років між пороговим значенням віку смерті і фактичним віком смерті всіх осіб, померлих протягом року в молодших за пороговий вікових інтервалах (у нашому випадку це 65 років). Розрахунки здійснюються як для смертності від усіх причин, так і для основних класів, укрупнених груп або окремих нозологій. Для порівняльного аналізу використовується відносний показник (індекс) років втраченого потенційного життя, що являє собою кількість років втраченого потенційного життя на 1000 осіб у віці до 65 років (або до вибраного значення).

Показник ВРПЖ розраховується за формулою:

$$\frac{\sum(65-Age\ of\ death)\times Number\ of\ death\ at\ age}{Number\ of\ people\ ages\ 65\ and\ younger}\times 100{,}000.$$

Для порівняння показників ВРПЖ у різних зонах Закарпатської області було здійснено прямий метод стандартизації. Інформаційною базою дослідження стали офіційні дані Державної служби статистики України та Головного управління статистики у Закарпатській області щодо кількості померлих за місцем проживання, віковими групами та причинами смерті за підсумками 2013 року та стосовно чисельності населення віком до 65 років.

Результати дослідження та їх обговорення

За нашими розрахунками, показник (індекс) ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ у Закарпатській області у 2013 р. становив 812,3 на 100 тис. населення, що на 15,5%, або в 1,2 разу, перевищує аналогічний в Україні (703,5 на 100 тис. населення). Порівняно з 2010 р. (810,2 на 100 тис. населення) показник ВРПЖ від ХОТ в області зріс незначно, однак за останні два роки індекс зріс на 18,2% (з 687,6 до 812,3 на 100 тис. населення). При цьому абсолютна кількість смертей від ХОТ серед населення Закарпатської області віком до 65 років залишається майже незмінною – 616 у 2010 р. та 623 у 2013 році. Однак абсолютна кількість недожитих років невпинно зростає, починаючи з 2011 р. (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показника втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення, недожитих років та абсолютної кількості смертей від хвороб органів травлення населення Закарпатської області у 2010–2013 рр., на 100 тис. осіб у віці 0–64 роки*

Рік	Індекс ВРПЖ	Кількість недожитих років	Кількість померлих від ХОТ
2010	810,2	8975	616
2011	687,6	7637,5	509
2012	789,6	8787,5	641
2013	812,3	9047,5	623

*Примітка (тут і далі): * – авторські розрахунки за даними Державної служби статистики України та Головного управління статистики у Закарпатській області.*

Таблиця 2

Показник втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у 2013 р., на 100 тис. населення у віці 0–64 роки*

Усі ХОТ	Виразка шлунка і 12-палої кишки	Алкогольна хвороба печінки	Фіброз і цироз печінки	Гострий панкреатит	Інші ХОТ
812,3	12,1	227,6	272,2	234,1	66,2

Абсолютна більшість втрат (90,3%) обумовлена трьома основними нозологіями – фіброз і цироз печінки (33,5%), гострий панкреатит (28,8%) та алкогольна хвороба печінки (28%) (табл. 2). При цьому спостерігалась виразна диференціація індексу залежно від місця проживання. Територія Закарпатської області становить

12,8 тис. км^2, близько 80% площі – гірська місцевість. За адміністративно-територіальним устроєм область поділена на 13 районів, але характерною особливістю її є поділ на три ландшафтні зони: низинну, передгірську та гірську. До низинної зони входять чотири міста та чотири адміністративні райони (м. Берегово, м. Чоп, м. Мукачеве, м. Ужгород, Берегівський, Мукачівський, Виноградівський та Ужгородський райони). До передгірської зони належать м. Хуст і Хустський район, Іршавський, Тячівський, Перечинський і Свалявський райони. Гірська зона представлена Велико-Березнянським, Рахівським, Міжгірським та Воловецьким районами. Зони різняться за віково-статевою структурою та кількістю населення, співвідношенням міських і сільських жителів, численними природними особливостями (джерелами якісних мінеральних вод, геохімічним складом ґрунтів, геотермальними ресурсами, кліматом), різною якістю та доступністю медичної допомоги тощо.

Індекс ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ на 100 тис. населення у низинній зоні становив у 2013 р. 772,99, у передгірській зоні – 785,5, у гірській зоні – 994,9. Для усунення можливого впливу елімінованої ознаки (у нашому випадку це різна кількість населення в ландшафтних зонах) нами здійснено розрахунок стандартизованих показників ВРПЖ від ХОТ. Отримані результати свідчать про відсутність впливу елімінованої ознаки на величину індексу в різних ландшафтних зонах, що підтверджує більшу гостроту проблеми високої передчасної смертності від ХОТ населення гірської місцевості (рис. 1).

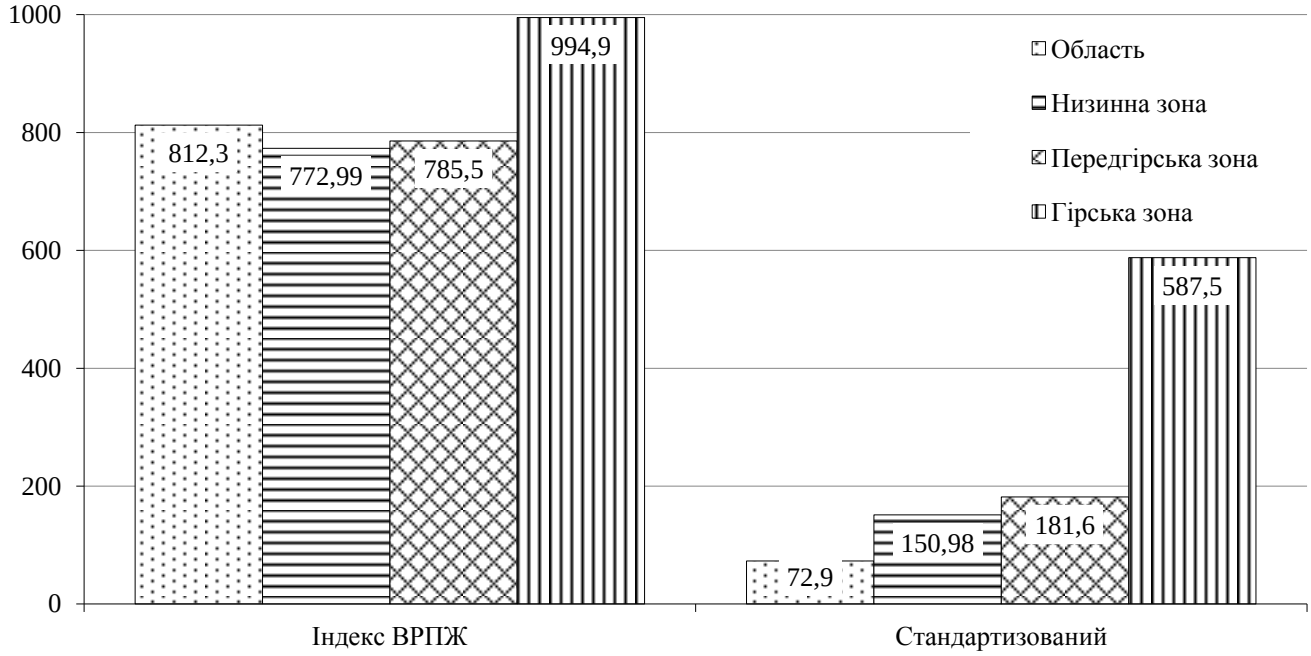

Рис. 1. *Індекс втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у Закарпатський області у 2013 р., на 100 тис. населення*

Так, стандартизований коефіцієнт ВРПЖ на 100 тис. населення в гірській зоні становить 587,5, у передгірській – 181,6, у низинній зоні – 150,98. Отже найбільших втрат зазнає населення гірської зони, де індекс на 74% перевищує відповідний у низинній зоні та на 69% – у передгірській. При цьому переважання загальнообласного показника (72,9 на 100 тис. населення) визначається в кожній зоні: у 2 рази в низинній зоні та у 2,5 разу в передгірській зоні. Для гірської зони переважання становить аж у 8 разів (!), що свідчить про частіше раннє настання смерті від ХОТ населення даної зони.

Абсолютна кількість втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від ХОТ у Закарпатській області становить 9047,5 людино-року. Найбільше втрат внаслідок передчасної смертності від ХОТ несе населення низинної та передгірської зони – 3957,5 та 3397,5 людино-року. При цьому абсолютна кількість втрачених людино-років у гірській зоні становить лише 1685.

Серед причин смертності лідируючу позицію за абсолютною кількістю втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності серед населення області займає фіброз і цироз печінки – 3032,5 людино-року. У розрізі окремих геохімічних зон найбільше втрат у людино-роках у низинній зоні спричинено алкогольною хворобою печінки (1245 людино-років), у передгірській та гірській зонах – фіброзом і цирозом печінки (1260 та 595 людино-років) (табл. 3). Така різниця в абсолютній кількості втрачених людино-років у різних зонах може бути спричинена різною кількістю померлих від ХОТ, різним віком настання смерті та різною чисельністю населення до 65 років.

Таблиця 3

Абсолютна кількість втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення (окремі нозології) у 2013 р., людино-роки*

Місцевість	Виразка шлунка та 12-палої кишки	Алкогольна хвороба печінки	Фіброз і цироз печінки	Гострий панкреатит	Інші ХОТ
Низинна зона	30	1245	1177,5	1205	300
Передгірська зона	60	952,5	1260	885	137,5
Гірська зона	45	337,5	595	517,5	190
Область	135	2535	3032,5	2607,5	737,5

Таблиця 4

Показник втрачених років потенційного життя та стандартизований за віком коефіцієнт втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення (окремі нозології) у 2013 р., на 100 тис. осіб у віці 0–64 роки*

Місцевість	Виразка шлунка та 12-палої кишки		Алкогольна хвороба печінки		Фіброз печінки		Гострий панкреатит		Інші ХОТ	
	ВРПЖ	ст. ВРПЖ**	ВРПЖ	ст. ВРПЖ	ВРПЖ	ст. ВРПЖ	ВРПЖ	ст. ВРПЖ	ВРПЖ	ст. ВРПЖ
Область	12,1	1,1	227,6	20,4	272,2	24,4	234,1	21,0	66,2	6,0
Низинна зона	5,9	1,1	243,2	47,5	230,0	44,9	235,4	46,0	58,6	11,6
Передгірська зона	13,9	3,2	220,2	50,9	291,3	67,4	204,6	47,3	55,5	12,8
Гірська зона	26,6	15,7	199,3	117,7	351,3	207,4	305,6	180,4	112,2	66,2

*Примітка: ** – стандартизований ВРПЖ.*

Структура ВРПЖ у різних зонах області також істотно відрізняється як за величиною, так і за величиною внеску окремих нозологій у його формування. Як видно з таблиці 4, стандартизований за чисельністю населення показник ВРПЖ у різних ландшафтних зонах Закарпатської області повторює тенденцію показника, обчисленого без урахування відмінностей у чисельності населення. Порівняльний аналіз структури показника ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від окремих нозологій ХОТ здійснювався на основі стандартизованих показників і виявив істотну диференціацію причин смерті залежно від ландшафтної зони проживання. Так, найбільше втрат від усіх причин несе населення гірської зони. У розрізі окремих нозологій найбільший коефіцієнт ВРПЖ у гірській та передгірській зонах, як і в області в цілому (24,4 на 100 тис. населення), відмічається від фіброзу і цирозу печінки (207,4 та 67,4 на 100 тис. населення), у низинній зоні – від алкогольної хвороби печінки (47,5 на 100 тис. населення). При цьому встановлено переважання загальнообласного рівня ВРПЖ від фіброзу і цирозу печінки у гірській зоні аж у 8,5 разу, у передгірській зоні – у 2,8 разу. І хоча індекс ВРПЖ від фіброзу і цирозу печінки у низинній зоні є найменшим (44,9 на 100 тис. населення) і займає третє рангове місце за величиною, він у 1,8 разу перевищує індекс ВРПЖ по області. При цьому він нижчий у 1,5 разу, ніж у передгірській зоні, та у 4,6 разу, ніж у гірській.

Попри найбільший коефіцієнт ВРПЖ від фіброзу і цирозу печінки у гірській зоні, величина його внеску у формування ВРПЖ від усіх ХОТ більша у передгірській зоні (37,1% проти 35,3%). У низинній зоні найбільша частка у формуванні ВРПЖ від усіх ХОТ належить алкогольній хворобі печінки (31,5%), що і визначило перше рейтингове місце патології за величиною показника. Фіброзу і цирозу печінки належить третє рейтингове місце у структурі ВРПЖ від усіх ХОТ у низинній зоні з величиною внеску 29,7% у формування індексу ВРПЖ від усіх ХОТ. Більшою тут виявилася частка для гострого панкреатиту (30,4%), що і визначило другу позицію для патології з величиною коефіцієнта ВРПЖ 46,0 на 100 тис. населення.

У гірській зоні гострому панкреатиту належить друга позиція, як за величиною, так і за часткою внеску у формування ВРПЖ в цілому (180,4 на 100 тис. населення та 30,7%), а алкогольній хворобі печінки – третє місце (117,7 на 100 тис. населення та 20%).

При цьому у передгірській зоні друга позиція належить алкогольній хворобі печінки за рахунок 28% внеску у формування індексу в цілому з величиною показника 50,9 на 100 тис. населення, а третє місце – гострому панкреатиту (47,3 на 100 тис. населення та 26%).

Структура ВРПЖ в області виглядає наступним чином за величиною індексу та часткою внеску окремих патологій у його формування: фіброз і цироз печінки (24,4 на 100 тис. населення та 33,5%), гострий панкреатит (21,0 на 100 тис. населення та 28,8%), алкогольна хвороба печінки (20,4 на 100 тис. населення та 28%). Також слід зазначити, що величина внеску гострого панкреатиту у

формування ВРПЖ у цілому в області є меншою, ніж у низинній та передгірській зоні, однак вищою, ніж у передгірській зоні.

Виразці шлунка та дванадцятипалої кишки за величиною коефіцієнта ВРПЖ та внеском у формування індексу ВРПЖ від ХОТ у цілому в області та її окремих ландшафтних зонах належить четверте місце. При цьому слід наголосити, що попри однаковий стандартизований коефіцієнт ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунка та дванадцятипалої кишки в області та у низинній зоні (1,1 на 100 тис. населення), більший внесок патології у формування індексу ВРПЖ від ХОТ в цілому відмічається в області (1,5%); у низинній зоні він становить лише 0,7%. У гірській та передгірській зонах цей внесок становить 2,7% та 1,8% відповідно (рис. 2). Однак разючою є відмінність у величині індексу ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунка та дванадцятипалої кишки населення області. Так, найбільшим він виявився у гірській зоні (15,7 на 100 тис. населення) та значно меншим – у передгірській зоні (3,2 на 100 тис. населення). Однак насторожує той факт, що індекс ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунка та дванадцятипалої кишки у гірській зоні переважає відповідний показник по області аж у 14,2 разу, що вимагає посиленої уваги з боку лікарів з метою адекватного лікування та розробки цілеспрямованих заходів профілактики.

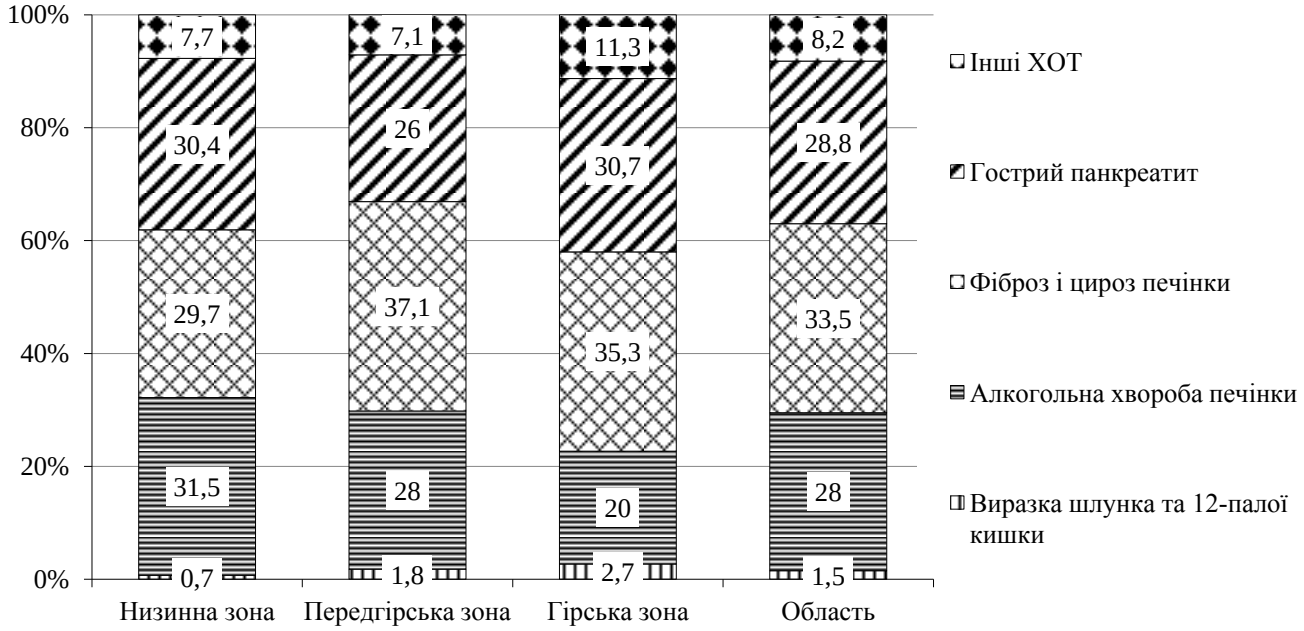

Рис. 2. *Структура втрачених років потенційного життя внаслідок хвороб органів травлення населення Закарпатської області в окремих ландшафтних зонах і причини смерті у 2013 р., %*

Отже, відмічено, що гірській зоні притаманні не лише найвищі рівні ВРПЖ від ХОТ, але й значне перевищення їх загальнообласного рівня, що обґрунтовує необхідність фокусування на проблемах цих територій. Наявна нерівність розміру втрат за місцем проживання через надмірну смертність від ХОТ населення гірської зони має привернути увагу управлінців у сфері охорони здоров'я та відповідальних за вироблення політики на регіональному рівні осіб для розробки цілеспрямованих профілактичних заходів, орієнтованих на попередження передчасної смертності населення від визначених причин у всіх геохімічних зонах Закарпатської області.

Корисність застосування методики оцінки ВРПЖ беззаперечна. Переваги зазначеного підходу полягають у чутливості та об'єктивності показника вимірювань, базуванні на міжнародних і хронологічних порівняннях, у визначенні точних цілей та оцінки для скорочення поширеності хвороб органів травлення за допомогою адекватного їх лікування та профілактики.

Прикладом сучасного застосування методики розрахунку показника ВРПЖ для потреб управління в Україні є використання розрахункових даних щодо абсолютної кількості ВРПЖ у масштабах країни при науковому обґрунтуванні проекту комплексної загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір». Також розрахунки індексу ВРПЖ було здійснено для оцінки економічних втрат через передчасну смертність населення України, з можливістю використання зазначених даних при формуванні державної політики у сфері громадського здоров'я [1].

Практичне застосування розрахунків ВРПЖ рекомендується для оцінки проблеми передчасної смертності від ХОТ та спричинених нею втрат потенційного життя, планування профілактичних заходів стосовно можливого запобігання цим втратам та розробки цільових індикаторів, оцінки ефективності

соціальної політики на регіональному рівні в цілому та програмних заходів, що стосуються ХОТ (удосконалення організації скринінгу, диспансерного нагляду, конкретної технології профілактики, діагностики та лікування.

Висновки

1. Показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у Закарпатській області у 2013 р. становив 812,3 на 100 тис. населення віком до 65 років (стандартизований показник – 72,9). При цьому більшість втрат (90%) обумовлено трьома основними нозологіями – фіброз і цироз печінки, гострий панкреатит та алкогольна хвороба печінки.

2. Відмічається перевищення українського рівня показника ВРПЖ від ХОТ на 15,5%, або у 1,2 разу, – 703,5 на 100 тис. населення віком 0–64 роки.

3. У розрізі окремих ландшафтних зон Закарпатської області основні відмінності у формуванні показника ВРПЖ (стандартизований показник) полягали в тому, що для населення гірської зони рівень показника вищий, ніж у низинній та передгірській зонах, у 3,9 та у 3,2 разу відповідно. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності у гірській та передгірській зонах формуються за рахунок фіброзу і цирозу печінки (207,4 та 67,4 на 100 тис. населення), у низинній зоні – алкогольної хвороби печінки (47,5 на 100 тис. населення).

4. Розрахунки показника ВРПЖ – абсолютного (в людино-роках) чи відносного (на 100 тис. населення) – внаслідок передчасної смертності від ХОТ у цілому та від окремих нозологій можна використовувати при плануванні або моделюванні ймовірних варіантів розвитку ситуації у випадку реалізації тих або інших сценаріїв, заходів профілактики ХОТ, оцінюючи їх переваги та недоліки з огляду на перспективи щодо обсягів збереженого потенційного життя.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому буде доречним здійснити розрахунки втрат населення Закарпатської області залежно від віково-статевого складу та місця проживання (місто, село).

Література

1. *Здоровье-2020*: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 по состоянию на 29 марта 2013 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf. – Название с экрана.
2. *Колодяжна О. І.* Визначення втрачених років здорового життя від професійних захворювань за методом DALY / О. І. Колодяжна, А. М. Нагорна // Український журнал з проблем медицини праці. – 2013. – № 2 (35). – С. 11–15.
3. *Оганезова А. В.* Формирование здоровьеориентированной экономики / А. В. Оганезова // Проблемы экономики. – 2015. – № 2. – С. 93–99.
4. *Про* схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua. – Назва з екрану.
5. *Рынгач Н. А.* Оценка потерянных лет потенциальной жизни вследствие младенческой смертности / Н. А. Рынгач, Р. А. Моисеенко // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013. – Спецвыпуск на русском языке. – С. 81–84.
6. *Смертність* населення України у трудоактивному віці : колект. монографія / відп. ред. Е. М. Лібанова. – Київ : Ін-т демографії та соц. досліджень НАНУ, 2007. – 211 с.
7. *Філіппов Ю. М.* Хвороби органів травлення та гастроентерологічна допомога населенню України: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю. М. Філіппов // Гастроентерологія. – 2014. – Тематичний номер. – С. 10–12.
8. *Чепелевська Л. А.* Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу / Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 103–107.
9. *Gardner J. W.* Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? / J. W. Gardner, J. S. Sanborn // Epidemiology. – 1990. – Vol. 1 (4). – P. 322–329.
10. *Health* Indicators 2012 : annual reports / Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. – 130 p.
11. *Latvia* Health system review 2012. Health system review: European Observatory on Health Systems and Policies – Vol. 14. – № 8. – 2012. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf. – Title from screen.
12. *Premature* mortality in the United States: public health issuesin the use of years of potential life lost // MMWR (MorbMortalWklyRep.) – 1986. – № 35. – P. 1–11.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.11.2016 р.

Объем и структура потерянных лет потенциальной жизни от болезней органов пищеварения в Закарпатской области

А.О. Керецман
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – обосновать рекомендации относительно практического применения методики расчета объема потерь лет потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности от болезней органов пищеварения населения в Закарпатской области.

Материалы и методы. При помощи методов потенциальной демографии и стандартизации проанализированы официальные данные относительно количества умерших, возраста и причин смерти в 2013 году.

Результаты. Показатель потерянных лет потенциальной жизни в результате преждевременной смертности от болезней органов пищеварения в Закарпатской области в 2013 г. составлял 812,3 на 100 тыс. населения в возрасте до 65 лет. Превышение украинского уровня составляет на 15,5%, или в 1,2 раза. Структура потерянных лет потенциальной жизни в разных зонах области существенно отличается, как по величине, так и по вкладу отдельных нозологий в его формирование.

Выводы. Большинство потерь (90%) обусловлено тремя основными нозологиями – фиброз и цирроз печени, острый панкреатит и алкогольная болезнь печени. Наивысший уровень потерянных лет потенциальной жизни отмечается в горной зоне.

Ключевые слова: преждевременная смертность, потерянные годы потенциальной жизни, болезни органов пищеварения, Закарпатская область.

Scope and structure years of potential life lost from digestive diseases in the Transcarpathian region

A.O. Keretsman
SHEI "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to justify recommendations for the practical application of the methodology calculation years of potential life lost due to premature death from diseases of the digestive of population in the Transcarpathian region.

Materials and methods. Demography potential method and standardization based on official information on the number of deaths, ages and causes of death in 2013.

Results. The indicator years of potential life lost due to premature mortality from digestive diseases in the Transcarpathian region in 2013 was 812.3 per 100 thousand under 65 years old. Excess Ukrainian level of 15.5%, or 1.2 times. VRPZH structure in different areas of the field as significantly different in magnitude and the largest individual contribution in its formation nosology.

Conclusions. Most losses (90%) due to three main nosology – fibrosis and cirrhosis, acute pancreatitis and alcoholic liver disease. VRPZH highest level observed in the mountainous area.

Key words: premature mortality, years of potential life lost, diseases of the digestive system, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Керецман Анжеліка Олексіївна – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.