

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА: МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

РУКОВОДИТЕЛЬ
ОТДЕЛА ПРОФИЛАКТИКИ
КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ
ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ» МИНЗДРАВА
РОССИИ, АКАДЕМИК РАМН
Рафаэль Гегамович Оганов



Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основные причины смерти населения всех экономически развитых стран мира и стран с переходной экономикой. В последние годы наблюдается эпидемия ССЗ и в некоторых развивающихся странах. По прогнозам экспертов, количество смертей от ССЗ в мире возрастет за счет увеличения смертности среди мужского населения планеты с 18,1 млн в 2010 году до 24,2 млн в 2030 году.

Показатели смертности от ССЗ в Российской Федерации – одни из самых высоких в мире (рис. 1). Среди мужского и женского населения страны в наиболее трудоспособной возрастной группе 25–64 лет смертность от ССЗ в целом и по отдельным нозологическим формам более чем в четыре раза превосходит таковую среди населения США, Японии, а также экономически развитых стран Европейского региона (рис. 2, табл. 1).

Основными причинами эпидемии ССЗ традиционно считают факторы образа жизни, такие как курение, избыточное потребление алкоголя, нерациональное питание и недостаточная физическая активность, а также артериальную гипертензию и психосоциальный стресс. В настоящее время особого внимания заслуживает и сахарный диабет 2-го типа, распространенность которого растет в большинстве стран мира. Эффективное лечение кардиологических больных, медикаментозная и немедикаментозная коррекция факторов риска ССЗ на популяционном и индивидуальном уровнях способствовали

постоянному снижению смертности населения от ССЗ, которое наблюдается с конца XX века в экономически развитых странах мира.

В России снижению развитию и прогрессирования ССЗ и их факторов риска, осложнений и преждевременной смерти населения подчинены мониторинг заболеваемости, разработка и внедрение долгосрочных эффективных стратегий профилактики и целенаправленная государственная политика.

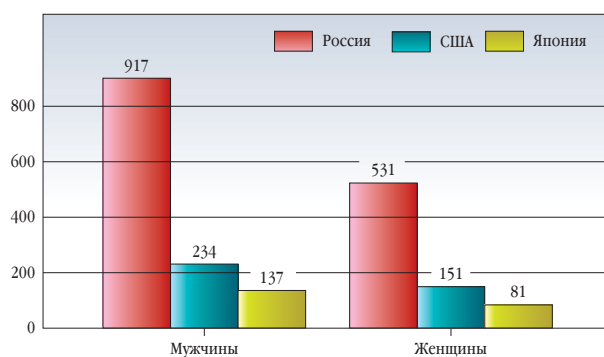
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

С 2000 по 2009 год показатели смертности (на 100 тыс. населения) от ССЗ среди всего населения снизились с 846,1 до 799,9, в большей степени за счет ее снижения среди женщин (с 885,0 до 817,0), чем среди мужчин (с 801,6 до 782,3) (рис. 3). Положительная динамика, а именно снижение, в показателях смертности от ССЗ наблюдалась с 2003 года. В 2009 году по сравнению с 2003 годом среди всего населения она была ниже на 13,4%, среди мужчин – на 14,3%, среди женщин – на 13,3%. Интересно, что в России в 2004–2005 годах показатели смертности от ССЗ мужчин и женщин были похожими и составляли около 900 на 100 тыс. мужского и женского населения.

За весь период наблюдения смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) выросла незначительно – с 397,3 до 411,8, в том числе среди мужчин с 418,0 до 424,9, женщин – с 379,3 до 401,5 (рис. 4). Однако в 2009 году по сравнению с 2003 годом она снизилась на 6,5% (среди мужчин – на 9,7%, женщин – на 2,7%).

Смертность от инфаркта миокарда (ИМ) на протяжении всего периода, наоборот, повышалась как среди всего населения (с 43,0 до 47,9), так и среди мужчин (с 52,3 до 55,9), но в большей степени среди женщин (с 34,9 до 41,1) (рис. 5). По сравнению с 2003 го-

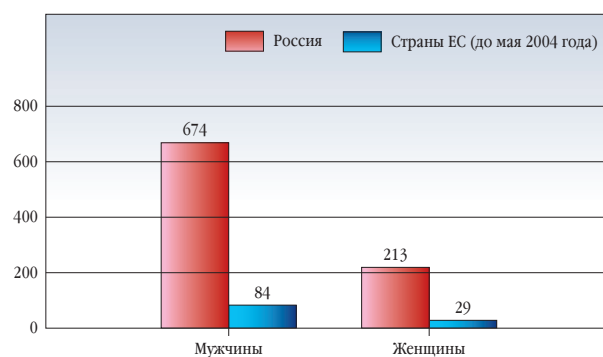
1



СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 0–85 ЛЕТ В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ МИРА (2002 ГОД)

Примечание: здесь и далее показатели смертности стандартизированы к новому мировому стандарту и даны в отношении к 100 тыс. населения.

2



СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТЕ 25–64 ЛЕТ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА (2006 ГОД)

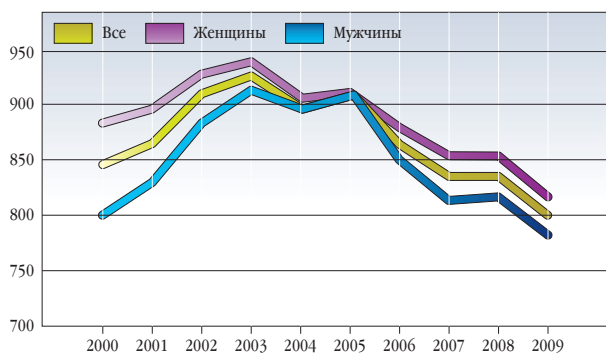
Таблица 1

СМЕРТНОСТЬ (СТАНДАРТИЗОВАНА К ЕВРОПЕЙСКОМУ СТАНДАРТУ) ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТЕ 35–74 ЛЕТ В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ МИРА

	Мужчины			Женщины		
	ССЗ	ИБС	МИ	ССЗ	ИБС	МИ
Россия	1555,2	835,0	452,8	659,2	288,1	257,0
Болгария	915,6	273,3	227,2	434,6	100,4	133,1
Румыния	770,0	314,3	250,9	403,1	134,3	165,6
Венгрия	709,7	384,7	140,8	291,1	118,1	67,0
Греция	454,7	224,8	87,9	200,0	82,3	49,2
Финляндия	311,2	193,9	50,2	98,0	45,2	28,7
Бельгия	289,3	143,0	49,8	126,4	44,0	35,0
США	283,3	169,4	33,1	145,3	69,6	26,1
Новая Зеландия	273,6	181,2	41,6	135,2	74,9	34,3
Германия	270,8	142,2	38,6	111,3	45,0	23,0
Великобритания/Уэльс	262,8	168,9	41,3	117,0	55,4	30,9
Швеция	218,8	132,6	37,0	89,9	42,3	23,9
Италия	218,4	101,1	41,0	92,1	29,0	25,0
Австрия	217,7	124,6	31,7	89,6	39,2	20,1
Корея	203,6	52,1	117,2	109,8	21,0	68,4
Израиль	179,9	95,1	38,0	83,3	31,0	22,0
Австралия	179,6	117,2	26,8	78,6	37,4	20,1
Япония	163,1	50,4	62,3	66,4	14,9	29,6
Швейцария	162,5	83,1	22,7	60,9	22,1	13,5
Франция	161,5	64,3	29,3	58,0	14,3	16,0

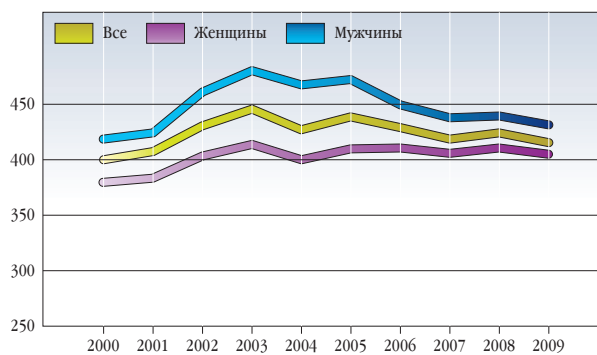


3



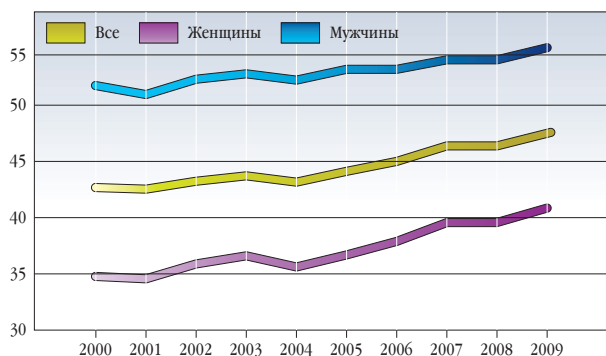
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ В 2000–2009 ГОДАХ

4



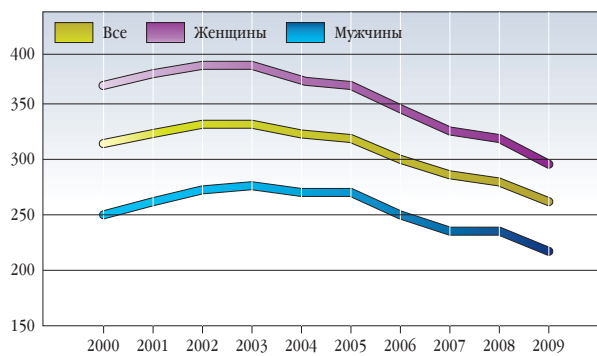
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РОССИИ В 2000–2009 ГОДАХ

5



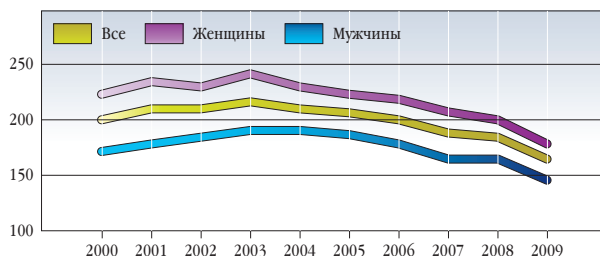
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РОССИИ В 2000–2009 ГОДАХ

6



ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ В 2000–2009 ГОДАХ

7



ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В РОССИИ В 2000–2009 ГОДАХ

дом в 2009 году смертность от ИМ выросла среди всех на 8,1%; среди мужчин – на 4,9% и среди женщин – на 11,7%.

Динамика смертности от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в целом за весь период наблюдения снизилась с 318,6 до 262,4, среди мужчин – с 253,0 до 219,1, среди женщин – с 376,0 до 299,9 (рис. 6). В 2009 году по сравнению с 2003 годом она была ниже на 22,4%, среди мужчин – на 21,4%, среди женщин – на 23,7%.

Смертность от мозгового инсульта (МИ) в России с 2000 по 2009 год снизилась с 199,0 до 164,0, в том числе среди мужчин – с 170,3 до 147,9 и женщин – с 224,2 до 178,1 (рис. 7). С 2003 по 2009 год снижение составило: для всех – на 24,2%, среди мужчин – на 23,1%, среди женщин – на 25,6%.

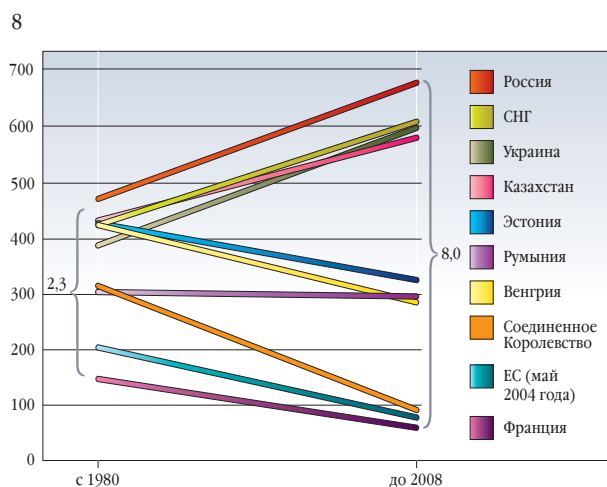
Несмотря на снижение смертности от ССЗ среди российских мужчин и женщин в последние годы, ее

показатели в начале XXI века намного превосходят таковые для мужчин и женщин экономически развитых стран Европейского союза (рис. 8, 9) – в восемь раз. Для сравнения: в конце прошлого века российские показатели были лишь в два раза выше европейских.

Высокая смертность населения трудоспособного возраста от ССЗ приводит к росту ППЖ (потерянные годы потенциальной жизни) и снижению выработки внутреннего валового продукта. В 2009 году в России наибольшую долю в структуру ППЖ среди всех ССЗ внесла ИБС (42,1%), затем ЦВЗ (17,1%) (рис. 10). Данные экономически развитых стран Европейского союза мало отличаются от российских: 44 и 20% соответственно.

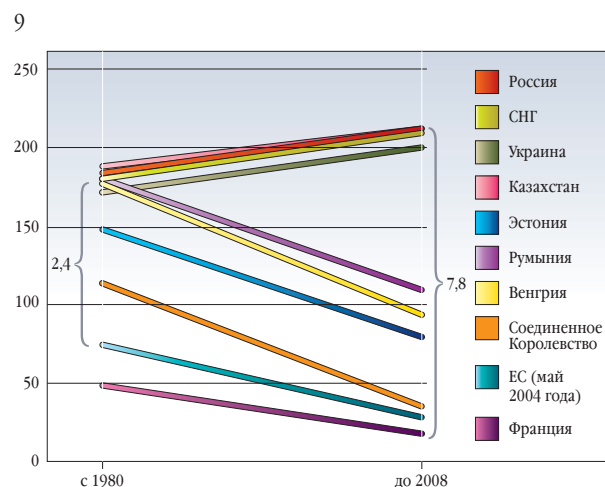
За счет преждевременной смерти населения трудоспособного возраста от ССЗ ежегодно теряется около 2 млн лет потенциальной активной жизни





ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ В РОССИИ И ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ ЕВРОПЫ

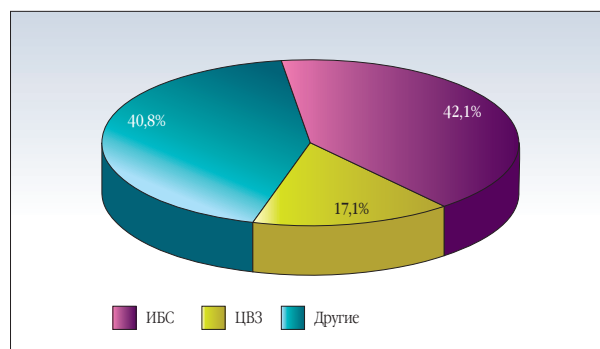
Источник: WHO/Europe, European mortality database (MDB), January 2010.



ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ В РОССИИ И ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Источник: WHO/Europe, European mortality database (MDB), January 2010.

10



СТРУКТУРА ППЖ ВСЛЕДСТВИЕ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2009 ГОДУ В РОССИИ

населения страны, что соответствует смерти 31 тыс. человек, имеющих среднюю продолжительность жизни (табл. 2). Основная доля ППЖ (около 85%) приходится на мужчин, у которых пик смерти от ССЗ наблюдается в наиболее трудоспособном возрасте – 25–60 лет. С 2000 по 2009 год наблюдалась благоприятная тенденция к сокращению ППЖ в трудоспособном возрасте (до выхода на пенсию – 55 лет у женщин и до 60 лет у мужчин), обусловленных ССЗ, в том числе от ИБС, ИМ и МИ. Одной из причин изменения может быть возрастная сдвиг летальных исходов от ССЗ в сторону наиболее старшего возраста.

Ишемическая болезнь сердца определяет потерю от 700 до 900 тыс. ППЖ в трудоспособном возрасте, что эквивалентно смерти 13 тыс. человек со средней продолжительностью жизни. Более 90% ППЖ обусловлены смертностью от ИБС мужчин наиболее трудоспособного возраста. За счет смертности населения наиболее трудоспособного возраста от ИМ ежегодно теряется около 100–120 тыс. лет потенциальной активной жизни (1,5–2 тыс. человек). Основная доля ППЖ (более 90%) и в этом случае приходится на потери среди мужчин, у которых возраст наступления смерти от ИМ ниже, чем

у женщин. Необходимо отметить, что в 2009 году в сравнении с 2008 годом отмечается некоторое увеличение ППЖ вследствие смертности от ИМ как среди мужчин, так и среди женщин.

Мозговые инсульты определяют потерю 270–330 тыс. ППЖ в трудоспособном возрасте в течение года. Около 80% ППЖ обусловлено преждевременной смертью мужчины вследствие МИ. Начиная с 2006 года отмечено сокращение ППЖ в каждом последующем году на 8,9; 2,0 и 7,3% соответственно.

По сравнению с 2006 годом в 2007 и 2008 годах потери ВВП в связи с преждевременной смертностью от всех ССЗ выросли, несмотря на сокращение количества ППЖ от смерти при этих патологиях. В 2009 году, вследствие сокращения ВВП, потери в экономике из-за преждевременной смертности сократились. Наибольшую долю потерь в экономике в связи с преждевременной смертностью определяет ИБС, что обусловлено значительным количеством ППЖ в трудоспособном возрасте вследствие этой патологии (табл. 3).

Подсчитано, что высокая смертность и низкая рождаемость в Российской Федерации являются причиной сокращения численности населения страны примерно



Таблица 2

**ДИНАМИКА В ПОТЕРЯННЫХ ГОДАХ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТИ
ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

	2006	2007	2008	2009
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
Все	2109598	1901450	1874368	1706163
Мужчины	1798645	1622175	1595035	1449808
Женщины	310953	279275	279333	256355
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА				
Все	894203	805453	797745	718828
Мужчины	805858	725738	719375	647118
Женщины	88345	79715	78370	71710
ИНФАРКТ МИОКАРДА				
Все	121935	115045	112288	113041
Мужчины	113248	106165	103933	104428
Женщины	8688	8880	8355	8613
МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ				
Все	321945	292403	287593	265773
Мужчины	256810	233090	228873	210905
Женщины	65135	59313	58720	54840

Таблица 3

**ПОТЕРИ ВНУТРЕННЕГО ВАЛОВОГО ПРОДУКТА ИЗ-ЗА ПГПЖ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ, РУБЛЕЙ**

	2006	2007	2008	2009
ВВП на 1 занятого в экономике трудоспособного возраста за год	298768	361349	459287	436311
Потери ВВП в связи с преждевременной смертностью				
ССЗ, всего	630280375264	687087056050	860872855616	728075219877
ИБС	267159241904	291049636097	366393907815	282402294750
ИМ	36430257433	41571352838	51572468827	43611902316
МИ	96186863760	105659531647	132087726191	116738062227



Таблица 4

ВКЛАД ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ (ОС) И ОБЩИЕ ПОТЕРИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ОПН) НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 2002 ГОДУ, %

Фактор риска	ОС	Фактор риска	ОПН
Повышенное артериальное давление	35,5	Алкоголь	16,5
Гиперхолестеринемия	23,0	Повышенное артериальное давление	16,3
Курение	17,1	Курение	13,4
Недостаточное потребление фруктов и овощей	12,9	Гиперхолестеринемия	12,3
Высокий индекс массы тела	2,5	Высокий индекс массы тела	8,5
Алкоголь	11,9	Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,0
Низкая физическая активность	9,0	Низкая физическая активность	4,6
Загрязненность воздуха в городах	1,2	Запрещенные препараты	2,2
Препараты свинца	1,2	Препараты свинца	1,1
Запрещенные препараты	0,9	Секс без предохранения	1,0

Источник: European Health Report 2005, WHO. P. 9.

на 0,8% в год. При сохранении такой тенденции к 2025 году она может уменьшиться на 18 млн человек. Поскольку большой процент смертности приходится на трудоспособный возраст, преждевременные потери людей в этом периоде могут привести к снижению внутреннего валового продукта и старению граждан. По разным расчетам экспертов ВОЗ, из-за высокой смертности от болезней сердца, инсульта и сахарного диабета потери государственной казны России составят в 2015 году более 5% от ВВП, что в пять раз превышает показатели 2005 года. В то же время снижение смертности взрослого населения от основных причин до уровня смертности в странах ЕС к 2025 году могло бы привести к росту ВВП на 3,60–4,84%.

ПРИЧИНЫ ЭПИДЕМИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИИ

В XX веке на основе эпидемиологических исследований была создана концепция факторов риска (ФР), которая стала основой профилактики ССЗ. Благодаря ей стало очевидным, что эпидемия ССЗ в основном обусловлена особенностями образа жизни и связанными с ним ФР. Вывод: ССЗ можно не только остановить, но и предупредить. Согласно эпидемиологическим исследованиям, наибольший вклад в общую смертность населения России вносят повышенное артериальное давление, высокий уровень холестерина и курение, а потери вследствие нетрудоспособности в большей степени обусловлены злоупотреблением алкоголем, повышенным артериальным давлением и курением (табл. 4).

Распространенность ФР среди населения России достаточно высока. Среди взрослого населения (старше 15 лет) курит 60% мужчин и 15,5% женщин, около 40% имеют повышенное АД, злоупотребляют алкоголем 17–21% мужчин и 3–4% женщин. Факторы риска (повышенное АД, курение, избыточное потребление алкоголя) и показатели смертности ассоциируются с социально-экономическим и образовательным статусом. Они могут накапливаться у индивидуумов, особенно у лиц с низким социально-экономическим статусом, и взаимодействовать, оказывая множественный эффект: наличие нескольких ФР у одного человека повышает риск его смерти от ССЗ в 5–7 раз.

Особенностью для России является то, что на фоне высоких уровней перечисленных ФР значительное влияние на здоровье населения оказывают и психосоциальные факторы. Исследование, проведенное в 35 городах России, показало, что депрессивные расстройства как показатели психосоциального стресса встречаются в среднем у 46% пациентов, обратившихся по разным поводам к врачам первичного звена здравоохранения. Эти расстройства связаны с социально-экономическими (низкий доход) и поведенческими (курение, злоупотребление алкоголем) факторами.

Начало XXI века во всем мире характеризуется следующими тенденциями:

- эпидемия ССЗ стихает в экономически развитых странах и нарастает в развивающихся;
- надвигаются эпидемии других ФР: избыточная масса тела и ожирение, нарушенная толерантность к углеводам и сахарный диабет, метаболический синдром;
- эпидемия ССЗ в мире нарастает.



При оценке проблемы ожирения большое значение придается не индексу массы тела, а абдоминальному ожирению, так как общепризнано, что оно является:

- независимым фактором риска развития и обострения ССЗ и диабета;
- более существенным предиктором обострения ССЗ, чем индекс массы тела.

Абдоминальное ожирение определяется объемом талии: диагноз ставится, если у мужчин он больше 102 см, а у женщин – 88 см.

Совершенствование диагностических возможностей позволяет сегодня неинвазивным путем выявлять субклинические маркеры повышенного риска ССЗ и более интенсивно проводить профилактические мероприятия. К таким маркерам относятся:

- толщина intima – media;
- кальцификация коронарных артерий;
- бляшки в сонных и периферических артериях;
- гипертрофия левого желудочка;
- индекс лодыжка-плечо;
- каротидно-фemorальная скорость распространения пульсовой волны (жесткость аорты);
- микроальбуминурия, протеинурия.

Для ряда ФР (оксидативный стресс, гипергомоцистеинемия, воспаление, инфекции, дефицит женских половых гормонов) в эпидемиологических исследованиях была выявлена сильная связь с развитием ССЗ. Однако все попытки в клинических исследованиях доказать, что коррекция этих факторов риска, а именно назначение витаминов E, C, бета-каротина и других при оксидативном стрессе, витаминов группы B и фолиевой кислоты при гипергомоцистеинемии, аспирина – для первичной профилактики, антибактериальной терапии при остром коронарном синдроме и инфаркте миокарда и гормонозаместительной терапии – после менопаузы, приводит к снижению риска развития и смерти от ССЗ, оказались безуспешными. Более того, гормонозаместительная терапия у женщин в постменопаузальном периоде приводила к увеличению числа МИ и тромботических осложнений. Но это не означает, что данные ФР не играют роли в развитии ССЗ. Полученные негативные результаты коррекции представленных выше факторов риска, возможно, свидетельствуют о том, что эти методы профилактики не являются оптимальными. И пока не будут получены доказательства их эффективности в клинических исследованиях, невозможно рекомендовать их широкое использование для профилактики ССЗ среди пациентов. В то же время это не означает, что в отдельных конкретных случаях врачи не могут корректировать вышеуказанные ФР.

Непрерывно ведутся поиски новых ФР, однако тщательная оценка доказательств позволяет предполагать, что большинство новых биомаркеров не готовы для рутинного клинического использования при первичной профилактике. Кроме того, традиционные факторы риска достаточно хорошо предсказывают сердечно-сосудистый риск в будущем.

СТРАТЕГИЯ И МЕРОПРИЯТИЯ

ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для снижения смертности от ССЗ все приоритеты отдаются профилактике по следующим причинам:

- в основе патологии обычно лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов;
- смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто случаются внезапно, когда медицинская помощь недоступна, и поэтому многие лечебные вмешательства неприменимы;
- современные методы лечения (медикаментозные, эндоваскулярные, хирургические) не устраняют причину ССЗ, поэтому риск сосудистых катастроф остается высоким.

Для снижения заболеваемости и смертности от ССЗ используются три стратегии профилактики: популяционная – воздействие на те особенности образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ССЗ среди всего населения, высокого риска – выявление и снижение уровней ФР у людей с повышенным риском развития ССЗ и вторичная профилактика – предупреждение прогрессирования ССЗ (выявление лиц с ранними стадиями заболевания и/или проведение соответствующих профилактических и лечебных мероприятий). Доказано, что модификация образа жизни и снижение уровней ФР могут замедлить развитие ССЗ как до, так и после появления клинических симптомов. Проведенный систематический анализ показывает, что путем изменения образа жизни и диеты можно снизить риск смерти от ИБС как в популяции, так и среди больных ИБС. Так, прекращение курения снижает риск соответственно на 35 и 50%, повышение физической активности – на 25 и 20–30%, умеренное потребление алкоголя – на 25 и 15%, изменение хотя бы двух факторов в питании – на 45 и 15–40%. Другой систематический анализ показывает, что лечение больных ИБС и другими сосудистыми заболеваниями ацетилсалициловой кислотой снижает риск развития осложнений у таких больных на 20–30%, бета-блокаторами – на 20–35%, ингибиторами АПФ – на 22–25%, статинами – на 25–42%.

Согласно концепции факторов риска, их необходимо корректировать до и особенно интенсивно после развития заболевания. Однако в реальной клинической практике этого, к сожалению, не происходит, и не только в России, но и в других экономически развитых странах. Так, результаты программы EUROASPIRE III, в которой изучали динамику ФР у больных ИБС в странах Европы, показали, что за 10 лет наблюдения (1995–1996, 2000–2001, 2006–2007 годы) распространенность сахарного диабета выросла с 17 до 28%, курения – осталась на прежнем уровне (20–18%), ожирения – увеличилась с 25 до 38%, эффективность лечения артериальной гипертонии не изменилась, осталась на уровне 55%, и только распространенность гиперхолестеринемии (уровень общего холестерина ≥ 5 ммоль/л) снизилась с 87 до 28,5%, по мнению



экспертов, в основном за счет лечения статинами. Основываясь на результатах этого исследования, его координатор D. Wood пришел к следующему заключению: «Эти данные иллюстрируют острую необходимость в профилактических кардиологических программах. Мы прикладываем огромные усилия для спасения больных с острой ишемией миокарда и должны делать то же в отношении устранения причин, лежащих в основе заболевания».

Итак, модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска могут замедлить развитие ССЗ как до, так и после появления клинических симптомов.

Стратегии по снижению бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ) должны быть комплексными, долгосрочными и проводиться в различных слоях общества. Залогом успеха таких стратегий могут стать государственная (федеральная и/или региональная, местная) политика, законодательные, нормативно-правовые и исполнительные акты, адекватное финансирование. Например, известно, что популяционная стратегия, направленная на снижение курения, избыточного употребления алкоголя населением, может быть успешной при совершенствовании и строгом соблюдении соответствующих законодательных и нормативно-правовых актов.

В приоритетном национальном проекте «Здоровье» обозначены основные направления, способствующие профилактике ССЗ:

- развитие первичного звена здравоохранения;
- усиление профилактической активности в здравоохранении;
- содействие и поощрение стремления населения к здоровому образу жизни;
- создание условий, способствующих здоровому образу жизни.

Стратегии и программы по сохранению и укреплению здоровья, профилактике ССЗ должны разрабатываться под руководством Министерства здравоохранения Российской Федерации в партнерстве с другими правительственными и неправительственными организациями, научно-исследовательскими учреждениями и профессиональными научными обществами и должны предусматривать:

- определение профессиональных, технических и финансовых ресурсов для проведения мероприятий по сохранению и укреплению здоровья, профилактике ССЗ;
- непрерывное образование в системе пред- и последиplomной подготовки кадров, способных на современном уровне проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, профилактике и снижению ССЗ и их факторов риска;
- разработку стандартов по профилактике ССЗ, лечению табачной и алкогольной зависимости,

профилактике чрезмерного употребления алкоголя; введение этих стандартов в перечень обязательных медицинских услуг;

- научные исследования в сфере прикладной эпидемиологии, включая совершенствование системы мониторинга показателей здоровья населения, стратегий по сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний и их факторов риска.

В настоящее время в системе здравоохранения большое внимание уделяется разработке и осуществлению мероприятий по контролю факторов риска НИЗ, в частности курения, избыточного потребления алкоголя, АГ, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела и ожирения, сахарного диабета 2-го типа, выделению людей с высоким риском развития НИЗ и тех, кто нуждается в активном лечении. Для проведения таких мероприятий в России созданы и функционируют центры здоровья (ЦЗ), деятельность которых включает:

- выявление ФР ССЗ и других НИЗ среди организованного и неорганизованного населения;
- формирование групп высокого риска ССЗ и других НИЗ среди населения и при необходимости направление их к соответствующим специалистам;
- проведение профилактических мероприятий по снижению уровней ФР ССЗ и других НИЗ на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях;
- проведение массовых акций, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактику ССЗ и других НИЗ.

Эффективная деятельность ЦЗ позволит предупредить развитие ССЗ на популяционном уровне и в группах высокого риска развития этих заболеваний.

Сегодня в арсенале врачей имеются все возможности для использования современных технологий, которые позволяют корректировать основные факторы риска ССЗ, предупреждать развитие и прогрессирование этих заболеваний. Эти технологии представлены в вышеназванных стратегиях: популяционной, высокого риска и вторичной профилактики. При этом необходимо учитывать, что наилучший эффект достигается там, где используются все три стратегии.

Наблюдаемое в России начиная с 2003 года снижение смертности от ССЗ в целом и от ИБС и ЦВЗ в частности может быть обусловлено материально-техническим оснащением учреждений здравоохранения и началом эффективного использования современных технологий диагностики, профилактики и лечения кардиологических больных. Надеемся, что положительная динамика сохранится и продлится в долгосрочной перспективе, а вклад специалистов учреждений здравоохранения будет определенным и существенным.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ВЕДУЩЕГО НАУЧНОГО СОТРУДНИКА
ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО
ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
Г.Я. Масленниковой