

Сердечно-сосудистые заболевания в России и возможности их профилактики

Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Москва

Во всех индустриально развитых странах сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти населения. Аналогичная ситуация уже многие годы наблюдается и в России. От других индустриально развитых стран Европы Россия отличается как по абсолютным показателям смертности от ССЗ, так и их динамикой. Во второй половине 90-х годов показатели смертности от ССЗ среди мужчин и

женщин (таблица) были в 3,5 раза выше, чем в Финляндии, Соединенном Королевстве и Германии, и значительно выше, чем в Литве и Армении (WHO/Europe, HFA Database, June 2002). Показатели смертности от ССЗ в России также отличаются от таковых стран Западной Европы, где наблюдается стойкая тенденция к снижению смертности, тогда как в России эти показатели продолжают расти.

Таблица

Стандартизованные коэффициенты смертности от ССЗ в России и ряде европейских стран (на 100 тыс. населения) в 1995–1999 гг.

Страна	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
	Мужчины 25–64 г.				
Россия	687,6	619,9	562,6	547,6	618,4
Украина	578,9	567,7	547,4	502,2	530,5
Литва	431,7	382,9	337,2	327,3	335,3
Армения	347,7	324,2	297,5	275,9	282,5
Финляндия	198,8	188,2	177,0	173,6	166,9
Соединенное Королевство	170,1	162,3	153,5	148,4	139,0
Германия	158,9	150,9	144,5	137,5	130,7
Страна	Женщины 25–64 г.				
Россия	236,5	215,6	198,4	189,4	210,0
Украина	222,5	219,6	209,7	190,0	201,2
Литва	139,9	126,5	105,5	113,4	97,8
Армения	134,7	134,7	116,8	108,3	103,1
Финляндия	48,9	44,3	43,3	44,9	39,7
Соединенное Королевство	64,1	62,3	58,9	57,5	54,5
Германия	54,2	52,2	49,7	48,2	45,1

Уже в трудоспособном возрасте (25–64 года) среди причин смерти в 2001 г. на долю ССЗ приходилось у мужчин 36%, у женщин 40%. В структуре смертности от ССЗ ишемическая болезнь сердца (ИБС) и мозговой инсульт являются причинами смерти в 55 и 23,5% случаев у мужчин и 40,7 и 36,2% – у женщин.

На рисунке 1 и 2 показана динамика смертности общей и от ССЗ в России для мужчин и женщин сред-

него возраста. На фоне медленного роста смертности как общей, так и от ССЗ начиная с 1985 г. наблюдаются резкие колебания показателей смертности, которые по времени совпадают с социальными и экономическими процессами, проходившими в нашей стране и затронувшими большую часть населения. Это дает основание считать психосоциальные факторы основной причиной таких резких колебаний. Однако это не

означает, что традиционные факторы риска ССЗ (высокий холестерин, артериальная гипертония, курение, сахарный диабет и др.) не играют роли в распространности этих заболеваний. Именно с высоким

уровнем традиционных факторов риска связана высокая смертность от ССЗ в России по сравнению с другими западноевропейскими странами.



Рис. 1

Анализ результатов международной программы "МОНИКА" показал, что в странах, в которых за 10

лет наблюдения отмечалось снижение смертности от ССЗ, оно на 2/3 было обусловлено положительными



Рис. 2

изменениями образа жизни и на 1/3 – улучшением лечения этих заболеваний.

Научной основой профилактики ССЗ остается концепция факторов риска – первопричины развития ССЗ полностью неизвестны, однако выявлены факторы, способствующие их развитию и прогрессированию.

Коррекция модифицируемых факторов среди населения стала неотъемлемой частью всех профилактических программ. Были разработаны две взаимодополняющие стратегии профилактики ССЗ: популяционная и высокого риска. Популяционная стратегия включает в себя изучение значимости ССЗ и их факторов риска, мониторинг ситуации, разработку политики, законодательства, создание межсекторального сотрудничества, просвещение населения, формирование здорового образа жизни, привлечение средств массовой информации. Эта стратегия в значительной степени выходит за пределы системы здравоохранения, и ее эффективность во многом зависит от активности различных как правительственных, так и общественных секторов общества. Вторая стратегия – высокого риска – направлена на выявление лиц с факторами риска, оценку степени и их коррекцию. В реализации этой стратегии большую роль играют службы здравоохранения.

Концепция факторов риска практически стирает границу между первичной и вторичной профилактикой, так как факторы риска надо корректировать как для того чтобы заболевание не возникло, так и еще более агрессивно, когда уже появились клинические признаки заболевания. Сегодня все рекомендации по лечению основных ССЗ начинаются с коррекции факторов риска. С практической точки зрения важно то, что были установлены целевые уровни основных факторов риска ССЗ, к которым надо стремиться (АД < 140/90 мм рт. ст., общий холестерин < 5,0 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности < 3,0 ммоль/л, глюкоза крови натощак < 6,1 ммоль/л, окружность талии у мужчин менее 102 см, у женщин – менее 88 см и др.). Сегодня с целью достижения целевых уровней факторов риска необходимо не только изменять образ жизни, но и использовать лекарственные препараты: статины и другие гиполипидемические препараты – для коррекции дислипидемии, семь классов гипотензивных препаратов – для лечения артериальной гипертензии, никотинзаместительные препараты (бупропион) – для оказания помощи в отказе от курения, акарбозу – для коррекции нарушений толерантности к углеводам, орлистат, сибутрамин – для лечения ожирения, аллопуринол – для коррекции гиперурикемии, витамины группы В – для коррекции гипергомоцистеинемии, ацетилсалициловую кислоту, клопидогрель и другие – для коррекции тромбогенных факторов, а также противовоспалительные препараты.

Время показало, что те страны, которые активно

использовали концепцию факторов риска и обе выше-названные стратегии, добились значительного снижения смертности от ССЗ. Так в США за 20-летний период смертность от коронарной болезни сердца снизилась на 50 %, от мозгового инсульта – на 60 %. В финской провинции Северная Карелия, где проводились широкомасштабные профилактические программы, смертность от коронарной болезни сердца среди лиц 35–64 лет снизилась на 73 %, от ССЗ – на 68 %.

Факторы риска ССЗ условно можно разделить на следующие категории.

Причинно-связанные

- курение
- артериальная гипертензия
- гиперхолестеринемия или гипер-ХСЛПНП
- низкий ХСЛПВП
- сахарный диабет

Условно-причинные

- гипертриглицеридемия
- мелкие частицы ЛНП
- липопротеин (а)
- гипергомоцистеинемия
- факторы гемостатические
- С-реактивный протеин
- инфекции

Предрасполагающие

- возраст
- мужской пол
- ожирение
- гипокинезия
- семейная предрасположенность
- социально-экономические
- психологические
- инсулинорезистентность
- дисфункция эндотелия
- стабильность атеросклеротической бляшки.

Выявление такого большого количества факторов риска хорошо с позиции понимания механизмов развития ССЗ, однако для практической работы это большая проблема. Поэтому сейчас идет поиск ключевых факторов, через которые реализуются многие факторы риска. В этом отношении наиболее перспективными являются инсулинорезистентность, дисфункция эндотелия и стабильность атеросклеротической бляшки, а из конкретных показателей – С-реактивный протеин и фибриноген.

Среди корригируемых факторов риска для России наиболее важными являются:

- психосоциальный стресс
- несбалансированное питание
- злоупотребление алкоголем
- курение
- артериальная гипертензия.

Резкий всплеск смертности от ССЗ в России в периоды социально-экономических преобразований

(начало 90-х гг., после 1998 г.) дает основание считать психосоциальные факторы основной причиной такой динамики смертности. Среди психосоциальных факторов наибольшее значение для развития и прогрессирования ССЗ имеют:

- депрессия и тревога
- стресс, связанный с работой: низкая возможность выполнения работы при высоких требованиях, безработица
- низкий социальный статус
- низкая социальная поддержка или ее отсутствие
- такие характеристики поведения типа А, как враждебность, гнев (раздражение)
- общий дистресс, хронические негативные эмоции.

Исследование, проведенное сотрудниками Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России в Москве на случайной выборке мужчин в возрасте 35–64 г. (д.м.н. Д.В. Небиеридзе), показало, что клинически значимые тревожно-депрессивные состояния были выявлены у 19,2%, а отдельные признаки тревоги и депрессии наблюдались у 68,1% обследованных. При этом у лиц с тревожно-депрессивным состоянием достоверно чаще встречались традиционные факторы

риска, такие как артериальная гипертония, дислипидемия, избыточная масса тела. Недавно завершившееся исследование "КОМПАС", проведенное в 29 городах России под эгидой Всероссийского научного общества кардиологов при поддержке фармацевтической компании "Сервье", выявило, что среди пациентов обратившихся по разным причинам в течение суток терапевтам, кардиологам и невропатологам, депрессия разной степени выраженности выявляется у 46%.

Злоупотребление алкоголем в стране считают одним из важных факторов высокой смертности от ССЗ. К сожалению, данные о потреблении алкоголя на душу населения в России крайне противоречивы и колеблются от 8 до 16 литров чистого этанола в год на душу населения. В то же время было выявлено, что динамика показателей смертности от алкоголезависимых причин и от ССЗ в период, когда в стране отмечался быстрый рост общей смертности (1990–1994 гг.), и в период снижения смертности (1994–1998 гг.), имела однонаправленный характер как среди мужчин (рис. 3), так и среди женщин (рис. 4). Это дает основание причислить злоупотребление алкоголем к числу причин, вызвавших резкие колебания смертности от ССЗ в 90-х годах прошлого столетия.

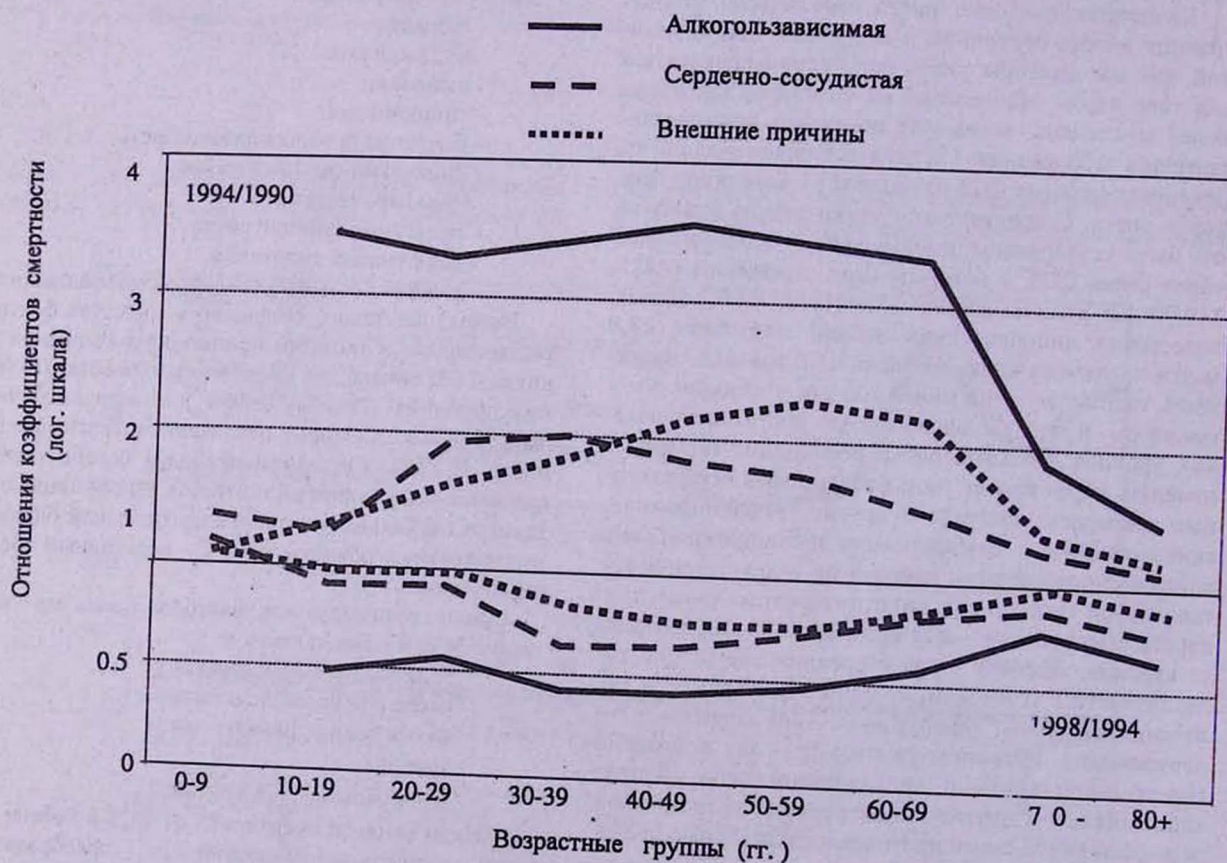


Рис. 3

Курение является очень распространенной привычкой в России, особенно у мужчин (63%). В последние годы увеличилось и число молодых курящих женщин до 25%. В то же время вклад курения в смертность от ССЗ у мужчин в России составляет 29%. Ежегодно в Европе от заболеваний и состояний, связанных с курением, умирает 1 миллион 200 тысяч человек, из которых на долю России приходится 270 тысяч. Сотрудниками ГНИЦ ПМ МЗ РФ (проф. С.А. Шальнова, проф. А.А. Александров) была изучена распространенность курения среди московских врачей и учителей – ключевых лиц в просвещении населения. Было выявлено, что среди врачей и учителей меньше курильщиков, чем среди населения в целом. Однако при сравнении с распространенностью курения среди лиц с высшим образованием существенных различий обнаружено не было. На основании этого можно сделать вывод, что только просвещение малоэффективно в борьбе с курением. Необходимы многосторонние законодательные меры и создание сети структур для оказания помощи желающим бросить курить.

Распространенность АГ в России одна из самых высоких. Согласно сегодняшним критериям АГ (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.) в стране 42,5 миллионов гипертони-

ков. Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от ССЗ составляет 40%, а от мозгового инсульта – 70–80%. В то же время программа по борьбе с АГ, проводившаяся в России в 80-х годах прошлого столетия, показала, что с помощью регулярного немедикаментозного и медикаментозного лечения можно на 48% снизить смертность от инсульта среди гипертоников (координатор проф. А.Н. Бритов). Аналогичные результаты были получены и во многих зарубежных исследованиях. Это дает основание придавать мероприятиям по контролю АГ ведущее место в усилиях по снижению смертности от ССЗ в России.

Традиционно при диагностике и лечении ССЗ основное внимание уделяется острым состояниям, в первую очередь, инфаркту миокарда. В то же время в возрасте от 40 до 70 лет в России, согласно эпидемиологическим данным, около 4 миллионов больных со стенокардией напряжения, 1,5 миллиона больных, перенесших инфаркт миокарда, и около 4 миллионов лиц, имеющих изменения на электрокардиограмме, позволяющие подозревать наличие у них патологии сердца. У лиц, страдающих стенокардией, по сравнению с теми, у которых нет стенокардии, относительный

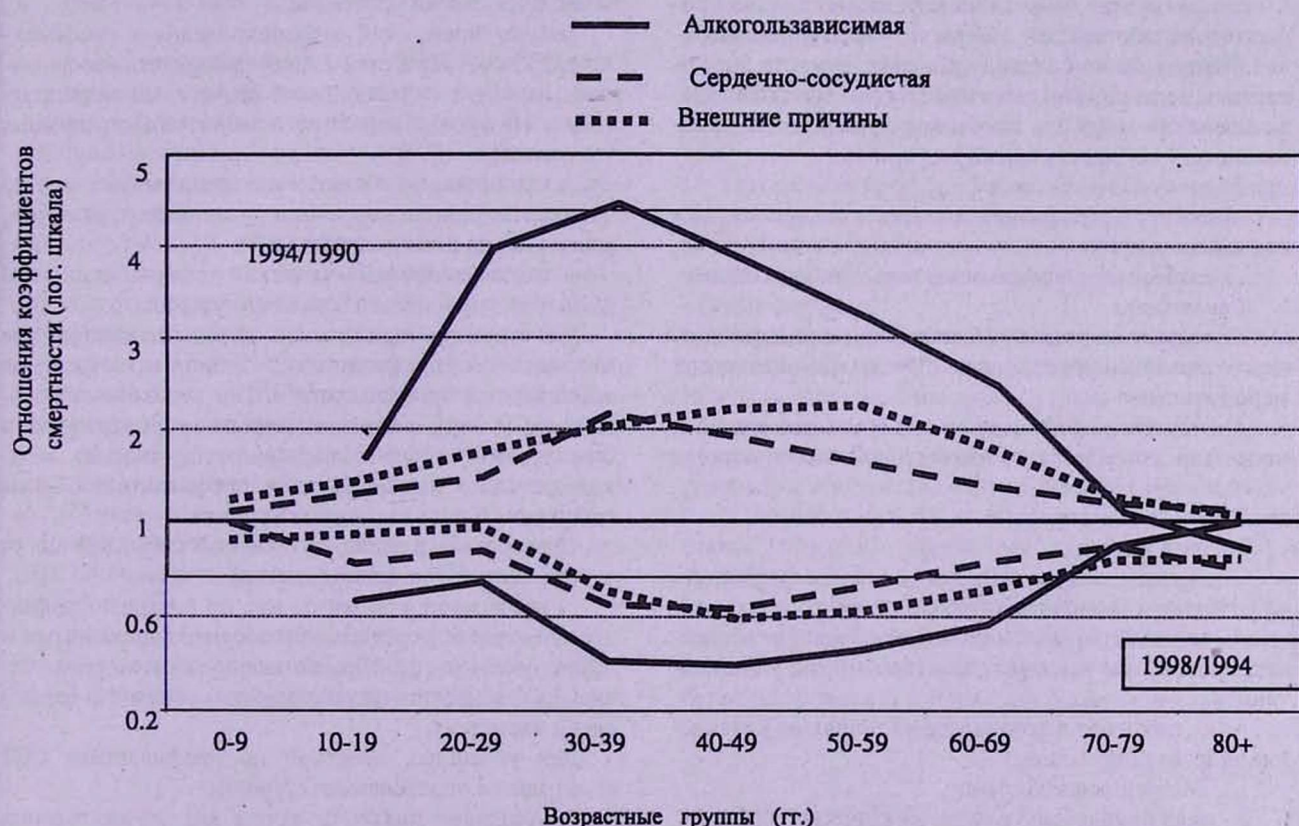


Рис. 4

риск смерти от ИБС, ССЗ и всех причин выше: для мужчин он составляет соответственно 2,4; 2,2 и 1,6, для женщин – 2,5; 1,7 и 1,3. Анализ программы многофакторной профилактики ИБС, проведенной в одном из районов Москвы (координатор проф. Л.В.Чазова), показал, что наибольшее снижение смертности наблюдалось среди лиц, страдающих стенокардией, или среди тех, у которых был высокий риск, но еще не перенесших инфаркт миокарда. Можно ожидать, что выявление пациентов с высоким риском и стенокардией, проведение медикаментозной и немедикаментозной профилактики даст при меньших затратах больший эффект, чем реабилитация больных, уже перенесших инфаркт миокарда. Справедливо подчеркивая успехи реабилитации, часто забывается тот факт, что 40–50% больных инфарктом миокарда погибают в течение первых суток, в большинстве случаев не успев обратиться к врачу.

Если и в дальнейшем основные усилия в здравоохранении будут направлены на улучшение диагностики и лечения ССЗ и других неинфекционных заболеваний, то это мало повлияет на динамику смертности, а приведет в основном к увеличению числа выявленных и леченых больных (к сожалению, полностью вылечить их невозможно) и, соответственно, расходов на здравоохранение.

Разорвать этот замкнутый круг может только профилактика заболеваний и меры по укреплению здоровья. Почему же при очевидной необходимости профилактики медицинские работники в практическом здравоохранении мало или вообще профилактикой не занимаются? На то есть целый ряд причин:

Политические

- важность профилактики пока в основном только декларируется;
- слабая законодательная и нормативная основа;

Финансовые

- отсутствие знаний об экономических последствиях проведения/непроведения профилактических мероприятий;
- отсутствие финансовых стимулов для врачей и медсестер заниматься профилактикой заболеваний и укреплением здоровья.

Профессиональные

Врачи, в целом:

- обучены лечить болезни, а не предупреждать их развитие и укреплять здоровье пациентов;
- неудовлетворены небольшими положительными изменениями в уровнях факторов риска у пациентов;
- не осознают выгод, которые приносит укрепление здоровья населения;

Медицинские сестры:

- мало привлечены к профилактической работе;
- не получают должной поддержки и поощрения в том, чтобы работать самостоятельно.

Организационные

- отсутствует четкое разграничение функциональных и должностных обязанностей в области профилактики заболеваний между структурами федерального, регионального и муниципального уровней, а также координация этой деятельности;

- недостаточно знаний и навыков по организации работы с населением за пределами поликлиники;

- недостаточное участие центров медицинской профилактики в профилактике заболеваний на популяционном уровне;

Культурно-исторические

- мало инициативы снизу, ожидание указаний сверху

- «синдром начальника» – «начальник всегда прав».

Однако для того чтобы профилактика ССЗ успешно развивалась и сопровождалась позитивными изменениями в состоянии здоровья населения, необходимы целенаправленные действия как в системе здравоохранения, так и в других секторах общества. Система здравоохранения самостоятельно не сможет добиться высоких результатов в профилактике ССЗ, тем не менее, медики должны быть инициаторами профилактических программ, мониторировать ситуацию и своевременно информировать властные структуры и население о состоянии проблемы.

Задача учреждений здравоохранения в профилактике ССЗ состоит в повышении приоритета профилактики наряду с лечебно-диагностическими мероприятиями. На уровне первичного звена здравоохранения это означает:

- осуществление комплекса практических мер по предупреждению и коррекции управляемых факторов, влияющих на риск развития ССЗ;

- оказание профилактической помощи на индивидуальном, групповом и семейном уровнях.

Для структур медицинской профилактики (центры медицинской профилактики, кабинеты, отделения медицинской профилактики ЛПУ) необходима координация усилий между различными учреждениями и структурами здравоохранения, осуществление межсекторального взаимодействия, профилактика ССЗ на групповом и популяционном уровнях.

Определенный вклад в профилактику ССЗ могут внести центры госсанэпиднадзора:

- проведение комплекса мер по контролю за факторами внешней среды и некоторыми социальными и поведенческими факторами, влияющими на риск развития ССЗ, ведение мониторинга за этими факторами среди населения.

Для успешных действий по профилактике ССЗ необходимы определенные условия:

- создание инфраструктуры для осуществления действий по укреплению здоровья и профилактике ССЗ;

- укомплектованность этой структуры профессиональными кадрами;

- обеспечение техническими и финансовыми ресурсами.

В профилактике сердечно-сосудистых, как и других неинфекционных заболеваний, будет возрастать роль информационных систем, которые необходимы для:

- контроля за потребностями населения;
- выбора стратегии, целенаправленного планирования, проведения и оценки эффективности профилактических программ;
- прогнозирования заболеваемости и смертности от основных ССЗ.

Мониторинг поведенческих факторов риска является наиболее доступной и недорогой системой, которая по мере развития может постепенно усложняться или быть частью более крупной системы мониторинга, например, периодических национальных исследований здоровья населения. Методология подобной системы разработана и апробирована на случайной московской выборке.

Необходимые межсекторальные действия для повышения эффективности профилактических мероприятий должны включать следующие направления:

- развитие и совершенствование законодательной и нормативной базы, способствующей профилактике ССЗ;

- активизирование работы СМИ по созданию и поддержанию стремления людей к позитивным изменениям в их образе жизни, по пропаганде научно обоснованных методов профилактики ССЗ;

- ориентирование и мобилизация первичного здравоохранения на задачи выявления и снижения факторов риска ССЗ среди населения;

- развитие сети школ общественного здоровья для подготовки специалистов по профилактике ССЗ и укреплению здоровья;

- усовершенствование системы преддипломной и последипломной подготовки, переподготовки кадров здравоохранения по профилактике ССЗ;

- разработка и ввод в действие системы финансирования из различных источников мер по профилактике ССЗ среди населения;

- разработка и реализация программы профилактики по снижению факторов риска ССЗ среди населения;

- разработка и внедрение системы мониторингирования основных факторов риска ССЗ в регионах;

- усиление международного сотрудничества в

области профилактики ССЗ и укрепления здоровья.

Несмотря на несомненные успехи в профилактике ССЗ, многие аспекты изучены недостаточно и нуждаются в дальнейших научных исследованиях, в которых приоритет должен быть отдан следующим направлениям:

- развитие прикладной эпидемиологии для решения задач, связанных с совершенствованием системы мониторинга показателей здоровья населения и контроля факторов, влияющих на развитие и прогрессирование ССЗ;

- изучение новых факторов, а также суммарного влияния различных групп факторов (генетические, экологические, социальные, поведенческие и др.) на развитие и прогрессирование ССЗ;

- изучение ключевых механизмов, через которые реализуется влияние различных факторов ССЗ, для планирования и проведения патогенетически обоснованной профилактики ССЗ;

- изучение влияния различных аспектов образа жизни на формирование общественного мнения в отношении профилактики ССЗ;

- разработка и совершенствование медико-социальных технологий профилактики ССЗ через выработку индивидуальных и групповых моделей здорового поведения;

- разработка и совершенствование технологий оценки эффективности профилактических программ;

- разработка программ обучения и повышения квалификации медицинских кадров и лиц, принимающих решения в области профилактической кардиологии.

Рекомендации по профилактике ССЗ и укреплению здоровья, а также их внедрение должны основываться на принципах доказательной медицины, а не на мнении отдельных, даже выдающихся ученых и общественных деятелей.

Улучшение ситуации в отношении влияния ССЗ на здоровье населения России возможно путем совместных действий системы здравоохранения и других государственных и общественных организаций по предупреждению и коррекции факторов, определяющих развитие и прогрессирование ССЗ.

В заключение следует отметить, что хотя данная статья посвящена проблемам профилактики ССЗ в России, многие обсуждаемые вопросы, возможно, являются общими для большинства независимых государств, бывших республик Советского Союза и, в частности, для Армении. Авторы надеются, что статья будет представлять интерес для армянских врачей.

Поступила 15.01.04