

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ И ДРУГИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: СИТУАЦИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ В РОССИИ

Академик РАМН Р.Г. ОГАНОВ, к.м.н. Г.Я. МАСЛЕННИКОВА,
д.м.н. С.А. ШАЛЬНОВА, к. физ.-мат. н. А.Д. ДЕЕВ

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Минздрава Российской Федерации, Москва

Показаны причины резких колебаний смертности в конце XX в. в России, в частности высокие уровни традиционных факторов риска. Рассмотрены препятствия, затрудняющие проведение эффективной профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний и пути их преодоления.

В конце XX — начале XXI в. в России, как и в других развитых индустриальных странах, хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ) служат лидирующими причинами смерти населения [1–3]. В 2001 г. доля смертей от болезней системы кровообращения (БСК), внешних причин и злокачественных новообразований составила 83,5% в структуре общей смертности; при этом смертность от БСК составила 55,5%, от внешних причин — 14,9%, от злокачественных новообразований — 13,1% [3]. Начиная с 1985 г.

значительные колебания общей смертности как среди мужчин (рис. 1а), так и среди женщин (рис. 1б), были обусловлены преимущественно изменениями смертности от БСК и внешних причин, в то время как смертность от злокачественных новообразований практически не менялась (коэффициенты смертности стандартизованы с использованием европейского стандарта [4]). Эти колебания смертности по времени совпадали с социальными и экономическими преобразованиями: 1985 г. — начало перестройки и антиалкогольной кампании; начало 90-х годов — распад СССР, политические и социальные реформы; август 1998 г. — экономический кризис (дефолт) в Российской Федерации.

От других индустриально развитых стран Европы Россия отличается как по абсолютным показателям смертности от неинфекционных заболеваний, так и по их динамике. Как следует из приводимой таблицы, во второй половине 90-х годов показатели смертности от БСК среди мужчин и женщин были более чем в 3,5 раза выше, чем среди мужчин и женщин Финляндии, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Германии и более чем в 1,5 раза выше, чем в Литве [5]. В то же время показатели и тенденции смертности от БСК у российских мужчин и женщин близки к таковым Украины. Следует отметить, что в конце 90-х годов показатели смертности от БСК и внешних причин у мужчин 25–65 лет были самыми высокими в России по сравнению с показателями смертности от этих причин среди мужчин такого же возраста в других европейских странах [5].

Отсутствие целенаправленных исследований причин высоких показателей смертности от ХНЗ в России и их динамики в конце XX — начале XXI ст. не позволяет сформулировать научно обоснованные объяснения, однако некоторые предположения высказать можно.

Среди возможных причин резких колебаний смертности в период социальных и экономических преобразований в стране наиболее значимы: 1) злоупотребление алкоголем;

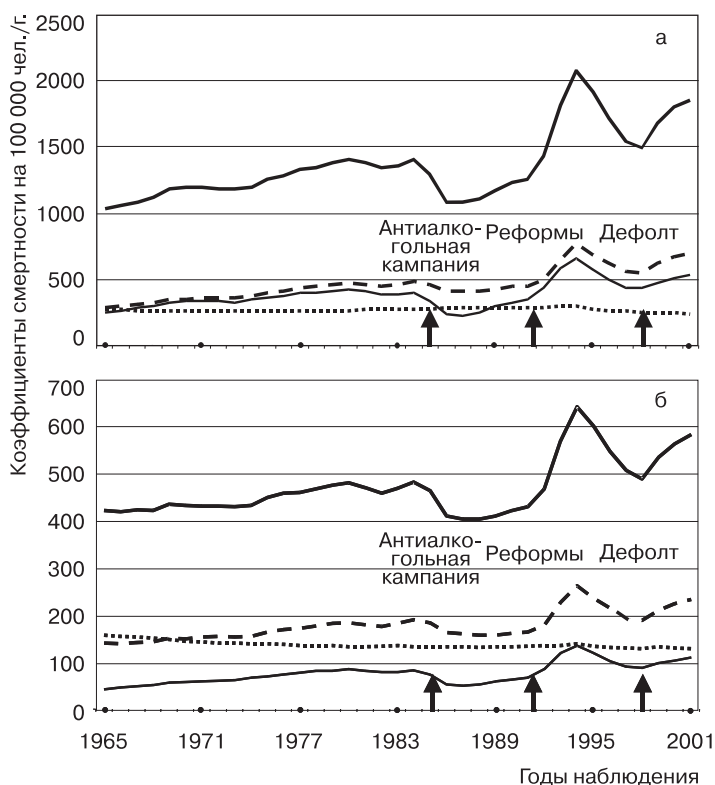


Рис. 1. Динамика смертности мужчин (а) и женщин (б) в возрасте 25–64 лет в СССР и Российской Федерации:

— общая
- - - болезни системы кровообращения
..... внешние причины
- · - злокачественные новообразования

Стандартизованные коэффициенты смертности от БСК в России и в ряде европейских стран (на 100тыс. населения)

Страна	Годы				
	1995	1996	1997	1998	1999
<i>Мужчины</i>					
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
Финляндия	198,8	188,2	177,0	173,6	166,9
Соединенное Королевство					
Великобритании	170,1	162,3	153,5	148,4	139,0
Германия	158,9	150,9	144,5	137,5	130,7
<i>Женщины</i>					
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
Финляндия	48,9	44,3	43,3	44,9	39,7
Соединенное Королевство					
Великобритании	64,1	62,3	58,9	57,5	54,5
Германия	54,2	52,2	49,7	48,2	45,1

Примечание. Данные относятся к мужчинам и женщинам в возрасте 25–64 лет.

2) психосоциальный стресс; 3) изменения уровня традиционных факторов риска: курения, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела.

Снижение смертности от БСК и внешних причин в период антиалкогольной кампании часто связывают с резким сокращением потребления алкоголя, в то время как ухудшение здоровья населения России в период социально-экономических реформ объясняют повышением его потребления [6].

Данные об употреблении алкоголя населением России достаточно противоречивы (рис.2), причем разница между цифрами официальной статистики и оценками экспертов, по мнению последних, примерно вдвое.

Результаты 20-летних проспективных наблюдений за состоянием здоровья мужчин и женщин Москвы и Санкт-Петербурга показывают, что зависимость между дозой алкоголя и смертностью является U-образной: наименьшая смертность и, следовательно, наибольшая выживаемость отмечаются у лиц, употребляющих небольшие дозы алкоголя. Однако смертность выше у лиц, не употребляющих алкоголь, и особенно у тех, кто употребляет его в больших дозах. Соответственно в среднем продолжительность жизни у мужчин и женщин 40–59 лет на начало исследования была на 5,0 и 8,6 года мень-

ше у лиц, употребляющих большие дозы алкоголя, по сравнению с теми, кто употреблял его в умеренных дозах (рис.3).

В периоды резких колебаний смертности от БСК и внешних причин наблюдались однонаправленные и более выраженные изменения смертности от заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголя, таких как алкогольный психоз, алкогольная интоксикация при синдроме зависимости от алкоголя, алкогольный цирроз печени, заболевания поджелудочной железы, травмы, несчастные случаи вследствие состояния алкогольного опьянения. Эти изменения отмечались в основном в возрастном диапазоне 20–60 лет. При этом изменения смертности среди женщин были более выражены, чем среди мужчин (рис.4а, б).

Резкие колебания смертности от БСК и внешних причин, совпадающие по времени с периодами политических и экономических преобразований, дают основание, во-первых, утверждать, что увеличение потребления алкоголя способствует росту смертности от указанных причин, а во-вторых, предполагать причинную связь последних с психосоциальными факторами.

Выборочные исследования, проведенные сотрудниками центра в Москве в конце 80-х–начале 90-х годов среди мужчин и женщин в возрасте 25–64 лет, выявили значительное увеличение уровня психосоциального стресса: снизилось число лиц, удовлетворенных жилищными условиями, работой, отношениями в семье, и значительно возросло число лиц с негативным эмоциональным состоянием [8]. Эти обстоятельства подтверждают существенную роль психосоциальных факторов в резком колебании смертности, в том числе и от БСК.

В то же время не наблюдалось заметной динамики уровня традиционных факторов риска (курение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела), которая была изучена в рамках программы МОНИКА в Москве и Новосибирске. Полученные в этом исследовании данные (рис.5) свидетельствуют о том, что изменения уровня традиционных факторов риска не являлись причинами



Рис. 2. Регистрируемый уровень (продажа) и потребление алкоголя в Российской Федерации [7]:

--- продажа
— потребление

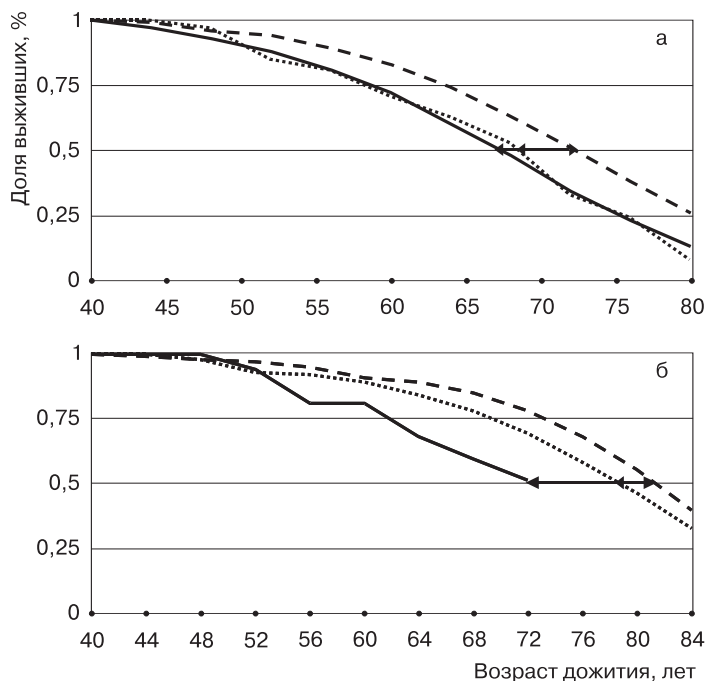


Рис. 3. Выживаемость мужчин (а) и женщин (б) в возрасте 40–59 лет в зависимости от потребления алкоголя:

..... непьющие
 - - - - - пьющие умеренно
 — пьющие много (мужчины > 168 г/нед, женщины > 84 г/нед)

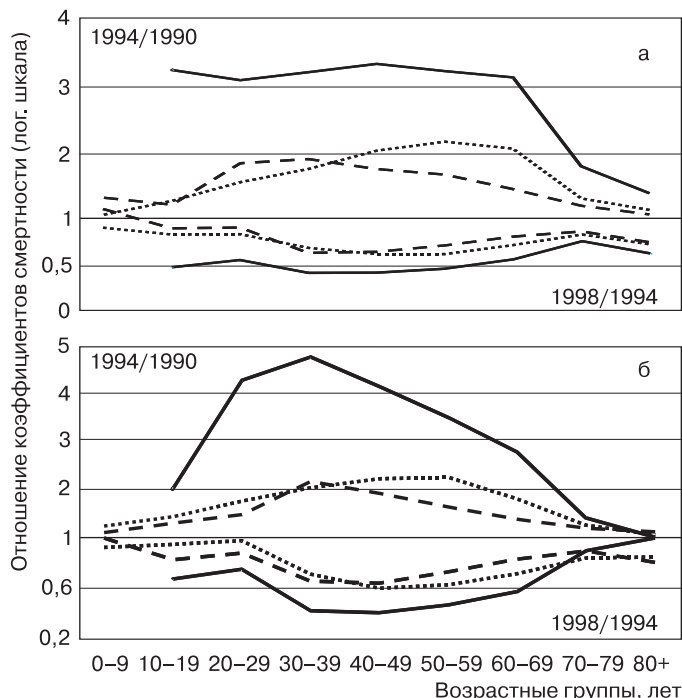


Рис. 4. Изменения отношений коэффициентов смертности мужчин (а) и женщин (б) в возрасте 20–60 лет в периоды ее резких колебаний в Российской Федерации:

— алкогольная зависимость
 - - - - - болезни системы кровообращения
 внешние причины

колебаний смертности в России в последние 15 лет. Однако это не означает, что традиционные факторы риска не влияют на показатели смертности от ХНЗ. Именно высоким уровнем этих факторов риска можно объяснить высокие показатели смертности в России по сравнению с другими индустриально развитыми странами.

Научной концепцией профилактики сердечно-сосудистых и других ХНЗ является концепция факторов риска, суть которой заключается в том, что если первопричины этих заболеваний и не известны, то выявлены факторы, способствующие их возникновению и прогрессированию.

Факторы риска могут быть причинно связаны или не связаны с развитием заболевания, и в последнем случае правильнее называть их маркерами. Коррекция причинно связанных факторов риска приведет к снижению заболеваемости и смертности от ХНЗ, тогда как снижение уровня маркеров им не сопровождается. Маркеры используют в основном для прогноза динамики заболеваемости и смертности от ХНЗ.

Существуют критерии причинной связи факторов риска с заболеванием.

1. **Постоянство (подтверждаемость):** выявленная ассоциация подтверждена или может быть подтверждена в других исследованиях; данная ассоциация постоянно выявляется для различных подгрупп в рамках одного исследования.

2. **Устойчивость (сила связи):** полученный эффект достаточно высок, и риск заболевания возрастает с увеличением экспозиции.

3. **Специфичность:** имеется четкая связь между определенным фактором риска и конкретным заболеванием.

4. **Последовательность во времени:** воздействие фактора риска предшествует заболеванию.

5. **Соответствие (согласованность):** выявленная ассоциация является биологически возможной с учетом экспериментальных данных, которые предполагают реальный механизм развития данной ассоциации.

Факторы риска ХНЗ разделяют на модифицируемые и немодифицируемые (возраст, пол, генетическая предрасположенность). Для профилактики наибольший интерес представляют модифицируемые факторы, в то время как немодифицируемые используют для стратификации риска (например, чем старше возраст, тем выше риск развития ХНЗ, у женщин ИБС развивается позднее, чем у мужчин, и т. п.). Модифицируемые факторы риска можно разделить на факторы, связанные с образом жизни и окружающей средой, которые, взаимодействуя с генетическими факторами, приводят к появлению биологических факторов риска, через которые и происходит их реализация в ХНЗ (рис.б). При этом факторы риска являются

общими для многих заболеваний, что диктует необходимость разработки интегрированных программ профилактики.

Если у одного человека имеется одновременно несколько факторов риска, то, взаимодействуя между собой, они во много раз увеличивают риск возникновения заболевания. Поэтому при оценке риска надо учитывать все имеющиеся его факторы, т.е. оценивать суммарный (глобальный) риск. Для его практической оценки существуют компьютерные программы и таблицы.

Из традиционных факторов риска наибольшее влияние на распространенность ХНЗ и здоровье населения России оказывают курение и артериальная гипертензия.

По данным обследования национальной репрезентативной выборки, распространенность курения среди мужчин и женщин в возрасте 20 лет и старше составляет соответственно 63 и 9,7% (рис. 7). Наибольшая распространенность наблюдается в возрасте от 20 до 40 лет, затем она быстро снижается, что, наиболее вероятно, связано с вымиранием курильщиков, а не с отказом от курения.

Атрибутивный риск смертности от разных причин в зависимости от курения у мужчин (40–59 лет) и женщин (30–69 лет) соответственно составляет по общей смертности 36,4 и 7,8%, БСК — 35 и 10%, злокачественным новообразованиям — 44,5 и 2,1%. Низкий атрибутивный риск у женщин объясняется малой распространенностью среди них курения.

Направления противокурительной стратегии должны включать: законодательные меры; просвещение населения; вовлечение населения в борьбу с курением и поддержку его активности; доступ к противотабачной информации и содействие ее распространению; наличие и доступность противотабачных программ и служб помощи курящим; координацию межсекторальной политики.

Противокурительная стратегия должна быть направлена на предупреждение курения, прекращение курения, защиту прав и здоровья некурящих.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в России составляет среди мужчин и женщин в возрасте 18 лет и старше соответственно 39 и 41%. Неблагоприятными факторами в этом отношении являются недостаточная информированность больных о наличии у них заболевания, малое число больных, получающих лечение, и очень низкая его эффективность (рис. 8).

В то же время атрибутивный риск смертности от разных причин в зависимости от систолического давления у мужчин (40–59 лет) и женщин (30–69 лет) соответственно составляет для мозгового инсульта 81 и 73%, для ИБС — 41 и 34%, для всех БСК — 39 и 42%.

Таким образом, в стратегии борьбы с АГ важными являются организационные мероприятия по выявлению больных и проведение их регулярного лечения.

Программа контроля АГ должна включать следующие разделы:

обучение медиков (студентов, врачей и медицинских сестер) современным методам выявления лиц с АГ, оценка состояния больного;

организация выявления больных, проведение регулярных лечебных и профилактических мероприятий;

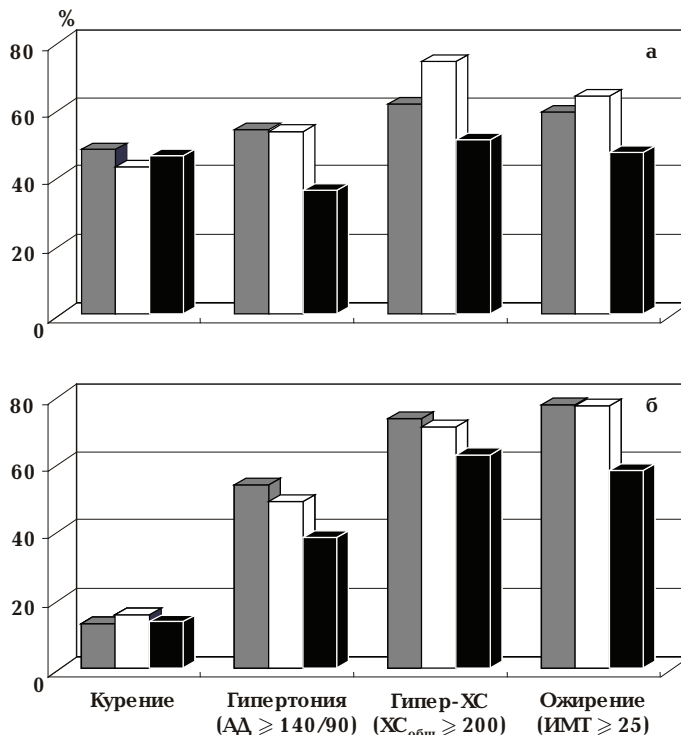


Рис. 5. Распространенность факторов риска у мужчин (а) и женщин (б) в возрасте 35–64 лет:

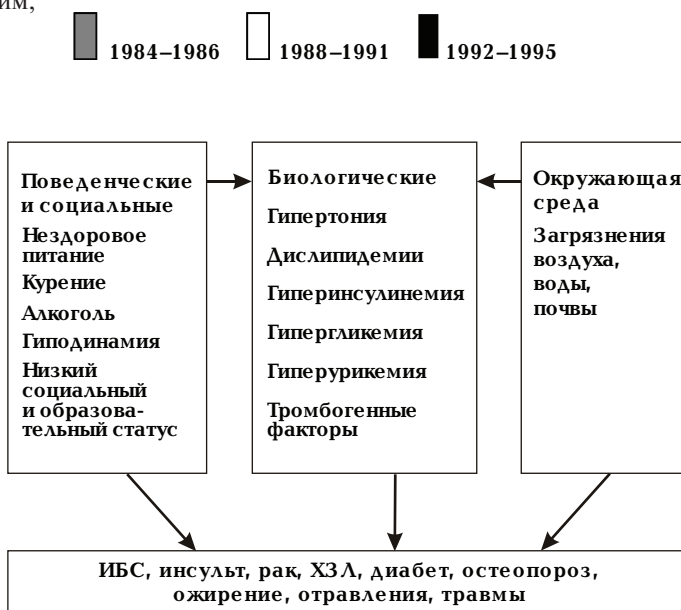


Рис. 6. Модифицируемые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний

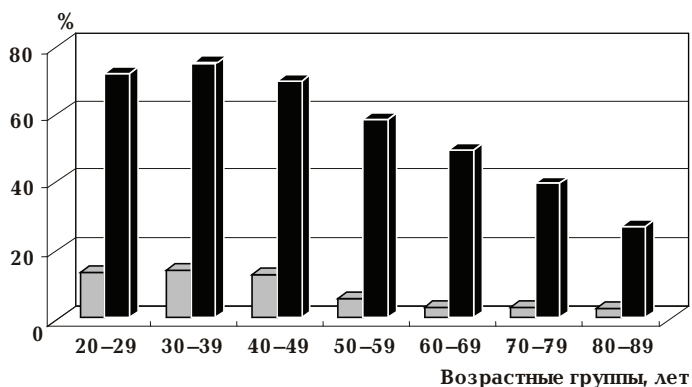


Рис. 7. Распространенность курения в Российской Федерации:

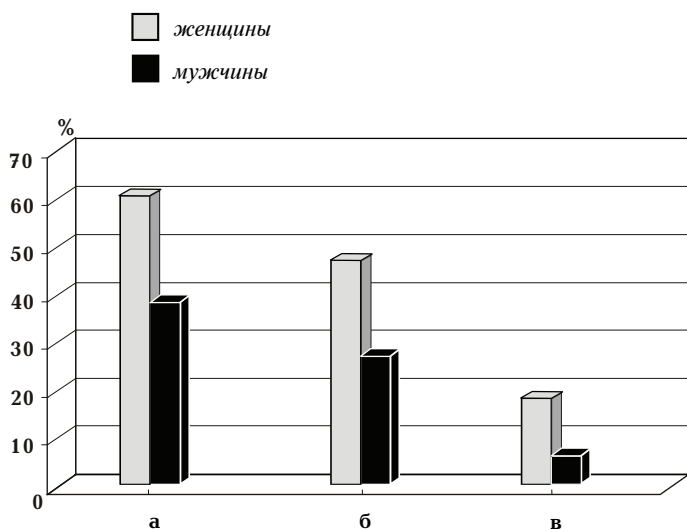


Рис. 8. Распределение больных по факторам, обуславливающим распространенность артериальной гипертензии: а — информированность пациента о наличии заболевания; б — проведение лечения; в — эффективность лечения



Рис. 9. Круг расходов на здравоохранение: + увеличение; — уменьшение числа больных и соответственно затрат на здравоохранение

обучение больных методам измерения АД, основам длительного немедикаментозного и медикаментозного лечения;

обучение населения методам первичной профилактики АГ;

обеспечение населения современными лекарствами и аппаратами для измерения АД;

экспертная оценка программы по данным медицинских документов, эпидемиологических выборочных обследований населения, смертности от мозгового инсульта и инфаркта миокарда.

В настоящее время доказано, что хорошо спланированные профилактические коммунальные программы могут существенно повлиять на образ жизни и распространенность факторов риска. Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска действительно приводят к снижению сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди населения. При этом демонстрационные проекты, показывающие что и как делать, могут быть отправным этапом для последующего развития национальных программ.

Для реализации в системе здравоохранения политики укрепления здоровья населения и предупреждения заболеваний необходимо: а) добиться баланса между профилактикой и лечением в клинической медицине и усилиями по укреплению здоровья на коммунальном уровне; б) создать эффективную межсекторальную кооперацию между здравоохранением и другими секторами общества с тем, чтобы многие общественные проблемы, существенно влияющие на здоровье, могли решаться всесторонне.

Можно указывать на следующие возможности профилактики ХНЗ через службы здравоохранения:

участие в разработке политики и стратегии профилактики;

создание у населения мотивации укрепления здоровья и профилактики заболеваний;

пропаганда правильного поведения в отношении курения, питания, употребления алкоголя, физической активности;

использование оптимальных тестов для выявления среди населения факторов риска и оценки индивидуального риска, регистрация этих показателей в медицинской документации;

консультирование населения по снижению уровня факторов риска в соответствии с социально-экономическими и другими условиями жизни;

мониторинг показателей здоровья населения и определяющих их факторов;

информирование властных структур о состоянии здоровья населения.

Следует отметить, что имеются различные препятствия для проведения эффективной профилактической работы на уровне первичного здравоохранения. По мнению экспертов ТАСИС

и сотрудников центра профилактической медицины, к ним относятся следующие:

1. *Политические:* важность профилактики пока в основном только декларируется; слабая законодательная и нормативная основа.

2. *Финансовые:* отсутствие знаний об экономических последствиях проведения или непроведения профилактических мероприятий; отсутствие финансовых стимулов для врачей и медсестер заниматься профилактикой ХНЗ.

3. *Профессиональные:* врачи в целом обучены лечить болезни, а не предупреждать их развитие и укреплять здоровье пациентов; они не удовлетворены небольшими положительными изменениями в уровнях факторов риска у пациентов, не осознают выгоды, которые приносит укрепление здоровья населения. Медицинские сестры необоснованно мало привлекаются к профилактической работе, не получают должной поддержки и поощрения в том, чтобы работать самостоятельно.

4. *Культурно-исторические:* медицинские работники проявляют мало инициативы, ожидая указаний сверху («синдром начальника» — начальник всегда прав.)

5. *Организационные:* отсутствует четкое разграничение функциональных и должностных обязанностей в области профилактики заболеваний между структурами федерального, регионального и муниципального уровней; у медицинских работников недостаточно знаний и навыков по организации работы с населением за пределами поликлиники; центры медицинской профилактики недостаточно участвуют в укреплении здоровья и работе по профилактике заболеваний на популяционном уровне.

Однако, несмотря на существенные трудности, службы здравоохранения должны усилить свою работу по профилактике сердечно-сосудистых и других заболеваний. При этом неизбежно возрастание затрат

на здравоохранение, но этого можно избежать именно с помощью профилактики заболеваний (рис.9). Естественно, что само по себе улучшение диагностики и лечения ХНЗ сопровождается увеличением числа больных, поскольку полностью избавиться от этих заболеваний невозможно, тогда как их предупреждение позволит избежать увеличения расходов и даже сократить их. Таким образом, порочный круг расходов на здравоохранение может быть разорван.

Л и т е р а т у р а

1. The burden of CVD mortality in Europe. Task force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe / S. Sans, H. Kesteloot, D. Krouwout on behalf of the Task Force // *Europ. Heart J.* — 1997; 18: 1231–1248.
2. *Oganov R.G., Maslennikova G.Ya.* Cardiovascular Disease Mortality in the Russian Federation during the Second Half of the 20th Century // *CVD Prevention.* — 1999; 2(1): 37–43.
3. *Oganov P.G., Maslennikova G.Ya.* Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // *Кардиоваск. тер. и профилактика.* — 2002. — № 3. — С. 4–8.
4. *Cancer Incidence in Five Continents / Eds. J. Waterhouse, C. Muir, P. Correa et al.* — Lyon: IARC, 1976. — 456 p.
5. WHO/Europe, HFA Database, June 2002.
6. *Милле Ф., Школьников В.М.* Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965–1994 гг. / Под ред. V. Ertish и Z. Vallen. — Paris: Cedex, 1996. — 140 p.
7. *Немцов А.* Алкогольная смертность в России, 1980–90-е годы. — М., 2001. — 60 с.
8. Роль здорового образа жизни в стратегии охраны здоровья населения / Р.Г.Оганов, С.А.Шальнова, Г.Я.Масленикова, А.Д.Деев // *Рос. мед. вестн.* — 2001. — № 6 (3). — С. 34–37.

Поступила 16.01.2003

CARDIOVASCULAR AND OTHER CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES: SITUATION AND POSSIBILITIES OF PREVENTION IN RUSSIA

R.G. Oganov, G.Ya. Maslennikova, S.A. Shalnova, A.D. Deyev

S u m m a r y

The causes of sharp fluctuations in the morbidity in Russia at the end of the 20th century, namely high levels of traditional risk factors, are described. The obstacles, which make difficult an effective prevention of cardiovascular and other non-infectious diseases, as well as the ways to overcome them are discussed.