



СФ

С О В Е Т
Ф Е Д Е Р А Ц И И

Федерального Собрания
Российской Федерации

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ВЕСТНИК
№ 44 (597)**

Об актуальных проблемах
борьбы с сердечно-сосудистыми
заболеваниями



2015 год был объявлен Президентом Российской Федерации В.В. Путиным Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Правительство Российской Федерации утвердило межведомственный план основных мероприятий по его проведению. Мероприятия Года направлены на повышение эффективности организации и оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, предусматривают популяризацию здорового образа жизни, а также образовательный сегмент.

В Аналитическом вестнике рассмотрены актуальные проблемы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая вопросы их профилактики, своевременного выявления, применения современных технологий их лечения и последующей реабилитации пациентов с такими заболеваниями. Уделено внимание научным исследованиям факторов, воздействующих на ожидаемую продолжительность жизни, влиянию болезней кровообращения на демографическое развитие России. Представлен опыт по организации кардиологической медицинской помощи в России, в ряде регионов и в федеральных медицинских организациях.

В вестник включены материалы Научно-методического семинара Аналитического управления на тему «О реализации мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их профилактике», состоявшегося 15 октября 2015 года.

В числе авторов вестника руководители и специалисты ведущих научных организаций: НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, МГУ им. М.В. Ломоносова, Института демографии НИУ ВШЭ.

Практическое направление оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями освещено в материалах департаментов здравоохранения города Москвы и Вологодской области, а также поликлиники № 1 Управления делами Президента Российской Федерации. Представлено экспертное мнение Национального Центра санитарного просвещения населения (САНПРОСВЕТ).

Выражаем глубокую признательность всем авторам за сотрудничество и предоставленные материалы.

Данная публикация может быть использована в законодательной деятельности Совета Федерации, в работе федеральных органов исполнительной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

СОДЕРЖАНИЕ

**НИИ клинической кардиологии имени А.Л. Мясникова
ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный
комплекс» Минздрава России**

Чазова И.Е., директор, главный внештатный специалист кардиолог
Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корр. РАН

Ощепкова Е.В., руководитель отдела координации и мониторинга
научных программ и отдела регистров сердечно-сосудистых
заболеваний, д.м.н., профессор

Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России4

**ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени
А.Н. Бакулева»**

Бокерия Л.А., директор, главный внештатный специалист сердечно-
сосудистой хирургии Минздрава России, академик РАН

Гудкова Р.Г., консультант дирекции Института кардиохирургии имени
В.И. Бураковского, к.м.н.

*Болезни системы кровообращения и сердечно-сосудистая хирургия
в Российской Федерации. Состояние и проблемы9*

**ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России**

Бойцов С.А., директор, главный внештатный специалист по
медицинской профилактике Минздрава России, д.м.н., профессор

Самородская И.В., руководитель лаборатории демографических
аспектов здоровья населения, д.м.н., профессор

*Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую
продолжительность жизни19*

**ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения» Минздрава
России**

Стародубов В.И., директор, академик РАН

Руднев С.Г., заместитель заведующего отделением инновационных
технологий профилактики заболеваний, к.ф.-м.н., доцент

Николаев Д.В., генеральный директор АО НТЦ МЕДАСС

Коростылев К.А., старший научный сотрудник

*О качестве данных профилактического скрининга в центрах
здоровья и способе повышения эффективности бюджетных
расходов43*

Сон И.М., заместитель директора по науке, д.м.н., профессор

Соболева Н.П., заведующая отделением инновационных технологий
профилактики заболеваний, к.м.н.

Савченко Е.Д., ведущий научный сотрудник отделения инновационных
технологий профилактики заболеваний, к.м.н.

*Профилактика неинфекционных заболеваний, проблемы и пути
решения49*

Факультет фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова	
Павликова Е.П., профессор кафедры терапии, д.м.н.	
<i>Роль модифицируемых факторов риска в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний</i>	56
Национальный центр санитарного просвещения населения (САНПРОСВЕТ)	
Володин В.Д., президент, член Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации, д.м.н., профессор	
<i>О профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и улучшении лекарственного обеспечения населения</i>	59
Институт демографии НИУ «Высшая школа экономики»	
Вишневский А.Г., директор, д.э.н., профессор	
Андреев Е.М., ведущий научный сотрудник, к.ф.-м.н.	
Тимонин С.А., научный сотрудник, к.геогр.н.	
<i>Влияние болезней системы кровообращения на демографическое развитие Российской Федерации</i>	61
ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации	
Волкова Н.А., заместитель главного врача по медицинской части	
Алексеева Л.А., главный терапевт, д.м.н., профессор	
Дорофеева Е.В., заведующая отделением кардиологии, к.м.н.	
Маховская Т.Г., заведующая отделением неврологии, д.м.н., профессор	
Докина Е.Д., заведующая отделением функциональной диагностики, д.м.н.	
Свистунова Н.В., заведующая I отделением терапии	
Карпикова Н.В., заведующая II отделением терапии	
Кравцова Н.Н., врач общей практики (семейный врач), к.м.н.	
<i>Совершенствование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в условиях многопрофильной поликлиники</i>	78
Департамент здравоохранения города Москвы	
Сапина А.И., заведующая организационно-методическим отделом «Инфарктная сеть» в мегаполисе	
	87
Департамент здравоохранения Вологодской области	
<i>Информация о реализации мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в Вологодской области» с 1998 по 2015 год</i>	
	96

**НИИ клинической кардиологии имени А.Л. Мясникова
ФГБУ «Российский кардиологический научно-
производственный комплекс» Минздрава России**

Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России

Чазова И.Е., директор, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корр. РАН

Ощепкова Е.В., руководитель отдела координации и мониторинга научных программ и отдела регистров сердечно-сосудистых заболеваний, д.м.н., профессор

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (в России эти заболевания обозначаются как болезни системы кровообращения) по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) являются одной из ведущих причин смертности среди населения развитых стран мира. В эту группу входит много болезней, но на долю трех из них – ишемической болезни сердца (ИБС), включая инфаркт миокарда, артериальной гипертензии (АГ) и цереброваскулярных болезней (ЦВБ), включая инсульт – приходится порядка 80% летальных исходов.

Артериальная гипертензия является как самостоятельным заболеванием, так и фактором риска развития ССЗ в силу своей большой распространенности и плохого контроля даже в странах с хорошим уровнем развития системы здравоохранения. Крупное исследование, проведенное специалистами Всесоюзного кардиологического научного центра РАМН еще в 80-х годах прошлого столетия, показало, что АГ является причиной развития тяжелых сердечно-сосудистых (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность) и цереброваскулярных (инсульт) заболеваний. У больных с АГ в 3–4 раза чаще развивается ИБС и в 7 раз чаще – инсульт. Анализ причин развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, проведенный в США, показал, что у 69% больных, впервые перенесших инфаркт миокарда, 77% – сердечную недостаточность, и 77% – инсульт, в анамнезе была неконтролируемая артериальная гипертензия.

На основании результатов исследований ВОЗ заключила, что АГ является ведущим фактором, определяющим высокую смертность населения в современном обществе.

Риск наступления смерти по причине ССЗ удваивается при каждом повышении систолического артериального давления (АД), равного 20 мм рт. ст., и диастолического АД, равного 10 мм. рт. ст., начиная с уровня 135/85 мм. рт. ст. Оптимальный уровень АД, при котором наблюдается минимальный риск развития ССЗ, равен 115/75 мм рт. ст. У лиц с АГ ожидаемая продолжительность жизни на 5,1 года у мужчин и на 4,9 года у женщин короче, чем у лиц с нормальным уровнем АД.

За последние 15 лет в стране были проведены масштабные мероприятия по профилактике ССЗ. Период с 1991 по 2001 год характеризовался резким увеличением роста смертности населения от болезней системы кровообращения (БСК). Ежегодно по этой причине умирало свыше 1 млн. человек, уровень смертности увеличился в 1,4 раза (с 620 в 1991 году до 864,6 случая смерти на 100 тыс. населения в 2001 г.).

Среди всех умерших почти 30% приходилось на лиц трудоспособного возраста (более 560 тыс. человек в год), из них 80% – мужчины. Смертность среди мужчин трудоспособного возраста в 4,1 раза превышала смертность среди женщин. Ожидаемая продолжительность жизни в 90-х годах у мужчин составляла 57,4–59,6 года, у женщин – 71,1–71,8 года, что свидетельствовало о сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста.

Эпидемиологические исследования, проведенные в период значительного повышения смертности от ССЗ – в 1999 году выявили высокую распространенность артериальной гипертонии среди населения России, которая у мужчин составляла 39,9%, у женщин – 41,1%, что свидетельствовало о развитии эпидемии АГ в нашей стране. Напряженный темп жизни, стрессы, несбалансированное питание, снижение качества жизни людей, и вследствие этого прогрессивный рост факторов риска ССЗ среди населения, а также ослабление профилактической деятельности медицинских учреждений в период «перестройки», в конце 90-х годов прошлого столетия, – факторы, способствующие появлению в стране эпидемии АГ и ССЗ. В лечении АГ часто использовались неэффективные препараты, в то время как в этот период стали появляться препараты нового поколения, не только снижающие высокое АД, но и улучшающие прогноз заболевания. Разрушилась система диспансерного (динамического) наблюдения за больными, что снизило эффективность лечения. Население не было информировано о факторах риска развития АГ и связанных с ней осложнений – ИБС, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, инсульта. Недостаточная подготовка врачей первичного звена системы здравоохранения (участковые терапевты, врачи общей практики) в области кардиологии, включая профилактику ССЗ; отсутствие протоколов ведения больных с ССЗ (алгоритм профилактики, диагностики и лечения); неиспользование в работе практических врачей современных методов профилактики, диагностики и лечения больных с АГ, устаревшая нормативно-правовая база по организации медицинской помощи кардиологическим больным – факторы, приводившие к резкому снижению качества оказания медицинской помощи больным АГ и другими ССЗ в тот период времени.

По данным официальной статистики в 2002 году было зарегистрировано лишь 6,2 млн. больных с АГ, что составляло всего 15% от всех лиц с повышенным АД среди населения. Значительная часть людей (расчетно – свыше 40 миллионов) не были информированы о наличии у них опасного для здоровья и жизни повышенного АД.

Накопленный мировой и отечественный опыт свидетельствовал о том, что адекватное лечение АГ снижает заболеваемость и смертность от БСК, в первую очередь от инсультов. Профилактические программы, проведенные в ряде городов бывшего СССР в 80-х годах прошлого столетия доказали эффективность воздействия на АГ, как ведущий фактор риска ССЗ. Лечение лиц с АГ в течение 5 лет привело к снижению заболеваемости инсультом на 50%, инфарктом миокарда – на 23% и смертности от инсультов – на 48,4%. По данным ВОЗ снижение повышенного АД в популяции даже на 2 мм. рт. ст. приводит к снижению смертности населения от инсульта на 6%, от ИБС – на 4%.

Инициативу академика Чазова Е.И. о создании в стране программы по борьбе с АГ как ведущим фактором риска развития ССЗ поддержало Правительство Российской Федерации. С 2002 года началась реализация федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» (Программа), целью которой была разработать согласно рекомендациям ВОЗ и реализовать комплекс мероприятий, направленных на улучшение выявления лиц с АГ, разработку и внедрение новых методов диагностики и лечения больных с АГ и проведение широкой просветительской работы по

вопросам профилактики ССЗ среди населения.

За 10-летний период реализации Программы была обновлена нормативно-правовая база оказания медицинской помощи больным с ССЗ; разработаны и внедрены в работу врачей новые эффективные методы профилактики, диагностики и лечения АГ, методы реабилитации больных, перенесших инсульт вследствие АГ; созданы образовательные программы по кардиологии с целью повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения (участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей-педиатров) и специалистов (врачей-кардиологов, неврологов). Одним из важных мероприятий стала разработка образовательных программ по профилактике ССЗ для пациентов, реализованных в рамках специально созданных школ здоровья на базе медицинских организаций и просветительских программ для населения в средствах массовой информации.

Следует подчеркнуть, что Программа по борьбе с АГ была межведомственной, в ходе ее реализации осуществлялось тесное взаимодействие с общественными организациями, например, с Союзом журналистов, Российским медицинским обществом по артериальной гипертензии и другими. Главный ее принцип – проведение всех мероприятий Программы на местах, в каждом регионе, в каждой поликлинике, больнице и т.д. Ведущая роль в разработке Программы, а также в ее организационно-методическом обеспечении и отводилась специалистам Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России (РКНПК).

Реализация Программы позволила принципиальным образом изменить ситуацию с высокой смертностью от БСК в нашей стране и с 2003 года началось снижение смертности населения от БСК.

Улучшилась выявляемость первичных больных с АГ. Так, за период с 2002 по 2011 годы АГ впервые была выявлена у 8,1 млн. лиц; врачи стали использовать современные антигипертензивные препараты, улучшились показатели лечения больных с АГ, оцениваемые по достижению целевого АД в процессе лечения. Если в 2003–2004 годах эффективность лечения составляла 23,1%, то в 2007–2008 годах эти показатели увеличились до 30,4% (в США данный показатель равен 56% и считается наиболее высоким среди всех стран мира); вдвое уменьшилось количество больных с тяжелыми формами АГ.

С 2008 года в стране началась реализация национального проекта «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями», что также внесло свой вклад в дальнейшее снижение смертности от острых форм БСК (инсульт, инфаркт миокарда). Цель программы – улучшение качества и повышение доступности кардиологической, включая высокотехнологичную, помощи больным с инфарктом миокарда и современной неврологической помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения. В данной статье рассматривается только кардиологическая составляющая сосудистых центров, неврологическая также была успешно реализована и освещена в публикациях неврологов.

В регионах были организованы оснащенные современным оборудованием сосудистые центры. Для подготовки специалистов по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения и кардиологов, а также приобретения ими опыта оказания экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) – предварительный диагноз у больных с инфарктом миокарда – потребовалось определенное время. По оперативным данным сегодня в стране функционирует уже 132 сосудистых центра, которые решают поставленные перед ними задачи.

В целом наблюдается положительная динамика в показателях, характеризующих оказание медицинской помощи больным с инфарктом миокарда.

По данным Росстата число первичной ангиопластики (восстановление кровотока с помощью установки стента в закупоренной коронарной артерии) в первые 12 часов при ОКС с 2009 по 2014 год увеличилось в 6 раз (6127 и 36170 соответственно). По данным регистра ОКС, разработанного специалистами РКНПК для оценки деятельности сосудистых центров, в 2009 году ангиопластика коронарных артерий выполнялась в среднем у 12,8%, а в 2014 году – уже у 20% больных с ОКС. Это усредненные данные по участвующим в регистре сосудистым центрам, но наблюдается большой разброс этого показателя, достигающий 60% в отдельных хорошо работающих сосудистых центрах.

В целом, анализируя смертность от БСК, по данным Росстата за период с начала 2000-х по 2014 год можно отметить устойчивую тенденцию снижения ее показателей. Уровень смертности от БСК в расчете на 100 тыс. населения снизился с 927,5 случая в 2003 году до 659,5 в 2014 году (на 28,9%), в том числе от ИБС – на 21,1%, от ЦВБ – на 39,7%. В 2014 году в структуре общей смертности от всех причин на долю БСК приходилось 52,9% против 56,2% в 2003 году.

2015 год объявлен годом борьбы с ССЗ, включая ИБС. За первые месяцы 2015 года в целом по Российской Федерации регистрировалось некоторое повышение показателей смертности от ИБС. Причинами такого положения вещей, по нашему мнению, могут быть: старение населения, наблюдаемое за последние годы, и в связи с этим рост смертности за счет старших возрастных групп; далеко не всегда корректная постановка посмертного диагноза ИБС без патолого-анатомической верификации особенно в отдаленных районах субъектов, где работают в основном медицинские работники со средним образованием. Имеются факты сокращения или прекращения больными приема необходимых лекарств в виду их труднодоступности. Можно говорить об ослаблении проведения вторичной профилактики у больных с ССЗ в силу неукомплектованности врачами кардиологами, врачами-терапевтами учреждений первичного звена здравоохранения. Кардиологическую помощь населению оказывают 15,3 тыс. врачей кардиологического профиля, из них 12,1 тыс. (79,3%) – врачи-кардиологи, 2,6 тыс. (17,4%) – сердечно-сосудистые хирурги (ССХ) и 629 (4,1%) – врачи по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (РДЛ).

В 2014 г. обеспеченность врачами-кардиологами в России составляла 0,8 на 10 тыс. населения, и их доля в общей численности врачей по всем специальностям составляла 2,1%. По России отмечается снижение числа врачей-кардиологов на 2,7% по сравнению с 2012 годом. Анализ обеспеченности населения врачами-кардиологами по регионам страны показал, что в 6 субъектах обеспеченность врачами-кардиологами соответствует среднероссийскому показателю, в 18 регионах – превышает этот уровень и в 59 регионах уровень обеспеченности ниже, чем в среднем по России. Из общей численности врачей-кардиологов (физические лица) в лечебно-профилактических организациях работают 10418 врачей, из них в амбулаторно-поликлиническом звене – 3648 (34,7%), в стационарах – 6670 врачей (64%). В 2014 году укомплектованность штатных должностей врачей-кардиологов в поликлинике составляла 84%, в стационаре – 93%, доля занятых врачами должностей в поликлинике – 33,2%, в стационаре – 65,2%. Диспропорция врачей-кардиологов в амбулаторно-поликлинических организациях и стационарах создает проблемы в проведении профилактической и диспансерной работы.

Не вызывает сомнений целесообразность проведения всеобщей диспансеризации, которая проводится в последние годы, так как только она позволяет выявить больных на ранних стадиях заболевания. Однако в условиях ограниченных финансовых и кадровых ресурсов более целесообразным представляется проведение целевой диспансеризации больных с ССЗ.

Следует сказать еще об одном важном факте, который выявился при проведении в нашей стране в 2012-2013 годах крупного эпидемиологического исследования (ЭССЕ-РФ) – высокой распространенности факторов риска ССЗ (избыточная масса тела, нарушения липидного обмена (повышенный холестерин) и др.), а также увеличения распространенности АГ среди мужчин (45,4% против 38,1% в 1999 г.). Среди женщин показатель распространенности АГ несколько снизился.

Известно, что высокая распространенность факторов риска ССЗ среди населения способствует появлению новых случаев АГ (первичная заболеваемость). Эти данные свидетельствуют о сохраняющейся высокой актуальности проблемы АГ в Российской Федерации. Несмотря на общие усилия врачей и государства по выполнению профилактических и лечебных программ в отношении АГ и ФР ССЗ в период с 2002 по 2010 годы распространенность их продолжает увеличиваться. Вызывает тревогу высокая распространенность ФР, составляющих понятие метаболического синдрома (МС), именно они чаще всего ассоциируются с АГ, еще более увеличивая риск развития ССЗ и их осложнений.

По прогнозным оценкам в ближайшие десятилетия ожидается увеличение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний вследствие роста распространенности факторов риска ССЗ, напряженного и интенсивного темпа жизни со всеми вытекающими последствиями, а также увеличения доли пожилого населения.

Это диктует настоятельную необходимость проведения активной информационно-просветительской работы по повышению приверженности к здоровому образу жизни среди населения и больных АГ, используя накопленный собственный опыт в этой области, полученный при реализации федеральной целевой программы по борьбе с АГ. Именно эти мероприятия при объединении усилий медицинских работников, средств массовой информации и при поддержке государства смогут привести к успеху не только в борьбе с осложнениями АГ, являющимися основными причинами смертности населения, но и снижению распространенности этого опасного заболевания. Требуется решения проблема кадрового обеспечения медицинских учреждений врачами-кардиологами, восстановление и дальнейшее развитие системы санаторно-реабилитационной помощи больным, перенесшим инфаркт миокарда, операции на сердце и сосудах, и больным с хронической сердечной недостаточностью.

ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева»

Болезни системы кровообращения и сердечно-сосудистая хирургия в Российской Федерации. Состояние и проблемы

Бокерия Л.А., директор, главный внештатный специалист сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России, академик РАН

Гудкова Р.Г., консультант дирекции Института кардиохирургии имени В.И. Бураковского, к.м.н.

Болезни системы кровообращения (БСК) – наиболее распространенная неинфекционная патология во всех странах мира. В России в 2014 г. на долю БСК приходилось 1,1% всей заболеваемости детского населения (0-17 лет) и 19,4% - взрослого. У лиц старшего трудоспособного возраста она составила 30,5%. 97,9% всех зарегистрированных случаев сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) имели место у взрослых.

В таблице 1 приведена динамика показателей сердечно-сосудистых заболеваний и наиболее распространенной формы этого патологического конклава – ишемической болезни сердца (ИБС) в период 2000-2014 годов.

Таблица 1

Распространенность болезней системы кровообращения у взрослого населения (на 100 тыс. этой возрастной группы)

Показатель	2000 г.	2003 г.	2007 г.	2011 г.	2013 г.	2014 г.*
Общая заболеваемость БСК	17432,5	20023,6	25822,9	27245,6	27621,5	27101,0
Общая заболеваемость ИБС	4880,6	5182,1	6200,2	6357,4	6251,3	6087,0
Доля ИБС в БСК (%)	28,0	25,9	24,0	23,3	22,6	22,5

* без учета данных по Крымскому федеральному округу

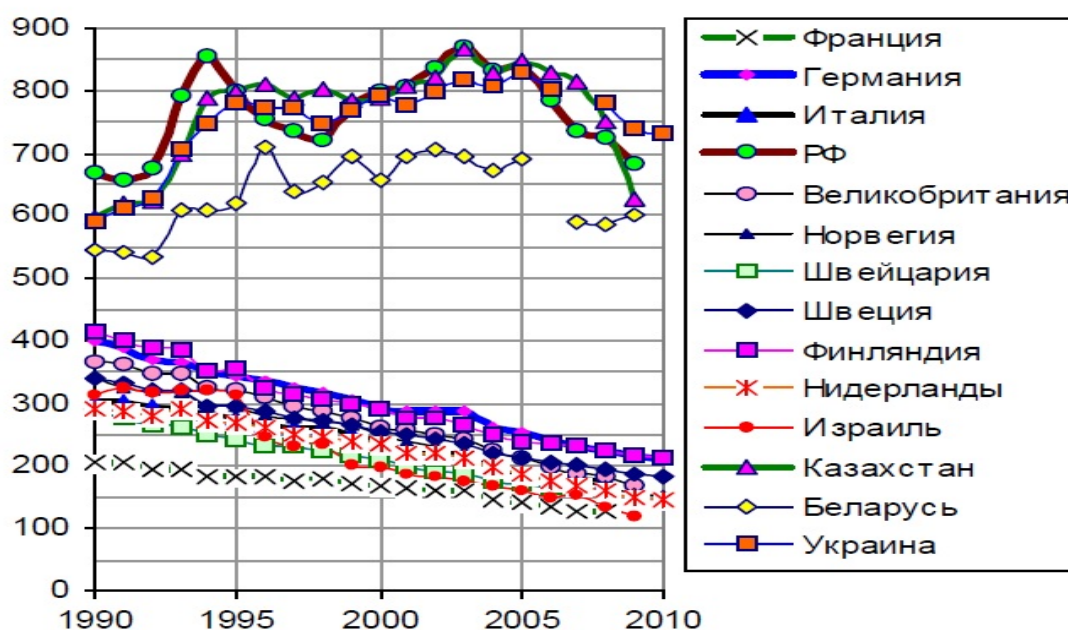
Следует отметить, что уровень общей заболеваемости значительно выше у лиц старше трудоспособного возраста: ССЗ – 61646,2, ИБС – 14961,3 в расчете на 100 тыс. этого контингента. С 2000 по 2007 годы рост общей заболеваемости ССЗ составил 48,1%, ИБС - 27%. В период с 2007 по 2013 гг. - отмечалось замедление роста: прирост составлял 6,9 и 0,8%, соответственно.

В 2014 г. впервые произошло снижение показателей заболеваемости не только в сравнении с 2013 г., но и относительно уровня 2007 г. По сравнению с 2013 г. общая заболеваемость ССЗ уменьшилась на 1,88%, ИБС – на 2,63%. Если принять в расчет заболеваемость населения Крымского ФО, то обсуждаемые показатели в 2014 г. в целом по стране составят 28247,4 случая БСК на 100 тыс. взрослого населения страны и 6489 – ИБС (не исключаем, что высокий уровень показателя ССЗ в Крымском ФО обусловлен ошибками учета).

Общеизвестно, что болезни сердца и сосудов остаются ведущей причиной смертности населения во всем мире: в 2010 г. они составили 29,6% всех случаев смерти. По прогнозу ВОЗ распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в

мире в дальнейшем будет иметь тенденцию к росту и общее число прогнозируемых смертей от различных форм этого класса болезней к 2020 году может значительно вырасти. Тем не менее, последнее десятилетие характеризовалось уменьшением этого показателя в большинстве стран, хотя и в разной степени. Согласно сведениям 2010 г., приведенным в European health for all database – HFA-DB, WHO/Eurore, наиболее низкие уровни стандартизованного коэффициента смертности от ССЗ (на 100 тыс. населения) отмечены в странах с высоким уровнем использования хирургического лечения различных форм этой патологии, в первую очередь, ИБС. Как видно на графике, в нашей стране роль БСК в объемах смертности по-прежнему имеет довлеющее значение (рис. 1).

Рис. 1



Проблема борьбы с различными формами поражения сердца и сосудов находится в центре внимания здравоохранения и медицинской науки.

В России 2015 год объявлен Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. А общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации» 23 октября 2015 года выступила с инициативой объявления предстоящего десятилетия «Десятилетием борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Инициатива была поддержана. В соответствующем постановлении Правительства РФ, опубликованном 30 октября 2015 года (раздел 2, пункт 3), сказано: «Минздраву России (В.И. Скворцовой) совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти с участием общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» и другими некоммерческими организациями проработать вопрос о проведении десятилетия борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и представить в Правительство Российской Федерации до 1 февраля 2016 года».

За последние годы доступность современных инвазивных методов лечения БСК существенно улучшилась. Напомним, что еще в 2007 году частота использования хирургических методов и эндоваскулярных пособий в стране в расчете на миллион населения была в несколько раз ниже среднеевропейских показателей.

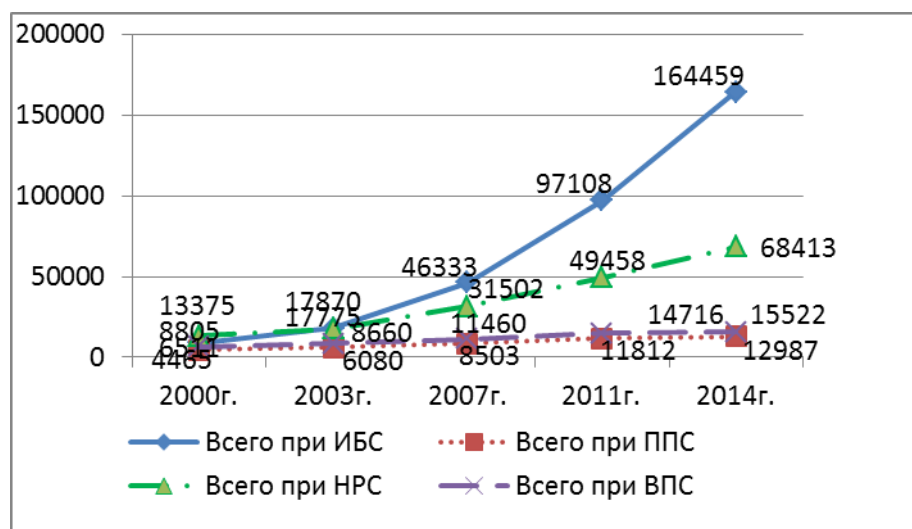
Был принят ряд постановлений, направленных на приоритетное увеличение

доступности высокотехнологичных методов лечения болезней сердца и сосудов. В рамках Национального проекта «Здоровье» в 2008-2012 гг. были построены 7 центров сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ) и создана сеть региональных сосудистых центров (РЦ) для оказания экстренной помощи пациентам с острыми расстройствами коронарного (ОПКС) и нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) с финансированием из федерального бюджета. Они оснащены современной диагностической и лечебной аппаратурой, а также подготовлены специалисты. В этот же период в номенклатуру врачебных специальностей были введены специальности по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению и детского кардиолога.

На рис. 2 приведены сравнительные данные относительно работы учреждений, выполнявших оперативное лечение пациентов с болезнями сердца в 2000-2014 годы (сведения поступали в Секцию по сердечно-сосудистой хирургии Ученого совета Минздрава России, затем - в Научный совет по сердечно-сосудистой хирургии РАМН, в последние годы – в Профильную комиссию при главном специалисте МЗ РФ – в соответствии с реорганизацией в области управления научными исследованиями по проблеме и оказания специализированной помощи, в т.ч. высокотехнологичными методами лечения).

Рис. 2

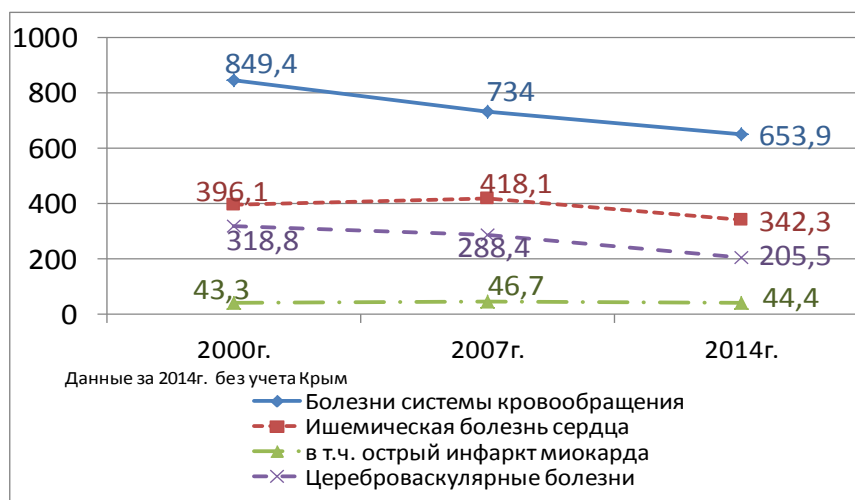
Хирургическая помощь пациентам с некоторыми формами БСК (число операций)



Из приведенных цифр следует, что поэтапная реализация запланированных мероприятий привела к улучшению состояния медицинской помощи пациентам с поражениями сердца и сосудов, в т.ч. врожденного характера, что нашло отражение, в частности, в повышении уровня обеспеченности населения хирургическими и интервенционными методами. Можно надеяться, что это оказало определенное влияние и на динамику смертности населения от БСК. По данным Росстата России, с 2000 по 2007 годы она сократилась на 13,59%, с 2007 по 2014 годы – на 10,91%, в общей сложности за наблюдаемый период снижение составило 23,02%. На рис. 3 отражены изменения показателей смертности населения от основных причин.

Рис. 3

**Смертность населения России от болезней системы кровообращения
(на 100 тыс. населения)**



Одним из наиболее динамично развивающихся направлений кардиохирургии является оперативное лечение пациентов с ишемической болезнью сердца – количество вмешательств по сравнению с 2007 г. выросло в 3,5 раза (рис. 4).

Рис. 4

**Операции реваскуляризации миокарда у пациентов с ИБС
(в расчете на 1 миллион населения)**

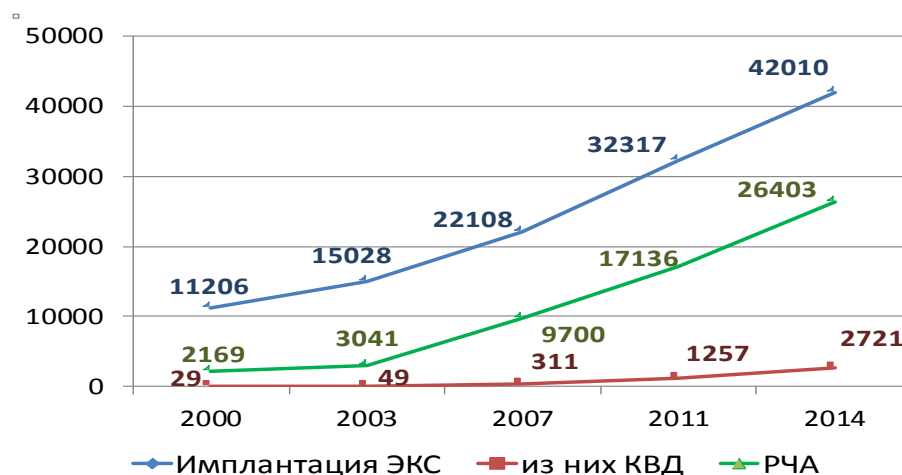


В значительной степени расширение помощи произошло за счет применения рентгенохирургических методов: число пациентов с коронарным шунтированием увеличилось почти в 2 раза (1,97), с ангиопластикой коронарных артерий – в 4,6 раза (4,59). Можно предположить, что активное использование методов реваскуляризации у пациентов с ОРКК стало важным фактором уменьшения госпитальной летальности с 15,9% в 2007 г. до 12,9% в 2014 г. (однако нельзя исключить и оптимизацию консервативного лечения). Следует отметить, что полученное в 2014 г. соотношение использованных методов вмешательства соответствует зарубежному опыту. Превалирование эндоваскулярных процедур у пациентов с ОРКК также характерно для мировой практики.

На втором месте по объему хирургической помощи находятся пациенты с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Этот вид помощи развивался несколько менее динамично, чем предыдущий, но с расширением функций ЭКС (рис. 5).

Рис. 5

Оперативное лечение пациентов с патологией проводящей системы



Следует отметить быстрый рост числа пациентов с применением двухкамерных аппаратов, в т.ч. отечественного производства (с 7,4% всех ЭКС в 2000 г. до 20% в 2007 г. и 55,6% - в 2014 г.), расширение бивентрикулярной имплантации ЭКС с целью синхронизации сокращений камер сердца и нормализации ритма у пациентов с кардиомиопатиями, увеличение случаев использования ЭКС с двойной функцией – антитахикардической и ресинхронизирующей. Увеличилось количество вмешательств на проводящей системе, в т.ч. с коррекцией другой патологии сердца.

Врожденные аномалии системы кровообращения (ВПС) составили в 2014 г. 44,4% всех врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, представляющих отдельный класс болезней. В таблице 2 приведены показатели заболеваемости ВПС – первичной и накопленной.

Таблица 2

Врожденные аномалии (пороки) системы кровообращения в России (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

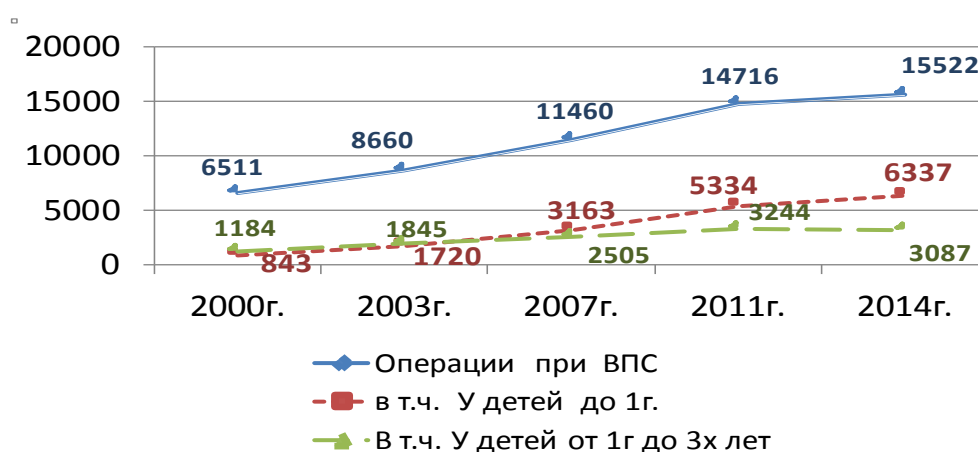
Возрастная группа	Всего случаев					Впервые выявленные случаи				
	2000г.	2003г.	2007г.	2011г.	2014г.	2000г.	2003г.	2007г.	2011г.	2014г.
Дети до 14 лет вкл.	604,0	763,6	1107,3	1351,2	1485,7	117,7	159,1	292,3	367,1	408,1
Дети 15-17 лет	524,0	576,8	738,8	901,5	1010,8	70,4	82,0	103,0	129,7	119,2
Взрослые	63,2	65,2	70,1	71,8	63,4	4,5	4,4	5,0	4,4	3,3

Таким образом, несмотря на успехи эхокардиографической диагностики ВПС до 15-й недели беременности и возможности предотвращения (профилактики) рождения детей с тяжелой и неоперабельной патологией сердца, распространенность патологии у детского населения значительно выросла,

особенно у детей первых 14 лет жизни – почти в 2,5 раза за период с 2000 по 2014 г., в 2014 г. их количество составило 75.3% случаев ВПС, зарегистрированных у всего населения. Внимание организаторов здравоохранения, кардиохирургов было обращено на максимально раннюю диагностику и проведение коррекции врожденной патологии, чтобы предупредить формирование осложнений со стороны системы кровообращения ребенка, отставание в развитии. Если в 2000 г. только около 75% новых случаев ВПС впервые диагностированы у детей до 14 лет, то к 2014 г. в этом возрасте впервые выявленные составили почти 92% новых ВПС у всего населения. Это позволило увеличить число детей, которым выполняли коррекцию ВПС в течение первого года жизни, в т.ч. у новорожденных с пороком сердца (рис. 6).

Рис. 6

Операции коррекции врожденных пороков сердца



Количество операций при ВПС увеличилось в 2,4 раза, а доля оперированных в младенческом возрасте увеличилась с 12,9% в 2000 г. до 40,8% в 2014 г., из них в период новорожденности - с 15,1% в 2007 г. до 34,3% в 2014 г. Оперативное лечение этой группы пациентов является самым сложным разделом кардиохирургии (и дорогостоящим). Выполнение вмешательств в этом возрасте – вынужденная мера, обусловленная необходимостью предотвратить смерть ребенка, улучшить его состояние, возможно, жест отчаяния. Следует отметить, что на фоне роста объема хирургической помощи при ВПС шло снижение младенческой смертности с 15,1 на 10 тыс. родившихся живыми в 2000 г. до 7,3 в 2014 г., а доля умерших в этом возрасте вследствие ВПС уменьшилась с 11,5% в 2003 г. до 9,8% в 2014 г.

Несколько меньший объем хирургической помощи был оказан пациентам с приобретенной патологией сердца, преимущественно поражением клапанных структур (табл. 3)

Таблица 3

Операции коррекции приобретенных пороков сердца

Патология, вмешательство	2000 г.	2003 г.	2007г.	2011 г.	2014 г.
Операции при приобретенных пороках*	4465	6080	8503	11812	12987
в т.ч. коррекция порока клапана*	4208	5750	8283	11531	12702
замена клапана(ов) протезом	3512	5200	7557	10164	10759
из них доля биологических (%)	4,9	4,2	7,0	17,9	24,3
реконструкции клапана**	669	1231	2382	3920	3962

из них только реконструкция	129	213	526	1417	1599
рентгенохирургические вмешательства	40	14	25	123	269

* не учтены пороки клапанов постинфарктные, ишемического характера, с относительной недостаточностью клапана

** в т.ч. в сочетании с протезированием другого клапана

Количество операций на клапанах в рассматриваемый период увеличилось в 3 раза. Отмечены рост использования биопротезов при замене несостоятельного клапана (с 4,9% всех протезирований до 24,3% в 2014 г.), расширение применения клапаносохраняющих реконструктивных методик, в т.ч. при коррекции порока нескольких клапанов. Существенно увеличилось число пациентов с применением эндоваскулярных методов, однако достигнутое несопоставимо с практикой ведущих клиник Европы. При анализе состава пациентов с коррекцией приобретенной клапанной патологии выявляется постепенное снижение доли пороков ревматического генеза: практически полное доминирование в 2000-2007 гг., 52,9% в 2011 г., 47,2% в 2012 г., 42% в 2013 г., 39,5% в 2014 г.

Значительные успехи достигнуты в хирургическом лечении артериальной патологии. Число пациентов с операциями в связи с аневризмами восходящего отдела аорты, одного из самых опасных поражений системы кровообращения, увеличилось почти в 10 раз по сравнению с 2000 г. и в 2,8 раза – к 2007 г. Аналогичная динамика объема хирургической помощи имеет место у пациентов с заболеваниями ветвей дуги аорты (брахиоцефальных артериях), в первую очередь, сонных артерий. Создание сети специализированных центров, оказывающих хирургическую помощь при острых расстройствах мозгового кровообращения, оснащение лечебно-профилактических учреждений диагностической аппаратурой, позволяющей выявлять патологию до развития сосудистой катастрофы, способствовали постоянному увеличению количества оперативных вмешательств на брахиоцефальных артериях (БЦА).

При поражениях других сегментов артериальной системы, преимущественно атеросклеротического характера, также отмечается расширение использования хирургических методов лечения, хотя и в меньшей степени (табл. 4).

Таблица 4

Операции у пациентов с патологией артерий

Патология	2000 г.	2003 г.	2007 г.	2011 г.	2014 г.	2014г. на 1 млн. насел.
Аневризмы восходящей аорты	160	304	572	963	1595	11,1
Аневризмы брюшной аорты	892	1194	1548	2209	2575	17,9
Поражения брахиоцефальных артерий	2581	4043	8355	18086	25699	178,7
Стеноз аорто-подвздошного сегмента	4318	4929	7601	9772	12298	85,5
Стеноз периферических артерий	6010	6540	9556	14711	20274	141,0
Поражения почечных артерий	387	448	1049	1260	1472	10,2

Следует отметить, что в 1999 г. в странах Европы в расчете на 1 млн. населения выполнено 13 операций на восходящей аорте, в США в 2006 г. при аневризмах брюшной аорты – более 300 на млн. (свыше 60% эндоваскулярными методами), окклюзиях периферических артерий – более 410 (около 31% - рентгенохирургические вмешательства). По сведениям в картах учета, в 2014 г. доля эндоваскулярных методов составила соответственно 16,8 и 33,6%.

Между тем, для большого числа больных с дистрофическими и

стенозирующими поражениями артериальной системы разного уровня оптимальным вариантом является выполнение вмешательства, восстанавливающего кровообращение, до развития его острого нарушения (закупорка или тромбоз брахиоцефальных артерий, инсульт, разрыв аневризмы аорты, острая ишемия конечности), которое приводит к длительным срокам лечения, инвалидизации или смерти. В целом основная роль интервенционных и хирургических методов должна быть профилактической, с использованием комплекса диагностических исследований, организацией взаимодействия неврологов, кардиологов и хирургов, в т.ч. рентгенэндоваскулярных, в учреждениях всех уровней системы здравоохранения. Например, в экономически развитых странах в настоящее время до 80% вмешательств по поводу стеноза внутренних сонных артерий выполняются у клинически асимптомных больных, что позволяет предотвратить развитие инсульта. Многолетний опыт показал, что оперативное лечение у пациентов с острыми расстройствами кровообращения сопровождается высокой летальностью, в несколько раз превосходящей таковую после плановых вмешательств.

Вероятно, устранение разобщенности кардиологической, педиатрической и неврологической служб, с одной стороны, и хирургической – с другой, обеспечение преемственности в ведении пациентов с поражениями сердца и сосудов, в т.ч. после оперативного лечения, значительно повысит качество медицинской помощи населению. Представляется, что в настоящее время отсутствует взаимодействие поликлинического и стационарного звеньев системы здравоохранения. Например, многие годы наблюдается разрыв между числом случаев ОИМ, зарегистрированных в лечебно-профилактических учреждениях в 2014 г., и находившихся в этот период на госпитальном лечении в стационарах МЗ РФ – 152491 и 195724, для повторного ОИМ – 29562 и 47863 соответственно. В результате значительное число пациентов, выписанных из стационара через 2-2.5 недели после перенесенного ОИМ, как будто не существуют для поликлинической сети в этом качестве, поэтому не проходят необходимого курса реабилитации, не получают адекватного лечения, включая профилактику повторного ОИМ, хотя безусловно нуждаются в постоянном контроле своего состояния.

Сведения ЦНИИОИЗ МЗ РФ о диспансеризации пациентов с различными формами поражения сердца и сосудов показали, что уровень охвата этим видом помощи варьируется в зависимости от формы патологии и возрастной группы. Например, доля пациентов с ИБС, находящихся под наблюдением, была менее 50% (от 38,2% в 2007 г. до 47% в 2014 г.), при стенокардии – соответственно от 46 до 53,8%, с пороками клапанов сердца ревматического генеза – от 80,8 до 83,2%, детей моложе 15 лет с ВПС – от 66,8 до 63,6%. В 2014 г. только 20,4% зарегистрированных с закупоркой и стенозом прецеребральных артерий находились под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, еще меньше (15,4%) – перенесших инфаркт мозга (в 2013 г. – 23,7 и 18,5% соответственно). Следует отметить, что это чисто арифметические показатели, вопросы качества диспансеризации не рассматриваются ввиду отсутствия достаточной информации.

Между тем, квалифицированное наблюдение состояния пациентов способствует своевременному выявлению симптомов гемодинамических нарушений, признаков развития осложнений, уменьшению случаев острых расстройств коронарного и мозгового кровообращения и т.д. Адаптация проводимого лечения в соответствии с изменившимся состоянием пациента, включение хирургических методов позволяют в определенных случаях сократить сроки временной нетрудоспособности, избежать инвалидности, улучшить прогноз заболевания, следовательно, имеет значение в медицинском, социальном и экономическом аспектах. Не менее важно диспансерное наблюдение пациентов и проведение

реабилитационных курсов после коррекции патологии - для оптимизации физической и социальной адаптации пациентов, исследования показали, что качественно проведенная реабилитация способствует повышению результативности хирургического лечения. Особенно это имеет большое значение для больных, которым выполнено только паллиативное вмешательство как этап (или один из этапов) полной коррекции патологии. Сокращение в последний год доли пациентов, взятых на диспансерный учет, вероятно, связано с проводившейся (и проходящей) реорганизацией-оптимизацией системы здравоохранения, особенно амбулаторно-поликлинической части, сопровождающейся увеличением нагрузки на врачей и рядом других, таких же «рациональных» мер.

Сдерживающим фактором необходимого повышения обеспеченности населения оперативными методами лечения БСК и врожденной патологии по-прежнему остается недостаток финансовых средств – у государства, территорий, пациентов. Сердечно-сосудистая хирургия – одна из самых дорогостоящих областей здравоохранения. Лечение болезней и врожденных пороков системы кровообращения оперативными методами представляет существенную проблему для здравоохранения практически всех стран. В России положение усугубляется, в первую очередь, необходимостью использования импортного оборудования и расходных материалов, существующими недостатками организации медицинской помощи, в т.ч. хирургической.

Например, созданные на средства федерального бюджета сосудистые центры затем переходят на обеспечение своей деятельности из соответствующих региональных бюджетов. К сожалению, субъекты Федерации значительно различаются по своим возможностям в этом вопросе. В некоторых случаях хирургическая активность центров искусственно сдерживается, как и отделений кардиохирургии в учреждениях регионального подчинения. Принятое решение финансировать ряд высокотехнологичных операций за счет средств фондов обязательного медицинского страхования находится в той же ситуации неравенства регионов. В результате низкой хирургической активности отделений сердечной и сосудистой хирургии, связанной с неполным финансированием этой службы, в первую очередь, закупки расходных материалов, в региональных, муниципальных, ведомственных и даже федеральных клиниках недостаточно эффективно использовались специализированный коечный фонд, оборудование и квалифицированные кадры. Анализ деятельности зарубежных клиник выявил зависимость ее эффективности от накопленного опыта ее сотрудников в том или ином разделе кардиохирургии.

Положительное влияние на уровень хирургической помощи пациентам с врожденной и приобретенной патологией сердца и сосудов может оказать при внедрении в практику принятое МЗ РФ в 2015 г. решение дифференцировать стоимость квоты (максимальный норматив почти в 6,4 раза больше минимального) на высокотехнологичную медицинскую помощь в зависимости от сложности вмешательства и размера затрат, что позволит определенной группе пациентов проводить лечение в полном объеме в соответствии с показаниями. Ранее значительная часть больных не укладывалась в рамки предложенного стандарта, созданного на основе упрощенной модели пациента, без учета сложности патологии, наличия сопутствующей патологии и возраста. Эти и другие факторы определяют иной алгоритм помощи, существенно отличающийся от «стандартизованного» по объему вмешательства, техническому оснащению, длительности госпитального периода и – в результате – стоимости лечения. В первую очередь, это относится, к коррекции ВПС у новорожденных и детей первого года жизни со сниженной сократительной способностью миокарда, коррекции многоклапанных приобретенных

пороков сердца, эндопротезировании клапанов сердца и аорты.

Качество проводимого лечения зависит от уровня организации, оказывающей специализированную помощь, квалификации ее сотрудников. Именно хорошо налаженный процесс аккредитации и лицензирования медицинских учреждений любого ведомственного подчинения, а также сертификации всех специалистов позволит проводить лечение больным сердечно-сосудистого профиля на высоком уровне, позволит обеспечить адекватное финансирование в соответствии с квалификационной категорией медицинской организации. Это будет стимулировать рост профессионального уровня медицинских работников и – как следствие – повышение эффективности лечения пациентов. Однако в настоящее время в правовом плане действуют лишь механизмы регистрации и лицензирования медицинской организации любой формы, что дает ей право осуществлять определенные виды медицинской деятельности на территории регистрации. Оба механизма включаются до начала фактической работы организации и не являются инструментами контроля качества этой работы, которое определяется не только материально-техническим ресурсом, но и уровнем профессиональной компетенции персонала. Наличие свидетельства о регистрации и лицензии еще не дает гарантии пациенту. Представляется, что эффективным инструментом контроля деятельности зарегистрированной медицинской организации, независимо от ее ведомственной подчиненности, является объективное централизованное проведение ее аккредитации с обязательным участием в этом процессе главных специалистов МЗ РФ в федеральных округах и главных специалистов по сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии субъектов Федерации, а также других авторитетных представителей этой службы.

Следует отметить, что работа учреждений, не подведомственных МЗ РФ, остается в статистике других ведомств и никак не отражается в годовых отчетах МЗ РФ. Поэтому определенный объем хирургической и интервенционной помощи населению страны при заболеваниях сердца и сосудов остается неучтенным, как и соответствующие кадровые и материально-технические ресурсы. Необходимо решить вопрос о получении максимально полной статистической информации относительно наиболее важных разделов специализированной помощи, в т.ч. по сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии, оказываемой в медицинских структурах других ведомств, кроме системы МЗ РФ. Тем более что нередко эти структуры оказывают помощь населению без учета работы пациентов в том или ином ведомстве. В настоящее время эти клиники вносят относительно небольшой вклад в объем специализированной помощи, но динамика показателей их деятельности и создание службы сердечной и сосудистой хирургии в рамках других ведомств позволяют прогнозировать на рост их значимости.

Максимально полная информация позволит органам управления здравоохранением реально оценить имеющиеся возможности и адекватно планировать мероприятия по улучшению системы здравоохранения в целом.

Мировая практика показала, что средства, вложенные в здравоохранение государством, через несколько лет приводят к осязаемому экономическому эффекту в результате снижения заболеваемости и смертности населения, благодаря сохранению человеческих и трудовых ресурсов. Интенсивные усилия, направленные на расширение объемов применения хирургических и эндоваскулярных методов лечения сердца и сосудов позволят со временем достигнуть показателей обеспеченности населения методами высокотехнологичной помощи европейского уровня, что, в свою очередь, существенно увеличит продолжительность и повысит качество жизни наших граждан. Возможности сердечно-сосудистой хирургии, вкпе с эндоваскулярными и электрофизиологическими методами это позволяют.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России

Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую продолжительность жизни

Бойцов С.А., директор, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, д.м.н., профессор
Самородская И.В., руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения, д.м.н., профессор

Жизнь и здоровье человека в современном мире являются важнейшими ценностями и базой для формирования человеческого капитала – основы устойчивого развития стран, несмотря на стремительное развитие техники и технологий в последние годы. Несмотря на то, что за последнее десятилетие в нашей стране достигнут значительный прогресс в снижении смертности населения (с 16,4 человек на 1000 человек в 2003 году до 13 человек в 2013 году), Россия значительно отстает по этому показателю от таких стран как Великобритания, Германия, Франция, где стандартизованный показатель смертности составляет менее 6 на 1000 человек.

Значительные различия в показателях смертности отмечаются в регионах Российской Федерации: наименьшие показатели смертности – в республиках Северного Кавказа и Москве. Большинство регионов с наиболее высоким уровнем смертности входят в состав СЗФО, ДФО, СФО и ЦФО севернее Москвы. При этом во всех регионах отмечаются значительно более высокие показатели смертности среди мужского населения. Конечно, существенное влияние на показатели смертности оказывает демографическая структура населения регионов. Для коррекции влияния возрастного фактора на показатели смертности используют методы стандартизации. Стандартизованные показатели смертности могут отличаться от фактических весьма значительно в связи с различиями в показателях смертности в отдельных возрастных группах и демографической структуре населения субъекта, которая, в свою очередь, зависит от уровня рождаемости, смертности и миграционных процессов. В то же время стандартизованные показатели зависят от выбора «стандарта» и метода стандартизации.

В ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России за последние несколько лет проведен ряд исследований по оценке влияния на показатели региональной смертности демографических и социально-экономических факторов, ресурсного обеспечения системы здравоохранения, климатических особенностей. Выявлена статистически значимая корреляционная взаимосвязь стандартизованных показателей смертности с такими факторами, как продажа крепких алкогольных напитков на душу трудоспособного населения и лиц старше трудоспособного возраста; плотность автомобильных дорог и плотность железнодорожных путей сообщения; обеспеченность населения канализацией и горячим водоснабжением, автозаправочными станциями; уровень комфортности климатических условий; уровнем безработицы; доля населения с доходами ниже прожиточного минимума; доля прибыльных предприятий; объем ВРП в расчете на одного жителя; объем вкладов физических лиц в банках на одного жителя. Однако, как известно

корреляционная взаимосвязь не дает возможности выяснить причинно-следственные отношения.

Следует отметить, что методики, оценивающие влияние факторов на продолжительность жизни или смертность отдельных людей в группе (или когорте), значительно отличаются от методик, оценивающих влияние факторов на показатели смертности (продолжительности жизни) среди населения страны (региона). Разные методики не позволяют учесть в одном исследовании все гипотетически возможные факторы влияния. Именно поэтому мы провели анализ отечественных и зарубежных исследований, оценивающих влияние различных факторов на показатели смертности и продолжительности жизни.

Генетические факторы

Несмотря на тот факт, что в мире постоянно описывают и изучают географические районы или отдельные этнические группы с более высокой долей населения в возрасте свыше 90 лет, убедительных данных, свидетельствующих о наследственном увеличении продолжительности жизни у человека, не описано. Вместе с тем в отношении ряда заболеваний, ведущих к развитию тяжелых осложнений и укорочению жизни, имеются убедительные данные об их наследственном характере (гемофилия, наследственная гиперхолестеринемия, серповидно-клеточная анемия и т.д.). Многие вопросы взаимодействия генов с факторами внешней среды в аспекте комплексного влияния на продолжительность жизни остаются необъяснимыми. Идентификация генов долгожительства не объясняет механизмы здорового старения и долголетия. Исследования показывают, что вклад генетических факторов в продолжительность жизни людей старше 85 лет составляет не более 20–30%, и только 15% долгожителей имеют генетический код «долгожительства». Одной из причин отсутствия надежных доказательств влияния генетических факторов на продолжительность жизни согласно данным мета-анализа является то, что на фоне значительной вариабельности многие гены на индивидуальном уровне оказывают очень слабые эффекты, но в группах при условии конкретных сочетаний генетических вариаций они могут иметь сильное влияние. Результаты анализа 5 исследований долгожителей из США, Европы и Японии поддерживают гипотезу о том, что генетическое влияние на продолжительность жизни возрастает по мере старения (в пожилом возрасте).

«Феномен преждевременного старения»

Одновременно с позитивным генетическим влиянием на продолжительность жизни существует редкая генетическая аномалия – «синдром преждевременного старения» (прогерия). Но, кроме генетически обусловленного заболевания «преждевременного старения», в мире имеет место так называемый «феномен преждевременного старения». Так, в исследовании, выполненном более 20 лет назад по программе ВОЗ, в России документально было подтверждено омоложение процессов атеросклероза (как дегенеративного процесса, сопутствующего старению) среди мужчин умерших в возрасте 20–59 лет. По данным Росстата смертность от ССЗ в трудоспособном возрасте за период с 1990 по 2000 год увеличилась с 137 до 206 на 100 тыс. населения, т.е. с 22,2% до 24,2% от всей сердечно-сосудистой смертности.

Взаимосвязь плохих социально-экономических условий жизни в детстве (что, как предполагают, может лежать в основе феномена «преждевременного старения») с высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте была подтверждена в систематическом обзоре при обобщении результатов 40

международных исследований¹.

Недавно в журнале PNAS представлены результаты изучения процессов старения среди 954 людей, включенных в исследование «Dunedin Study birth cohort» в возрасте 26 лет. В процессе исследования оценивалось несколько биомаркеров физиологического состояния органов и систем (легких, пародонта, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и иммунной систем) в трех временных точках в динамике, охватывающих третье и четвертое десятилетия жизни. К моменту завершения участники исследования одного и того же хронологического возраста (38 лет) значительно отличались по своему «биологическому возрасту», оцениваемому с помощью разработанной для данного исследования методики. Уже к середине жизни часть из людей старели быстрее, чем их сверстники; имели худшие физические показатели здоровья, демонстрировали снижение когнитивных функций и признаки старения мозга, выглядели старше. Авторы отмечают, что сегодня для измерения старения не существует однозначно принятых за стандарт методов, и все методики остаются спорными; поэтому в статье детально обсуждаются подходы к таким исследованиям. Несмотря на несовершенство методик, исследователи считают, что в дальнейшем популяционный анализ процессов старения позволит ответить на ряд вопросов, например: действительно ли среди определенных людей имеет место феномен ускоренного старения (не связанный с генетической аномалией) и если да, то каковы его причины? Ряд исследователей считают, что неблагоприятные условия жизни в раннем детском возрасте, возможно, ускоряют старение еще до развития хронических заболеваний; не исключают возможности влияния «социального градиента здоровья» – у детей, рожденных в бедных семьях, по сравнению с их сверстниками, родившимися в богатых семьях, развивается феномен ускоренного старения².

В России после экономического кризиса 90-х годов термин «феномен преждевременного старения» неоднократно упоминался в ряде отечественных публикаций, и, возможно, этот феномен и сейчас является одной из важных причин высокой смертности в стране]. Вероятно, в основе развития такого феномена лежит комплекс причин, связанный как с социально-экономическими факторами на уровне страны, среды общения, семьи, так и с индивидуальными факторами социального стресса и нездоровым образом жизни.

Бедность, неравенство доходов и социально-экономического статуса

В Докладах ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе неоднократно отмечалось наличие тесной взаимосвязи между социально-экономическим развитием страны, уровнем доходов, социальной защитой и состоянием здоровья населения. Так, в период экономических реформ, обернувшихся массовым обнищанием населения, смертность увеличилась на 37% на фоне более скромных изменений в демографической структуре – доля детей сократилась с 23 до 18% (уменьшилась на 5%) за период с 1990 по 2000 год, доля населения старше трудоспособного возросла – с 18 до 21% (возросла на 3%).

Согласно данным ВОЗ на сегодняшний день имеются убедительные

¹ Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Ann Epidemiol.* 2006;16:91–104. doi: 10.1016/j.

² Daniel W. Belsky, b,1, Avshalom Caspi, d, e, f, Renate Houtsc, Harvey J. Cohena, David L. Corcorane, Andrea Danesef, HonaLee Harringtonc, Salomon Israelh, Morgan E. Levinei, Jonathan D. Schaeferc, Karen Sugdenc, Ben Williams, Anatoli I. Yashinb, Richie Poultonj, and Terrie E. Moffittc. Quantification of biological aging in young adults. *PNAS* July 7, 2015 vol. 112 no. 27 2015 <http://www.pnas.org/content/early/2015/07/01/1506264112.full.pdf>

доказательства того, что градиент смертности проявляется как между богатыми и бедными странами, так и в каждой стране между 5-ю группами населения, разделенными в зависимости от их социально-экономического статуса. ВОЗ обращает внимание и на тот факт, что смертность в бедных и социально незащищенных слоях населения наиболее бедных стран гораздо выше, чем среди аналогичных слоев населения богатых стран. Так, величина градиента в Европе значительно ниже, чем в странах региона Ближнего Востока и Северной Африки.

К наиболее уязвимым группам в плане ассоциации «бедность – плохое здоровье – преждевременная смертность» относятся: алкоголики и наркоманы; лица без определенного места жительства и работы; дети (особенно сироты); мигранты; старики; лица с врожденными инвалидизирующими аномалиями развития. Чем выше удельный вес таких групп риска в обществе, тем хуже показатели общественного здоровья.

Выводы, содержащиеся в докладах ВОЗ, сделаны на основании ряда исследований. Ниже в качестве примеров приводятся только некоторые из них. Была изучена взаимосвязь между неравенством доходов и ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ) при рождении³. В многомерный линейный регрессионный анализ в качестве изучаемых факторов авторы включали неравенство доходов по коэффициенту Джини и уровень дохода на основе валового внутреннего продукта на душу населения (с коррекцией на уровень образования). Для анализа были использованы базы данных а) Италии (за период с 1995 по 2000 год⁴ и б) Организации Объединенных Наций за 2003⁵. Выявлено, что в Италии показатель ОПЖ связан с неравенством доходов отдельных групп населения без статистически значимой взаимосвязи с величиной уровня доходов на душу населения. На основании анализа показателей 21 страны мира авторы выявили сильную отрицательную статистически значимую корреляцию ($r = -0,864$, $p < 0,001$) между ОПЖ и уровнем неравенства доходов. Аналогичный анализ проведен в Испании. Исследователи изучили взаимосвязь между средним уровнем доходов домохозяйств, уровнем неравенства доходов и ОПЖ в 1980 и 1990 годах в 17 испанских регионах. Статистически значимая взаимосвязь между ОПЖ и уровнем неравенства доходов выявлена для женщин, но не для мужчин. Исследователи не выявили статистически значимых взаимосвязей между ОПЖ и средним доходом домохозяйства для мужчин; для женщин такая взаимосвязь была статистически значимой в 1980 году, но не в 1990 году⁶.

Исследование по оценке влияния уровня доходов на продолжительность жизни государственных служащих и членов их семей было проведено в Южной Корее (в исследование включено 4 055 150 человек – 9,1% от общего населения Кореи). Продолжительность наблюдения составила 9 лет; возраст участников исследования – от 0 до 94 лет. Различия в ОПЖ между группами, входящими в максимальный и минимальный квартиль по уровню доходов, составили 6,22 года среди мужчин и 1,74 года среди женщин. Различия в уровне смертности при разном уровне доходов были наиболее выраженными среди лиц в возрасте ≥ 50 лет. Среди мужчин наибольшие различия в уровнях смертности в группах с разным уровнем доходов выявлены при онкологической патологии (рак желудка, печени и легких),

³ Chantal F. Ski, Kathryn M. King-Shier b, David R. Thompson Gender, socioeconomic and ethnic/racial disparities in cardiovascular disease: A time for change. *International Journal of Cardiology* 2014, 3, P 255–257.

⁴ Italy National Institute of Statistics information system.

⁵ the United Nations Development Program's human development indicators database.

⁶ Regidor E1, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in the association between average income, poverty and income inequality and life expectancy in Spain. *Soc Sci Med.* 2003 Mar;56(5):961-71.

сердечно-сосудистых заболеваниях (инсульт), заболеваниях пищеварительного тракта (цирроз печени) и внешних причинах (дорожно-транспортные происшествия и самоубийства). У женщин наибольшие различия выявлены в показателях смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (инсульт и гипертоническая болезнь), внешних причин (транспортные аварии и самоубийства) и так называемых «неточно обозначенных причин смерти» (в соответствии с Международной классификацией болезней и причин смерти)⁷. Близкие результаты были получены в исследовании, выполненном в Великобритании, в котором оценивалось влияние социально-экономического индекса на смертность от рака яичников среди 54539 женщин. При оценке уровня смертности от всех причин с учетом других клинических и демографических факторов среди самых «обездоленных» женщин по сравнению с женщинами «из среднего класса» уровень смерти был значительно выше (отношение рисков = 1,42, 95% ДИ = 1.14-1.78)⁸. Еще в одном исследовании выявлено, что относительный риск смерти среди мужчин IV и V социально-экономической группы (механики, водители, неквалифицированные рабочие) по сравнению с I, II и III группами (руководители ведомств, служб, компаний, инженеры и т.д.) был выше почти на 70% через 8 лет ($P < 0.05$) и 15 лет ($P < 0.001$) и почти на 60% – через 22 года ($P < 0.001$)⁹.

Уровень социально-экономического развития страны, бедность населения и неравенство доходов влияют не только на популяционную, но и госпитальную смертность. Многофакторный анализ, с учетом исходных индивидуальных клинико-демографических характеристик пациентов и используемой медикаментозной терапии показал, что риск смерти от инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов, проживающих в Восточной Европе, выше (отношение шансов – ОШ = 1.24; $p < 0.001$) по сравнению с пациентами, проживающими в странах Северной Америки. В то же время у пациентов, проживающих в странах Западной Европы (ОШ = 0.93; $p = 0.045$) и Японии (ОШ = 0.67; $p < 0.001$) риск смерти ниже, чем в США и Канаде¹⁰.

На основании системного анализа публикаций по проблеме выявлено, что существующие данные не могут пока в полной мере объяснить градиент состояния здоровья между группами населения, принадлежащими к разным социально-экономическим слоям общества. Влияние социально-экономических факторов опосредованное, и градиент в состоянии здоровья между отдельными популяционными группами можно объяснить тремя составляющими: качеством питания и условиями жизни; соотношением физической и умственной работы, факторами, до сих пор трудновывяемыми с помощью статистики (например, качество жизни в детском возрасте)¹¹.

⁷ Khang YH1, Yang S, Cho HJ, Jung-Choi K, Yun SC. Decomposition of socio-economic differences in life expectancy at birth by age and cause of death among 4 million South Korean public servants and their dependents. *Int J Epidemiol.* 2010 Dec;39(6):1656-66. doi: 10.1093/ije/dyq117. Epub 2010 Jul 20.

⁸ Bailey K, Ryan A, Apostolidou S, Fourkala E, Burnell M, Gentry-Maharaj A, Kalsi J, Parmar M, Jacobs I, Pikhart H, Menon U. Socioeconomic indicators of health inequalities and female mortality: a nested cohort study within the United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *MC Public Health.* 2015 Mar 17;15:253.

⁹ Sudicania P, Heina Hans Ole, Gyntelberga F Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in middle-aged men: importance of the duration of follow-up. *The Copenhagen Male Study.* // *International Journal of Epidemiology* 2001;30:248-255.

¹⁰ Ducrocq G, Bhatt D, Labreuche J, Corbalan R, Porath A, Gao R, Panchenko E, Liau C, Ikeda Y, Goto S, Amarenco P, Steg P. Geographic differences in outcomes in outpatients with established atherosclerotic disease: Results from the REACH Registry. *Eur J Prev Cardiol.* 2013 Aug 21.

¹¹ Apouey BH. Health policies and the relationships between socioeconomic status, access to health care, and health. *Isr J Health Policy Res.* 2013 Dec 19;2(1):50.

По данным ВОЗ связь между доходом и продолжительностью жизни наиболее выражена в самых бедных регионах Европы и ослабевает по мере роста уровня доходов, а на уровне выше 12000 евро корреляция становится практически незаметной.

Социальный стресс

Тесно взаимосвязаны с социально-экономическими причинами факторы социального стресса, к которым относят плохое жилье, отсутствие определенного места жительства, неуверенность в сохранении места работы; наличие вредной, опасной или связанной с постоянным стрессом и депривацией работы, дискриминация, отсутствие перспектив служебного роста, необходимость прилагать все усилия для того, чтобы прокормить семью и вырастить детей в трудных условиях, исключение из жизни общества, неадекватное пенсионное обеспечение. Отечественные ученые в конце прошлого и начале нынешнего века¹², на основании анализа факторов, влияющих на показатели смертности в регионах России за период социально-экономических реформ также пришли к выводу о значительной роли социального стресса в изменении показателей смертности. Регрессионный анализ по панельным данным также показал, что уровень социального стресса оказывает значимое влияние на уровень смертности. Уровень социального стресса авторы определяли на основании комбинированного показателя, в состав которого включили отношение среднедушевых денежных доходов населения к величине прожиточного минимума в регионе, соотношение браков и разводов, уровень безработицы, прерывание беременности, алкоголизм¹³.

Социальная поддержка и социальная интеграция

Термин «социальная поддержка» в российских законодательных документах определяется как предоставление денежных выплат или натуральных благ в дополнение к основным видам социального обеспечения (пенсиям, пособиям). В то же время в научно-исследовательских работах социальную поддержку рассматривают как заботу о членах семьи, друзьях, знакомых; эмоциональный «двунаправленный» обмен. Ряд работ выявили тесную взаимосвязь социальной поддержки с более низким уровнем смертности, в то время как социальная изоляция ассоциировалась с повышением уровня смертности. В одном из крупнейших исследований (32624 мужчин – медицинских работников) выявлено, что те, у кого уровень социальной поддержки был самый низкий, имели более высокий риск сердечно-сосудистой смертности¹⁴. Аналогичные результаты были получены в более раннем исследовании: смертность от всех причин значимо ниже у социально интегрированных лиц¹⁵. Под социальной интеграцией исследователи подразумевали активный межличностный обмен информацией, существование и развитие социальных связей, участие в групповых мероприятиях (семейных встречах, групповых играх, религиозном общении и тд), эмоциональную и материальную

¹² Стародубов В.И., Иванова А.В., Семина В.Г., и др. Динамика и прогнозы здоровья населения России в социальном контексте 90-х годов//Главврач,-2002,-№8,- стр13-32, Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. 2002. № 2. С. 54-65.

¹³ Кручек, М.М. Молчанова Е.В. Исследование медико-демографических процессов в регионах России методом регрессионного анализа по панельным данным. // Региональная экономика: теория и практика. - 2013. - № 18. - С. 41-50.

¹⁴ Kawachi I1, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, Willett WCA prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. J Epidemiol Community Health. 1996 Jun;50(3):245-51.

¹⁵ Smith GD, Shipley MJ, Rose G. Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. J Epidemiol Community Health 1990; 44:265–70.

поддержку членов сообщества.

Образование

Взаимосвязь между уровнем образования и показателями смертности была показана в ряде исследований.

Выявлены значительные различия в продолжительности жизни и уровнях смертности между образованными и малообразованными людьми в США и 11 странах Западной Европы¹⁶.

Оценка влияния уровня образования (высшее, среднее, ниже среднего) на продолжительность жизни в Эстонии, Российской Федерации, Чешской Республике и Финляндии проведена Школьниковым В.М. и Андреевым Е.М.¹⁷. Авторы показали, что уровень образования имеет различную значимость влияния в разных странах. Так, в Финляндии и Чехии увеличение продолжительности жизни с 1988–89 по 1998–99 годы отмечено во всех рассматриваемых подгруппах населения с небольшим различием в группах с разным уровнем образования. В то же время в Эстонии и России отмечалась менее благоприятная динамика показателей ожидаемой продолжительности жизни на фоне значительных различий в зависимости от уровня образования (снижение продолжительности жизни среди лиц с низким и средним образованием и увеличение среди лиц с высшим образованием). По данным ВШЭ именно уровень образования в России является фактором, оказывающим значимое влияние на уровень младенческой смертности¹⁸. Но, как отмечает автор, анализ выполнен до 2006 года, поскольку «на протяжении последних 10 лет нет информации о влиянии образования и других социальных факторов на уровень младенческой смертности».

Исследователи также считают, что уровень образования влияет на здоровье и показатели смертности опосредованно, через образ жизни, который ведут лица, принадлежащие к той или иной социально-экономической группе. Люди с более низким уровнем образования имеют более низкий финансовый достаток, у них часто нет медицинской страховки, постоянного места жительства, они плохо осведомлены о факторах риска, симптомах болезней, возможностях получения медицинской помощи. Так, согласно исследованию ЭССЕ распространенность факторов риска сердечно-сосудистых событий тесно сопряжена с уровнем образования¹⁹.

Окружающая среда

Изучение неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды

¹⁶ Mackenbach JP, Cavelaars AE, Kunst AE, Groenhouf F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. *Eur Heart J*. 2000;21:1141–1151. Jemal A¹, Ward E, Anderson RN, Murray T, Thun MJ. Widening of socioeconomic inequalities in U.S. death rates, 1993-2001. *PLoS One*. 2008 May 14;3(5):e2181. doi: 10.1371/journal.pone.0002181; Montez Jennifer K., et al. Why Is the Educational Gradient in Mortality Steeper for Men? *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 2009;(64):625–634, Ross Catherine E., et al. Education and the Gender Gaps in Health and Mortality. *Demography*. 2012;49(4):1157–83.

¹⁷ Shkolnikov VM1, Andreev EM, Jasilionis D, Leinsalu M, Antonova OI, McKee M. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Oct;60(10):875-81.

¹⁸ Кваша Е. Дифференциация младенческой смертности по уровню образования матери в регионах России в конце 80-х - середине 90-х годов 20 века <http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/analit06.php>

¹⁹ Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Ильин В.А., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Оганов Р.Г., Ощепкова Е.В., Романчук С.А., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. *Профилактическая медицина*. 2014.- N 5.-С.42-52.

(загрязнение воды, почвы и окружающего воздуха) на здоровье является сложной задачей. Оно требует проведения оценки очень большого объема фактических данных, научных работ, в которых рассматриваются вопросы воздействия загрязняющих веществ, а также токсикологические и эпидемиологические данные о неблагоприятных последствиях для здоровья. Была изучена взаимосвязь между загрязнением воздуха твердыми частицами (основными компонентами такого загрязнения являются аммоний, сульфат, нитрат, элементарный углерод, органические вещества углерода, натрий, кремний) и ОПЖ в 95 округах США за период с 2002 по 2007 год. Анализ проводился с помощью регрессионного линейного анализа с учетом доступных социально-экономических, демографических переменных, данных о курении и стратификации по городским и сельским округам. Авторы выявили, что: (1) снижение сульфата в воздухе в динамике было связано с увеличением ОПЖ; (2) снижение аммония и натрия связаны с увеличением ОПЖ только в сельских округах²⁰.

В исследовании по оценке глобального бремени болезней²¹ указана негативная роль таких факторов, как загрязнение окружающего воздуха в результате использования твердого топлива, в результате вредных выбросов в атмосферу, отсутствие доступа к чистой питьевой воде²². По оценкам Европейского регионального Бюро ВОЗ в Европе загрязнение атмосферного воздуха привело к сокращению ОПЖ на 8 мес., а на наиболее загрязненных территориях – на 13 мес. В России по данным Ревича Б.А. с соавторами ежегодная дополнительная смертность вследствие повышенного уровня загрязнения атмосферного воздуха составляет около 40 тыс. чел²³.

Климат

В ряде исследований показана взаимосвязь климата и показателей смертности населения. Большинство исследований свидетельствует о значительном приросте уровня смертности в периоды экстремальной жары (волны жары) в ряде регионов планеты. В Европе в 2003 г. Европейской комиссией был инициирован проект «Изменение климата и стратегии адаптации для здоровья человека». В рамках проекта создается единая информационная база, включающая данные по метеорологии (средняя температура воздуха за каждые три часа, влажность, скорость ветра, направление ветра, высота над уровнем моря, площадь снегового покрова, уровень солнечной радиации) и данные о смертности. Понятия жары и холода определяются индивидуально не только для каждой климатической зоны, но и для отдельных городов и особенно мегаполисов. Для европейских городов определен температурный порог, выше которого начинает расти смертность населения. Для Хельсинки он равен +23,6°C, для средиземноморских городов он, естественно, намного выше и в среднем составляет +28°C. Предварительные результаты, полученные в рамках этого проекта, свидетельствуют о том, что увеличение температуры на 1°C выше определенного порога приводит к увеличению смертности населения на 1,8–3,0% (без учета внешних причин). Однако в северных городах России длительные и экстремальные периоды холода

²⁰ Dominici F1, Wang Y, Correia AW, Ezzati M, Pope CA 3rd, Dockery DW. Chemical Composition of Fine Particulate Matter and Life Expectancy: In 95 US Counties Between 2002 and 2007. *Epidemiology*. 2015 Apr 22.

²¹ «Global Burden of Disease. Seattle» (IHME, 2013).

²² Members of the US Burden of Disease Collaborators The State of US Health, 1990-2010 Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors // *JAMA*. doi:10.1001/jama.2013.13805.

²³ Ревич Б.А., Авалиани С.Л., Тихонова Г.И. Экологическая эпидемиология. М.: Изд. центр «Академия», 2004.

оказывают более сильное влияние на уровень смертности населения, чем периоды экстремальной жары. Еще более 30 лет назад В.М. Школьниковым было показано, что для России характерен северо-восточный вектор нарастания уровня смертности. За последующие годы общая направленность вектора не изменилась²⁴.

Алкоголь

Значительное число исследований посвящено влиянию алкоголя на показатели смертности. В панельном анализе выявлена значимая взаимосвязь объемов душевой реализации водки, пива и остального алкоголя на коэффициенты смертности трудоспособного населения регионов Российской Федерации за период с 1999 по 2009 год²⁵; аналогичные данные получены другими исследователями²⁶. В то же время многие отечественные специалисты обращают внимание на неадекватный учет смертности от этой причины - большая часть случаев смерти на фоне алкогольных висцеропатий (нарушений функций внутренних органов) входит в структуру смертности от заболеваний внутренних органов, поскольку четкие критерии дифференциальной диагностики отсутствуют. Кроме того, алкогольная смерть считается «оскорбительной» для памяти умершего и неудобной для родственников. Поэтому в графу «Отравление алкоголем» обычно попадают лишь одиночки, люди без определенного места жительства и неопознанные трупы, а остальная часть смертности от алкогольных отравлений маскируется другими причинами, прежде всего сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таким образом, смертность от указанной причины повсеместно занижается. Е.М. Андреев и А.В. Немцов неоднократно публиковали работы, в которых приводили доказательства 20–25% вклада алкоголя в показатели мужской смертности. В крупном перспективном исследовании, включавшем 200 тыс. россиян, убедительно показано, что злоупотребление алкоголем является одним из наиболее значимых факторов смерти в возрасте 35–74 года. Среди мужчин-курильщиков, у которых не было заболеваний на момент включения в исследование, 20-летний риск смерти составил 16% для возраста 35–54 года при потреблении 1 бутылки водки в неделю, 20% – при потреблении 1,1–3 бутылок водки в неделю и 35% при потреблении более 3 бутылок водки в неделю. Для возраста 55–74 года эти риски составили 50%, 54% и 64% соответственно²⁷.

Эти данные подтверждаются результатами мета-анализа, в котором авторы обобщили результаты девяти когортных исследований, включающих 62 950 участников²⁸. Выявлена очень слабая взаимосвязь между смертностью и низким

²⁴ Концевая, М.М. Лукьянов, Ю.А. Баланова В.Г. Кляшторный, М.Б. Худяков. С.А. Бойцов Социально-экономический ущерб, вызванный избыточной смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний в зимний период в регионах Российской Федерации с различными климатогеографическими характеристиками А. В. // Профилактическая медицина. - 2014. - Т. 17, № 6. - С. 21-25; Petitti DB1,2, Hondula DM, Yang S, Harlan SL, Chowell G. Multiple Trigger Points for Quantifying Heat-Health Impacts: New Evidence from a Hot Climate. Environ Health Perspect. 2015 Jul 28.

²⁵ Иноземцев Е.С. Панельный анализ влияния потребления алкоголя на смертность в РФ Казанская наука. 2010. № 7. С. 52-58.

²⁶ Андреев Е. Избыточная смертность мужчин в рабочих возрастах.// Бюллетень Население и общество. 2001№35-36. - Электронная версия на сайте demoskop.ru; Немцов А.В., Терехин А.Т. Связанная с алкоголем сердечно-сосудистая смертность в России. Профилактическая медицина. 2008. Т. 11. № 2. С. 23-31.

²⁷ Zaridze D, Sarah Lewington, Alexander Boroda, Ghislaine Scélo, Rostislav Karpov, Alexander Lazarev, Irina Konobeevskaya, Vladimir Igitov, Tatiyana Terechova, Paolo Boffetta, Paul Sherliker BA, Xiangling Kong, Gary Whitlock†, Jillian Boreham, Paul Brennan, Richard Peto Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults The Lancet, Early Online Publication.

²⁸ Jayasekara H, English DR, Room R, Maclnnis RJ. Alcohol consumption over time and risk of death: a systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol. 2014 May 1;179(9):1049-59.

уровнем потребления алкоголя в течение длительного времени у мужчин, но при потреблении более 30 г. (чистого алкоголя) в день риск смерти значительно возрастал по сравнению с трезвенниками. Относительные риски смерти составили 1,19 (95% доверительный интервал (ДИ): 0,89, 1,58) для тех, кто употреблял 30–59 г/день и 1,52 (95% ДИ: 0,78, 2,98) для тех, кто употреблял 60 или более г/день. Исследований о влиянии потребления алкоголя на смертность среди женщин по мнению авторов недостаточно, чтобы сделать однозначные выводы.

Популяционные исследования взаимосвязи потребления алкоголя на душу населения и смертности не всегда подтверждают его негативное влияние. Так, данные анализа динамики смертности в Эстонии и Латвии в начале 1990-х годов свидетельствуют, что в странах имело место снижение смертности от болезней системы кровообращения на фоне роста потребления алкоголя²⁹. В докладе ВОЗ, основанном на анализе международных исследований по данному вопросу, отмечается, что связь смертности и потребления алкоголя не прямая, и вредное воздействие зависит не только от количества потребляемого алкоголя, но и от его качества, вида, той социальной среды, в которой алкоголь потребляется, степени маргинализации потребителей алкоголя. По данным этого же доклада тенденция к росту смертности от потребления алкоголя отмечается среди групп населения с низким социально-экономическим статусом как в развитых, так и развивающихся стран.

Нездоровый образ жизни и профилактические программы

Впервые доказательства влияния определенных индивидуальных биологических факторов и факторов образа жизни на уровень смертности были получены в рамках Фрамингемского исследования, стартовавшего в США в 1948 году. Было показано, что основными факторами риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом, являются высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, триглицеридов и холестерина ЛПВП в крови, курение, ожирение, сахарный диабет, низкий уровень физической активности, возраст и пол. Прогностическая значимость факторов риска в отношении смертности для стран с различной экономикой и культурой была подтверждена в период с 1956 по 1970 год в рамках Исследования Семи Стран. В последующие десятилетия проведены сотни исследований по оценке влияния индивидуальных поведенческих факторов, особенностей питания, биологических показателей организма на риск развития жизнеугрожающих состояний и заболеваний, преждевременной смерти от них.

В международном исследовании по оценке глобального бремени болезней экспертным путем выделены 67 факторов риска (ФР) преждевременной смерти. В число факторов риска входят такие общеизвестные, как артериальная гипертензия, табакокурение, низкое потребление фруктов и овощей, злоупотребление алкоголем, повышенный ИМТ, повышенный уровень глюкозы крови и холестерина, низкая физическая активность, высокое потребление соли, а также менее известные – низкое потребление продуктов с содержанием цельных зерен, орехов, клетчатки, морепродуктов с высоким содержанием омега-3 жирных кислот, высокое потребление мяса, употребление наркотиков, недоедание в детском возрасте, неправильное грудное вскармливание, дефицит железа, сексуальное насилие и ряд других факторов. Согласно результатам данного исследования наибольший негативный эффект в странах Центральной Европы оказывают такие факторы, как

²⁹ Pajak A, Kozela B. Cardiovascular Disease in Central and East Europe. Public Health Reviews 33;2:416-435.

повышенный уровень АД, курение, избыточный ИМТ, злоупотребление алкоголем и низкое потребление фруктов; в странах Восточной Европы – злоупотребление алкоголем, повышенный уровень АД, курение, избыточный ИМТ и низкое потребление фруктов; в странах Западной Европы – курение, повышенный уровень АД, курение, избыточный ИМТ, злоупотребление алкоголем. По данным исследования ЭССЕ для Российской Федерации наиболее значимыми являются курение и АГ.

На основании анализа результатов международных исследований показано, что значительное снижение смертности от ССЗ вызвано главным образом снижением распространенности и выраженности факторов риска, обусловленных образом жизни. Вклад мер профилактики ССЗ, реализуемых в основном на популяционном уровне, за 10–20 летний период суммарно для всех стран составил 56%, вклад факторов лечения составил 39% и 5% успеха были отнесены к неопределенным факторам³⁰.

Несмотря на достижения в области профилактической медицины, в исследованиях показано также, насколько трудно повлиять на образ жизни людей и устранить факторы риска. Так, было выявлено, что распространенность здорового образа жизни в настоящее время низкая во всех странах и минимальна в бедных странах. В исследовании PURE участвовали 153 996 пациентов в возрасте от 35 до 70 лет, у которых выявлены различные формы ИБС и/или ОНМК в анамнезе (3 страны с высоким уровнем доходов, 7 стран с доходами выше среднего уровня, 3 страны со средним уровнем доходов и 4 страны с низким уровнем доходов). Даже при наличии заболевания бросили курить 74,9% пациента (95% ДИ, 71,1%-78,6%) в странах с высоким уровнем доходов; 56,5% (95% ДИ, 53,4%-58,6%) – в странах с доходами выше среднего уровня; 42,6% (95% ДИ, 39,6%-45,6%) – в странах со средним уровнем доходов; и 38,1% (95% ДИ, 33,1%-43,2%) – в странах с низким уровнем доходов. Самая низкая распространенность здорового питания зарегистрирована в странах с низким уровнем доходов (25,8%; 95% ДИ, 13%-44,8%), в странах с высоким уровнем доходов – 43,4% (95% ДИ, 21%-68,7%)³¹.

Уровень развития и доступность медицинской помощи

Вклад медицинских факторов, системы здравоохранения в целом оценить еще сложнее. Достижения медицины оказывают двойное влияние на показатели заболеваемости, смертности и продолжительность жизни. С одной стороны, в результате отдельных научных достижений наблюдается быстрое и значимое снижение смертности и увеличение продолжительности жизни. Пример тому – профилактика (вакцинация) и антибактериальное лечение многих инфекционных заболеваний. В то же время некоторые новые технологии, выявляя заболевания на ранней стадии, обуславливают только удлинение периода «знания» человеком о своем патологическом состоянии. Использование некоторых технологий вызывают феномен так называемой отсроченной смертности: новорожденные с тяжелыми врожденными пороками развития, наследственными заболеваниями, родовыми травмами умирают не сразу, но продолжительность их жизни короче по сравнению со здоровыми новорожденными.

³⁰ Бойцов С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира. Профилактическая медицина 2013; 5: 9-19.

³¹ Teo K1, Lear S, Islam S, Mony P, Dehghan M, Li W, Rosengren A, Lopez-Jaramillo P, Diaz R, Oliveira G, Miskan M, Rangarajan S, Iqbal R, Ilow R, Puone T, Bahonar A, Gulec S, Darwish EA, Lanas F, Vijaykumar K, Rahman O, Chifamba J, Hou Y, Li N, Yusuf S; PURE Investigators. Prevalence of a Healthy Lifestyle Among Individuals With Cardiovascular Disease in High-, Middle- and Low-Income Countries The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study JAMA. 2013;309(15):1613-1621 www.jama.com.

Значительно более высокая продолжительность жизни в странах Западной Европы по сравнению со странами Восточной Европы (несмотря на высокую распространенность факторов риска на индивидуальном уровне, особенно среди мужчин во всех странах) обусловлена лучше организованной и более эффективной системой здравоохранения, успешной политикой в области охраны здоровья (меры по борьбе с курением, дорожно-транспортными авариями) в странах Западной Европы. В то же время авторы указывают, что в странах и Западной, и Восточной Европы нарастают различия в доступности профилактических мероприятий и медицинской помощи для пациентов из разных социально-экономических слоев общества, что приводит к значительному градиенту состояния здоровья и уровня смертности³². Аналогичная ситуация отмечается в США. Устойчивое снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которое началось в США с 1970-е годы, возможно, приостановится, если население не будет соблюдать меры профилактики и не будет иметь доступ к адекватному лечению. Ожидается, что число случаев сердечно-сосудистых заболеваний в США вырастет примерно на 10 процентов в период с 2010 по 2030 год; значительную роль играет нарастающий градиент сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности между белыми и афроамериканцами³³. Из-за высоких затрат на оплату лечения от 10% до 20% онкологических пациентов не получают необходимого лечения или идут на компромисс, принимая препараты реже, чем это требуется в соответствии со схемами лечения, что ухудшает выживаемость³⁴. В этой связи очень сложно выделить влияние отдельных медицинских вмешательств на популяционное здоровье и смертность населения. Одни и те же мероприятия, реализуемые в рамках системы здравоохранения, дадут разные результаты в разных группах населения в зависимости от системы организации и финансирования медицинской помощи, готовности пациентов или лиц с факторами риска развития заболеваний к сотрудничеству, степени приверженности к выполнению врачебных рекомендаций.

Другие факторы

Кроме традиционно изучаемых, влияющих на продолжительность жизни и смертность, факторов, есть исследования, оценивающие достаточно необычные показатели.

Иранскими исследователями изучена взаимосвязь между продолжительностью жизни и индексом глобального миролюбия (global peace index)³⁵. Индекс разработан социологами и экономистами Института мира совместно с Сиднейским университетом и учитывает как внутренние факторы, например, уровень насилия в стране и преступность, так и внешние — международные отношения страны, расходы на военные нужды и другие параметры. В экологическое исследование были включены данные о продолжительности жизни в 158 странах за период с 2007 по 2012 год. Авторами выявлено, что глобальный индекс миролюбия имеет статистически значимую отрицательную взаимосвязь с продолжительностью жизни (стандартизированный коэффициент $-0,039$; 95% ДИ: -

³² Mackenbach JP1, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet*. 2013 Mar 30;381(9872):1125-34.

³³ Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132:00-00.

³⁴ In Support of a Patient-Driven Initiative and Petition to Lower the High Price of Cancer Drugs *Mayo Clin Proc*. 2015 Volume 90, Issue 8, Pages 996–1000

³⁵ Yazdi Feyzabadi V1, Haghdoost A2, Mehrolhassani MH3, Aminian Z3. The Association between Peace and Life Expectancy: An Empirical Study of the World Countries. *Iran J Public Health*. 2015 Mar;44(3):341-51

0,058 -0,019) и эта взаимосвязь сохраняется после учета таких факторов, как индекс образования (-0,019; 95% ДИ: -0,035, -0,003), валовый национальный доход (-0,035; 95% ДИ: -0,055, -0,015), и оба фактора – валовый национальный доход на душу населения и индекс образования (-0,017; 95% ДИ: -0,033, -0,001). Согласно представленной авторами регрессионной модели 61% различий в продолжительности жизни между странами может быть объяснено тремя перечисленными факторами. По мнению авторов, это означает, что правительства стран должны прилагать усилия к разрешению конфликтов мирным путем, строить политику, основанную на расширении контактов и взаимодействии между государствами.

В экологическом исследовании выявлена взаимосвязь между ожидаемой продолжительностью здоровой жизни (ОПЗЖ) при рождении со средним коэффициентом близкородственных браков на основе имеющихся данных 63 стран. Статистический анализ показал, что ОПЗЖ отрицательно коррелирует с коэффициентом близкородственных браков и положительно с валовым национальным доходом на душу населения соответственно ($p < 0,001$). Страны были разделены в соответствии с их ВНД на душу населения в странах с низким и высоким уровнем доходов. В странах с высоким уровнем дохода на душу населения корреляция между ОПЗЖ и коэффициентом близкородственных браков составила для мужчин $r = -0,399$ ($p = 0,001$); для женщин – $r = -0,683$ ($p < 0,001$). В азиатских и африканских странах, где близкородственные браки распространены часто, после учета влияния валового национального дохода на душу населения, взаимосвязь между ОПЗЖ при рождении и коэффициентом близкородственных браков оказалась еще более значительной (для мужчин – $r = -0,819$, $p = 0,004$; для женщин – $r = -0,936$, $p < 0,001$)³⁶.

Некоторые отечественные исследователи связывают более высокие показатели смертности в России по сравнению с экономически развитыми Европейскими странами, США, Канадой, Японией с еще более трудноформализуемыми (и, следовательно, недоказуемыми с помощью статистики) показателями: недостаточной модернизацией социальных, политических и экономических институтов, с неизжитыми архаизмами в массовом сознании и поведении, а также с наличием серьезных кризисных процессов в обществе³⁷.

Вклад одних и тех же факторов на индивидуальном уровне и на уровне популяции проявляется по-разному [67]. По данным мета-анализа (включены результаты 120 исследований, выполненных в разных странах мира и оценивающих разнообразное ФР на показатели смертности)³⁸:

на индивидуальном уровне на показатели смертности наибольшее влияние оказывают такие факторы, как образование, бедность, вид страхового покрытия в случае развития заболевания, социальный статус, связанный с занимаемой должностью; стресс на работе, уровень социальной поддержки, уровень дискриминации, жилищные условия.

на популяционном уровне (региона, популяционной выборки) наибольшее влияние оказывают уровень бедности, неравенство доходов, уровень преступности и насилия, степень загрязнения окружающей среды, наличие «зеленых зон».

³⁶ Saadat M1. Association between healthy life expectancy at birth and consanguineous marriages in 63 countries. *J Biosoc Sci.* 2011 Jul;43(4):475-80. doi: 10.1017/S0021932011000034. Epub 2011 Feb 10.

³⁷ Морозов С. Д. Заболеваемость и смертность мужчин и женщин России в 1990-х гг. *Женщина в российском обществе.* 2013. № 2 (67). С. 85-93.

³⁸ Galea S, Tracy M, Hoggatt K. J.; DiMaggio C, Karpati A. Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States. *American Journal of Public Health.* 2011; 101(8): 1456-1465.

Несмотря на многочисленные исследования по проблеме комплексной оценки факторов, влияющих на показатели смертности, доказать вклад каждого из факторов с помощью методов статистики на уровне популяции очень сложно. Результат (показатели смертности) зависит от баланса и взаимодействия всех рассмотренных выше факторов, оказывающих часто противоположное влияние на продолжительность жизни. Так, например, более высокая смертность среди мужчин низкого социально-экономического класса, наблюдалась на фоне более высокой распространенности среди них курения, злоупотребления алкоголем; тяжелой физической работы, но вклад каждого из факторов рассчитать невозможно, поскольку они присутствуют и действуют во взаимосвязи друг с другом. Кроме того, как было выявлено, наличие трех и более факторов риска (артериальная гипертензия, курение, низкая физическая активность) прямо коррелирует с низким доходом, низким образованием, отсутствием постоянной работы и дома. Другой пример на уровне стран – распространенность факторов риска, выявленная в Российском исследовании «Эссе» (низкое потребление овощей и фруктов – 43% участников и чрезмерное употребление алкоголя – 6,4%) почти в 2,5 раза ниже, чем в аналогичном исследовании в Германии, где высокое потребление алкоголя отметили 17,9% опрошенных, а низкое потребление овощей – 90%. Однако смертность от всех причин и сердечно-сосудистых заболеваний в Германии (по данным ВОЗ, 2012) – 512 и 195 на 100 тыс. населения – показатель более, чем в 2 раза меньше, чем в России. Таким образом (не исключая влияния использования несколько отличающихся критериев и возрастных различий выборок), распространенность факторов риска в Германии нивелируется, вероятно, более высоким уровнем экономического развития страны, в том числе медицинской помощи. Согласно полученным нами данным, данным других исследователей взаимосвязь показателей смертности и социально-экономических параметров, ресурсного обеспечения системы здравоохранения на уровне линейных зависимостей, положенных в основу большинства статистических методов анализа, часто оказывается слабой или отсутствует вовсе.

Большинство экспертов, участвующих в проведении исследований, подчеркивают, что многие неблагоприятные факторы воздействуют на одних и тех же людей, а их влияние на здоровье в процессе жизни носит кумулятивный характер. Комбинация факторов может приводить не к суммированию их влияния, а к кратному увеличению значимости с формированием «порочного круга болезнетворного обнищания» (с одной стороны, бедность способствует развитию многих болезней, а болезни, с другой, способствуют бедности и снижают конкурентоспособность страны). В свою очередь факторы социального стресса (отсутствие или потеря работы, бедность, одиночество) могут быть следствием плохого здоровья, а не наоборот. Следует отметить, что в исследованиях по оценке влияния разных факторов на продолжительность жизни используются разные методологические подходы организации исследований, для анализа выбираются различные факторы, в итоге до сих пор неизвестным остается количественный вклад отдельных факторов в показатели смертности и продолжительность жизни.

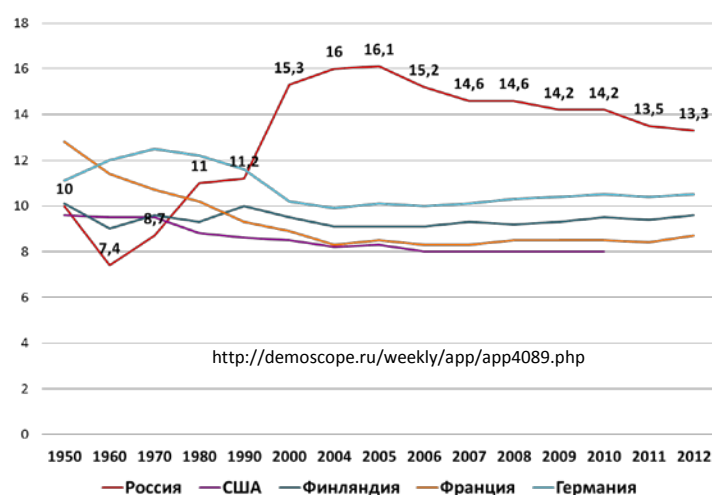
Интересно то, что не потеряли своей актуальности представленные более 250 лет назад предложения М.В. Ломоносова по снижению смертности в России – «всеми мерами содействовать более разумному образу жизни; отказаться от изнурений себя в Великий пост, что «здоровья своего никоею мерою починить не могут, употребляя грубую постную пищу, которая и здоровому желудку тягостна»; вести борьбу с болезнями путем организации надлежащей медицинской помощи и широко распространять медицинские знания; устранять причины смерти от несчастных случаев» (цит. по М.Б. Глотову 2012 г.).

Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую продолжительность жизни в Российской Федерации³⁹

На первом слайде показана динамика общего коэффициента смертности в нашей стране, а также в США, Финляндии, Франции и Германии, начиная с 1950 года. Обращает на себя внимание, во-первых, что уровень смертности в нашей стране на уровне 1960 года был заметно меньше, чем в этих странах.

Второй момент, почему стала снижаться смертность в западных странах? По всей видимости, это главным образом в период до начала 90-х годов было связано с реализацией мер по коррекции факторов риска, которые стали понятны как значимые причины смерти после окончания результатов Фремингемского исследования⁴⁰, которое в начале 50-х годов показало, что именно факторы риска, связанные с нездоровым образом жизни, наиболее существенно влияли в тот период времени на смертность и ожидаемую продолжительность жизни.

Динамика общего коэффициента смертности населения в России, США, Франции, Финляндии и Германии (на 1000 населения)



К началу 90-х годов стали заметными уже и результаты лечебного процесса, поскольку медицина из диагностической стала реально лечебной медициной. Во-первых, это контроль артериального давления и широкое внедрение операции коронарного шунтирования. Заметны были уже к тому времени успехи в лечении сердечной недостаточности.

Затем обратите внимание, к началу 2000-х годов происходит замедление снижения и потом полное прекращение снижения роста смертности в этих странах, хотя к тому моменту было внедрено уже много новых лечебно-диагностических технологий. Во-первых, появились лекарства, понижающие холестерин в крови – статины, как средства очень широкого, массового применения. Во-вторых, повсеместным стало коронарное стентирование. Тем не менее, может быть, в связи

³⁹ Материалы выступления Бойцова С.А. на Научно-методическом семинаре Аналитического управления Аппарата Совета Федерации на тему «О реализации мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их профилактике», 15 октября 2015 года.

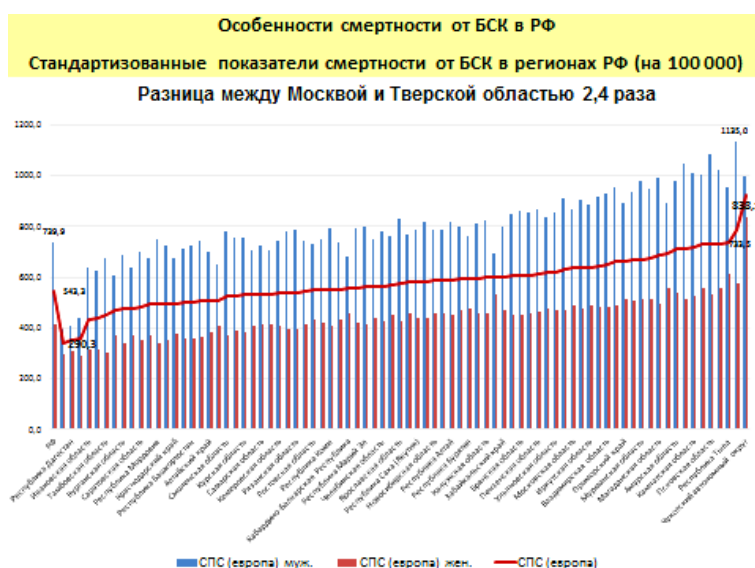
⁴⁰ Фремингемское исследование (Framingham Heart Study) – исследование, направленное на изучение о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Исследование, проводимое в городе Фремингем в штате Массачусетс США Национальным институтом сердца, началось в 1948 году и продолжается и в настоящее время. В исследовании принимают участие более 5000 жителей Фремингема, как мужского, так и женского пола. Исследованию подверглись уже четыре поколения жителей Фремингема.

с тем, что распространенность факторов риска уже была велика, это и затормозило снижение роста смертности.

Хотя анализ показывает, что, например, в Великобритании в сравнении с последним 20-летием XX века, в течение первых десяти лет XXI столетия динамика смертности главным образом уже менялась не вследствие коррекции факторов риска, а именно вследствие лечебных мероприятий. А потом опять появляется в этих странах тенденция к росту. Кстати, в Финляндии, которую мы очень часто используем в качестве позитивного примера, также наблюдается рост смертности и финны это связывают с ростом распространенности ожирения и ростом расти уровень холестерина у них в крови.

А почему стала расти смертность в нашей стране, начиная с 1960 года? Возможно, феномен постарения населения сработал. Но есть еще один очень значимый фактор, на который еще в свое время указывал академик Гогин Евгений Евгеньевич — фактор урбанизации.

Если посмотреть долю городского населения до начала 50-х годов, она в нашей стране была не более 50 процентов. И потом пошел резкий рост с начала 60-х годов. А урбанизация — это в первую очередь изменение характера питания и, самое главное, это рост артериальной гипертонии, особенно в тот период времени, когда ее не умели реально контролировать. И при отсутствии системных мер по снижению распространенности факторов риска на государственном уровне, к сожалению, мы не смогли противопоставить лечебными мерами того времени и всей нашей мощной системой здравоохранения что-либо реально, чтобы этот рост остановить.

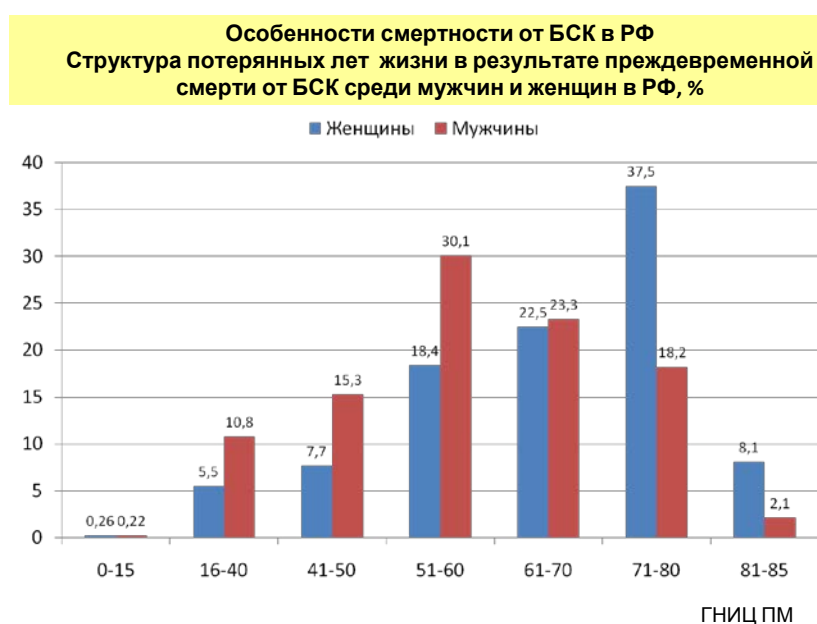


Очень важным специфическим фактором смертности в нашей стране является очень большая вариабельность между регионами. Например, разница в коэффициенте смертности между Москвой (стандартизованный показатель) и Тверской областью достигает 2,4 раза.

И эта вариабельность типична не только для мужчин, но и для женщин. При этом надо иметь в виду, что 75 процентов всех смертей в нашей стране обусловлено 34 регионами. При этом, несмотря на то, что уровень смертности, например, в Республике Тыва или в Еврейской автономной области просто катастрофический, они мало влияют на общую смертность в стране из-за малой численности региона. А вот, например, Москва, имеющая один из самых низких коэффициентов смертности, ее вклад в общий вклад смертности в стране больше 3 процентов из-за большой

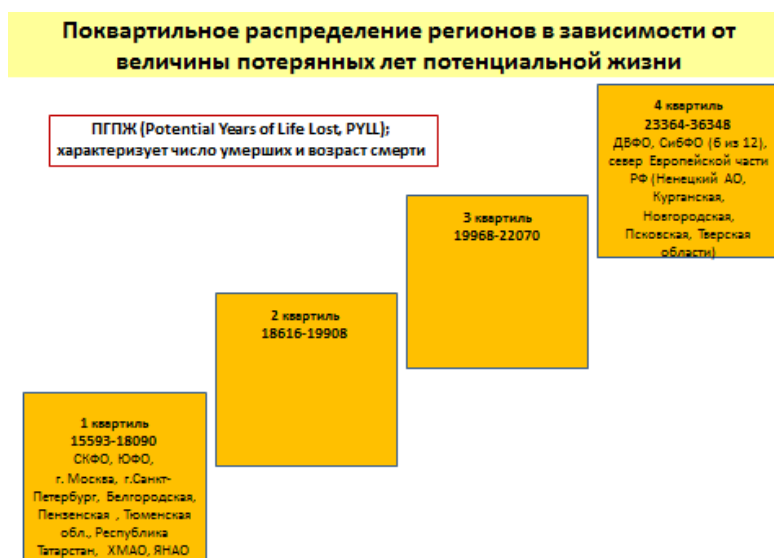
численности. Поэтому, планируя наши мероприятия, мы должны учитывать не только уровень смертности, но и численность региона — он может быть по численности большим с невысоким показателем смертности, но значимым в конечном итоге. Москва гордится своими показателями, но гордиться может только внутри нашей страны, потому что в сравнении с западноевропейскими столицами, в Москве уровень смертности все-таки избыточно высокий.

Еще один момент, на который я хотел обратить внимание, тоже всем хорошо известный. Если говорить о потерянных годах жизни, то здесь видно, что наибольший вклад в этот печальный показатель обусловлен мужчинами в возрасте от 50-ти до 60-ти лет.



Не секрет, что в нашей стране, если сравнивать опять же с западноевропейскими популяциями, высокая смертность у мужчин моложе 55 лет. То есть у нас умирают слишком молодые мужчины, особенно моложе 55-60 лет.

Мы также провели анализ в разрезе регионов. Все регионы разбили на кварталы.



И обратите внимание, что в квартал № 1, где минимальный уровень смертности, попали все регионы Северо-Кавказского федерального округа, Южного

федерального округа, Москва, Санкт-Петербург; благополучные Белгородская, Пензенская область, Тюменская область, где, кстати, ВВП на душу населения примерно такой же, как в США; Республика Татарстан, Ханты-Мансийский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ. Я думаю, никто не удивился, прочитав перечень этих регионов. Это экономически успешные регионы или регионы, расположенные на юге нашей страны. А вот четвертая квартиль – это те регионы, где самый высокий уровень смертности – это весь Дальневосточный федеральный округ, шесть регионов из двенадцати Сибирского федерального округа, север европейской части Российской Федерации — это в первую очередь Новгородская, Псковская, Тверская области, Курганская также, еще Ненецкий автономный округ.

Чем различаются регионы между собой, уже здесь в значительной степени понятно: климатогеографический фактор и экономический фактор.

Мы попытались провести анализ влияния социально-экономических характеристик, условий для здорового образа жизни и обеспеченности койками на уровень смертности, результаты которого отражены в следующем слайде.

Параметры, определяющие различия в потерянных годах потенциальной жизни между регионами или зачем необходимо межведомственное взаимодействие

Социально-экономические характеристики

- доля населения с доходами ниже прожиточного минимума (прямая зависимость)
- объем ВРП на душу населения (обратная зависимость)
- уровень безработицы (прямая зависимость)
- доля населения с высшим образованием (обратная зависимость)
- продажи водки и ликеро-водочных изделий (прямая зависимость)

Условия для здорового образа жизни

- оснащенность водопроводом (обратная зависимость)
- оснащенность канализацией (обратная зависимость)
- оснащенность горячим водоснабжением (обратная зависимость)
- комфортность климатических условий (обратная зависимость)
- плотность автомобильных дорог с твердым покрытием (обратная зависимость)
- плотность железнодорожных путей (обратная зависимость)

Показатель развития системы здравоохранения

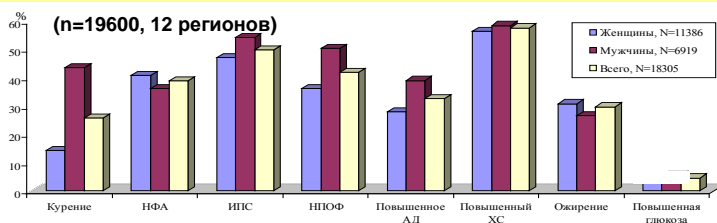
- обеспеченность койками на 10 тысяч населения (прямая зависимость)

Мы недавно получили возможность реально оценить распространенность факторов риска в 12 регионах нашей страны, различающихся по климатогеографическим, экономическим, этническим характеристикам. Почти 20 тысяч пациентов.

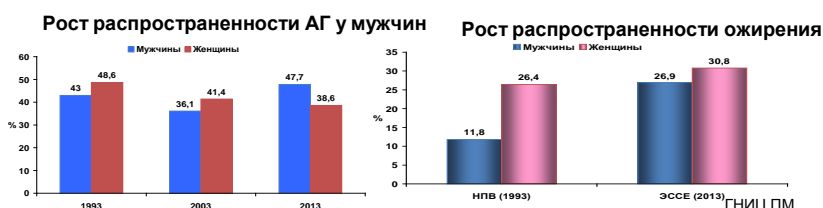
Обращает на себя внимание, во-первых, высокая распространенность всех этих факторов. Напомню, это курение, низкая физическая активность (НФА), низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ), избыточное потребление соли (ИПС), как критерии нездорового питания, ожирение как следствие этих факторов. И дальнейшее тоже как бы следствие – повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина и глюкозы.

Наиболее значимые различия между мужчинами и женщинами – это по курению. Уровень курения среди мужчин в два раза выше, чем среди женщин. Следующий параметр - артериальная гипертензия. Традиционное представление, что в основном болеют гипертензией женщины, потому что их больше в поликлинике, они чаще обращаются к врачам, но распространенность гипертензии среди мужчин, к сожалению, гораздо выше. Это видно вот на данном слайде.

Высокая распространенность основных факторов риска неинфекционных заболеваний



АД – артериальное давление; ХС – общий холестерин; НФА – низкая физическая активность; ИПС – избыточное потребление соли; НПОФ – недостаточное потребление овощей и фруктов



И более того, нижняя левая часть слайда показывает, что имеет место рост распространенности гипертонии у мужчин, по сравнению, например, с 2013 годом. Но это уже не следствие урбанизации, на которую я обращал внимание в начале, а это следствие другого, очень неблагоприятного феномена – роста распространенности ожирения. Распространенность ожирения среди мужчин по сравнению с началом 90-х годов возросла более чем в два раза.

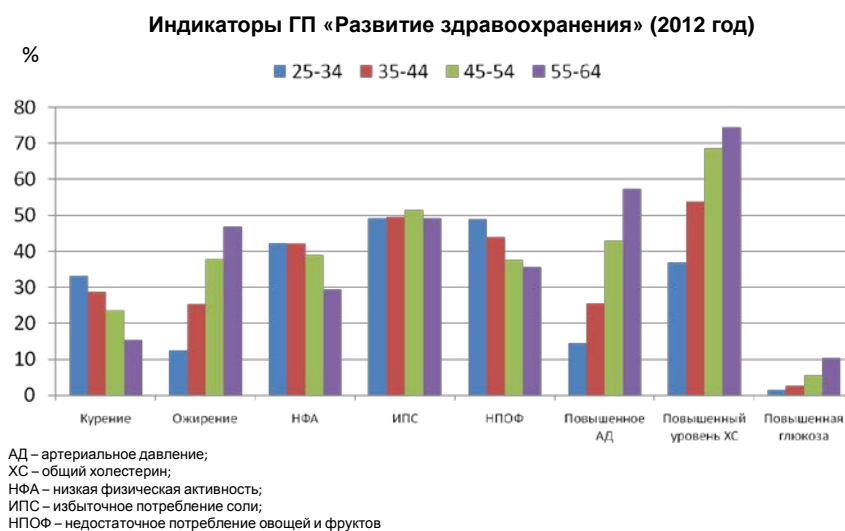
Более того, недавно В.Р. Кучма - директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, продемонстрировал данные о распространенности ожирения среди подростков. У мальчиков 17 лет – это 15 процентов, у девочек – только 4 процента.

И если соединить вот эти параметры, которые дал нам академик Кучма, с нашими, мы понимаем, что у нас этот рост будет продолжаться. А дальше мы столкнемся с очень неблагоприятной тенденцией.

У нас еще нет стабильности в снижении смертности. И темп ее явно недостаточен: вместо 2,5 процента мы должны были бы давать примерно 3,5 процента в год, как это делали Литва, например, или Чехия, когда выходили на более или менее приличные показатели. Так вот, мы столкнемся с фактором роста смертности из-за того, что растет ожирение и растет уровень холестерина и артериальной гипертонии. А в начале 2000-х годов с этим столкнулись китайцы. Они раньше нас начали системные мероприятия. Правда, не по всей стране тотально, а очаговым способом. А также еще некоторые страны Северной Африки: Саудовская Аравия, Западный берег реки Иордан, Сектор Газа. Вот у них есть эти данные, которые показывают, что все усилия системы здравоохранения наткнулись или, скажем, упирались в этот фактор отрицательного влияния на демографические процессы.

Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в зависимости от возраста показана на следующем слайде.

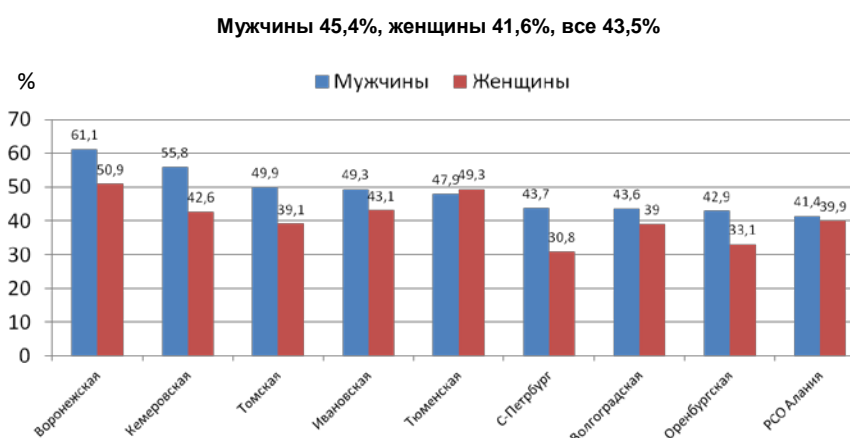
Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в зависимости от возраста



Здесь ничего удивительного нет за исключением только одного момента. Я хотел показать, что избыточное употребление соли у нас не зависит от возраста, это центральная группа столбиков. А избыточное употребление соли – это фактор артериальной гипертензии очень значимый, особенно для сельского населения, где нет понятия «маринады», есть только понятие «солености» в основном. И на столе селянина у нас фрукты и овощи – это не еда, это закуска, и, как правило, соленая. Поэтому здесь эти наши национальные особенности кухни имеют очень большое значение.

На следующем слайде я хотел бы показать вариабельность распространения факторов риска между регионами.

Распространенность артериальной гипертензии



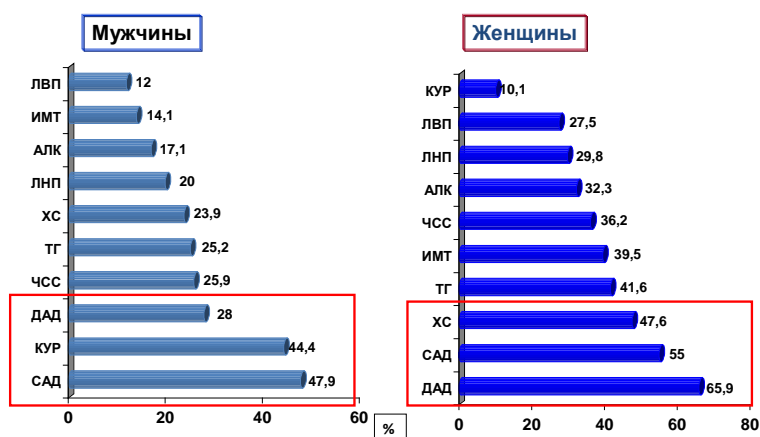
На слайде хорошо видно, что распространенность гипертензии, допустим, у женщин в Петербурге – 31 процент, а в Воронежской области – 51 процент. Это данные, которым можно верить, и не обращать внимания на эти различия мы не имеем права, поскольку это крайне значимые факторы в плане снижения смертности.

Мы исследовали распространенность артериальной гипертонии и эффективность ее контроля еще в зависимости от меридиана. Мы брали Архангельск, Иваново, Москву и Саратов. Чем южнее регион, тем меньше уровень распространенности артериальной гипертонии.

Но еще очень большое значение имеют экологические факторы, и очень большое значение имеет эффективность контроля артериального давления. Потому что распространенность гипертонии – это распространенность не заболевания, а повышенного уровня артериального давления. То есть после 60 лет примерно процентов 60 становятся гипертониками. Но это не значит, что этот фактор риска нельзя контролировать. Поэтому регионы, в которых высокая распространенность гипертонии, и она не может быть объяснена географическим или экологическим фактором, это неэффективный контроль популяции данного региона.

Коллеги нашего центра проанализировали, за счет чего происходила смертность нашего населения в течение предшествующих 10 лет, с 2002 по 2012 год.

Вклад факторов риска в смертность от ССЗ в течение 10 лет в российской популяции мужчин и женщин



Для мужчин наиболее значимыми были систолическое⁴¹ и диастолическое⁴² артериальное давление и курение, а для женщин то же самое, систолическое и диастолическое давление и повышенный уровень холестерина. Индекс массы тела для мужчин здесь по значимости находится на предпоследней позиции — 14 процентов. Я думаю, что очень скоро он поменяет свое значение и выйдет гораздо на более значимую позицию.

Какие дополнительные факторы риска неинфекционных заболеваний?

⁴¹ Систолическое (верхнее) артериальное давление – это давление крови в артериях в момент систолы (сокращения) сердца.

⁴² Диастолическое (нижнее) давление – это давление, которое поддерживается в сосудах в момент расслабления (диастолы) сердца.

Дополнительные факторы риска неинфекционных заболеваний

Дополнительный фактор	Усиливаемые основные факторы	Ослабляемые основные факторы
Низкий и средний уровень образования vs высшего образования	Курение, ИПС, НПОФ, симптомы депрессии и тревоги	НФА
«Синий воротничок» vs «белого воротничка»	Курение, ИПС, НПОФ	Симптомы депрессии и тревоги, НФА
Проживание в селе vs проживания в городе	ИПС	Симптомы депрессии, НФА
Высокий уровень достатка vs низкий уровень	Курение, злоупотребление алкоголем (М), недостаточное потребление рыбы, симптомы депрессии и	НФА
Средний уровень достатка vs низкий уровень	Недостаточное потребление рыбы, тревога (М)	Злоупотребление алкоголем, НФА

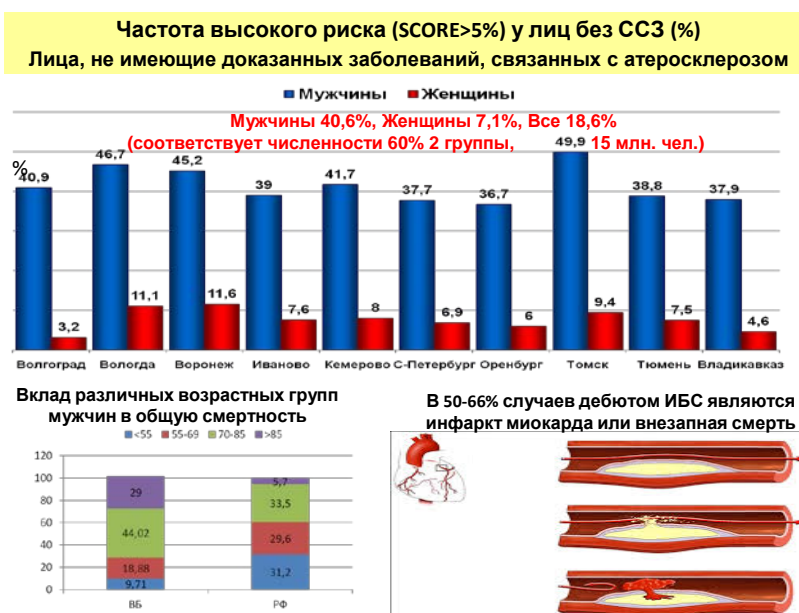
НФА – низкая физическая активность;
ИПС – избыточное потребление соли;
НПОФ – недостаточное потребление овощей и фруктов

ГНИЦ ПМ по данным ЭССЕ-F

По данным исследования, которое я уже упомянул, мы анализировали соотношение, допустим, низкого и среднего уровня образования против высшего образования. И оказалось, что чем выше уровень образования, тем меньше распространенность факторов риска, это тоже понятно, выше общий уровень культуры. Синий воротничок имеет гораздо больше факторов риска, чем белый воротничок. Проживание в селе – это касается избыточного употребления соли как негативного фактора проживания в селе, а вот симптомы депрессии и низкой физической активности — понятно, там меньше.

Высокий уровень достатка против низкого уровня достатка у нас оказался неожиданно негативным фактором в нашей стране. Мы когда проанализировали, кто такие люди высокого уровня достатка, это оказались люди с меньшим уровнем образования, чем люди с низким уровнем достатка. Это все те «малиновые пиджаки», которые сейчас стали состоятельными людьми, «малиновые пиджаки» начала 90-х годов. Средний уровень достатка против низкого уровня достатка, в общем, здесь разница не была такой существенной.

На следующем слайде показан вклад мужчин в общую смертность в разных возрастных категориях.



Верхняя часть слайда, обратите внимание, что при отсутствии доказанных болезней, связанных с атеросклерозом, но при возможности наличия гипертонии, если мы оценим величину суммарного сердечно-сосудистого риска (это, как правило, мужчины и женщины в возрасте до 60 лет), то окажется, что у 40 процентов мужчин имеется высокий и очень высокий риск смерти без доказанного атеросклероза. Как может произойти смерть, можно посмотреть на нижней части слайда справа. Бляшка может, вот верхний просвет сосуда в разрезе, быть небольшой и практически не прикрывать его просвет. Кровоток происходит нормально. Но бляшка уже есть, это называется «субклиническое течение атеросклероза». При неблагоприятном стечении обстоятельств — стресс, артериальное давление повышенное, особенно курение, происходит разрыв бляшки и образование тромба, который и перекрывает просвет сосуда. Это наиболее частая причина смерти и ишемической болезни сердца у мужчин молодого возраста. Почти в половине процентов дебютами болезней сердца у мужчин является инфаркт миокарда или внезапная смерть, именно благодаря вот этой неблагоприятной комбинации факторов риска.

Если посмотреть мы на профилактику заболеваний в условиях стационара, мы увидим весьма неблагоприятную картину.



Мы пациентам назначаем лечение. Мы стентируем их. Мы делаем им коронарное шунтирование, мы ставим им по сумасшедшей стоимости ресинхронизаторы, электрокардиостимуляторы и кардиовертер-дефибрилляторы и так далее. Но обратите внимание, курение – не уменьшилось, ожирение – увеличилось в два раза. Центральное ожирение увеличилось более чем в два раза – это самая неблагоприятная форма ожирения. Но несколько уменьшилось распространенность низкой физической активности.

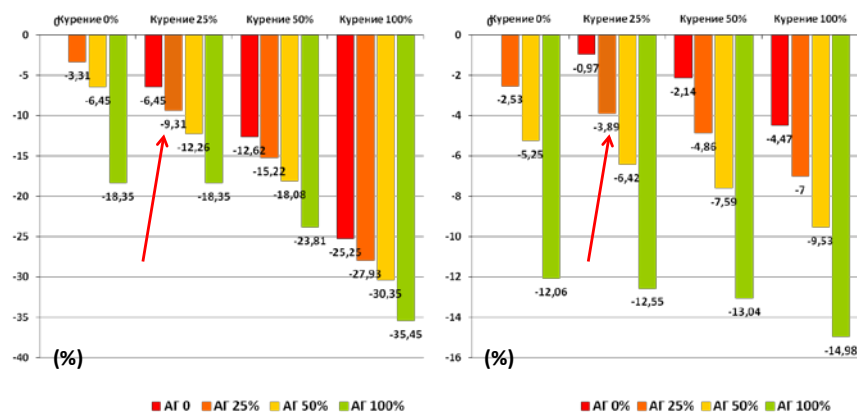
Это говорит о том, что в стационарах мы продолжаем носить воду в решете. Мы не используем возможности, когда находятся там пациенты, и не обучаем их коррекции факторов риска и здоровому образу жизни.

Что делать?

Ожидаемое снижение риска смерти от всех причин при применении различных стратегий профилактики (проспективное моделирование)

Мужчины «ЭССЕ-РФ»

Женщины «ЭССЕ-РФ»



Условия моделирования

- Исходное число курящих под влиянием профилактического вмешательства сокращается на 25%, 50% и 100%
- У лиц с неконтролируемой АГ под влиянием терапии (включая тех, кто не лечился) САД и ДАД

На примере следующего слайда показано, что если мы займемся только двумя факторами риска, например, артериальной гипертензией и курением, и попытаемся их снизить, как нам рекомендует Всемирная организация здравоохранения на 25 процентов, то есть повысить эффективность контроля гипертензии на 25 процентов и снизить распространение курения на 25 процентов, что произойдет. Вот стрелочкой показано, что снижение риска смерти у мужчин составит примерно девять процентов, а у женщин (правая часть слайда стрелочка) четыре процента. Казалось бы, это очень немного. Но если мы пересчитаем это в десятилетнем интервале – это 433 тысячи сохраненных жизней. Тоже казалось бы немного. Но мы рассчитывали, сколько нужно было сохранить нам жизней дополнительно, чтобы ускорить темп снижения смертности. Это оказалось не так много – с 2,5 до 3,5 процента. Надо было сохранить 80 тысяч жизней. Финансирование показано справа – это 635 млрд. рублей прямого экономического эффекта.

**ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России**

**О качестве данных профилактического скрининга
в центрах здоровья и способе повышения эффективности
бюджетных расходов**

Стародубов В.И., директор, академик РАН
Руднев С.Г., заместитель заведующего
отделением инновационных технологий
профилактики заболеваний, к.ф.-м.н., доцент
Николаев Д.В., генеральный директор АО НТЦ
МЕДАСС
Коростылев К.А., старший научный сотрудник

Ведущей причиной смертности населения России являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), такие как сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет. Стандартизованный коэффициент смертности трудоспособного населения России остается в 2–3 раза выше, чем в странах ЕС.⁴³ Доля сердечно-сосудистых заболеваний в смертности населения трудоспособного возраста составляет порядка 30% и не снижается,⁴⁴ а экономические потери превышают 1 трлн. рублей в год.⁴⁵ Это обуславливает высокую актуальность разработки и внедрения эффективных стратегий борьбы с ХНИЗ.

Основная роль в снижении заболеваемости и смертности от ХНИЗ отводится профилактике. Важным этапом развития профилактического направления медицины в нашей стране явилось создание центров здоровья. В настоящее время национальная сеть центров здоровья охватывает все субъекты Российской Федерации и насчитывает не менее 740 стационарных и 60 мобильных центров.

Отличительными особенностями организации работы центров здоровья являются комплексное применение современных методов функциональной диагностики и автоматизация сбора и обработки первичных данных проводимого скрининга. Типовое программное обеспечение центров здоровья – программный комплекс «Центр здоровья» (ПК ЦЗ) – было разработано одновременно с созданием центров по заказу Минздрава России компанией ООО СофтТраст (г. Белгород).⁴⁶ ПК ЦЗ объединяет компоненты локального, регионального и федерального уровней для обеспечения возможности получения сводных статистических и аналитических данных. По состоянию на май 2015 года Федеральный информационный ресурс центров здоровья (ФИР ЦЗ) содержал первичные данные с результатами комплексного обследования 3,72 млн. человек (2,6% населения России),

⁴³ Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И., Горчакова Т.Ю. Смертность населения трудоспособного возраста в России и развитых странах Европы: тенденции последнего двадцатилетия. *Вестник РАМН* 2014; 69 (7–8): 121–126.

⁴⁴ Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2011; 10 (6): 5–10.

⁴⁵ Оганов Р.Г., Концевая А.В., Калинина А.М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2011;10(4): 4–9.

⁴⁶ ГК №К-29-Т/341 от 06.11.2009 г., №К-29-Т/105 от 23.09.2010 г., №019500000212000144-0132259-02 от 25.10.2012 г.

совершивших 4,78 млн. визитов в центры здоровья (рис. 1).⁴⁷ На сегодняшний день ФИР ЦЗ является единственным в России источником массовых данных углубленного профилактического скрининга.

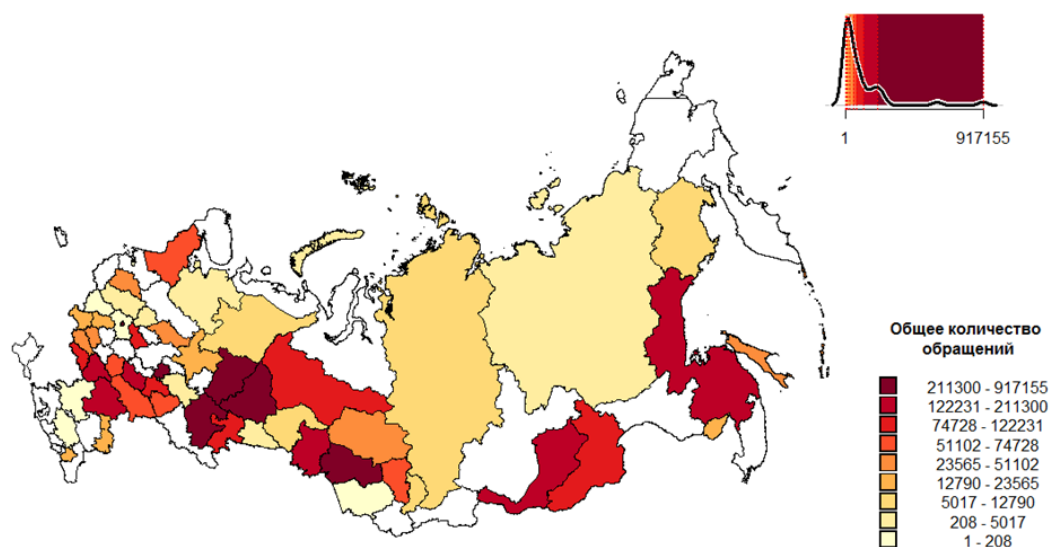


Рис. 1. Распределение по субъектам Российской Федерации общего количества визитов в центры здоровья, зарегистрированных в ФИР ЦЗ (по состоянию на 1 мая 2015 года)⁴⁷

Несмотря на создание ФИР ЦЗ, действующая отчетность по форме 68 отраслевого статистического наблюдения «Сведения о деятельности центров здоровья» формируется на основе сводной, а не первичной, информации из центров здоровья, и поэтому не допускает непосредственной проверки на достоверность.

Вместе с тем финансирование центров здоровья осуществляется из расчета планируемого количества визитов. Такая практика противоречит интересам качества данных проводимого скрининга и в условиях недостаточного потока пациентов или завышенного плана посещаемости может приводить к попыткам фальсификации данных. Как следствие, данные из различных центров здоровья и регионов окажутся несравнимы между собой.

Наличие несравнимых данных косвенно подтверждается отсутствием публикаций по изучению взаимосвязей результатов обследований населения в центрах здоровья и выявленных рисков с данными заболеваемости и смертности. В отсутствие объективного контроля качества эффективность применения диагностических методов может снижаться, что в итоге неизбежно отразится и на результатах работы с пациентами.

Цель проведенного пилотного исследования состояла в оценке достоверности и качества данных профилактического скрининга в центрах здоровья на примере одного из методов – биоимпедансного анализа (БИА). БИА позволяет на основе измерения электрического сопротивления (импеданса) тела и антропометрических данных оценить состояние белкового, жирового, водного и основного обменов,

⁴⁷ Стародубов В.И., Руднев С.Г., Николаев Д.В., Коростылёв К.А. Федеральный информационный ресурс центров здоровья: современное состояние и перспективы развития. *Социальные аспекты здоровья населения* 2015; 45 (5), 1.

выявить риски заболеваний.⁴⁸ БИА – это наиболее распространенный метод скрининговой оценки состава тела и нутритивного статуса. Метод нашел применение в популяционных исследованиях здоровья населения Бразилии (the Pelotas Birth Cohort Study), Великобритании (CHASE, UK Biobank), Евросоюза (NUGENOB), Китая (KSCDC), США (Framingham Heart Study, NHANES), Южной Кореи (KNHANES), Японии (the Hisayama study) и других стран.

Для проведения исследования были объединены три источника информации: данные биоимпедансных измерений из базы ФИР ЦЗ⁴⁷, данные за 2010-2012 г., полученные по письму Минздрава России №14-1/10/2-3200 от 24 октября 2012 года, а также данные за 2013–2015 гг., полученные по письму ЦНИИОИЗ МЗ РФ №7-5/434 от 2 июля 2015 года. Для обеспечения сопоставимости данных при использовании единых критериев отбора⁴⁹ рассматривались только результаты измерений одним типом биоимпедансного оборудования: анализаторами состава тела ABC-01 «МЕДАСС» (НТЦ МЕДАСС, г. Москва), которыми оснащены около половины центров здоровья. Общее количество записей с результатами измерений за 2010–2015 гг. составило 2 350 079. Интересующая информация была получена из 62 субъектов Российской Федерации, относящихся к восьми федеральным округам. (Данные по Крымскому федеральному округу временно отсутствовали.)

При высоком среднем показателе качества данных (см. рис. 2 слева) наблюдался кратный рост суммарной доли некорректных данных: с 11,2% в 2010-м до 28,1% в 2014-м году (увеличение в 2,5 раза), рис. 2 справа. (Выделенной точкой на рис. 2 слева отмечен центр здоровья с медианным значением качества данных, равным 93,5%.)

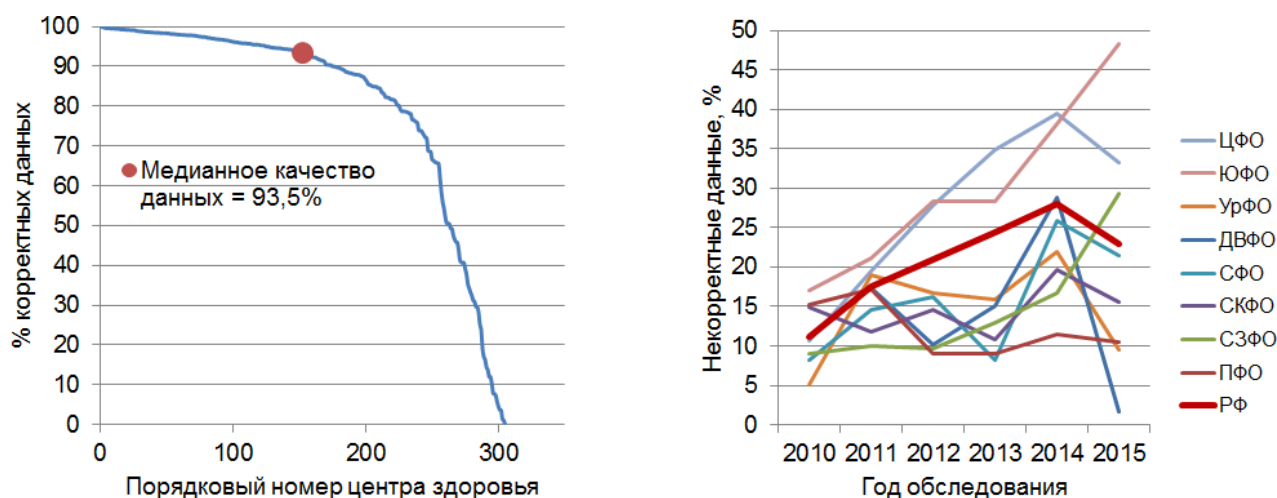


Рис. 2. Слева – качество данных биоимпедансометрии в центрах здоровья (для 305 центров с количеством измерений не менее 100); справа – динамика некорректных данных по федеральным округам

В структуре некорректных данных преобладали два вида ошибок (рис. 3): ошибки медперсонала при выполнении измерений (методические ошибки) и фальсификаты данных (подделки). Количество методических ошибок и подделок в

⁴⁸ Николаев Д.В., Смирнов А.В., Бобринская И.Г., Руднев С.Г. Биоимпедансный анализ состава тела человека. М.: Наука, 2009. 392 с.; Grimnes S., Martinsen O. Bioimpedance and Bioelectricity Basics, 3rd edition. London: Academic Press, 2014. 584 p.

⁴⁹ Руднев С.Г., Соболева Н.П., Стерликов С.А., Николаев Д.В., Старунова О.А., Черных С.П. и соавт. Биоимпедансное исследование состава тела населения России. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2014. 493 с.

изученном массиве данных было примерно одинаковым – 242 125 и 252 672 соответственно. Доля методических ошибок за рассматриваемый период выросла в 1,9 раза: с 10% до 18,8%. В 2015 году максимальная доля таких ошибок определялась в Южном (47,7%), Северо-Западном (28,8%) и Сибирском (21,2%) федеральных округах.

За счет Центрального и Дальневосточного федеральных округов резко увеличился процент подделок: с 1% в 2010 году до 15,9% в 2014 году. Наблюдаемое снижение процента подделок по Центральному федеральному округу и России в целом в 2015 году объяснялось отсутствием данных по Москве, где за предшествующий период количество подделок постоянно росло, и в 2014 году составило 38,2% от общего количества данных.

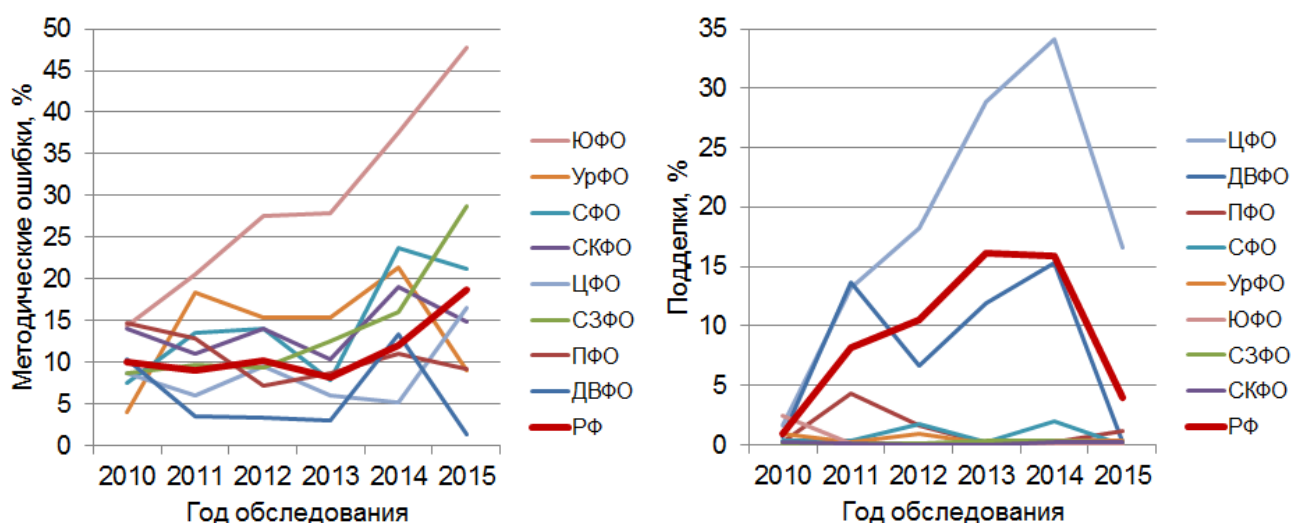


Рис. 3. Динамика доли некорректных данных биоимпедансометрии по федеральным округам: слева – методические ошибки, справа – подделки

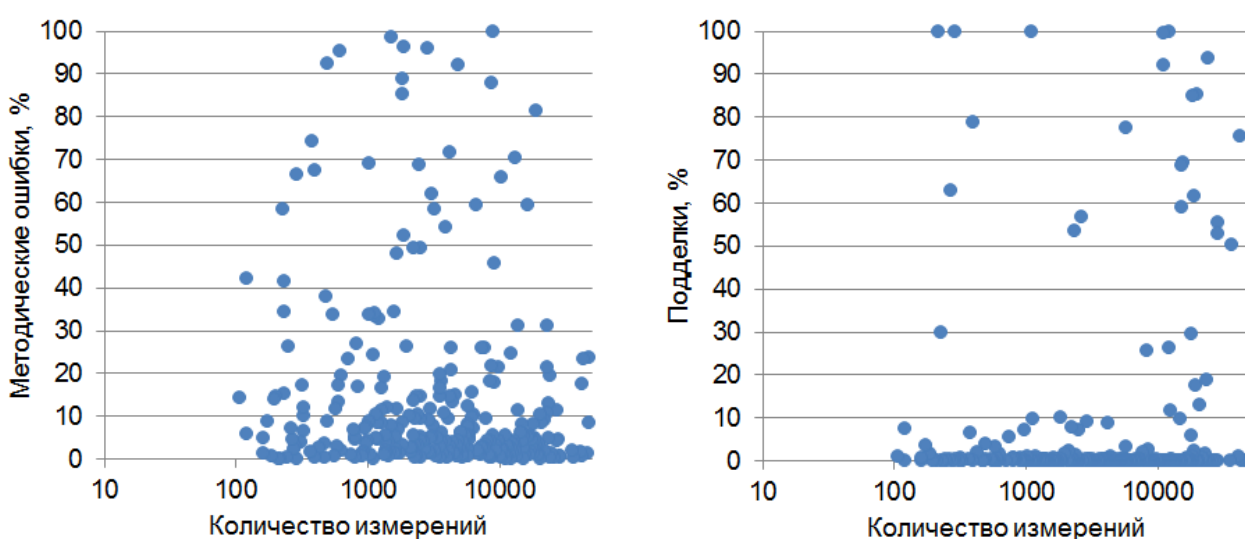


Рис. 4. Процентные доли методических ошибок (слева) и подделок (справа) в записях результатов биоимпедансометрии для различных центров здоровья в зависимости от количества измерений

На рис. 4 слева показана диаграмма рассеяния процентной доли методических ошибок в центрах здоровья в зависимости от количества биоимпедансных измерений. Точки на диаграмме соответствуют отдельным центрам здоровья. На рисунке видно, что в 26 (из 305) центрах здоровья с количеством измерений более 100 не менее чем каждое второе измерение было выполнено с ошибкой, а количество центров с долей ошибок выше 20% составило 57, или 18,6% от общего количества центров. Руководителям указанных центров здоровья может быть рекомендовано принятие неотложных мер для обучения медперсонала методике проведения измерений. Руководители здравоохранения и организаторы обучающих семинаров могут использовать данные такого типа для формирования целевых списков центров здоровья для обучения персонала с последующим объективным контролем качества.

В 22-х центрах здоровья более 50% записей результатов измерений оказались подделками (рис. 4 справа). В 14 из них наблюдалась массовая фальсификация данных (свыше 50% подделок при общем количестве записей от 10 до 46,2 тыс.). В отношении таких центров здоровья целесообразно провести тщательный анализ обоснованности бюджетных трат и соответствия реального потока пациентов заявленным показателям.

В свете полученных результатов представляет интерес изучение возможности выявления некорректных данных для остальных типов биоимпедансного оборудования и других методов диагностики, используемых в центрах здоровья. Одна из выявленных проблем заключается в неполноте регистрации данных комплексного обследования пациентов по отдельным методикам. Например, результаты применения биоимпедансного оборудования других типов в ФИР ЦЗ представлены мало ввиду отсутствия интеграции оборудования с программным обеспечением центров здоровья.

Представленные данные свидетельствуют о постоянном снижении качества и достоверности данных биоимпедансометрии в центрах здоровья и высоком уровне неоднородности распределения доли некорректных данных по регионам, центрам здоровья и годам обследования. В настоящее время каждое пятое биоимпедансное измерение в центрах здоровья выполняется с ошибками, каждое седьмое является подделкой. Полученный результат является типичным примером функционирования сложной системы при отсутствии эффективного механизма контроля (динамической обратной связи). Такой контроль может осуществляться только на основе первичных, а не вторичных данных. Единственным источником первичных данных профилактического скрининга в центрах здоровья является ФИР ЦЗ.

Таким образом, получение сопоставимой информации из центров здоровья должно быть неизбежно связано с критическим анализом всего массива первичных данных, формированием единых критериев отбора, поиском и удалением артефактов данных. На этой основе по данным биоимпедансных измерений в центрах здоровья, выполненных в 2010–2012 годах, были построены оценки физического развития, распространенности нарушений нутритивного статуса и эпидемиологических рисков для населения России. О репрезентативности полученных оценок физического развития детей и подростков свидетельствуют независимые данные антропологического обследования 81,8 тыс. детей в возрасте 7–17 лет в школах Ростовской области.⁵⁰

Из приведенных рассуждений следует необходимость изменения порядка

⁵⁰ Кульба С.Н., Войнов В.Б., Пожарская Е.Н., Глумов А.Г., Гапоненко М.В., Соколова Е.Е., Лобанова И.Ю. Особенности индекса массы тела у школьников Ростовской области. *Валеология* 2014; 6: 62–69.

формирования ф. 68 отраслевого статистического наблюдения «Сведения о деятельности центров здоровья»: такая отчетность должна генерироваться в федеральном центре на основе анализа и обработки массива данных ФИР ЦЗ. Вразрез с этим в 2014 году финансирование ФИР ЦЗ было прекращено, и в течение двух последних лет данный ресурс поддерживался компанией ООО «СофтТраст» на функциональной основе.

Количество зарегистрированных в ФИР ЦЗ визитов в центры здоровья в настоящее время составляет порядка 25% от общего количества визитов (по данным официальной статистики). Анализ причин неполного предоставления информации в ФИР ЦЗ выявил следующее:

- в нарушение письма Минздрава России №29-5/10/2-4339 от 3 мая 2011 года в ряде субъектов Российской Федерации не был создан или не функционировал региональный информационный ресурс центров здоровья (РИР ЦЗ);

- в ряде центров здоровья не использовалась программа ФК ЦЗ (компонента программного комплекса ПК ЦЗ). Вместо этого применялось программное обеспечение, взаимодействие которого с ФИР ЦЗ не было предусмотрено;

- в ряде центров использовалось оборудование, не совмещенное с ФК ЦЗ;

- в некоторых центрах здоровья данные были утеряны в связи с поломкой компьютера или вирусным заражением;

- была необходима доработка ФК ЦЗ с учетом региональной особенности финансирования центров здоровья;

- в ЛПУ некоторых центров здоровья отсутствовал IT-персонал для установки программы ФК ЦЗ;

- отсутствовало подключение единичных центров здоровья к сети Интернет.

Комплекс первоочередных организационных мер, направленных на устранение выявленных недостатков в системе сбора данных, повышение достоверности и качества данных профилактического скрининга, должен включать:

- возобновление государственной поддержки ФИР ЦЗ;

- принятие решения на уровне Минздрава России об обязательности предоставления информации в ФИР ЦЗ;

- организацию динамического мониторинга качества и достоверности данных профилактического скрининга, основанного на первичных данных ФИР ЦЗ;

- создание/возобновление работы РИР ЦЗ в тех субъектах Российской Федерации, где данный ресурс не функционировал;

- повсеместное использование в центрах здоровья программы ФК ЦЗ;

- доработку ФК ЦЗ с учетом региональной особенности финансирования центров здоровья;

- приоритетное оснащение центров здоровья оборудованием, совмещенным с ФК ЦЗ;

- интеграцию уже установленного в центрах здоровья медицинского диагностического оборудования с ФК ЦЗ.

Механизмом контроля предоставления данных в ФИР ЦЗ могут стать проверки лицензирующих органов.

Проведенный нами анализ данных профилактического скрининга в центрах здоровья на примере материалов биоимпедансного обследования охватил порядка 40% центров от общего количества. С учетом масштабирования полученных результатов выявленный участок неэффективности бюджетных расходов, по нашей оценке, составляет 0,5 млрд. рублей в год.

Возобновление государственной поддержки и организация всеобщей выгрузки данных в ФИР ЦЗ позволят за счет разработки механизмов динамической обратной связи обеспечить снижение количества методических ошибок и подделок, повысить

ответственность руководителей и исполнителей, обеспечить экономию бюджетных средств. По нашим данным, стоимость поддержания ФИР ЦЗ может составлять порядка 15–20 млн. рублей в год. Настоятельная потребность в наличии такого ресурса отмечается и в работах других авторов.⁵¹ Основным принципом организации работы ФИР ЦЗ в дополнение к уже реализованным возможностям должно стать применение элементов технологии больших данных, включая формирование критериев отбора, фильтрацию (поиск и удаление некорректных данных), сжатие и стандартизацию данных.

Ввиду разнообразия и массовости данных, собираемых в центрах здоровья в рамках углубленного профилактического скрининга, целесообразно включение ФИР ЦЗ в структуру создаваемой Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Профилактика неинфекционных заболеваний, проблемы и пути решения

Сон И.М., заместитель директора по науке,
д.м.н., профессор

Соболева Н.П., заведующая отделением
инновационных технологий профилактики
заболеваний, к.м.н.

Савченко Е.Д., ведущий научный сотрудник
отделения инновационных технологий
профилактики заболеваний, к.м.н.

Отсутствие эффекта от мероприятий, проводимых в области охраны здоровья населения, в значительной степени объясняется тем, что акцент делается на выявлении и лечении заболеваний, в то время как комплексные профилактические мероприятия не предусматриваются вообще. При этом не уделяется внимание конечному результату и укреплению здоровья. На наш взгляд, проблема еще в том, что в здравоохранении все этапы оказания медицинской помощи (диагностика, лечение, реабилитация), в том числе и профилактика заболеваний, рассматриваются как отдельные независимые друг от друга элементы. Соответственно, они отдельно финансируются, часто пропорционально своей значимости, при этом больше всего страдает профилактика. Переломить ситуацию возможно лишь поставив профилактику во главу угла.

Среди социально значимых заболеваний болезням системы кровообращения отводится ведущая роль, что обусловлено высокой инвалидностью и смертностью от них, с чем система здравоохранения в настоящее время не способна справиться. Это связано не только с негативными результатами экономических и социальных реформ, но и с отсутствием целостного профилактического подхода к укреплению здоровья населения. Подтверждением является то, что несмотря на снижение общей смертности в 2014 г. до 13,1 (на 100 000 населения) она еще не достигла уровня 1992 г. (12,2 на 100 000 населения).

Анализируя смертность от болезней системы кровообращения (БСК) за 2012 и 2013 гг., можно видеть отсутствие единообразия темпов ее снижения в

⁵¹ Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Волков И.М., Терлецкая Р.Н., Иванова А.А. Анализ деятельности и перспективы развития центров здоровья для детей. *Российский педиатрический журнал* 2015; 18 (1): 35–40.

федеральных округах (ФО).

По уровню распространенности смертности нами выделено четыре группы ФО: с чрезвычайно высоким, высоким, средним и низким уровнем смертности. Распределение по группам проводилось относительно стандартизированного среднероссийского коэффициента смертности, который в 2012 г. составил 586,0 и в 2013 г. – 547,1 на 100 тыс. населения (таблица 1).

Таблица 1

Уровень смертности от болезней системы кровообращения в федеральных округах Российской Федерации в 2013 г. (стандартизированные коэффициенты на 100 000 населения)

Уровень смертности	ФО	2012 г.	2013 г.	% снижения
		РФ	586,0	547,1
Чрезвычайно высокий	ДФО	734,0	696,0	5,2
Высокий	СЗФО	602,8	567,8	5,8
	ПФО	589,1	563,7	4,3
	УФО	590,2	553,7	6,2
	СФО	615,5	571,4	7,2
Средний	ЮФО	577,6	530,7	8,1
	ЦФО	561,6	514,6	8,4
Низкий	СКФО	523,2	500,8	4,3

Из данных таблицы видно: чрезвычайно высокий показатель смертности отмечается в Дальневосточном ФО (ДФО – 696), в котором показатель смертности в 2013 г. превышает среднероссийский в 1,3 раза. Высокий уровень смертности – в Северо-Западном (СЗФО – 567,8), Приволжском (ПФО – 563,7), Уральском (УФО – 553,7) и Сибирском (СФО – 571,4) федеральных округах. В группу со средним уровнем смертности вошли Южный (ЮФО – 530,7) и Центральный (ЦФО – 514,6) ФО. Низкий уровень смертности отмечается только в Северо-Кавказском ФО (СКФО), где смертность от БСК ниже среднероссийского показателя и составила 500,8 на 100000 населения.

Специфичностью смертности от болезней сердечно-сосудистой системы является ее значительное превышение среди мужского населения в трудоспособном возрасте (таблица 2).

Таблица 2

Уровень смертности от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте в зависимости от пола в федеральных округах Российской Федерации в 2013 г. (стандартизированные коэффициенты на 100 000 населения соответствующего пола)

ФО	Мужчины	Женщины	Соотношение показателей смертности мужчин и женщин
	стандартизированный коэффициент		
РФ	745,9	417,6	1,8
ЦФО	697,0	392,0	1,8
СЗФО	778,0	434,3	1,8
ЮФО	709,9	408,6	1,7
СКФО	634,3	406,0	1,6

ПФО	792,7	420,0	1,9
УФО	771,4	418,0	1,8
СФО	772,1	443,2	1,7
ДФО	940,0	534,4	1,8

Приведенные данные в таблице 2 свидетельствуют о высоких показателях смертности в трудоспособном возрасте у мужчин (1,8 раза). Наиболее высокий показатель наблюдается в ПФО – 1,9.

Представленные в таблице 3 показатели смертности в субъектах Российской Федерации от БСК в 2013 г. в зависимости от пола свидетельствуют о чрезвычайно высоком уровне смертности среди мужчин в 39 субъектах Российской Федерации, в 9-ти из которых коэффициент смертности превышает 1000 на 100000 мужского населения: ДФО – Еврейская АО, Камчатский край, Чукотский АО, Хабаровский край; ЦФО – Тверская, Брянская области; СЗФО – Псковская, Нижегородская области. При этом чрезвычайно высокие коэффициенты смертности в ЦФО регистрируются в 55,6% субъекта, в СЗФО – 72,8%, в ПФО – 50,0%, в УФО – 16,7%, в СФО – 41,7%, в ДФО – 88,9%. Более низкие коэффициенты смертности отмечаются только в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах.

Высокий коэффициент смертности (выше среднероссийского показателя) отмечается в 18 субъектах (21,7%), среди которых показатель выше 790 – в Республиках Коми (797,1) и Саха (Якутия) (794,8), Свердловской (795,5), Омской (794,1) и Новосибирской (790) областях.

Наиболее благополучная ситуация со смертностью от БСК среди мужчин отмечается только в трех субъектах: город Москва (444,1), Республика Дагестан (417) и Ингушетия (411,9), где показатели смертности ниже среднероссийского.

Иная картина наблюдается в отношении показателей смертности женского населения в субъектах Российской Федерации, хотя чрезвычайно высокие коэффициенты сохраняются в ДФО (88,9% субъекта), СФО (41,7% субъекта), СЗФО (54,5% субъекта). Чрезвычайно высокий коэффициент смертности регистрируется среди женщин в Чеченской Республике (540,7), а также в 50% субъектов ЮФО и УФО. Число субъектов Российской Федерации с низкими показателями смертности от БСК среди женщин по сравнению с мужчинами: город Москва (294,3), Тамбовская (305,9) и Ивановская (317,7) области, Республики Дагестан (313,3), Ингушетия (308,9), Чувашская (316,9).

Таблица 3

Субъекты Российской Федерации с чрезвычайно высокими показателями смертности от болезней системы кровообращения в 2013 г. (стандартизированный коэффициент на 100 000 соответствующего пола)

Мужчины (более 800)		Женщины (более 450)	
Центральный ФО			
Тверская область	1022,7	Тверская область	558,0
Брянская область	1021,6	Орловская область	512,9
Орловская область	937,5	Московская область	490,5
Владимирская область	931,2	Владимирская область	486,8
Костромская область	914,8	Костромская область	485,2
Московская область	870,6		
Ярославская область	835,2		

Калужская область	828,1		
Белгородская область	819,6		
Северо-Западный ФО			
Псковская область	1082,2	Псковская область	534,0
Новгородская область	1049,1	Ненецкий АО	524,5
Мурманская область	985,4	Мурманская область	518,3
Вологодская область	957,7	Новгородская область	511,8
Республика Карелия	913,9	Вологодская область	489,4
Архангельская область	855,9	Республика Карелия	472,0
Ненецкий АО	838,7		
Калининградская область	826,4		
Северо-Кавказский ФО			
		Чеченская Республика	540,7
Приволжский ФО			
Нижегородская область	950,1	Нижегородская область	518,1
Пермский край	909,8	Пермский край	481,0
Пензенская область	869,3	Ульяновская область	477,3
Ульяновская область	861,6	Оренбургская область	476,7
Кировская область	858,3		
Оренбургская область	841,5		
Республика Марий Эл	804,2		
Уральский ФО			
Ямало-Ненецкий АО	869,6		
Сибирский ФО			
Республика Тыва	974,4	Республика Тыва	622,0
Иркутская область	891,5	Иркутская область	493,1
Республика Алтай	821,6	Республика Бурятия	485,2
Республика Хакасия	808,1	Республика Хакасия	474,2
Забайкальский край	805,4	Забайкальский край	471,0
Дальневосточный ФО			
Еврейская АО	1136,2	Чукотский АО	847,0
Камчатский край	1025,2	Еврейская АО	579,0
Чукотский АО	1011,7	Сахалинская область	564,9
Хабаровский край	1009,9	Хабаровский край	560,6
Магаданская область	1004,8	Амурская область	541,9
Амурская область	986,8	Камчатский край	532,8
Сахалинская область	906,6	Приморский край	522,3
Приморский край	898,6	Магаданская область	498,7

Крайне негативная демографическая ситуация в стране обусловлена многими причинами, главная из которых – низкая готовность граждан заботиться о своем здоровье. С одной стороны, население, в первую очередь молодежь, психологически не готово сохранять свое здоровье, с другой стороны, проводимые профилактические мероприятия в недостаточной мере обеспечивают положительный результат в связи с противоречивой политикой в области профилактики, в частности, здорового образа жизни (ЗОЖ) в целом по стране. При высокой информированности населения о причинах заболеваний и мерах их профилактики, что подтверждают результаты социологических опросов (более 80%

респондентов), придерживаются ЗОЖ не более 30% опрошенных. Основной причиной может быть только недостаточная профилактическая работа проводимая среди населения.

Сегодня профилактика обеспечивается службой медицинской профилактики, в центрах здоровья и проводимой диспансеризацией отдельных групп взрослого населения. Неэффективность проводимой профилактической работы среди населения может объясняться:

- существенными недостатками в организационном плане;
- дефицитом кадров и низкой их квалификацией;
- непониманием руководителями органов управления здравоохранением важности и роли профилактики в укреплении здоровья населения;
- несовершенством системы пропаганды ЗОЖ;
- отсутствием профилактических программ на уровне исполнительной власти субъекта Российской Федерации (при наличии они носят декларативный характер и не финансируются);
- отсутствием подготовки и повышения квалификации медицинских работников в области профилактики заболеваний и ЗОЖ;
- устранением высших медицинских образовательных учреждений и большинства научно-исследовательских институтов от разработки научных подходов в системе сохранения и укрепления здоровья;
- недостаточным финансированием профилактической работы.

Как показывают исследования, исключительно лечебными мероприятиями не обеспечить улучшение состояния здоровья населения. Реализация широких профилактических мероприятий, общие меры по укреплению здоровья, гигиеническое обучение населения в комплексе могут переломить ситуацию. Отчасти проблема реализуется через создание системы мотивирования граждан к ведению ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях, что является одним из ключевых направлений профилактики в государственной Программе «Развитие здравоохранения».

Формирование ЗОЖ обеспечивается совокупностью мер, относящихся к первичной профилактике, представляющей собой комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья. Основная роль в осуществлении этого направления отводится службе медицинской профилактики, включающей центры, отделения и кабинеты. Координируют службу региональные центры медицинской профилактики (ЦМП).

В настоящее время служба медицинской профилактики в стране маломощна, представлена 78 региональными ЦМП, из которых только 30 самостоятельные (35,3%), 24 (28,2%) являются юридическими лицами (объединены с центром здоровья или врачебно-физкультурным диспансером), 24 (28,2%) являются отделениями, выполняющими функцию регионального ЦМП. На 01.01.2015 г. в 7 (8,3%) субъектах Российской Федерации региональные центры отсутствовали: Республика Алтай, Хабаровский и Камчатский края, Ленинградская и Иркутская области, Чукотский АО и г. Севастополь. Следует отметить, что в начале 90-х годов в Российской Федерации имелось около 300 ЦМП, организованных на базе домов санитарного просвещения. Разрушение системы медицинской профилактики в различные годы осуществлялось бывшими руководителями управлений здравоохранения в субъектах Российской Федерации: Ростовской и Иркутской областях, Хабаровском, Камчатском и Приморском краях и др. В муниципальных образованиях число ЦМП сократилось до 34, при этом они находятся только в 15 регионах.

Анализ деятельности профилактической службы выявил следующие

недостатками: несамостоятельность региональных ЦМП по причине объединения их с лечебно-физкультурными диспансерами и центрами здоровья в большинстве регионов, или их отсутствие; маломощность за счет неполноценной структуры и недостаточности кадрового обеспечения. Обеспеченность кадрами ЦМП чрезвычайно низкая: практически во всех субъектах число врачей (физических лиц) в 2 раза меньше предусмотренных штатных врачебных ставок (таблица 4).

Таблица 4

**Штаты врачей центров медицинской профилактики
Российской Федерации (2014 г.)**

Субъекты РФ	Число штатных врачебных ставок	Число занятых врачебных ставок	Число физических лиц врачей
РФ	807,25	643,75	453,0
Центральный ФО	158,25	102,75	78,0
Северо-Западный ФО	103,25	85,5	64,0
Южный ФО	67,0	49,5	43,0
Северо-Кавказский ФО	45,0	37,5	35,0
Приволжский ФО	170,0	136,25	85,0
Уральский ФО	58,75	73,25	24
Сибирский ФО	154,0	106,0	86,0
Дальневосточный ФО	44,5	44,0	29,0
Крымский ФО	11,0	9,0	9,0

Отмечается недостаточное количество специалистов с высшим немедицинским образованием. В 2014 г. в ЦМП работали: психологов – 51, социологов – 23, педагогов – 21, журналистов – 15, редакторов – 50, инженеров ЭВМ – 38. Укомплектованность ЦМП инструкторами по санитарному просвещению в субъектах Российской Федерации в 2014 г. составила: ЦФО – 28%, СЗФО – 50%, ЮФО – 50%, СКФО – 71,5%, ПФО – 33,3%, УФО – 71,4%, СФО – 15,1%, ДФО – 16,7%, КФО – 4%.

Основными видами деятельности ЦМП являются:

1. Обучение кадров (в 2014 г. обучено 105164 медицинских работника, из них 43 004 – врачей и 62 160 – среднего медицинского персонала). Следует отметить недостаточный уровень обучения – однодневные семинары не могут обеспечить достаточный объем знаний в области ЗОЖ.

2. Обучение населения в форме лекций и бесед (в 2014 г. обучено 901 348 человек, из них 306 035 студентов ВУЗов и СУЗов, 595 313 – граждан).

3. Массовая работа обеспечивается в основном через СМИ (в 2014 г. проведено: 7991 телепередача, 9892 радиопередачи, 15 730 публикаций в прессе и 399 879 киноvideодемонстраций). Недостаточное количество передач по ТВ, радиопередач и киноvideодемонстраций отмечается в ЦФО, СЗФО, СКФО, УФО; публикаций в прессе – в ЦФО, СКФО.

4. Проведение социологических исследований осуществляется по следующим направлениям: распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний, информированность населения о факторах риска неинфекционных заболеваний, санитарная культура. При изучении распространенности поведенческих факторов риска отдается предпочтение школьникам и студентам – всего в Российской Федерации в 2014 г. проведено 394 исследования, из них 261 – среди молодежи. При этом наиболее низкий уровень распространенности

поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний отмечается в СЗФО, УФО, ДФО и Крымском федеральных округах.

5. Издательская деятельность ЦМП (тиражирование) обеспечивает два направления пропагандистских материалов: для медицинских работников и для населения. В 2014 г. общий тираж составил 8 879 664 экземпляров. Не проводилось тиражирование в Орловской и Тверской областях, Карачаево-Черкесской Республике, Приморском крае, главным образом из-за отсутствия финансирования. Среди направлений печатных материалов – профилактика вредных привычек (17,7%), неинфекционных заболеваний (29,4%), инфекционных заболеваний (11,1%), охрана здоровья матери и ребенка (11,1%), ЗОЖ (30,7%).

Серьезным препятствием развитию службы медицинской профилактики является дефицит подготовленных в этой области специалистов. Для решения кадровой проблемы необходим адекватный уровень заработной платы и наличие программ по обучению специалистов в области профилактики на постдипломном уровне.

Результативность и эффективность профилактики в значительной степени зависит от финансирования профилактической работы и профилактических программ. Из 85 субъектов Российской Федерации в 49 (56,7%) это направление не финансируется органами управления здравоохранением.

Количество средств, полученных на профилактическую работу из органов управления здравоохранением в целом по России в 2014 г. составило 518 274,25 тыс. рублей. На целевые программы – 57 332,91 тыс. рублей. Из фондов ОМС – 2545,3 тыс. рублей.

Несмотря на попытки активного участия службы медицинской профилактики в формировании ЗОЖ у населения через организацию массовых мероприятий – проведение международных Дней здоровья, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения, посвященных пропаганде ЗОЖ, отказу от вредных привычек, профилактике ожирения и болезней органов системы кровообращения – значительное улучшение ситуации не наблюдается в силу изложенных выше причин. Следует признать, что качество первичной профилактики в большей степени обеспечивается лишь количественно – увеличением проводимых профилактических мероприятий, числом прочитанных лекций, проведенных семинаров и др., в то время как проблема индивидуальной профилактики практически не решается. В работе ЦМП с контингентом в области профилактики в приоритете дети и подростки, в то время как трудоспособное население остается в стороне.

Для изменения сложившейся ситуации необходимо:

реально усилить профилактическую деятельность службы медицинской профилактики, обеспечить подготовку медицинских работников по вопросам укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни;

обеспечить кадровый потенциал и финансирование;

разработать и внедрить образовательные программы для различных групп населения, а также для педагогов, врачей дошкольных учреждений и др.;

расширить координационную деятельность различных государственных органов и учреждений, направленную на формирование ЗОЖ (межведомственный подход);

сформировать информационный блок методов и форм по пропаганде ЗОЖ и тематические блоки по пропаганде профилактики заболеваний с учетом контингентов и профиля специалиста;

разработать оптимальную модель организации первичной профилактики, принципы этапности с определением объемов профилактических мероприятий на каждом этапе;

ориентировать деятельность ЦМП на усиление работы с трудоспособным населением.

Профилактика по своей значимости, характеру и специфике предполагает наличие централизованных подходов и государственного регулирования при размещении ресурсов и обеспечении их доступности для каждого жителя страны. По нашему мнению, это позволит разработать современную модель функционирования и развития медицинской профилактики, которая должна органично сочетать экономические интересы государства, отрасли и человека. Данная модель должна базироваться на современных экономических реалиях и иметь характер директивы высших органов исполнительной власти страны, обязательной для выполнения на местах.

Факультет фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова

Роль модифицируемых факторов риска в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний⁵²

Павликова Е.П., профессор кафедры терапии, д.м.н.

Я хотела бы начать с цитирования Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой: «Главная задача в рамках Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями – привлечь внимание населения к этой проблеме, существенно повысить и осведомленность, и мотивированность к ведению здорового образа жизни и правильному поведению в случае наличия факторов риска, и, особенно, при возникновении острых проявлений болезни». Это высказывание, на мой взгляд, в очень доступной и простой форме отражает всю суть концепции профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, научную основу которой составляет концепция факторов риска.

Научная концепция факторов риска является одним из главных достижений в области профилактики болезней системы кровообращения (БСК). Актуальность проблемы профилактики БСК обусловлена их неблагоприятными медицинскими, экономическими и социальными последствиями.

По данным проекта MONICA⁵³ наблюдаемое в развитых странах Европы снижение смертности от ишемической болезни сердца примерно на две трети объясняется уменьшением уровня ИБС благодаря успешной борьбе с факторами риска (прежде всего – с курением) и только на одну треть – улучшением выживаемости больных ишемической болезнью сердца в связи с усовершенствованием подходов к лечению этого заболевания.

⁵² Материалы выступления Павликовой Е.П. на Научно-методическом семинаре Аналитического управления Аппарата Совета Федерации на тему «О реализации мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их профилактике» от 15 октября 2015 года.

⁵³ MONICA – мониторинг основных тенденций, касающихся сердечно-сосудистых заболеваний, который проводится под эгидой ВОЗ Европейским Союзом совместно с рядом международных организаций.

Влияние потенциально модифицируемых факторов риска на развитие инфаркта миокарда в 52 странах (INTERHEART исследование) (Стандартизированное исследование случай-контроль развития острого инфаркта миокарда в 52 странах, 15152 случаев и 14820 группа контроля)		
Сравниваемая группа с наличием фактора риска/ антириска	Отношение шансов развития ИМ в группах сравнения	Сравниваемая группа без фактора
Курение	в 2,87 раза	Никогда не курившие
Повышенный уровень холестерина крови (АpoB/АpoA1)	в 3,25 раза больше	Нормальный уровень холестерина (АpoB/АpoA1)
Повышенное АД	в 1,91 раза больше	Нормальное АД
Повышенный уровень сахара	в 2,37 раза больше	Нормальный уровень сахара
Абдоминальное ожирение	в 1,62 раза больше	Лица без ожирения
Психосоциальное напряжение/ стресс	в 2,67 раза больше	Лица без психосоциального напряжения/стресса
Ежедневное потребление фруктов и овощей	в 0,7 раза меньше	Отсутствие ежедневного потребления
Умеренное употребление алкоголя	в 0,91 раза меньше	Не употребляющие алкоголь
Регулярная и достаточная физическая активность	в 0,86 раза меньше	Отсутствие регулярной физической активности

В Европейских клинических рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний⁵⁴ определены десять стратегических шагов, помогающих улучшить процесс изменения образа жизни. В их числе: создание лечебного союза; консультирование всех пациентов с факторами риска или имеющих ССЗ; помощь пациенту в изменении образа жизни; самостоятельный выбор пациентом понимания необходимости изменения образа жизни; привлечение пациента к выявлению и разделению факторов риска, нуждающихся в коррекции; использование комбинации различных воздействий, включая усиление способности пациента к изменениям; разработка плана изменения образа жизни пациента; контроль процесса на протяжении всего последующего наблюдения.

К группе корригируемых, или модифицируемых, факторов риска относятся: поведенческие факторы – избыточное потребление алкоголя, низкий уровень образования, нерациональное питание с низким потреблением овощей и фруктов, низкий уровень физической активности и биологические факторы риска, главным из которых является артериальная гипертензия.

На мой взгляд, одним из самых важных направлений на сегодняшний день является формирование ответственного отношения к своему здоровью у граждан. Это направление имеет ключевое значение, потому что снижение уровня факторов риска посредством ведения и пропаганды здорового образа жизни должно привести к снижению заболеваемости и смертности без существенных затрат на медицинское обслуживание.

Профилактику сердечно-сосудистых заболеваний необходимо начинать с момента беременности, то есть со здорового образа жизни мамы. Работая в больнице, где роддом специализируется на сердечно-сосудистых заболеваниях, хочу подтвердить, что количество беременных женщин, имеющих различные заболевания растёт. У нас в роддоме рождают женщины, которые перенесли во время беременности инфаркты, инсульты. На протяжении всей беременности они лечатся.

В нашей стране в рамках первичной профилактики идет борьба с курением. Курение широко распространено в группе лиц с высоким суммарным риском ССЗ (54,5% мужчин и 8,8% женщин) и среди больных ССЗ. По данным многочисленных

⁵⁴ Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012 г.).

исследований курит 15–25% больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, в том числе перенесших осложнения и вмешательства по реваскуляризации миокарда⁵⁵. По прогнозам ученых, если не будут предприняты адекватные меры, ограничивающие потребление табака, то к 2020 году курение станет основной (лидирующей) причиной болезней, а одна из восьми смертей в мире будет связана с курением.

Конечно, сегодня есть проблемы с реализацией закона о запрете курения⁵⁶, тем не менее он заложил позитивные тенденции в сфере сокращения потребления табака.

Очень много сделано на уровне первичного звена, на уровне поликлиник. Есть приказ по диспансеризации⁵⁷, где действительно очень разумно выбран объем необходимого скринингового обследования в зависимости от пола и возраста. Однако есть проблемы, которые существенно влияют на эффективность проведения диспансеризации. Первая проблема – это немотивированность нашего населения к прохождению обследования и диспансеризации и слабая информированность о факторах риска.

Второй аспект – это работа врача и жесткие рамки по времени, отведенному на прием пациентов: 12–15 минут, безусловно, недостаточно. Поэтому, на мой взгляд практического врача, следует пересмотреть такие нормативы в сторону увеличения.

Еще один аспект – надо повышать престиж врача-терапевта в поликлиниках и стационарах. Престиж врача-терапевта на сегодняшний день в силу разных обстоятельств настолько низок, что пациент, приходя к терапевту, не воспринимает его в значительной степени как врача.

С целью предупреждения осложнений и смертельных исходов у пациентов с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями, прежде всего, необходимо выявление лиц с высоким риском ССЗ в рамках диспансеризации и проведение активных профилактических мероприятий, а также лечение и коррекция факторов риска.

Пациент уже перенесший инфаркт, обязательно должен быть включен в программу сердечно-сосудистой реабилитации, которая включает: отказ от курения, правильное питание, снижение веса, регулярные консультации и обучение пациентов по изменению их образа жизни. Кроме того, в программу реабилитации обязательно должны быть включены: эффективная медикаментозная терапия факторов риска ишемической болезни сердца, оценка физической активности с использованием функциональных проб, составление индивидуальной программы физических тренировок.

Следует отметить, что по данным многих исследований, в том числе зарубежных, эффективность комплексных программ реабилитации, обязательно включающих физические тренировки и оценку психосоциальных факторов, крайне высока – порядка 20–30 процентов снижения риска смерти от ишемической болезни.

И чтобы подтвердить большое значение профилактики, приведу высказывание Гиппократата: «Болезнь не сваливается на голову как гром среди ясного неба. Она является результатом постоянных нарушений законов природы. Постоянно расширяясь и накапливаясь, эти нарушения прорываются в виде

⁵⁵ Реваскуляризация миокарда – медицинское вмешательство, направленное на устранение дефицита кровоснабжения того или иного участка сердечной мышцы.

⁵⁶ Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

⁵⁷ Приказ Минздрава России от 3 февраля 2015 года № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

болезни, но сия внезапность только кажущая. И если ты не в силах изменить свой образ жизни, никто и ничто не поможет». С этим можно сегодня поспорить, но всегда лучше не допустить болезнь, чем потом с ней бороться. Вот это та истина, которая проверена ни одним десятком веков.

Национальный центр санитарного просвещения населения (САНПРОСВЕТ)

О профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и улучшении лекарственного обеспечения населения

Володин В.Д., президент, член Научно-экспертного совета при Председателе Совета Федерации, д.м.н., профессор

В настоящее время в системе российского здравоохранения основной акцент делается на лечение болезней, в то время как профилактическое направление развито недостаточно. Вопросы же охраны здоровья человека, формирования здорового образа жизни, а тем более профилактики недугов с использованием инновационных технологий, так и не решены до сих пор. Но ведь если отечественная медицина и дальше будет развиваться только как «медицина болезней», то трудно ожидать, что наша нация станет здоровой. Это напрямую относится и к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний, которые как в России, так и во всем мире являются основной причиной смертности.

Хотя, конечно же, надо вести речь не только о проблемах в системе здравоохранения. Очень многое зависит и от самих граждан, от их отношения к собственному здоровью. Убежден, что качественный прорыв в повышении продолжительности здоровой и активной жизни населения России может быть связан только с повышением общей санитарной культуры граждан. От этого зависит демографическое и экономическое будущее нашей страны.

Стратегии, разработанные Всемирной организацией здравоохранения, основаны на том, что большинство случаев таких заболеваний можно предотвратить. Очевидно, что центральными аспектами борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наряду с разработкой и внедрением современных методов лечения, являются ранее выявление и профилактика этих заболеваний.

Именно государство может и должно в полном объеме осуществлять политику профилактической медицинской практики, начиная с санитарной культуры населения, проводить диспансеризацию всех слоев, включая детей и пенсионеров.

Нынешний 2015 год был объявлен Президентом Российской Федерации В.В. Путиным Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 марта 2015 года № 367-р был утвержден План основных мероприятий по проведению Года. Очень важно, что этот план межведомственный и включает блоки мероприятий, направленные на популяризацию здорового образа жизни, формирование гражданской ответственности у населения за состояние собственного здоровья, а также образовательный блок. Необходимо, чтобы и в последующем эти направления продолжали реализовываться, и что самое главное – финансироваться.

Помимо профилактики самих сердечно-сосудистых заболеваний, важным аспектом является профилактика серьезных осложнений и негативных последствий болезней, так называемая вторичная профилактика. Такая профилактика должна обязательно включать контроль врача, эффективную медикаментозную терапию и реабилитационные меры.

Также следует предложить и ряд новых подходов в финансировании медицинской помощи в условиях ограниченности средств, выделяемых на здравоохранение.

Возможным вариантом решения может стать создание индивидуальных лицевого счетов с момента рождения человека. Накопление средств осуществляется постоянно, в течение всей его жизни. Расходование средств осуществляется по мере необходимости на диагностику, лечение и медикаменты.

Как минимум это будет способствовать тому, что люди начнут думать о своем здоровье. Сейчас профилактическая направленность медицины не реализуется в полном объеме, а это важно, и для государства экономически выгодно. Как только люди начнут распоряжаться своими деньгами сами, они займутся профилактикой серьезных заболеваний, чего сейчас не делают, полагая, что «все бесплатно». Причем это будет делаться даже на уровне семьи. Нужно, чтобы о стоимости медпомощи думали не только те, кто ее организует, но и те, кто ее получает.

Очевидно, что одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения является удовлетворение потребностей населения в эффективных, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратах.

Как отмечалось на Форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и достойную медицину», проходившем в Москве 6–7 сентября 2015 года, наиболее остро наши граждане ощутили повышение цен на лекарственные препараты, более 70% опрошенных граждан считают это одной из самых болезненных тем в сфере здравоохранения в последнее время.

Здесь следует особо обратить внимание на необходимость совершенствования качественного и регулярного лекарственного обеспечения таких пациентов. Обеспечение доступности лекарств для таких категорий граждан жизненно необходимо. Как отмечают эксперты, снижение уровня жизни приводит к изменению приоритетов расходования семейного бюджета, в частности к снижению затрат на медикаменты. Негативным образом влияет на обеспечение лекарствами «монетизация» льгот, при которой, получив деньги, льготники тратят их на другие цели, а не на приобретение препаратов. Люди с низкими доходами, особенно пенсионеры, отдают предпочтение другим расходам, прежде всего тратят на питание и оплату жилищно-коммунальных услуг, отказываясь при этом от приема необходимых препаратов.

Если рассматривать опыт СССР, то необходимо обратить внимание на то, что в 1991 году в стране производилось 272 вида субстанций для изготовления лекарств. Правда, выпускали готовые препараты в основном в странах Совета экономической взаимопомощи, а также в Прибалтике. Тем не менее, потребности в синтетических лекарствах тогда удовлетворялись за счет наших субстанций на 70%, в антибиотиках – на 85%, в иммунобиологических препаратах – на 100%. После распада СССР фармакологическая промышленность во многом утратила свои позиции, и зарубежные препараты нарастающим потоком устремились в Россию.

В настоящее время, по экспертным оценкам, более половины лекарств массового спроса в лечебных учреждениях страны – отечественного производства. В то же время в денежном выражении, их доля составляет в среднем около 25%. В сегменте льготного лекарственного обеспечения также полностью не удается преодолеть зависимость от импортных препаратов. Проблемой отечественной

фармацевтики является то, что отечественные производители лекарственных препаратов широко используют компоненты иностранного происхождения, преимущественно произведенные в Китае.

Одна из острейших проблем – безопасность лекарств. Нередко даже у, казалось бы, хорошо известных препаратов обнаруживаются вредные побочные воздействия на организм человека, которые не указаны в инструкции и не были обнаружены в ходе клинических испытаний. Эти попутные реакции, по данным Всемирной организации здравоохранения, входят в число 10 ведущих причин смерти во многих странах, а затраты на лечение их последствий зачастую превышают стоимость терапии.

И здесь уместно вспомнить, что в СССР в обычной аптечной сети было 1,8 тысячи наименований препаратов, а в Четвертом главном управлении, так называемой «кремлевке», – 3,5 тысячи, тогда как сегодня на отечественном фармацевтическом рынке их свыше 35 тысяч. Слишком много ненужных дублирований, упаковок со звучными названиями для привлечения покупателей. Здесь надо серьезно наводить порядок.

Уже давно назрел вопрос о запрете рекламы лекарственных препаратов в любых средствах массовой информации, за исключением специализированных медицинских изданий. Это подтверждается и социологическими опросами, 86% представителей медицинского сообщества и 71% представителей пациентов считают, что реклама лекарственных препаратов наносит вред здоровью, а также провоцирует самолечение.

Анализ состояния обеспечения учреждений здравоохранения и населения Российской Федерации лекарствами и медицинской техникой показывает, что успешная реализация мер, принимаемых руководством страны по модернизации отрасли, возможна лишь при наличии в России конкурентоспособной, соответствующей по оснащенности и удовлетворяющей требованиям международных стандартов медицинской промышленности.

Совместная слаженная работа органов власти, предпринимателей и общественных организаций позволит, с одной стороны, наиболее полно использовать мощности отечественной медицинской промышленности, даст дополнительные гарантированные рабочие места и налоги в бюджет. В этом случае средства, выделяемые на улучшение качества медицинской помощи, в том числе будут направлены и на инвестирование отечественной медицинской промышленности.

Институт демографии НИУ «Высшая школа экономики»

Влияние болезней системы кровообращения на демографическое развитие Российской Федерации

Вишневский А.Г., директор, д.э.н., профессор

Андреев Е.М., ведущий научный сотрудник, к.ф.-м.н.

Тимонин С.А., научный сотрудник, к.геогр.н.

Демографическое развитие Российской Федерации определяется взаимодействием трех главных демографических процессов: рождаемости, смертности и миграции. Каждый из этих процессов в современной России протекает

в режиме, далеком от оптимального, порождает множество проблем, вызывающих обеспокоенность общества и рассматриваемых как вызовы, на которые необходимо найти ответы.

Один из таких вызовов, возможно, наиболее острый, связан с очень высоким уровнем смертности и, соответственно, низкой продолжительностью жизни россиян.

1. Отставание России по продолжительности жизни

К середине 1960-х годов в большинстве развитых индустриальных стран удалось установить контроль над главным источником высокой смертности в прошлом – инфекционными заболеваниями. Благодаря этому ожидаемая продолжительность жизни в период с начала XX в. по 1960 год выросла на 20 и более лет, причем Россия, имевшая очень низкий исходный уровень, принадлежала к числу стран, достигших на этом этапе наибольшего выигрыша: продолжительность жизни среди мужчин в России выросла на 34 года, женщин – на 40 лет (рис. 1).

Во многих странах ожидаемая продолжительность жизни при рождении для обоих полов увеличилась к этому времени в среднем до 70 лет, и ее дальнейший рост несколько замедлился. Оценивая сложившуюся ситуацию, эксперты пришли к выводу, что возможности прежней стратегии борьбы за повышение продолжительности жизни, ориентированной прежде всего на профилактику и лечение инфекционных заболеваний, исчерпываются, и эта стратегия нуждается в переосмыслении. Как писал американский гигиенист Милтон Террис, необходимо было совершить «вторую эпидемиологическую революцию»⁵⁸.

Мир действительно вступил в новую эру – эпоху борьбы с неинфекционными причинами смерти (хроническими заболеваниями, а также несчастными случаями и травмами). В период с конца 1960-х по начало 1970-х годов в большинстве развитых стран шел процесс активной трансформации эпидемиологической модели смертности, сложившейся к этому времени в результате достигнутых на предыдущем этапе успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями. И именно рубеж 1960-х–1970-х годов стал точкой, когда пути снижения смертности в индустриальных странах начали расходиться, - переход к новой модели смертности осуществлялся не везде.

Он был успешным в странах Западной Европы, Северной Америки, Японии и некоторых других государствах, где сохранялась устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни (прибавка составляла примерно 2,5 года в десятилетие). В странах же Центральной и Восточной Европы никаких улучшений не происходило, а в тогдашних европейских республиках Советского Союза наблюдались даже отдельные периоды роста смертности. Что касается России, то насколько выигрышными для нее были изменения на этапе первой эпидемиологической революции, настолько проигрышными оказались они на более позднем этапе, когда в мире развернулась вторая эпидемиологическая революция. За 50 лет – между 1960 и 2010 гг. – продолжительность жизни женщин выросла незначительно, намного меньше, чем в большинстве развитых стран, а у мужчин она даже несколько сократилась (рис. 1).

⁵⁸ Terris Milton. The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments. American Journal of Public Health. December 1976, Vol. 66, No. 12, p. 1159.

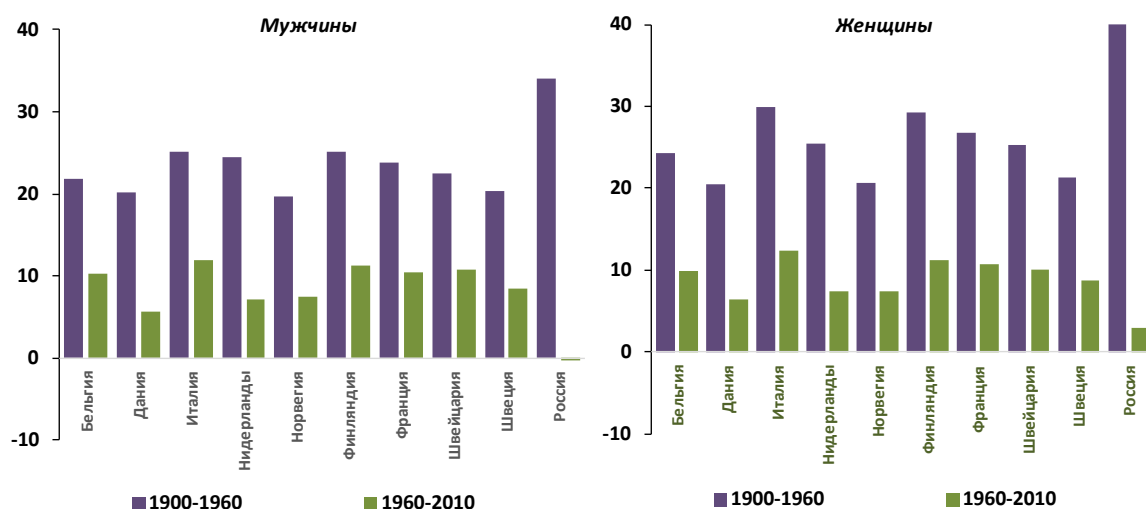
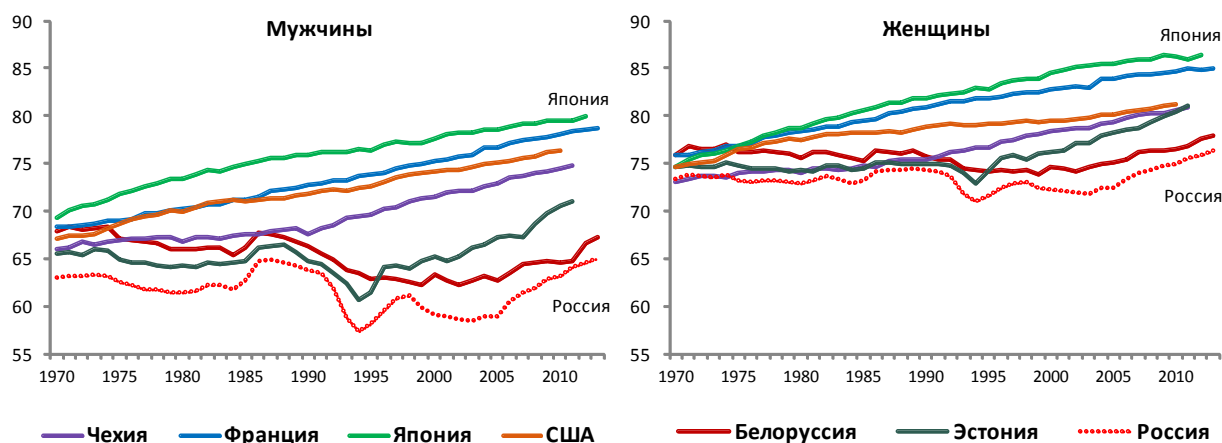


Рис. 1. Прирост ожидаемой продолжительности жизни в некоторых странах на этапах первой и второй эпидемиологической революции, лет

Негативные тенденции в Центральной Европе были сломлены в конце 1980-х годов, в Прибалтике – в середине 1990-х. В России изменения, происходившие с конца 1980-х годов, когда были достигнуты самые высокие показатели продолжительности жизни, имели колебательный характер. Вначале показатели резко упали, достигнув дна в 1994 г., после чего последовало их восстановление. Падение заняло 4–6 лет, а на восстановление уровня конца 1980-х годов, временно прервавшегося в 1998 г., потребовалось в целом 15 лет у женщин и 19 лет у мужчин. При этом отставание от большинства развитых стран существенно выросло. Если взять для сравнения 15 западноевропейских стран⁵⁹, входивших в Европейский союз до его расширения в 2004 г. (ЕС-15), то в 1988 г. продолжительность жизни мужчин в России была ниже, чем в этих странах, на 8 лет, женщин – на 5 лет. В 2011 г. этот разрыв увеличился до 14,8 года у мужчин и до 8,5 года у женщин. Если же сравнивать с отдельными, наиболее успешными странами (Франция, Италия, Испания, Япония), то разрыв будет еще большим. Нарастающее отставание России от обогнавших ее по продолжительности жизни стран, в том числе и из бывшего «социалистического лагеря», хорошо видно на рис. 2.

Это отставание в решающей степени определяют две особенности современной российской модели смертности: очень высокая смертность от болезней системы кровообращения в средних возрастах и очень высокая смертность от внешних причин в молодых и средних возрастах. Остановимся более подробно на одной из этих двух особенностей – высокой смертности россиян от БСК.

⁵⁹ Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Италия, Ирландия, Испания, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Финляндия, Франция, Швеция.



Источники: База данных «HumanMortalityDatabase», Росстат

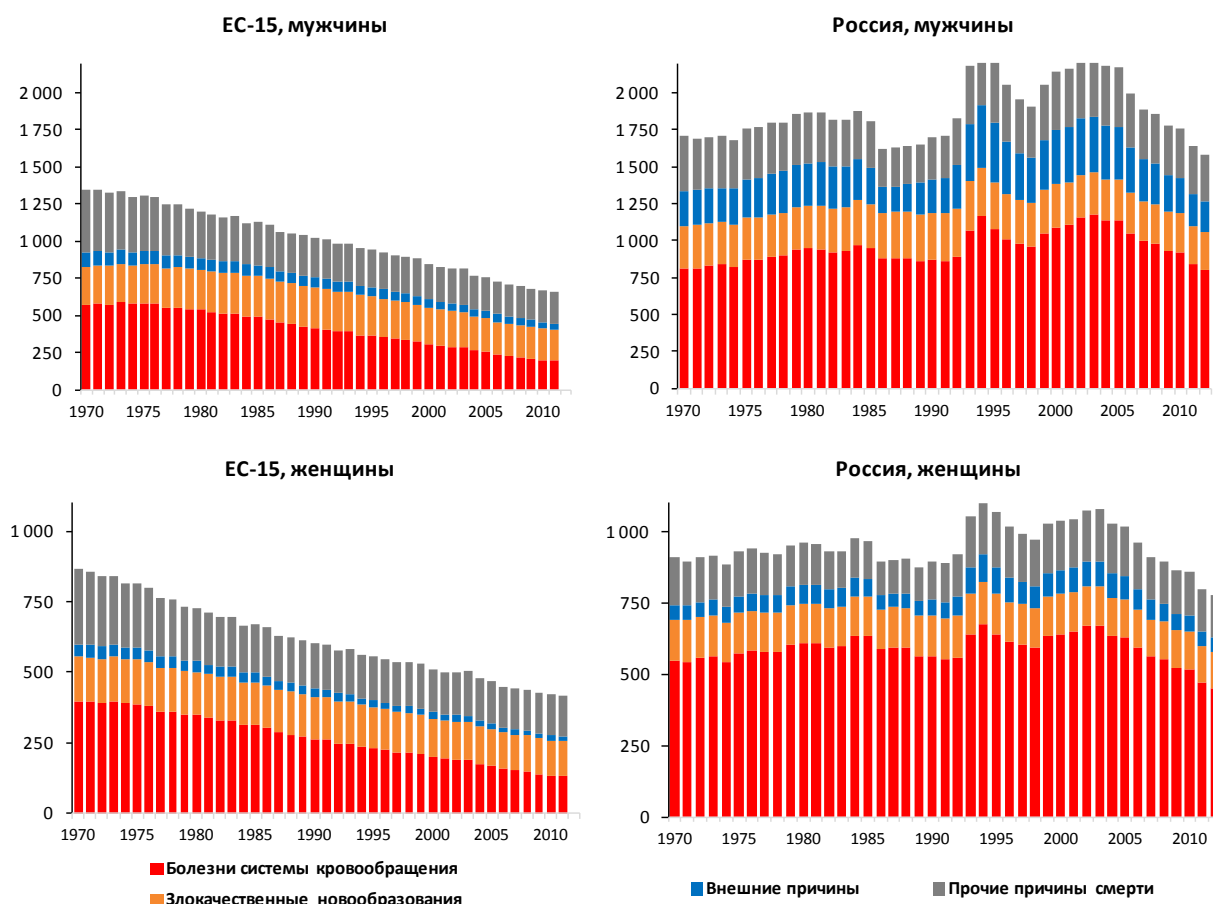
Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и некоторых странах мира, лет

2. Неблагоприятная динамика смертности от болезней системы кровообращения в России

Как уже отмечалось, к началу 1970-х годов в развитых странах инфекционные заболевания утратили свою недавнюю роль главной угрозы здоровью и жизни человека, и на первый план вышли неинфекционные причины заболеваемости, инвалидности и смертности, прежде всего три их главных класса: сердечно-сосудистые заболевания, новообразования и так называемые внешние причины смерти, вызванные не болезнями, а преднамеренными или случайными внешними воздействиями.

В 1970 г. совокупная доля этих трех групп причин в стандартизованном (т.е. не зависящем от возрастной структуры) коэффициенте смертности от всех причин в странах Западной Европы была близка к 70% и в последующие годы даже увеличивалась, а в России уже тогда достигала 80%. Соответственно, задачи борьбы со смертностью сводились и все еще сводятся прежде всего к снижению смертности от трех указанных групп причин.

Если судить по динамике стандартизованного коэффициента смертности после 1970 г., то эти задачи в западноевропейских странах решались весьма успешно (рисунок 3, левая панель). При этом график однозначно свидетельствует о том, что всю картину изменений на протяжении последних десятилетий определяло снижение стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения, именно оно привело к общему снижению стандартизованного коэффициента смертности в этих странах. Стандартизованный коэффициент смертности от двух других главных классов неинфекционных причин изменился незначительно (хотя в случае внешних причин его снижение все же заметно). Не случайно поэтому в современной демографической литературе происходившие в последние полвека изменения в смертности получили название «кардиоваскулярной революции».



Источники: База данных ВОЗ «Health for all»

Рис. 3. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, внешних причин и прочих причин смерти ЕС-15 и России, на 100 000

В России события развивались по-иному. Как видно из того же рисунка 3 (правая панель) и из табл. 2, о серьезном снижении смертности от болезней системы кровообращения говорить пока не приходится, с 1970 г. она почти не изменилась. Едва ли можно говорить и о серьезном изменении совокупного стандартизованного коэффициента смертности от трех классов причин – за последние полвека он претерпевал в основном колебательные изменения, лишь во второй половине «нулевых» годов обнаружив более или менее выраженную тенденцию к падению ниже достигавшихся ранее уровней.

Таблица 1

Стандартизованный коэффициент смертности от некоторых классов причин смерти в России, 1970–2014, на 100 000

	1970	1980	1990	2000	2010	2014
Мужчины						
Все причины, в том числе:	1704,5	1868,2	1695,4	2143,6	1756,5	1513,2
внешние причины	238,8	292,1	228,7	360,5	237,3	204,4
болезни системы кровообращения	809,0	946,2	868,0	1091,8	920,5	702,1

злокачественные новообразования	287,2	284,5	318,6	294,4	262,8	241,0
<i>Итого 3 класса причин</i>	<i>1335,0</i>	<i>1522,8</i>	<i>1415,3</i>	<i>1746,7</i>	<i>1420,6</i>	<i>1147,5</i>
Остальные причины	369,5	345,4	280,1	396,9	335,9	365,8
Женщины						
Все причины, в том числе:	911,7	959,1	893,3	1039,2	858,9	747,2
внешние причины	51,1	68,0	55,8	83,3	56,9	47,8
болезни системы кровообращения	544,9	610,4	561,9	641,4	517,6	382,4
злокачественные новообразования	146,2	135,8	142,8	139,8	131,8	123,1
<i>Итого 3 класса причин</i>	<i>742,2</i>	<i>814,2</i>	<i>760,5</i>	<i>864,5</i>	<i>706,3</i>	<i>553,4</i>
Остальные причины	169,5	144,9	132,8	174,7	152,6	193,8

3. Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний – главная причина низкой продолжительности жизни в России

Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний – главный виновник российского отставания от других стран по продолжительности жизни. Она на 45–55% обуславливает это отставание у мужчин и еще больше – у женщин (таблица 2).

Таблица 2

Вклад болезней системы кровообращения в общее отставание России по ожидаемой продолжительности жизни от некоторых стран, в годах и процентах

Страна, год	Мужчины		Женщины	
	Различия в ОПЖ	в т. ч. за счет более высокой смертности от БСК	Различия в ОПЖ	в т. ч. за счет более высокой смертности от БСК
Япония, 2013	15,4	7,9 (51,1%)	11,0	7,9 (71,3%)
Франция, 2011	13,5	7,6 (55,8%)	9,2	7,3 (78,8%)
Германия, 2012	13,4	6,4 (47,6%)	7,0	4,8 (69,0%)
США, 2010	11,4	6,1 (53,4%)	5,0	5,0 (98,1%)
Эстония, 2012	10,1	4,3 (42,7%)	4,9	2,9 (60,3%)
Чехия, 2013	6,2	2,8 (44,3%)	5,1	2,7 (53,7%)

Источники: База данных ВОЗ «MortalityDatabase»; Росстат

Примечание: Данные по России, используемые для сравнения, – за 2013 год (ОПЖ составила 65,1 и 76,4 лет для мужчин и женщин соответственно)

С начала 1970-х годов уровень смертности в России пережил несколько периодов подъема и спада, и каждый раз это было тесно связано с подъемами и спадами смертности от болезней системы кровообращения (рис. 4 и 5).

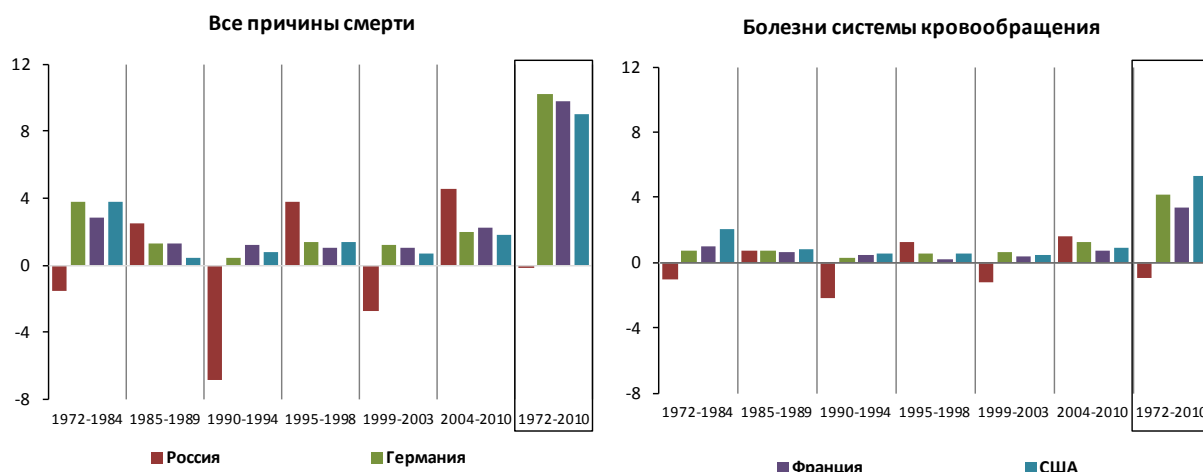


Рис. 4. Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в результате роста или снижения смертности от всех причин и от болезней системы кровообращения в России, Германии, Франции и США, лет. Мужчины

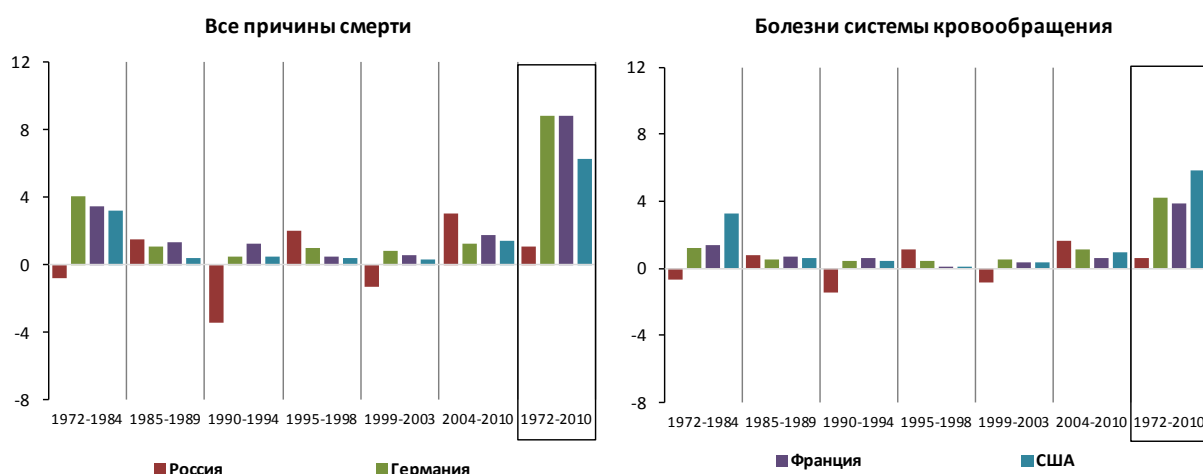


Рис. 5. Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в результате роста или снижения смертности от всех причин и от болезней системы кровообращения в России, Германии, Франции и США, лет. Женщины

4. Структура сердечно-сосудистой смертности в России

Укрупненно структурируя весь класс болезней системы кровообращения, можно выделить три главные группы этих болезней: ишемическая болезнь сердца (коды МКБ I20–I25), цереброваскулярные болезни (I60–I69) и все остальные причины этого класса (другие болезни сердца – коды I00–I19, I26–I59 – и прочие сердечно-сосудистые заболевания – коды I70–I99)⁶⁰. Сопоставление структуры смертности от этих трех групп причин в России и в странах с более низкой и снижающейся смертностью от болезней системы кровообращения свидетельствует о том, что и здесь Россия идет своим (и не самым лучшим) путем.

В России наибольший вклад в эту смертность вносит ишемическая болезнь сердца. Она определяет больше половины стандартизованного коэффициента

⁶⁰ Коды указаны в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

смертности от болезней системы кровообращения у мужчин и ненамного меньше у женщин, причем тенденция к снижению этого вклада пока не просматривается. В западноевропейских странах этот вклад существенно меньше и в последние два десятилетия имеет тенденцию к снижению (рис. 6).

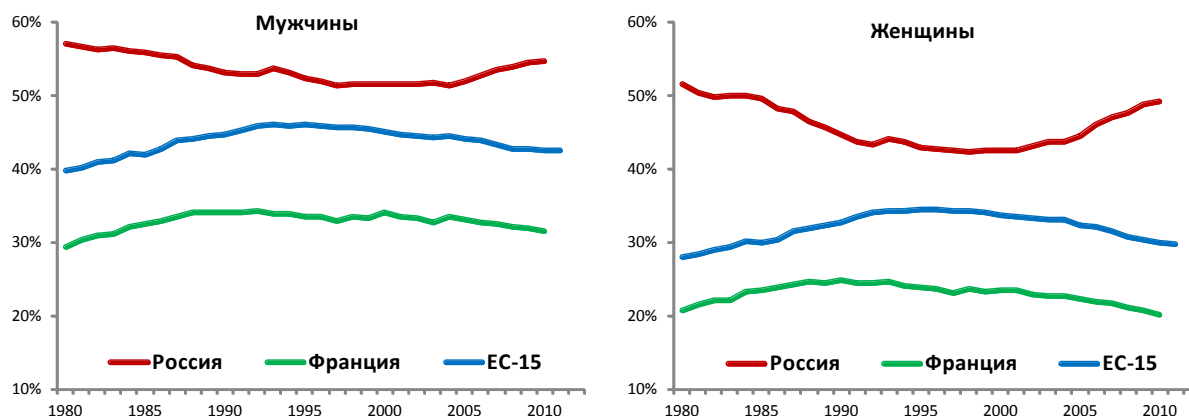


Рис. 6. Вклад ишемической болезни сердца в стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России, Франции и ЕС-15

Одновременно в этих странах быстро снижается вклад в сердечно-сосудистую смертность болезней сосудов головного мозга – в России это снижение наметилось лишь недавно, и пока этот вклад у нас остается высоким - у женщин, примерно, такой, какой отмечался во Франции в 1980 г., у мужчин – ненамного меньше (рис. 7).

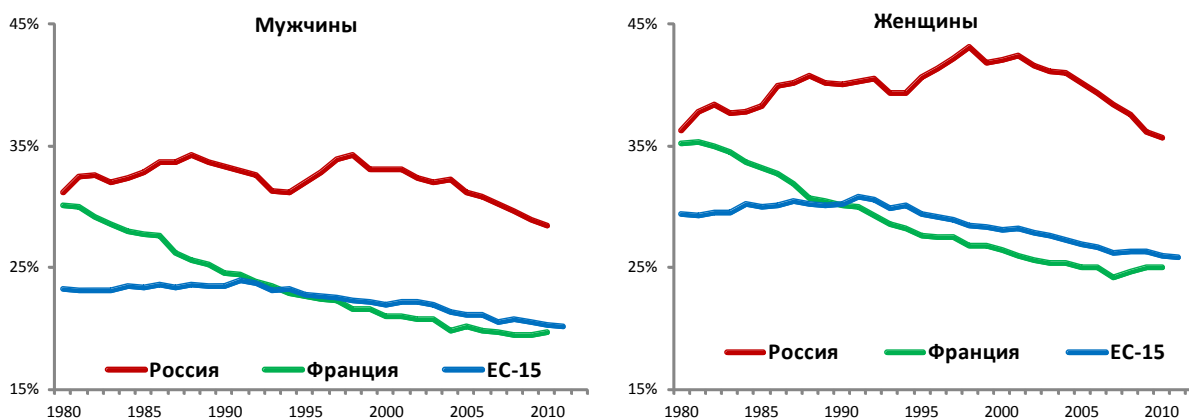


Рис. 7. Вклад цереброваскулярных болезней в стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России, Франции и ЕС-15

Соответственно, в России весьма низок вклад всех остальных болезней системы кровообращения, который в других странах все время растет. Правда, после 2000 года он растет и в России, но отрыв от западноевропейских стран все еще очень велик (рис. 8).

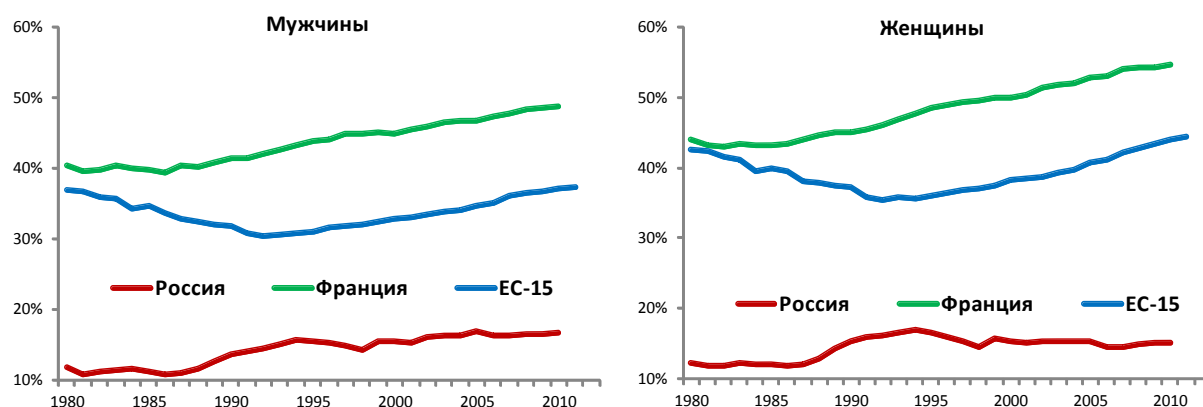


Рис. 8. Вклад остальных сердечно-сосудистых заболеваний в стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России, Франции и странах ЕС-15

Вклад трех крупных групп причин смерти в общую смертность от болезней системы кровообращения важен не сам по себе, а в связи с возрастом, в котором люди умирают от заболеваний той или иной группы. В России, в сравнении с другими странами, очень низок средний возраст смерти от всех трех групп сердечно-сосудистых заболеваний, но, кроме того, соотношение между ними не такое, как в странах с низким уровнем смертности. Сравнение России и Франции на рис. 9 показывает, что во Франции рост вклада других болезней системы кровообращения за счет снижения вклада ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, о чем говорилось выше, сочетается с высоким возрастом смерти от других болезней системы кровообращения, которые в России характеризуются намного более низким (на 8,5 года в 2010 г.) возрастом смерти. При этом в России возраст смерти от них и у мужчин, и у женщин существенно ниже, чем от ишемической болезни сердца или цереброваскулярных заболеваний, тогда как во Франции он, напротив, самый высокий.

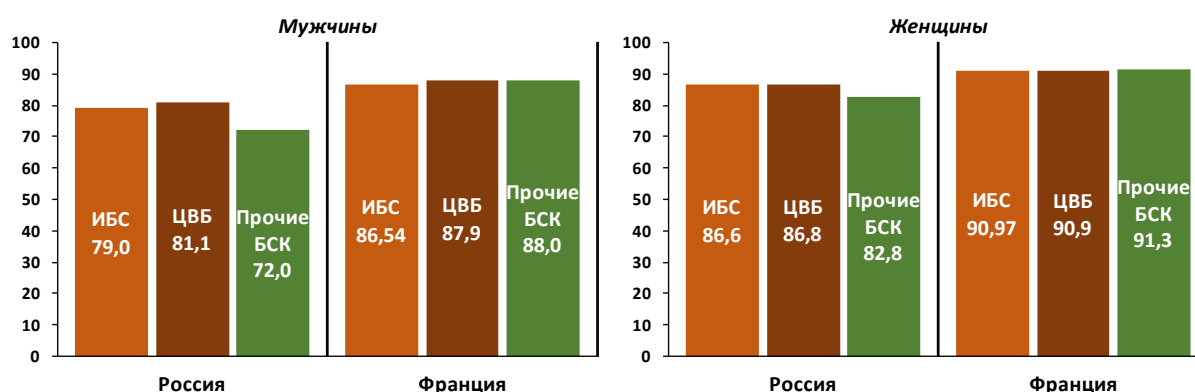


Рис. 9. Средний возраст смерти от трех групп болезней системы кровообращения в России и во Франции, 2010 г., лет

Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни; БСК – болезни системы кровообращения

На рис. 10 показан вклад изменений смертности от болезней системы кровообращения и их укрупненных групп в изменения продолжительности жизни в России с 1972 г. по периодам роста и сокращения этого показателя. На графике

видно, что в результате взаимного погашения этих разнонаправленных изменений прирост продолжительности жизни за счет снижения смертности от болезней системы кровообращения за весь более чем 40-летний период у женщин составил немногим более 2 лет, а у мужчин – менее полугода, причем вклад цереброваскулярных болезней у женщин и прочих болезней системы кровообращения у мужчин в целом за весь период оказался отрицательным.

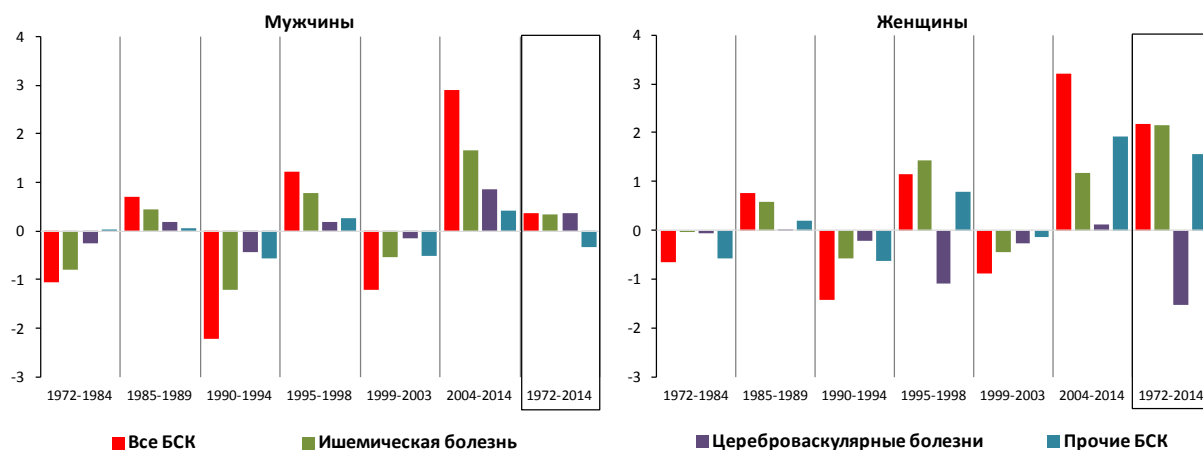
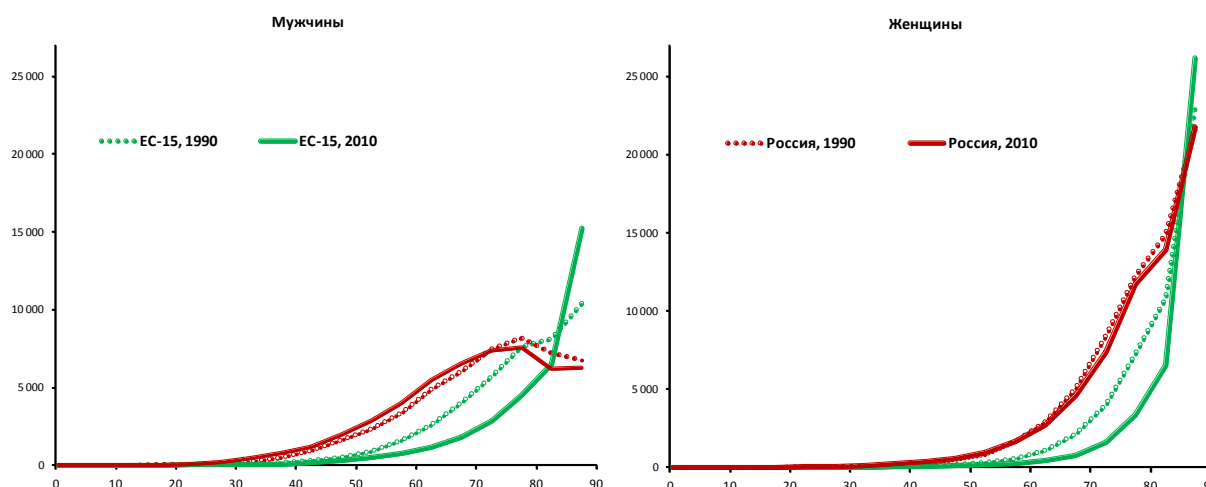


Рис. 10. Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России в результате изменения смертности от болезней системы кровообращения и их отдельных групп за 1972–2014 гг.

4. Возрастная модель сердечно-сосудистой смертности в России

Низкий возраст смерти от болезней системы кровообращения и их укрупненных групп, о чем говорилось выше, – свидетельство общего застоя возрастной модели смертности от этих болезней – и сама эта модель, и ее динамика в России разительно отличаются от того, что можно видеть в последние десятилетия в странах «кардиоваскулярной революции», в частности, в странах Западной Европы (рис. 11).



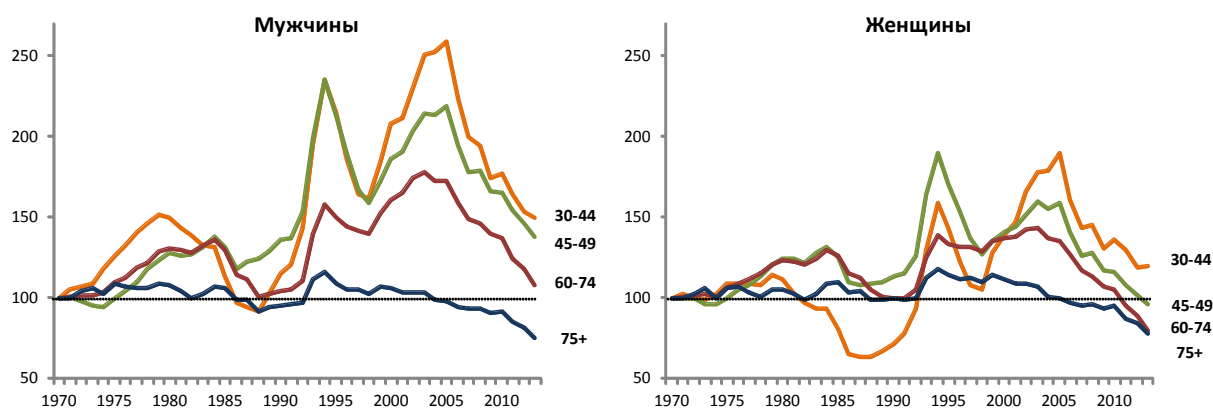
Примечание: Табличные числа умирающих (d_x) – показатель таблиц смертности по причинам смерти, не зависящий от возрастной структуры населения.

Рис. 11. Возрастное распределение табличных чисел умирающих (d_x) от болезней системы кровообращения в России и в странах ЕС-15

Как следует из рис. 11, в России у мужчин число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний начинает быстро нарастать уже после достижения 25-летнего возраста, основная масса умирающих от этих причин концентрируется в возрастах до 70–75 лет, после чего их доля даже сокращается. В странах Западной Европы рост начинается позже (российские показатели, фиксируемые в 25 лет, там не достигаются и к 40 годам), кривые поднимаются гораздо менее круто, но зато этот подъем длится до самых поздних возрастов, так что пик умерших от болезней системы кровообращения приходится не на 70–75 лет, как в России, а ближе к 90 годам. У женщин возрастное распределение смертей от болезней системы кровообращения больше похоже на западноевропейское, но все же тоже сильно сдвинуто в сторону более молодых возрастов.

При этом кривые для стран ЕС-15 демонстрируют выраженную тенденцию сдвигаться вниз и вправо, «прогибаясь» в сторону правого нижнего угла графика. При сравнении кривых 1990 и 2010 годов ясно видно, что правый конец кривых 2010 года и у мужчин, и у женщин уверенно устремляется вверх, свидетельствуя о смещении все большего числа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний к более поздним возрастам. В России же у мужчин кривые вообще прогнуты не вправо, а влево, свидетельствуя о высокой смертности в средних возрастах, при этом кривая 2010 г. даже хуже кривой 1990 г. Женские кривые ближе к западноевропейским, но тоже сильно смещены влево и также свидетельствуют об отсутствии какой-либо позитивной динамики.

На рисунке 12 представлена динамика возрастных коэффициентов смертности от болезней системы кровообращения в России для 4 наиболее важных групп возрастов за более длительный период – с 1970 года. Видно, что наиболее серьезные колебания сердечно-сосудистой смертности характерны для более молодых возрастов, тогда как старшие возрастные группы менее подвержены таким колебаниям.



Источник: Росстат.

Рис. 12. Динамика возрастных коэффициентов смертности (30–44, 45–59, 60–74 и 75 лет и старше) от болезней системы кровообращения в России, 1970 г. = 100%

Несмотря на значительное снижение смертности во всех возрастных группах на протяжении последних 10 лет, уровень мужской смертности от БСК в возрастах до 75 лет и женской – до 45 лет остается все еще выше показателей, достигнутых в 1970 году.

Недостатки возрастной модели российской смертности от болезней системы кровообращения хорошо видны в табл. 3, которая позволяет сравнить

распределение смертей по возрасту в России и некоторых других странах и выделить «возрастные группы риска» для населения России, указав для каждой из них избыточное по сравнению с этими странами число смертей.

К примеру, цифра в нижней строке столбца 2 таблицы показывает, что в 2013 г. в России по сравнению с Японией из каждых 100 000 мужских смертей во всех возрастах более 28 тыс. смертей, произошедших в возрастах 30–84 года от болезней системы кровообращения, можно было считать избыточными, в Японии в этих возрастах их бы не было. При этом особенно велико число избыточных смертей в возрасте 70–74 года, в то время как избыточная смертность в возрастах до 45 лет, хотя она есть, все же сравнительно невелика. Таким же образом можно анализировать любой столбец таблицы.

Таблица 3

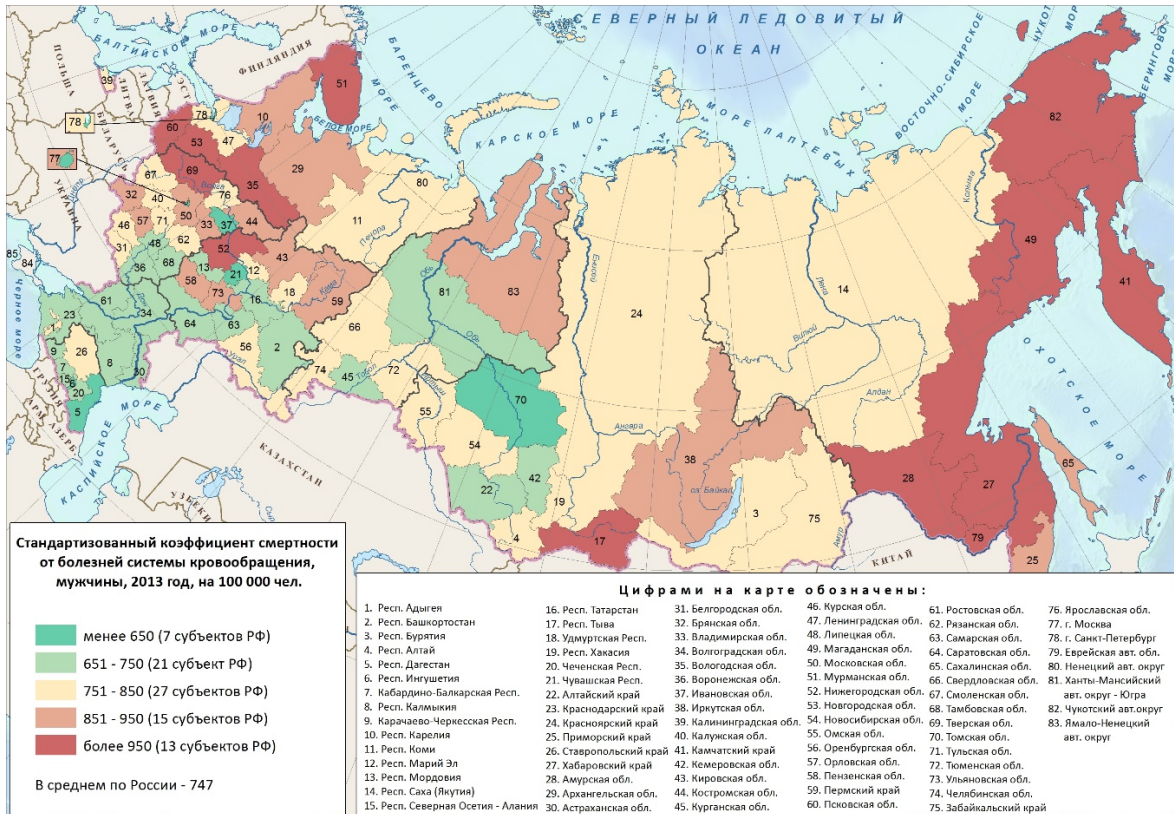
Избыточные табличные числа мужских и женских смертей от БСК в возрасте 30–85 лет в России в сравнении с некоторыми странами, на 100 000 человек, умирающих во всех возрастах и от всех причин

	Мужчины					Женщины				
	Япония 2013	Франция 2011	США 2010	Чехия 2013	Эстония 2012	Япония 2013	Франция 2011	США 2010	Чехия 2013	Эстония 2012
30-34	361	373	320	346	322	105	108	80	112	104
35-39	591	617	533	604	449	182	183	134	169	123
40-44	862	904	757	827	591	275	284	197	260	247
45-49	1 334	1 404	1 115	1 181	870	406	430	268	362	322
50-54	1 979	2 037	1 608	1 631	1 034	602	624	385	484	507
55-59	2 822	2 879	2 281	2 000	1 441	1112	1146	803	873	743
60-64	4 031	4 147	3 377	2 488	1 427	1931	1985	1447	1338	1208
65-69	4 333	4 481	3 458	1 915	816	3013	3112	2284	1783	1717
70-74	5 520	5 636	4 434	2 408	1 166	5738	5758	4670	3396	3061
75-79	4 619	4 664	3 434	434	-2	8076	8123	6681	3909	2900
80-84	2 036	2 059	1 131	-2 300	-1 715	9199	9166	7965	1962	386
Всего:	28 489	29 200	22 449	11 536	6 399	30 639	30 918	24 915	14 648	11 318
<i>Число избыточных смертей:</i>			<i>более 5 000</i>		<i>3 000 – 5 000</i>		<i>1 000 – 3 000</i>		<i>менее 1 000</i>	

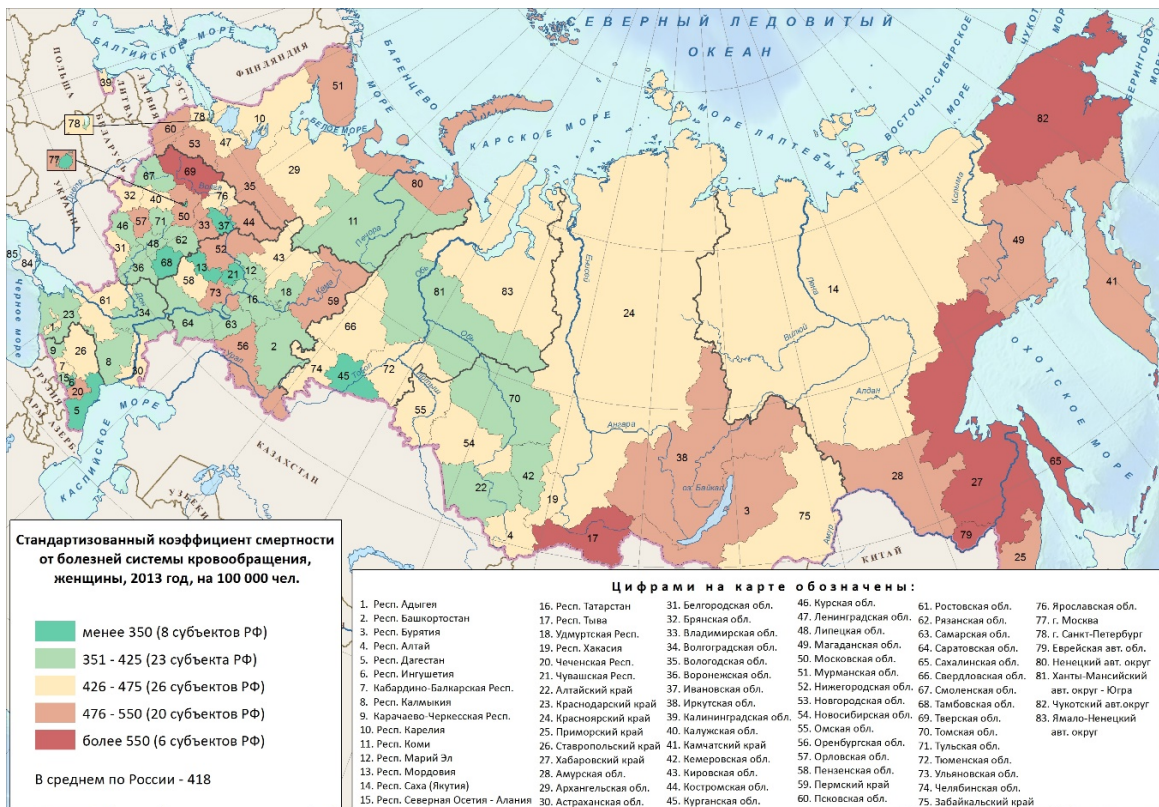
6. Региональные особенности смертности от БСК в России

Анализ смертности от болезней системы кровообращения в России не может обойтись без рассмотрения региональных особенностей, которые проявляются на фоне общей картины, характерной для всей страны.

Наиболее неблагоприятная ситуация в 2013 году складывалась в районах Дальнего Востока, некоторых регионах Восточной Сибири (Тыва, Иркутская область, ЯНАО), а также на севере и северо-западе Европейской части России и Приуралья (Пермский край). Напротив, регионы с самой низкой смертностью от БСК – города федерального значения (Москва и Санкт-Петербург), юг Европейской части России, Поволжье и некоторые регионы Западной Сибири (карты 1 и 2).



Карта 1. Смертность от болезней системы кровообращения, 2013 год. Мужчины



Карта 2. Смертность от болезней системы кровообращения, 2013 год. Женщины

На картах 3 и 4 показана динамика изменения уровня смертности мужчин и женщин от болезней системы кровообращения в регионах России. За прошедшее десятилетие (2003–2013 гг.) изменения во всех субъектах Российской Федерации носили позитивный характер, хотя их величина варьировалась от региона к региону. В целом стандартизованный коэффициент смертности от БСК в России сократился на 36,3% у мужчин и на 37,8% у женщин. Наиболее высокие темпы снижения смертности были, в первую очередь, зафиксированы в тех регионах, которые в 2003 году имели наиболее высокие показатели смертности от БСК, – преимущественно регионы, расположенные вокруг Москвы и Санкт-Петербурга. Некоторым из них к 2013 году удалось существенно улучшить свои относительные позиции (Ивановская, Смоленская, Ленинградская, Липецкая, Курская и Тамбовская области).

Вместе с тем отметим, что во всех этих областях (за исключением Ленинградской) резко возросла доля умерших в возрасте старше 80 лет от причины смерти «старость», что может свидетельствовать не столько о реальных успехах в снижении сердечно-сосудистой смертности, сколько об изменениях в региональных практиках кодирования причин смерти (подробнее об этом см. ниже). Высокие темпы снижения смертности от БСК наблюдались в Москве и Санкт-Петербурге, что дополнительно усилило их позиции. Скромные темпы снижения смертности от БСК были присущи целому ряду регионов Дальнего Востока (Чукотский АО, Республика Саха, Магаданская область и Еврейская автономная область) и Сибири (ЯНАО, Республика Алтай, Новосибирская и Омская области).



Карта 3. Динамика смертности от БСК в 2003–2013 гг. Мужчины



Карта 4. Динамика смертности от БСК в 2003–2013 гг. Женщины

7. Гипердиагностика или недооценка сердечно-сосудистой смертности?

Возможности анализа уровня и тенденций смертности от болезней системы кровообращения существенно зависят от качества кодирования причин смерти при заполнении медицинского свидетельства о смерти. Это качество в России далеко не безупречно.

Зачастую умершие в старших возрастах при жизни имели несколько заболеваний, каждое из которых в какой-то мере могло привести к смерти. В процессе подготовки медицинского свидетельства о смерти, являющегося основным источником статистической информации, врач должен из совокупности возможных причин выбрать первоначальную (основную) причину. Для этих целей разработаны соответствующие рекомендации как на федеральном уровне, так и в регионах. Кроме рекомендаций существует мнение врача и практика диагностики и кодирования – врач нередко выбирает не самый «правильный», а самый привычный диагноз, не вызывающий вопросов у родственников умершего или у руководства лечебного учреждения. В России таким диагнозом долгое время оставались болезни системы кровообращения, считающиеся естественной причиной смерти в старости, что дало повод экспертному сообществу говорить о гипердиагностике сердечно-сосудистых причин смерти.

29 марта 1989 г. Коллегия Министерства здравоохранения СССР в целях борьбы с завышенной смертностью от сердечно-сосудистых болезней приняла «Указания о порядке установления причины смерти при основных заболеваниях болезней органов кровообращения и записи во врачебном свидетельстве о смерти». Пятнадцатый пункт Указаний состоял в том, что «умершим вне стационара в возрасте старше 80 лет при отсутствии в медицинской документации указаний на заболевания, способные вызвать смерть, при отсутствии подозрения на

насильственную смерть, в случаях, когда патологоанатомическое исследование не проводилось, выдается врачебное свидетельство о смерти или фельдшерская справка, где в качестве причины смерти указывается «старость». Отметим, что постановка диагноза «старость» допускается только после 80 лет, и данная причина смерти относится к группе «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» и по существу означает, что точная причина смерти не установлена.

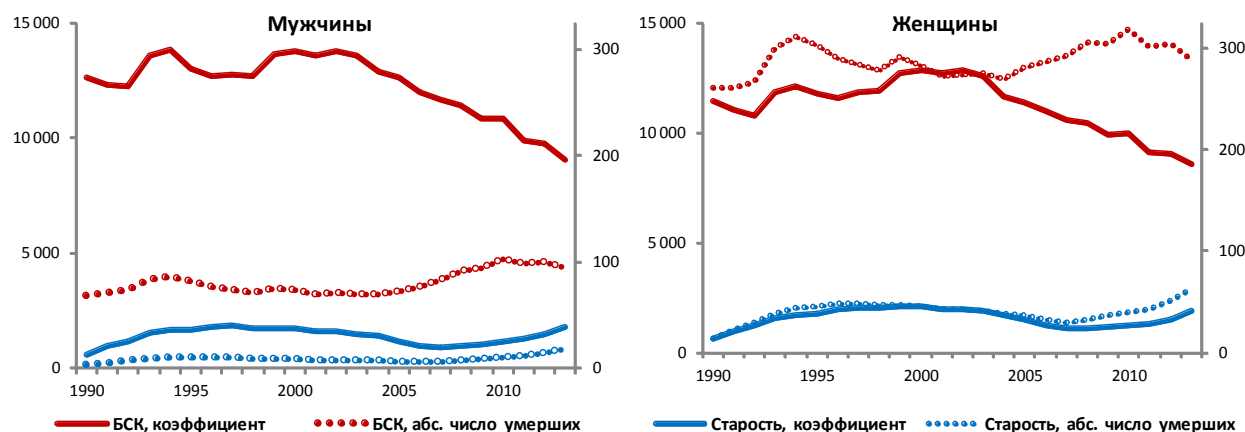


Рис. 13. Уровень смертности от БСК и от «старости» в возрасте 80 лет и старше, на 100 000 человек (левая ось) и абсолютное число умерших от БСК и старости в возрасте 80 лет и старше, тыс. человек (правая ось)

Рост числа умерших и коэффициента смертности от старости не заставил себя ждать (рис. 13). К середине 2000-х годов указание «старости» в качестве первоначальной причины смерти стало значительно более редким, но, как оказалось, ненадолго. В последние несколько лет, особенно с 2012 г., число умерших от старости неуклонно растет в унисон со снижением смертности от БСК у лиц старше 80 лет. К примеру, в 2012 г. 11,8% умерших в возрасте 80 лет и старше скончались с диагнозом «старость», 72,3% – умерли от сердечно-сосудистых болезней. К 2014 г. доля умерших с диагнозом «старость» составила уже 18,7% (плюс 6,9 п.п.), а от сердечно-сосудистых болезней – 61,2% (минус 11,1 п.п.).

Анализ смертности по причинам смерти за последние годы показывает, что Указ Президента «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», ставивший целью снижение общих коэффициентов смертности от ряда причин смерти, в том числе от БСК, может вести к тому, что некоторые субъекты Российской Федерации, стремясь достичь целевых показателей смертности, меняют практику кодирования причин смерти.

Указ вышел в мае 2012 г. С 2012 по 2014 г. общее число умерших в России уменьшилось на 1,5%. Это уменьшение затронуло не все субъекты Федерации, в части из них число умерших росло. Соответствующий показатель по регионам колеблется от -15% в Ненецком автономном округе и -8,7% в Магаданской области до 3,5% в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. Если исключить регионы с крайними показателями, то в 77 из 83 субъектов Федерации изменения лежат в интервале от -9% до 2%. Но ситуация с сердечно-сосудистыми болезнями выглядит иначе. По России в целом число умерших от них снизилось на 10,9%, но при этом число умерших от всех остальных причин выросло на 10,2%. Если же обратиться к региональным показателям, то бросается в глаза, что наибольшее снижение числа

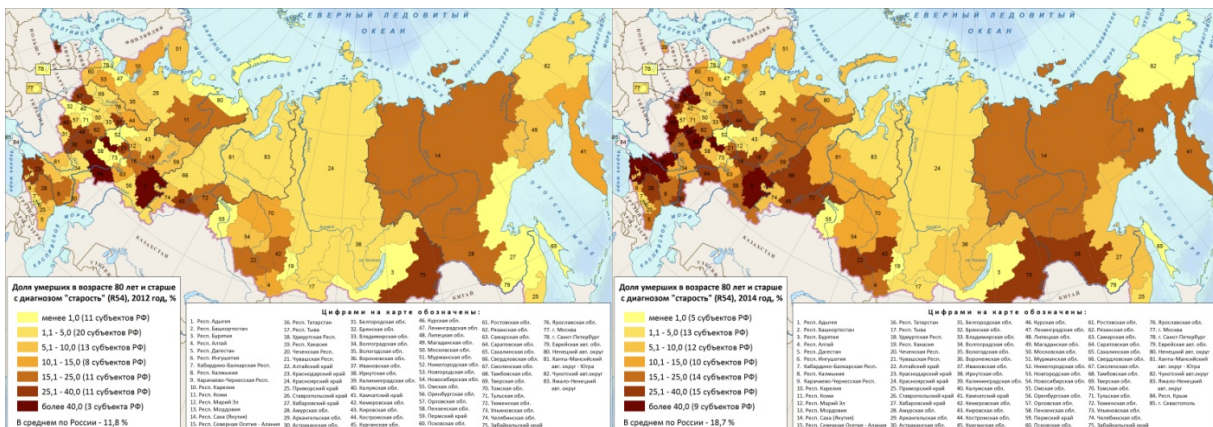
смертей от сердечно-сосудистых болезней наблюдается там, где более всего выросла смертность от остальных причин при почти неизменном общем числе умерших (табл. 4).

Таблица 4

Изменение смертности от всех причин смерти, от болезней системы кровообращения и от всех остальных причин смерти, %

	Все причины	Болезни системы кровообращения	Все остальные причины
Ростовская область	0,2	-31,4	52,7
Белгородская область	0,0	-20,8	45,2
Республика Марий Эл	-0,4	-30,3	33,2
Владимирская область	-2,0	-22,2	31,4
Ярославская область	-2,2	-23,8	28,4
Брянская область	-2,9	-25,9	38,9
Тульская область	-4,8	-30,1	31,2

В Москве и Санкт-Петербурге число умерших от сердечно-сосудистых болезней снизилось на 3,0 и 7,2%, а от остальных причин выросло на 3,4 и 3,6% соответственно.



Карты 5а и 5б. Доли умерших в возрасте 80 лет и старше с диагнозом «старость» в 2012 и 2014 гг.

Существование в недавнем прошлом гипердиагностики болезней системы кровообращения в качестве причины смерти весьма вероятно. Возможно, что субъекты Федерации, стремясь достичь целевых показателей смертности, стараются от нее избавиться и меняют практику кодирования причин смерти. Но совершенно неясно, насколько столь радикальные изменения оправданы. Всего число умерших от болезней системы кровообращения снизилось за 2 года на 15% и более процентов в 19 субъектах Федерации.

Доля умерших с диагнозом «старость» и в 2012 г. сильно варьировалась по регионам. В Башкортостане и Мордовии так была определена причина более половины смертей в возрастах старше 80 лет. В Санкт-Петербурге этот диагноз не встречался, в Москве доля умерших от старости была менее 0,1%. Но в 20 субъектах Федерации доля умерших от старости в возрастах 80 лет и старше в 2012 г. превысила 20%. В 2014 г. число таких территорий увеличилось до 31. В

Костромской, Свердловской, Брянской, Белгородской и Ростовской областях рост доли умерших с диагнозом «старость» составил от 21 до 49 процентных пункта, а уменьшение доли умерших с сердечно-сосудистым диагнозом составило от 22 до 49 пунктов. В Республике Алтай, Ханты-Мансийском автономном округе, Пермском крае, Оренбургской, Амурской, Астраханской областях рост доли умерших с диагнозом «старость» составил от 12 до 21 процентных пункта, а уменьшение доли сердечно-сосудистых диагнозов – от 9 до 21 пункта.

Вероятно, изменение практики кодирования причин смерти в принципе правомерно, но оно должно быть обосновано. Вопрос требует специального изучения, и принципы кодирования должны быть унифицированы, отсутствие единообразия серьезно осложняет анализ. В любом случае снижение показателя смертности от сердечно-сосудистых болезней в регионах в результате изменения практики кодирования причин смерти не следует смешивать с реальными успехами в борьбе с сердечно-сосудистой патологией.

ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации

Совершенствование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в условиях многопрофильной поликлиники

Волкова Н.А., заместитель главного врача по медицинской части

Алексеева Л.А., главный терапевт, д.м.н., профессор

Дорофеева Е.В., заведующая отделением кардиологии, к.м.н.

Маховская Т.Г., заведующая отделением неврологии, д.м.н., профессор

Докина Е.Д., заведующая отделением функциональной диагностики, д.м.н.

Свистунова Н.В., заведующая I отделением терапии

Карпикова Н.В., заведующая II отделением терапии

Кравцова Н.Н., врач общей практики (семейный врач), к.м.н.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенные достижения в диагностике и лечении за последние десятилетия. Вклад ССЗ в общую смертность в России составляет 57%. Среди причин сердечно-сосудистой смерти первое место занимает ишемическая болезнь сердца (53%), второе – цереброваскулярные болезни (31%). Показатели ожидаемой продолжительности жизни в России ниже, чем в странах Европейского союза, на 8–11 лет.

Европейские и отечественные кардиологи выделяют следующие обоснования для усиления мер по профилактике ССЗ:

- 1) ССЗ – основная причина преждевременной смерти, инвалидности и

высоких затрат здравоохранения;

2) в основе ССЗ наиболее часто лежит атеросклероз, протекающий в течение многих лет скрытно, при появлении симптомов, как правило, осложненный тромбозом;

3) смерть от ССЗ нередко развивается внезапно, когда медицинская помощь в полном объеме невозможна и поэтому малоэффективна;

4) широкая распространенность ССЗ достоверно связана с образом жизни и модифицируемыми биологическими факторами риска (ФР);

5) научно доказано, что модификация ФР снижает смертность и заболеваемость как среди лиц без клинических признаков болезни, так и среди больных ССЗ.

Результаты крупномасштабных международных исследований показали, что определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда (ИМ) оказывают девять факторов: 1) повышение в крови уровня жиров, проникающих в стенку сосуда и образующих атеросклеротическую бляшку, 2) курение, 3) высокое артериальное давление (артериальная гипертензия – АГ), 4) отложение жира в области живота (абдоминальное ожирение), 5) психосоциальные факторы (стресс, социальная изоляция, депрессия), сахарный диабет и преддиабет; а понижают риск: употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярная физическая активность. Практически те же факторы, и в первую очередь АГ, определяют риск развития мозговых инсультов.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения более *трех четвертей* всех смертей от ССЗ можно предотвратить за счет коррекции образа жизни и поведенческих ФР. Однако общепопуляционная профилактика не влияет на все ФР ССО, большая часть которых может быть выявлена лишь при специальном целенаправленном инструментальном или лабораторном обследовании.

На протяжении многих лет в поликлинике проводятся ежегодные диспансерные обследования государственных служащих с целью выявления основных неэпидемических заболеваний и ФР их развития. Особое внимание уделяется диагностике малосимптомных или бессимптомных форм сердечно-сосудистой патологии, определению степени риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), индивидуальной профилактической и лечебной тактике и активному наблюдению лиц с высоким и очень высоким риском.

С 1995 г. в поликлинике проводится комплексное обследование сердечно-сосудистой системы – «сосудистый маршрут». В основе этого метода лежит опыт, накопленный за несколько десятилетий работы кардиологов и специалистов функциональной диагностики.

В отделении функциональной диагностики продолжается внедрение в широкую практику *методов неинвазивного обследования сердечно-сосудистой системы для раннего выявления заболеваний или ФР их развития*, а также для оценки результатов профилактических и лечебных вмешательств, в том числе хирургических.

Кардиологи и терапевты направляют на «сосудистый маршрут» пациентов с ФР ССО (повышение артериального давления, курение, повышение уровня холестерина и некоторых его фракций, избыточный вес, повышение уровня глюкозы крови натошак, снижение скорости клубочковой фильтрации, отягощенная наследственность и др.).

Какие же исследования входят в «сосудистый маршрут» сегодня? Это прежде всего электрокардиограмма в покое (ЭКГ покоя), эхокардиограмма (ЭхоКГ), цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, суточное мониторирование

ЭКГ. В дальнейшем по результатам стандартной ЭКГ, ЭхоКГ и суточного мониторирования ЭКГ определяются показания для назначения нагрузочных тестов (тредмил-тест или стресс-ЭхоКГ). В последние годы в «сосудистый маршрут» для лиц с повышенным артериальным давлением и/или ожирением включены методы суточного мониторирования артериального давления с определением артериальной жесткости и суточная пульсоксиметрия.

Все эти исследования не являются уникальными и выполнять их могут многие поликлинические учреждения. Однако *необходим определенный порядок проведения исследований, комплексность обследования*, что позволяет выявить заболевания с клиническими проявлениями и без таковых, признаки начальных изменений сердечных структур (клапанов, мышцы сердца), оценить сосудистую жесткость, различную степень сужения артерий, снабжающих кровью мозг, диагностировать угрожающие жизни нарушения ритма сердца, нарушения дыхания во время сна.

Эффективность такого углубленного обследования для определения степени риска ССО и для диагностики ССЗ на ранних стадиях признана в настоящее время во всем мире.

Современная статистика ССЗ регистрирует распространенность заболеваний с клиническими проявлениями, что является лишь вершиной айсберга, так как частота малосимптомных или бессимптомных форм ССЗ неизвестна.

В настоящее время *наиболее рекомендуемым инструментом оценки суммарного риска развития ССО у лиц без клинических проявлений ССЗ признана шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)*. Она разработана на основе результатов 12 европейских когортных исследований, включая Россию (более 200 000 человек, 3 млн. человеко-лет наблюдения и более 7000 фатальных ССО).

Выявление малосимптомных форм заболеваний существенно изменяет оценку риска ССО, а информирование пациента о суммарном риске фатальных осложнений в течение 10 лет жизни существенно повышает качество выполнения врачебных рекомендаций.

Итак, на основании углубленного обследования в отделении функциональной диагностики поликлиники выявляются больные с различными формами ССЗ, которые могут нуждаться в активном наблюдении специалистами поликлиники (терапевт, кардиолог, ангиолог, ревматолог, невролог) с использованием по показаниям консультаций приглашенных специалистов (аритмолога, сомнолога, кардиохирурга, сосудистого хирурга) или в дополнительном стационарном обследовании (коронарография, аортография и другие исследования). *После завершения обследования решается вопрос о необходимости хирургического вмешательства на сердце или сосудах.* За последние годы количество коронарографий и операций по реваскуляризации мышцы сердца, в том числе с использованием современных технологий, существенно выросло (рис. 1).

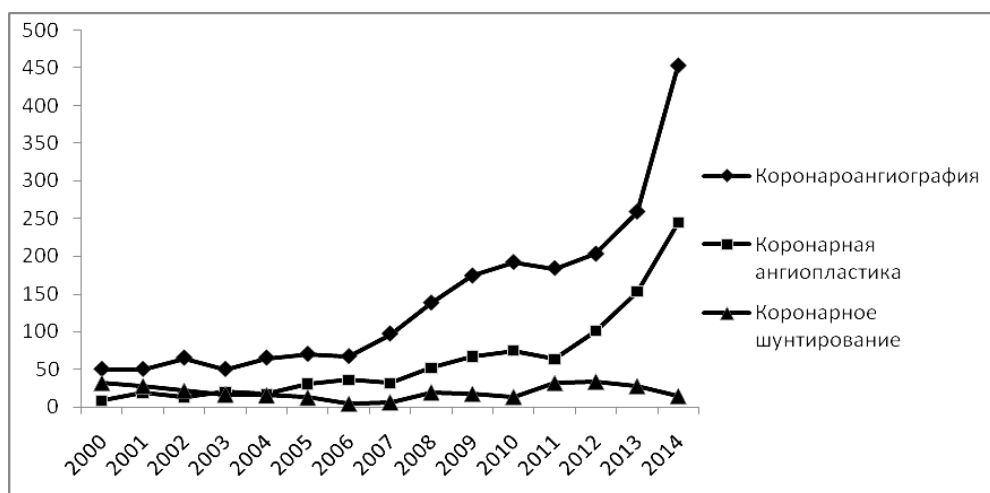


Рис.1. Коронароангиография и кардиохирургические вмешательства за 2000-2014 гг.

На протяжении многих лет наряду с применением диспансерного метода при оказании медицинской помощи государственным служащим врачами поликлиники осуществлялось внедрение программ борьбы с артериальной гипертензией (АГ). Одной из первых была Целевая комплексная программа борьбы с артериальной гипертензией, созданная ведущими кардиологами Медицинского Центра УД Президента РФ (1983). В последующие годы использовались рекомендации ВОЗ/МОАГ (1999) и «Целевая комплексная программа борьбы с АГ в России (2001), а начиная с 2002 г. – Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, которые неоднократно обновлялись, отражая все достижения «медицины, основанной на доказательствах». В настоящее время регулярно издаются Национальные рекомендации по диагностике, профилактике и лечению различных ССЗ, которые являются руководством к ведению больных для практических врачей.

Проведенный анализ динамики заболеваемости острым инфарктом миокарда за 15-летний период выявил неуклонное ее снижение (рис. 2).

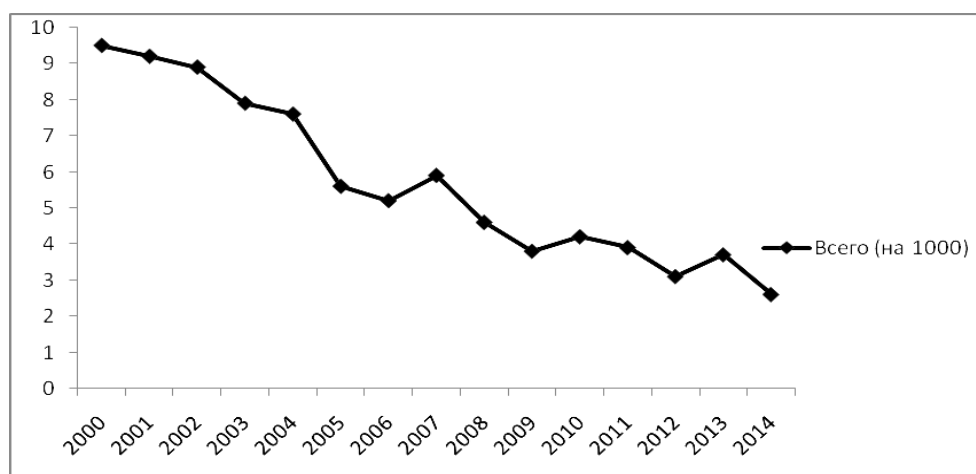


Рис. 2. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда за 2000-2014 годы

Показатель заболеваемости инфарктом миокарда всего наблюдаемого

контингента поликлиники снизился с 9,5 в 2000 г. до 2,6 на 1000 в 2014 г. Показатель смертности от инфаркта миокарда за этот же период уменьшился с 1,9 до 0,6 на 1000.

Закономерное снижение заболеваемости и смертности выявлялось как у мужчин, так и у женщин при сохранении стойкого превышения в 1,5–2 раза этих показателей у мужчин по сравнению с женщинами (рис. 3).

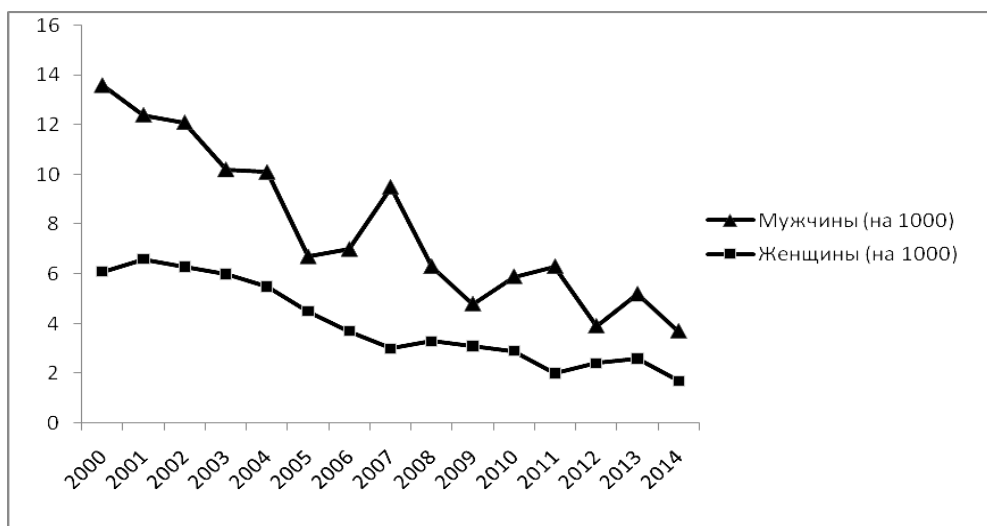


Рис. 3. Динамика заболеваемости мужчин и женщин инфарктом миокарда за 2000–2014 гг.

Изучена заболеваемость инфарктом миокарда в двух возрастных группах: до 70 лет и 70 лет и старше. В обеих группах на протяжении 15 лет заболеваемость постепенно снижалась. В возрастной группе до 70 лет показатель заболеваемости инфарктом миокарда снизился с 3,8 в 2000 г. до 0,8 на 1000 в 2014 г. Ежегодные показатели заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда у лиц 70 лет и старше превышали аналогичные показатели лиц моложе 70 лет в 5–15 раз (рис. 4).

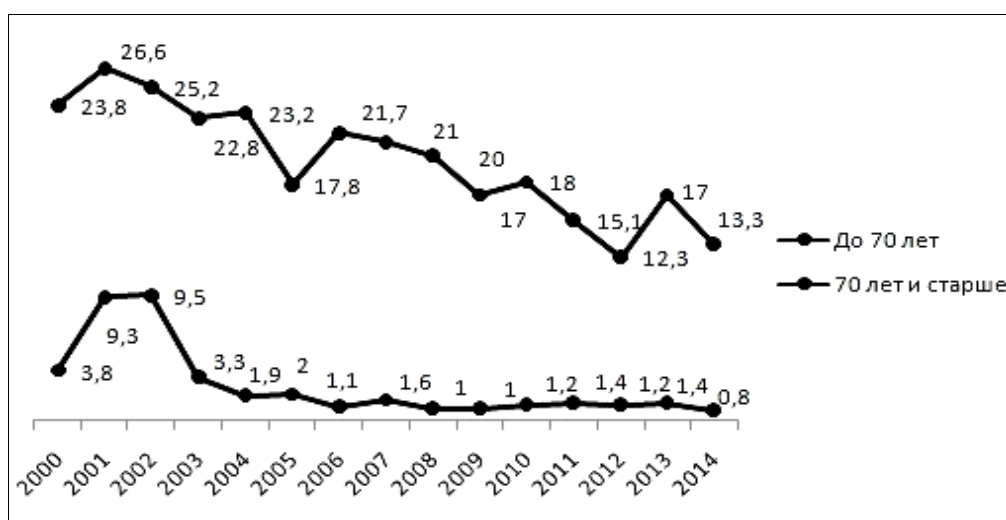


Рис. 4. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда пациентов различного возраста: до 70 лет и 70 лет и старше за период с 2000 по 2014 годы (на 1000)

Инсульты признаны актуальной социальной и демографической проблемой вследствие высокой заболеваемости со стойкой утратой трудоспособности и неблагоприятным прогнозом. Первостепенными задачами здравоохранения являются организация эффективных профилактических мероприятий для предотвращения инсультов и совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом.

К факторам риска инсульта, которые можно устранить, относятся: 1) повышение артериального давления, 2) нарушение в крови уровня жиров, способствующих развитию атеросклероза сосудов, 3) курение, 4) злоупотребление алкоголем, 5) длительный прием женщинами препаратов, содержащих эстрогены, 6) ожирение, 7) стресс, 8) низкая физическая активность, 9) нерациональное питание, 10) избыточное употребление поваренной соли, 11) неосведомленность людей об опасности развития инсультов. Неустраняемыми ФР инсульта являются: пожилой возраст, женский пол, генетическая предрасположенность.

Динамика заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения (ишемические, геморрагические инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения) за 15 летний период наблюдения представлен на рис. 5.

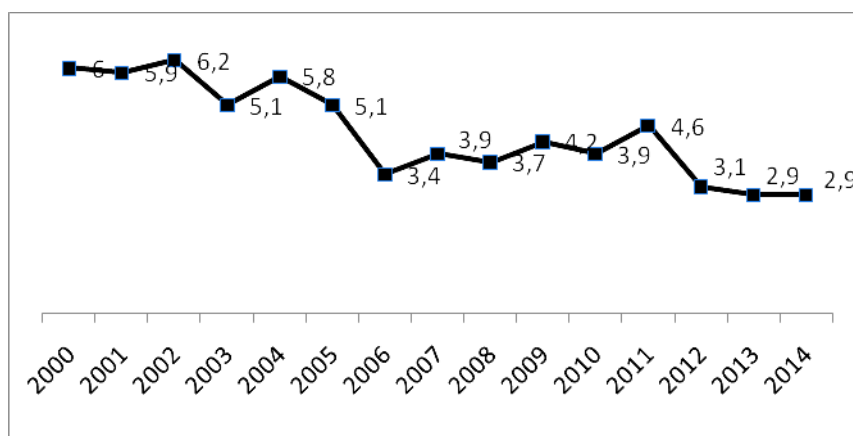


Рис. 5. Динамика заболеваемости инсультом за 2000–2014 гг. (на 1000)

Показатель заболеваемости инсультом всего контингента снизился с 6,0 на 1000 контингента в 2000 г. до 2,9 в 2014 г. Показатель смертности от инсультов колебался без строгой зависимости от анализируемых лет наблюдения от 2,4 до 0,5 на 1000.

Динамика заболеваемости инфарктом и инсультом за 15-летний период носила сопоставимый характер, что подтверждает общность ФР этих осложнений и эффективность профилактических вмешательств (рис. 6).

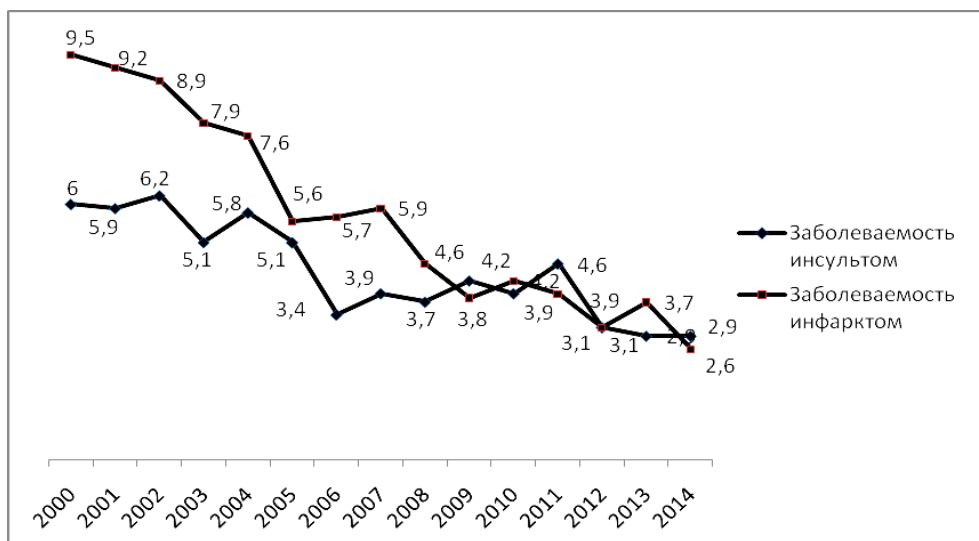


Рис. 6. **Динамика заболеваемости инсультом и инфарктом за 2000–2014 гг. (на 1000)**

По данным наблюдения пациентов с инсультами за период с 2000 г. по 2014 г. (15 лет) доминировал пожилой и старческий возраст. В 2014 г. 19,19% больных с инсультами были в возрасте 60–69 лет, 13,13% - в возрасте 70–79 лет и 48% – 80 лет и старше (рис. 7). На протяжении всего периода наблюдения (с 2000 г. до 2014 г.) сохраняются различия в заболеваемости инсультом в группе лиц моложе 70 лет и группе лиц 70 лет и старше с превышением показателя заболеваемости инсультом в старшей возрастной группе в 2–3 раза. В возрастных группах 40–49 лет и 50–59 лет отмечалась тенденция к снижению частоты инсульта, соответственно с 8,6% и 14% до 5,02% и 12,2%. Инсульты в разные годы наблюдения чаще встречались у женщин.

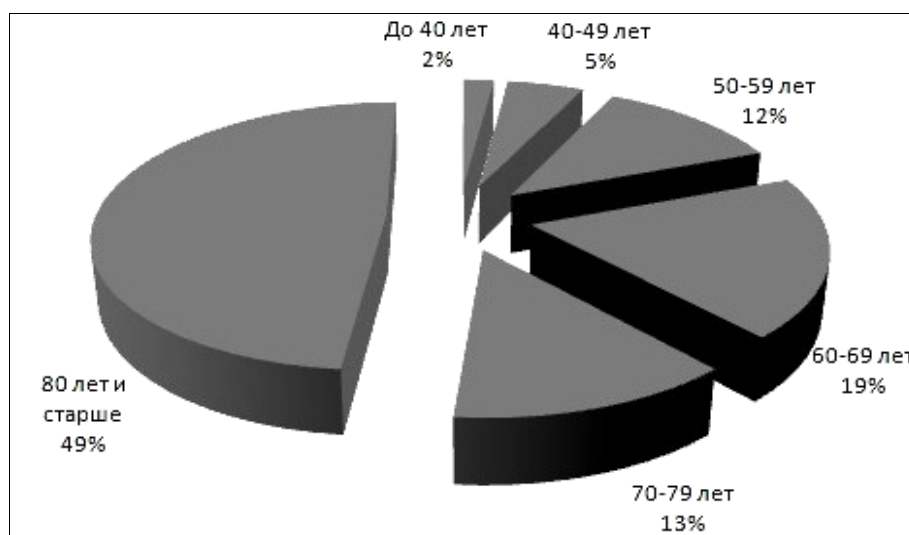


Рис. 7. **Возрастная характеристика инсультов в 2014 г.**

Заболеваемость ишемическими и геморрагическими инсультами (рис. 8) имела тенденцию к снижению с колебаниями в отдельные периоды наблюдения. Показатель заболеваемости ишемическим инсультом всего контингента снизился с 3,5 в 2000 г. до 2,0 в 2014 г. Показатель заболеваемости геморрагическим инсультом

всего контингента снизился с 0,8 в 2000 г. до 0,3 в 2014 г. Соотношение ишемических и геморрагических инсультов составило 4,5:1. Низкая заболеваемость геморрагическими инсультами контингента поликлиники является результатом эффективного лечения АГ и контроля артериального давления.

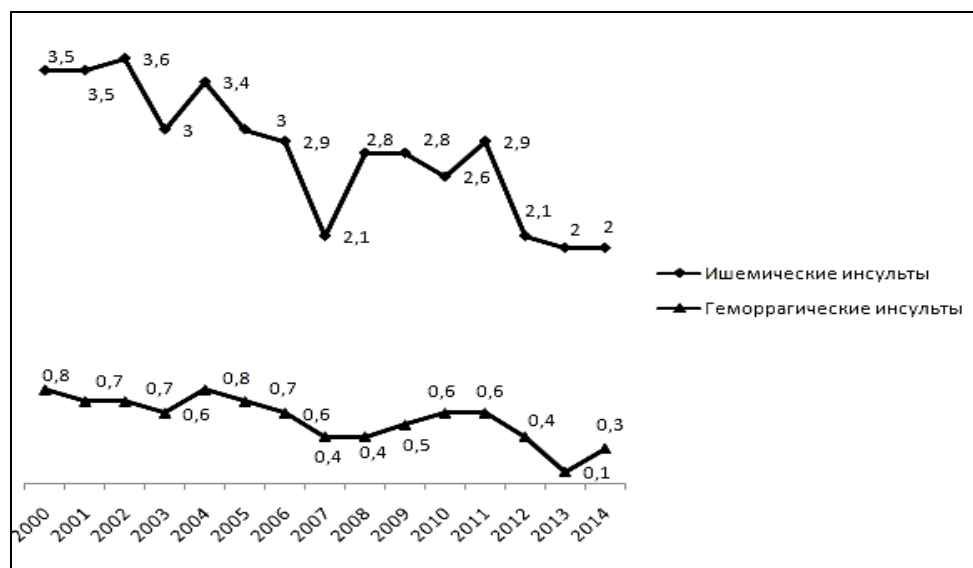


Рис. 8. Динамика заболеваемости ишемическими и геморрагическими инсультами за 2000-2014 гг. (на 1000)

В группе пациентов с ишемическим инсультом анализировался кардиоэмболический подтип ишемического инсульта, связанный с окклюзией (закупоркой) мозговых артерий. Частота кардиоэмболических инфарктов головного мозга среди всей группы пациентов с инсультами за период наблюдения была от 2,8% до 16,5%, временных и статистических закономерностей не выявлено.

Инсульт – медицинская и социальная проблема, поэтому важным является не только организация эффективных профилактических мероприятий, но и совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом.

Уточнение патогенетических особенностей заболевания позволяет составить индивидуальную программу восстановительного лечения и профилактики повторного инсульта. Частота повторных инсультов в разные годы наблюдения была от 0,24:1000 в 2001 г. с уменьшением до 0,03:1000 в 2008–2010 гг. и 2013–2014 гг.

Кроме активного наблюдения за пациентами, перенесшими церебральные инсульты, осуществляется активное наблюдение пациентов, перенесших преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки – ТИА) и имеющих патологические состояния – стенозирующий гемодинамически значимый атеросклероз брахиоцефальных магистральных артерий.

ТИА – это преходящий эпизод дисфункции центральной нервной системы в течении 24 часов (речевые нарушения, мышечная слабость, расстройства чувствительности, неустойчивость и т.д.), вызванный нарушением кровоснабжения (ишемией) ограниченных участков головного мозга без признаков острого инфаркта, подтвержденным магнитнорезонансной томографией головного мозга. ТИА является предвестником инсульта и повышает риск развития ишемического инсульта.

К факторам риска ТИА относятся: атеросклероз сосудов головного мозга, стенозы общей или внутренней сонной артерии (70% и более), АГ с

неудовлетворительным контролем артериального давления, инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, искусственные клапаны сердца, сахарный диабет, поражение артерий при коллагенозах, патологическая извитость сосудов головного мозга, недоразвитость мозговых сосудов, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Также факторами риска могут быть: малоподвижный образ жизни, прием гормональных препаратов, содержащих эстрогены, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем). Риск развития ТИА тем выше, чем больше факторов риска присутствует одновременно у конкретного человека.

Важнейшим направлением профилактики ТИА является адекватный контроль артериального давления в сочетании с модификацией образа жизни. При атеросклерозе необходимо поддержание уровня холестерина в крови в пределах целевых значений с использованием лекарственных препаратов из группы статинов. По показаниям назначаются препараты, оказывающие влияние на свертывающую систему крови (антиагреганты или антикоагулянты). С многолетним применением антикоагулянта варфарина связано снижение частоты кардиоэмболических инсультов у пациентов с искусственными клапанами сердца и у пациентов с мерцательной аритмией.

При выявлении гемодинамически значимого стеноза общей или внутренней сонной артерии (более 70%) пациенту с ТИА рекомендуется оперативное лечение (каротидная эндартерэктомия).

Индивидуализированный подход при определении оптимальной тактики лечебно-профилактических мероприятий у каждого конкретного пациента с ТИА с учетом его возраста, ведущих факторов риска, сопутствующих заболеваний, индивидуальной переносимости лекарственных препаратов способствует профилактике повторных ТИА и инсульта.

Заключение. Совершенствование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, осуществляемое в ФГБУ «Поликлиника №1», начиная с внедрения метода диспансеризации гражданских служащих, дает ощутимые результаты, о чем свидетельствует снижение: 1) заболеваемости инфарктом миокарда, 2) острыми нарушениями мозгового кровообращения, 3) смертности от этих осложнений на протяжении последних 15 лет. Эти достижения являются результатом работы большого коллектива врачей различных специальностей, имеющих возможность выявлять начальные формы заболеваний, определять степень риска ССО и проводить индивидуальную лечебную тактику.

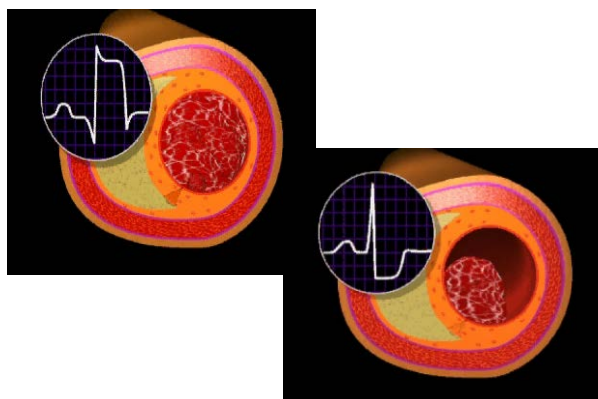
Внедрение в повседневную врачебную практику достижений «медицины, основанной на доказательствах», применение современных диагностических и лечебных технологий, преемственное ведение пациентов в стационарах, реабилитационном центре и санаториях, несомненно способствуют таким результатам.

Наиболее сложной задачей для врача поликлиники в настоящее время является убеждение государственного служащего в необходимости проведения углубленного обследования сердечно-сосудистой системы, соблюдения здорового образа жизни и выполнения рекомендаций врача по лекарственным назначениям.

Департамент здравоохранения города Москвы**«Инфарктная сеть» в мегаполисе⁶¹**

Сапина А.И., заведующая организационно-методическим отделом

Среди болезней кровообращения наиболее опасными являются острая коронарная смерть⁶² и инфаркт миокарда⁶³. Наиболее тяжелое проявление инфаркта миокарда, когда сосуд полностью закупоривается тромбом, и чем скорее пациент в этот момент попадет в специализированный центр и ему восстановят кровоток, тем, естественно, риски того, что он умрет, становятся ниже.



Безусловно, возможно проведение тромболитической терапии⁶⁴, которая, в общем, является до сих пор стандартом, но имеет свои определенные ограничения. Эффективность этой терапии, которая растворяет тромб, составляет 50-60 процентов, но она имеет свои противопоказания до 11 процентов, высокие риски инсульта – 1-2 процента (в процентах кажется немного, но когда это в пациентах, то это достаточно высокие риски инсульта). Риски кровотечения тоже высокие – 4-13 процентов. И также риски ретромбоза (повторное образование тромба), вследствие которого может случиться повторный инфаркт.

⁶¹ Материалы выступления Сапиной А.И. на Научно-методическом семинаре Аналитического управления Аппарата Совета Федерации на тему «О реализации мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их профилактике», 15 октября 2015 года.

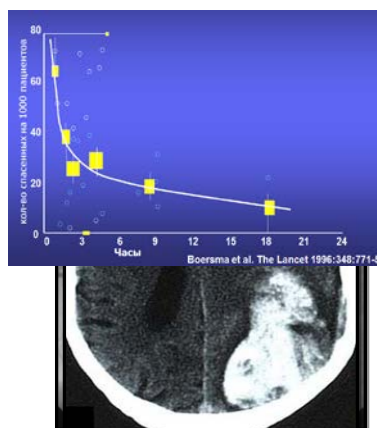
⁶² Внезапная коронарная смерть – это остановка сердца, обусловленная фибрилляцией желудочков сердца, а именно сокращением отдельных участков желудочков сердца, которое не обеспечивает эффективного кровообращения (нормальной работы) сердца.

⁶³ Инфаркт миокарда — неотложное состояние, чаще всего вызванное тромбозом коронарной артерии.

⁶⁴ Тромболитическая терапия - вид фармакологической терапии, направленный на восстановление кровотока в сосуде за счёт растворения тромба внутри сосудистого русла.

Тромболитическая терапия

- Эффективность 50-60%
- Противопоказания (7-11%)
- Риск инсульта (1-2%)
- Риск кровотечения (4-13%)
- Риск ре-тромбоза (5-15%)



Поэтому, естественно, во всем мире стандартом является первичное чрескожное коронарное вмешательство, которое и в Москве сейчас является уже общепризнанным. У 90-95 процентов пациентов полностью восстанавливается кровоток, низкий риск ретромбоза, кровотечений и нет абсолютных противопоказаний к тому, чтобы это было проведено у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом ST.

Мы проводили анализ, насколько эффективна тромболитическая терапия по сравнению с чрескожным коронарным вмешательством у данной группы пациентов и выявили абсолютное преимущество последнего.

Первичное ЧКВ



Таким образом, пациент должен как можно скорее добраться до специализированного центра (естественно, не сам) и ему должны оказать первичное чрескожное вмешательство. Но чтобы он добрался, он должен сделать первый шаг: снять трубку и позвонить в скорую. С этим у нас, к сожалению, проблемы. Пациенты очень долго сидят дома, не вызывают скорую помощь.

Инфарктная сеть была создана, естественно, не нами впервые. Вот показатели мировой статистики в Вене.

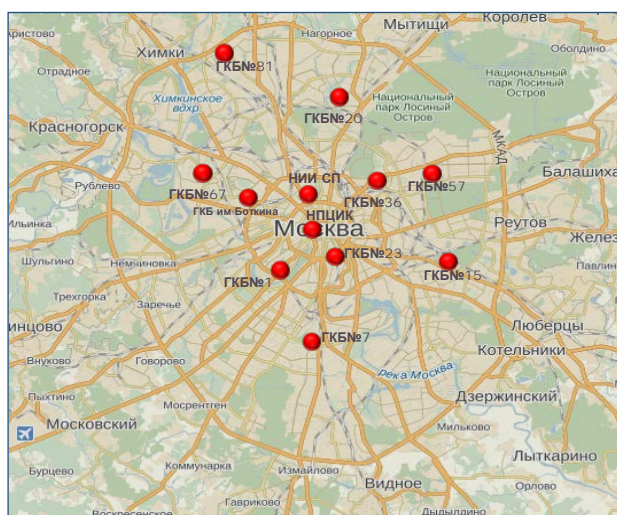
Vienna STEMI registry

2003 – организация инфарктной сети

Год	30-ти дневная госпитальная летальность (%)	Количество круглосуточных ангиоцентров (24 часа/7 дней)	Количество ангиоцентров в на 1 млн населения	Госпитальная терапия ОИМ спST (%)		
				Первичная ЧКВ	Тромболизис	Без реперфузии
2002	17			16	50	34
2004	9,6	5	3,3	60	27	13
2006	8,7	5	3,0	68	19	23
2008	7,6	5	2,9	78	8	13
2010	7,2	5	2,9	90	3	7

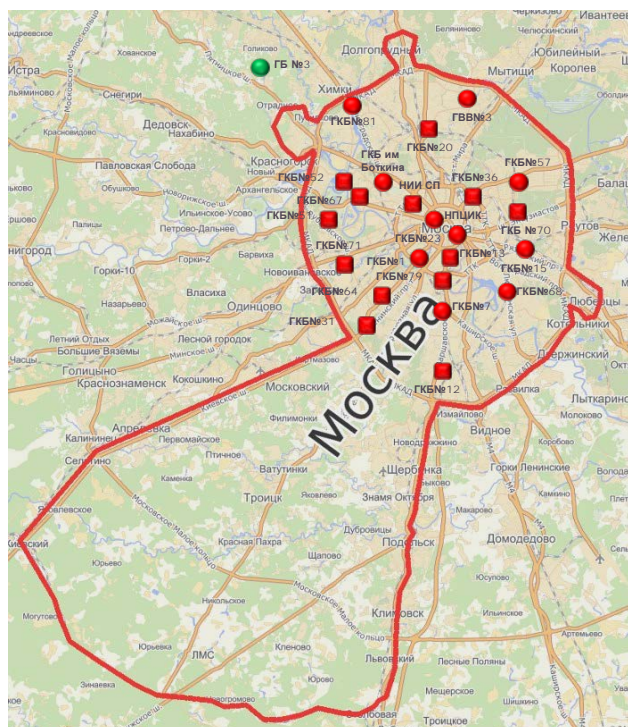
Если посмотреть на уровень 2002 года, 30-дневная госпитальная летальность от инфаркта с подъемом сегмента ST (ОИМпST) составляла 17 процентов. Это очень высокий показатель, и при этом первичная чрескожная коронарная ангиопластика выполнялась всего 16 процентам пациентов. И чем дальше увеличивался процент проведения первичной ангиопластики, тем ниже становился процент госпитальной летальности и в 2010 году он составил уже 7,2 процента (в мировой статистике).

Мы, естественно, пошли тем же путем. Для того, чтобы пациент быстрее добрался до стационара, должны создаваться круглосуточные центры. Эта сеть начала развиваться в Москве в 2013 году, и уже в этом году было создано 12 центров, в которых круглосуточно работала ангиографическая установка, куда могли привезти пациента.



Стационары с круглосуточной ангиографической службой в 2013 г. - 12 центров

К 2015 году таких центров в Москве уже 22, один планируется открыть еще в Зеленограде.

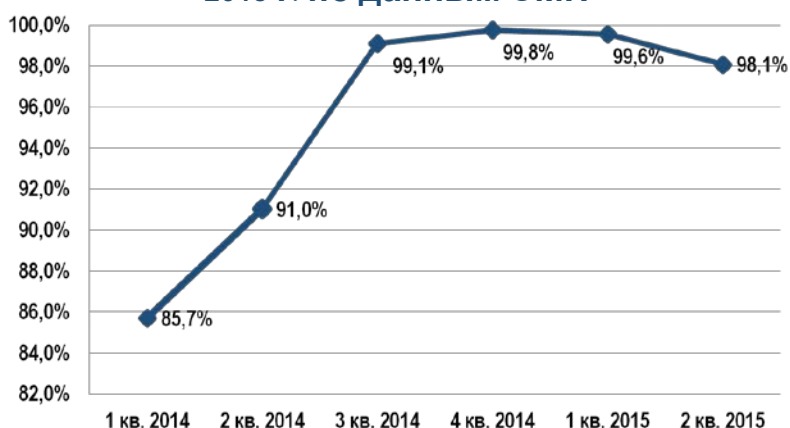


Стационары с круглосуточной ангиографической службой в 2015 г. - 22 центра

- 1 ангиографическая установка - 13
- 2 и более ангиографические установки - 9
- планируется открытие в 2015 г. - 1

Как мы видим, сейчас Москва имеет форму протяженно-вытянутую, у нее тоже есть удаленные в виде новой Москвы территории, из которых сложно добраться пациенту на машине скорой помощи, поэтому с этого года используются вертолеты, чтобы пациентов транспортировать в такие сосудистые центры.

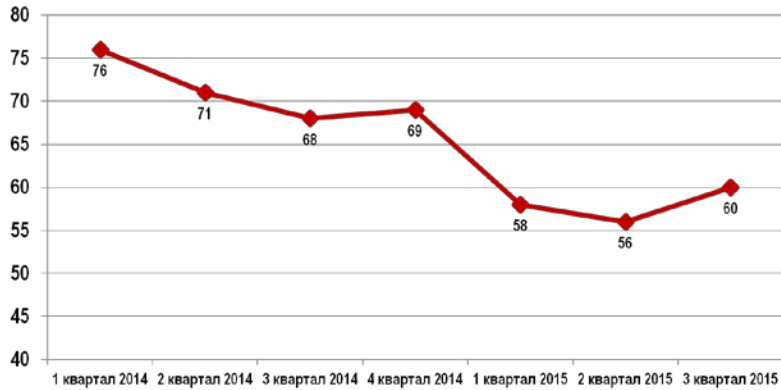
Доля больных ОИМпСТ, доставленных в специализированные центры в 2014- 2 кв. 2015 г. по данным СМП



На этом слайде мы видим долю пациентов, которые были госпитализированы именно в специализированные центры с первого квартала 2014 года по второй квартал 2015 года. Этот показатель достиг практически 100 процентов.

Время от того момента, когда врач скорой помощи увидел пациента до того момента, как он его доставил в специализированный центр (так называемое Время – «Скорая 03-стационар») снижается. И соответственно сейчас в среднем оно равно 60 минутам по Москве.

Время «03-стационар» 2014 г. – 3 кв. 2015 г. (медиана)



В Москве еще налажена система обратной связи со стационарами (что называется «А-стационар»), когда стационар, во-первых, видит, что к нему везут пациента. В каждом стационаре горит такое табло, на котором появляется информация о том, что везут такого-то пациента с острым коронарным синдромом и в какое отделение. При этом в этом отделении должна быть свободная операционная, что видит диспетчер станции скорой помощи, тот, кто дает наряд в соответствующий стационар. Поэтому эта обратная связь тоже имеет большое значение.

Стационар ГКБ №23 им.Медсантруд. Версия 1.0.0.62

Файл Операции О программе

Сайт обновлений Кол-во записей: 16 Актуальность данных 01.06.2015 15:22

Наряд	Время	ФИО больного	Возраст	Диагноз	Профиль койки	Сост.	Стадия выполнения	Г	О
280038	15:04			Острый коронарный синдром (ОКС)	блок кардио-реанимац.	тяж.	Госпитализация ИНФАРКТ		
606224	14:46			Острый коронарный синдром (ОКС)	блок кардио-реанимац.		Госпитализация (стационар)		
374951	14:23			Абсцесс, карбункул	гной.	хирург.	Свои средства		

Подробный просмотр данных

Данные 03

Номер вызова: 506280038 Дата вызова: 01.06.2015 14:37 Дата назн. госп.: 01.06.2015 15:04 ПС: 8 Бр.: 214

ФИО больного: [скрыто]

Пол больного: Женский Возраст: 76 В годах Сост. больного: [скрыто]

Адрес вызова: Павловская ул. д. 25 кор. 15

Диагноз 03: Острый коронарный синдром (ОКС)

Дополнительно: /Отд. БРИТ, эт 2 DS Повт ОИМ от 31.05, ослож отеком легких Сост. тяж. АД 120/80 PS 70 ЧД 18 Созн. Ясное/ /Перев

Профиль койки: блок кардио-реанимац. Назначение: назначение диспетчера

Стадия выпол: Госпитализация ИНФАРКТ

Отметка стационара о выполненной госпитализации

Профиль койки: [скрыто]

Номер вызова: [скрыто] Закрывать (Esc)

Сообщение Результат обработки

- 01.06 15:22:41 Запрос серверу СС и НМП на подтверждение авторизации Данные обработаны
- 01.06 15:22:41 Сервер СС и НМП подтвердил авторизацию Данные обработаны
- 01.06 15:22:41 Проверка обновлений ПО Данные обработаны
- 01.06 15:22:41 Данные госпитализаций от сервера СС и НМП (записей: 16) Данные обработаны
- 01.06 15:22:51 Данные госпитализаций от сервера СС и НМП (записей: 16) Данные обработаны

Соединение с сервером СС и НМП установлено. Авторизация подтверждена. Соединение

Реанимационное отделение ГКБ №23 им.Медсантруд Кардиореанимация. Версия 1.0.0.51

Файл Операции О программе

Сайт обновлений Дата передачи информации 01.06.2015 14:01

Ангиографы, свободно: 1 (2) Апп-ты ИВЛ, свободно: 3 (3)

Койка 1 Освободить Изменить	№8759, Госп.03	Койка 2 Освободить Изменить	№8807, Госп.03
Койка 3 Освободить Изменить	№8948, Госп.03	Койка 4 Занять	Свободно
Койка 5 Освободить Изменить	№8742, Госп.03	Койка 6 Освободить Изменить	№9230, Госп.03
Койка 7 Освободить Изменить	№9208, Ангио-ф, Госп.03	Койка 8 Освободить Изменить	№8723
Койка 9 Освободить Изменить	№9150, Госп.03	Койка 10 Освободить Изменить	№9166, Госп.03
Койка 11 Освободить Изменить	№9226, Госп.03	Койка 12 Освободить Изменить	№9217, Госп.03
Доп. койка Освободить Изменить	№9172, Госп.03	Доп. койка Освободить Изменить	№9187, Госп.03

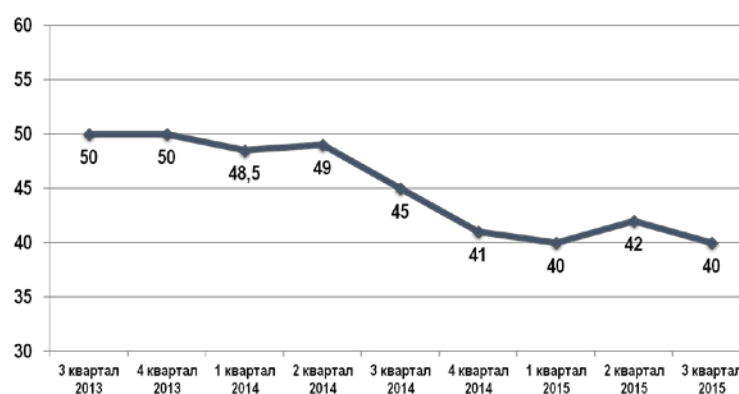
Сообщение Результат обработки

- 01.06 14:01:15 Запрос серверу СС и НМП на подтверждение авторизации Данные обработаны
- 01.06 14:01:16 Сервер СС и НМП подтвердил авторизацию Данные обработаны
- 01.06 14:01:16 Проверка обновлений ПО Данные обработаны
- 01.06 14:01:16 Отправка серверу СС и НМП информации о занятых койках отделения Данные обработаны
- 01.06 14:01:16 Сервер СС и НМП подтвердил прием информации о занятых койках отделения Данные обработаны

Соединение с сервером СС и НМП установлено. Авторизация подтверждена. Соединение

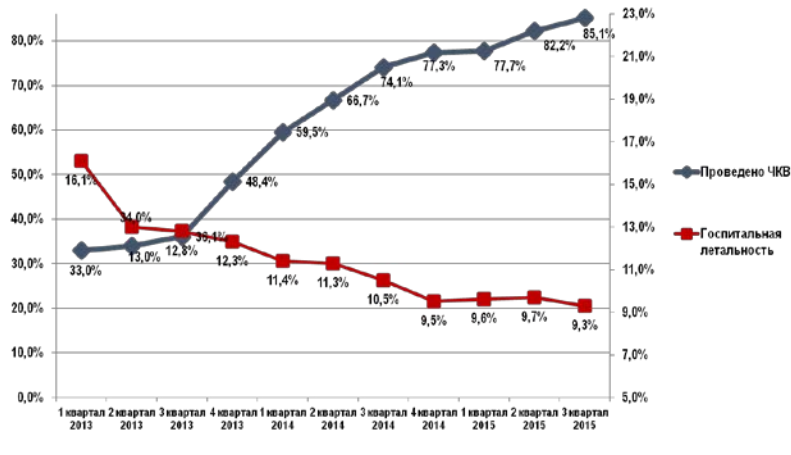
Важно, что пациент, у которого есть подъем сегмента ST, сразу направляется в операционную. Тем самым как можно больше выгадываются те драгоценные минуты по восстановлению кровотока. С 2013 года этот показатель тоже достиг уже вполне себе приемлемых цифр – 40 минут в среднем по Москве, когда восстанавливается кровоток к артерии.

Время «дверь-баллон» (медиана)



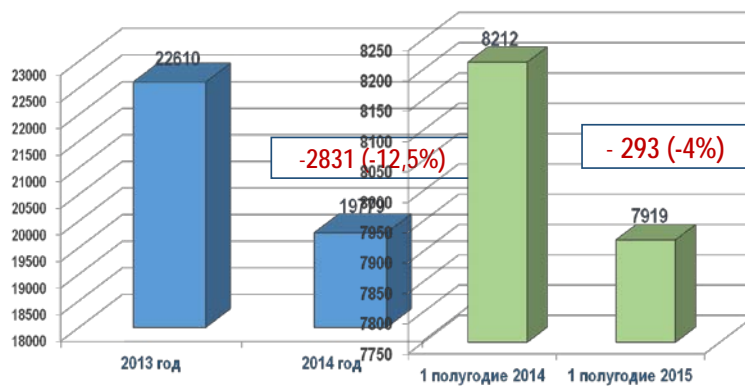
Следующий слайд достаточно интересен тем, мы подтвердили на примере Москвы, что чем большему проценту пациентов делается первичное чрескожное коронарное вмешательство при остром коронарном синдроме, тем меньше становится летальность. И она, собственно говоря, к третьему кварталу 2015 года составила 9,3 процента.

ОИМпСТ в Москве (2013г - 3 квартал 2015г)



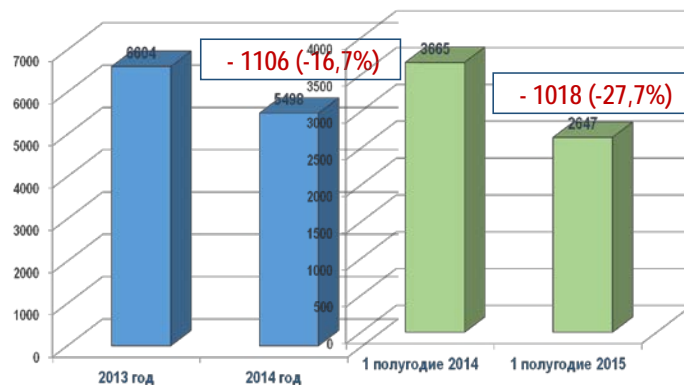
По Москве сейчас заметно уменьшение количества самих инфарктов.

Количество больных с острым инфарктом миокарда



Повторные инфаркты также уменьшились в Москве.

Количество больных с повторным инфарктом миокарда

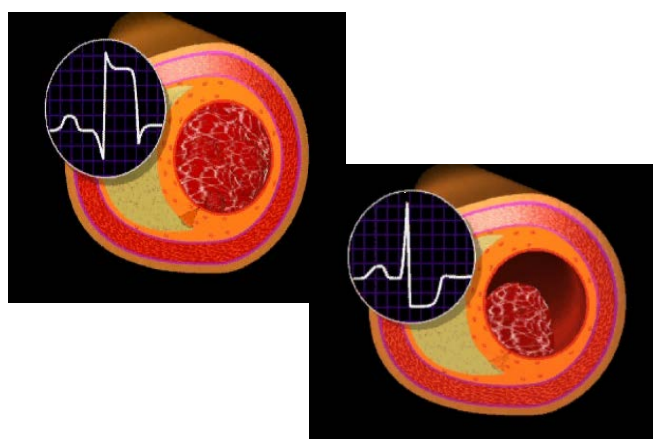


Основной причиной, когда не выполняется данное вмешательство, – это поздние сроки госпитализации, то есть тогда, когда пациент долго просидел дома, не вызывал скорую помощь. Всего 40 процентов укладывается в приемлемые минуты, а среднее время составляет 752 минуты с того момента, как начался приступ, до того момента как пациент набрал номер «03».



Что касается вопросов просвещения, то здесь необходимо не рассказывать по телевизору, что нужно принять такую-то таблетку, а информировать именно то, что человек должен поднять трубку и вызывать скорую помощь, не ждать, не терпеть, потому что у нас действительно это очень распространено – мы терпеливая нация.

Менее грозная ситуация – инфаркт без подъема ST.



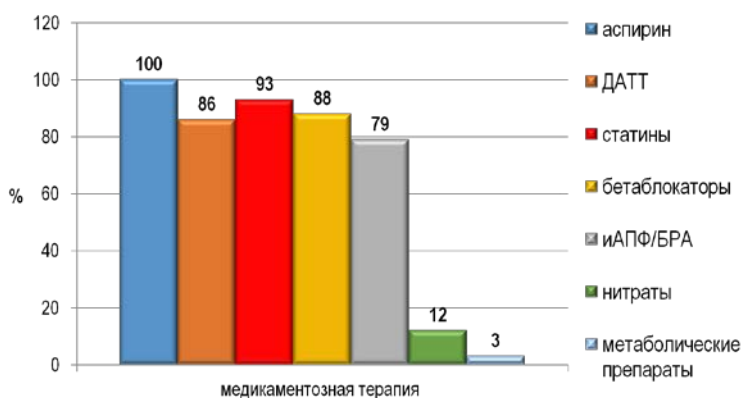
Вроде бы тромб не полностью перекрывает просвет (на нижнем фрагменте слайда), и вроде бы кровоток есть, но этот кровоток, к сожалению, не всегда бывает достаточным, и у таких пациентов часто бывают рецидивы, которых тоже надо везти в такие специализированные центры, учитывая, что в Москве их все больше и больше.

ОИМбпST в специализированных центрах 2013г - 3 квартал 2015 (кардиологические отделения)



Следующий этап после проведенного вмешательства - медикаментозная терапия, поскольку пациенты уходят из стационара в поликлинику и должны самостоятельно принимать препараты, но, кто-то принимает, кто-то не принимает. В 2014 году мы проанализировали 140 амбулаторных карт пациентов, которые перенесли инфаркт миокарда. Только аспирин принимают 100 процентов пациентов. Другие необходимые препараты принимают не все. Эту проблему нужно также решать.

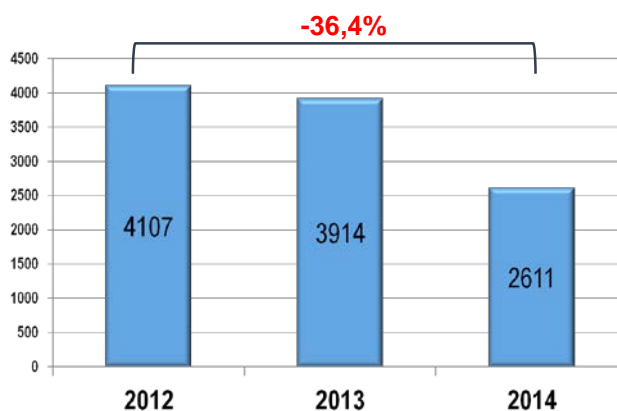
Медикаментозная терапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда



По данным проверки 140 амбулаторных карт пациентов, перенесших ИМ в 2014

В результате системной работы в Москве наблюдается снижение числа умерших от острого инфаркта миокарда.

Число умерших от острого инфаркта миокарда



Бюро статистики ДЗ
г.Москвы

В заключении следует отметить:

в Москве создана отвечающая современным требованиям «инфарктная сеть», позволившая увеличить количество экстренных чрескожных коронарных вмешательств и снизить летальность при ОИМпST;

начато осуществление программы по лечению больных с ОИМ без подъема сегмента ST;

снижение числа острых и повторных инфарктов миокарда в 2014 году и 1 квартале 2015 года свидетельствует об эффективности проводимой первичной и вторичной профилактики инфарктов миокарда;

проведенный комплекс мероприятий позволил существенно снизить число пациентов, умерших от острого инфаркта миокарда.

Департамент здравоохранения Вологодской области

Информация о реализации мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в Вологодской области» с 1998 по 2015 год⁶⁵

В середине 90-х годов XX века в целях совершенствования решения проблем по снижению заболеваемости, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Вологде инициативной группой, состоящей из медицинских работников, вологодских ученых, депутатов Законодательного Собрания области, при методической и научной

⁶⁵ Материал предоставил заместитель начальника департамента здравоохранения Вологодской области С.П. Бутаков.

поддержке ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ и РНПК МЗ (академик РАМН Е.И. Чазов, профессора В.В. Кухарчук и А.Н. Бритов) была впервые в Российской Федерации разработана региональная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и атеросклероза среди населения Вологодской области на 1998–2002 годы», которая в дальнейшем была утверждена постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 18.03.98 года № 97. Всего в Вологодской области с 1998 по 2014 год было разработано и реализовано 5 областных и ведомственных целевых программ (ОЦП и ВЦП) по профилактике, ранней диагностике и лечению артериальной гипертонии:

1. ОЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и атеросклероза среди населения Вологодской области на 1998–2002 годы»;
2. «Мероприятия по профилактике и лечению артериальной гипертонии среди населения Вологодской области на 2003 год»;
3. ОЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и атеросклероза среди населения Вологодской области на 2004–2008 годы»;
4. ВЦП «Профилактика артериальной гипертонии среди населения Вологодской области на 2009–2011 годы»;
5. ВЦП «Профилактика артериальной гипертонии среди населения Вологодской области на 2012–2014 годы».

Объем финансирования целевых программ составил за все годы 10 009 652 рубля, в том числе из областного бюджета – 6 994 600 рублей, из федерального бюджета (в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2011 годы») – 2 018 652 рубля, из прочих источников (территориальный фонд обязательного медицинского страхования, АНО «Центр профилактики атеросклероза») – 996 400 рублей.

Структура первой ОЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и атеросклероза среди населения Вологодской области на 1998–2002 годы» включала в себя следующие блоки:

1. Создание постоянно действующей системы распространения знаний среди населения по формированию здорового образа жизни, профилактики артериальной гипертонии и атеросклероза.
2. Создание системы выявления лиц старше 18 лет с повышенным артериальным давлением и высоким уровнем холестерина.
3. Обеспечение диспансерного наблюдения и лечения больных артериальной гипертонией и атеросклероза.
4. Обучение врачей современным методам профилактики и лечения артериальной гипертонии и атеросклерозом.

(В дальнейшем программы имели уже расширенную структуру и включали дополнительные разделы).

В рамках целевых программ были проведены научные исследования по изучению распространенности артериальной гипертонии среди различных групп населения (д.м.н. Г.Т. Банщиков). В результате проведенных мероприятий руководителями здравоохранения, практикующими медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений и сотрудниками областного Центра медицинской профилактики (директор Р.А. Касимов) приобретен организационный и клинический опыт активного выявления, профилактики и лечения больных с артериальной гипертонией. Улучшилось раннее выявление больных артериальной гипертонией, церебро-васкулярными болезнями, ишемической болезнью сердца, остановлен рост смертности от болезней системы кровообращения.

В рамках реализации первой целевой программы в 1999 году был введен

регистр артериальной гипертонии в городе Вологде. Это позволило получить хороший опыт и в последующем ввести регистр во всей области.

С 1998 по 2002 годы на выделенные средства приобреталось оборудование, выпускались информационные материалы, разрабатывались и тиражировались модули: «Кабинет медицинской профилактики», «Школа для пациентов с артериальной гипертонией», медицинские работники области обучались методике ведения «Школы для пациентов с артериальной гипертонией». Во всех городах и районах области с врачами первичного медицинского звена и фельдшерами проведены конференции по диагностике и раннему выявлению больных артериальной гипертонией.

Благодаря целевым программам была восстановлена структура отделений/кабинетов медицинской профилактики с 12 в 2000 году до 47 в 2014 году, что явилось эффективным рычагом для принятия управленческих решений.

На средства областного бюджета в рамках целевых программ были реализованы следующие мероприятия:

1. Издание и распространение газеты «Здоровье – наш выбор» – 421 378 экз.
2. Разработка, издание и распространение информационных и методических материалов по здоровому образу жизни и профилактике артериальной гипертонии – 196 200 экз.
3. Изготовление видеороликов по здоровому образу жизни и профилактике артериальной гипертонии – 18, аудиороликов – 62; организация проката видеороликов – 1871, аудиороликов – 3134.
4. Проведение мониторингового исследования поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения. С 2004 года организовано и проведено 5 исследований, опрошено 17 309 человек.
5. Проведение обучающих семинаров и совещаний для медицинских работников – 76, на которых было обучено 614 врачей, 982 специалиста среднего медицинского звена, 47 других специалистов.
6. В 2002 году во всех медицинских организациях области началась реализация проекта «Школа здоровья для больных артериальной гипертонией». На 01.01.2015 года в области функционирует 39 таких школ, с 2003 по 2014 г. в них прошло обучение 133 769 человек.

Информация о результатах, достигнутых в ходе реализации программ

С 2003 года по 2014 год на 32% снизилась смертность от мозгового инсульта, на 4% – от инфаркта миокарда.

Результаты проводимых в Вологодской области исследований, данные медицинской статистики показали, что каждый второй – третий житель области старше 18 лет страдает артериальной гипертонией. В структуре причин инвалидности и смертности заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место.

Работа центров здоровья Вологодской области

В 2009 году в Вологодской области открыто 4 центра здоровья для взрослого населения, в 2011 году – 2 центра здоровья для детей.

Основной задачей центров здоровья является формирование здорового образа жизни, то есть осуществление комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья; пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе детям; борьбу с факторами риска развития заболеваний; просвещение и

информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; предотвращение социально значимых заболеваний, в том числе среди детского населения; увеличение продолжительности активной жизни.

Всего за период с 2010 года по 2014 год в центрах здоровья было обследовано 116 573 человека, из них выявлено здоровых – 33 079 человек, с факторами риска – 83 494 человека.

В центрах здоровья для детей осмотрено 36 810 детей, из них выявлено здоровых – 11 276 человек (30% от всех принятых), с функциональными расстройствами – 25 534 ребенка (70% от всех принятых).

В центрах здоровья для взрослого населения было принято 82 763 человека, из них выявлено здоровых – 21 803 человека (26% от всех принятых), с факторами риска неинфекционных заболеваний – 60 960 (74% от всех принятых).

	Здоровые (человек)	С факторами риска (человек)
2010 год		
Взрослые	2637	6429
Дети	6	25
2011 год		
Взрослые	4180	10565
Дети	1971	4686
2012 год		
Взрослые	4924	13911
Дети	3315	5953
2013 год		
Взрослые	5282	15682
Дети	2856	6056
2014 год		
Взрослые	4780	14373
Дети	3128	5814

Опыт Верховажского района Вологодской области по профилактике артериальной гипертонии

С целью вовлечения населения в процесс активного выявления и профилактики артериальной гипертонии администрацией Верховажского района Вологодской области в 2009–2012 гг. был осуществлен экспериментальный проект. Было подготовлено постановление Главы этого района «О повышении эффективности работы по профилактике артериальной гипертонии среди жителей Верховажского муниципального района». Определены задачи администрации муниципального образования, главному врачу центральной районной больницы и главам сельских поселений. Объявлен конкурс на лучшую семью, где эффективно контролируется уровень артериального давления и общего холестерина. Результатом реализации данного проекта стало увеличение выявляемости артериальной гипертонии в 7 раз и достижение целевого уровня артериального давления – в 4 раза.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения

В 2013 году стартовала диспансеризация определенных групп взрослого

населения.

Первый год ее реализации не был своевременно обеспечен нормативными документами, что затрудняло начало диспансеризации, и фактически она стартовала с апреля – мая 2013 года. Акцент был сделан на выполнении плана, то есть на достижении количественных показателей, что не могло не повлиять на качество выполняемой работы. Также не способствовали эффективности проводимой диспансеризации низкий тариф мероприятий I этапа и отсутствие тарифов для II этапа. В структуре некоторых медицинских организаций области в кабинетах медицинской профилактики работали совместители. Стремление любой ценой выполнить план привело к тому, что участковые службы взяли на себя не свойственные им полномочия доврачебного осмотра, которые, согласно приказу Минздрава России № 1006 от 03.12.2012 года, должны выполнять специалисты отделений/кабинетов медицинской профилактики (О/КМП). Краткое профилактическое консультирование участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики нередко проводилось формально. В большинстве лечебных учреждений были факты проведения углубленного профилактического консультирования не по предложенному алгоритму. Это значит, что основные цели современной диспансеризации – выявление и коррекция факторов риска с целью снижения высоких показателей инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний – не достигались.

С учетом вышеизложенного были приняты меры по повышению результативности и качества диспансеризации.

1-й блок мероприятий. Подготовка Департаментом здравоохранения писем:

о своевременной и полной оплате мероприятий диспансеризации специалистам О/КМП;

с обоснованием увеличения тарифа I этапа диспансеризации (увеличение тарифа направлено на стимулирование профилактической работы участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, фельдшеров, ведущих врачебный прием в части выявления факторов риска, определения суммарного сердечно-сосудистого риска и проведения краткого профилактического консультирования);

с обоснованием оплаты профилактического консультирования в рамках II этапа диспансеризации. В рамках тарифа предусмотрена оплата за проведение углубленного профилактического консультирования врачам О/КМП в размере не менее 120 рублей на одного пациента, среднему медицинскому персоналу О/КМП, фельдшерам ФАПов – не менее 100 рублей.

2-й блок мероприятий. Специалистами БУЗ ВО «Вологодский областной центр медицинской профилактики» подготовлены методические пособия:

«Рекомендации по доказательной коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний» для врачей-терапевтов, врачей общей практики, фельдшеров, ведущих врачебный прием, по проведению краткого профилактического консультирования;

учебный модуль «Профилактика БСК» для специалистов О/КМП и фельдшеров ФАПов по проведению углубленного профилактического консультирования.

3-й блок мероприятий. 18 марта 2014 года на базе БУЗ ВО «Вологодский областной центр медицинской профилактики» состоялся областной обучающий семинар для заместителей главных врачей по лечебной работе, заведующих терапевтическими отделениями, заведующих О/КМП. В семинаре приняли участие 54 специалиста из 25 муниципальных образований области. Для каждого муниципального образования выданы методические пособия по проведению консультирования с учетом количества врачей и фельдшеров, участвующих в

диспансеризации. Каждому участнику семинара было вручено письмо департамента здравоохранения, в котором поставлена задача до 1 апреля 2014 года руководителям всех медицинских организаций отчитаться о таких мероприятиях в рамках диспансеризации, как:

обучение на местах участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, фельдшеров, ведущих врачебный прием, – методике проведения краткого профилактического консультирования с использованием методического пособия «Рекомендации по доказательной коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний»; фельдшеров ФАПов – методике проведения углубленного профилактического консультирования с использованием учебного модуля «Профилактика БСК»;

приобретение необходимой для работы оргтехники; при ее отсутствии – организация обучения населения в учреждениях культуры, образования (в библиотеках, Домах культуры и т.п.);

обеспечение своевременной и полной оплаты работы специалистов, участвующих в диспансеризации.

4-й блок мероприятий. Выборочные проверки медицинских организаций в апреле 2014 года показали, что профилактические мероприятия в рамках диспансеризации (краткое, индивидуальное и групповое углубленное профилактическое консультирование) проводятся. Имеются журналы учета, методические пособия, необходимая оргтехника для проведения консультирования.

Однако в ходе одной из проверок было выявлено, что в сельских поселениях на ФАПах нет компьютеров, поэтому нет возможности организовать углубленное профилактическое консультирование для пациентов с использованием модуля «Профилактика БСК». В связи с этим специалисты ФАПа этого района обратились с инициативой к директору сельской школы с взаимовыгодным предложением: обследовать сотрудников школы с целью выявления у них артериальной гипертонии и проведения для них занятия по модулю, а в дальнейшем продолжить занятия на базе школы для всего взрослого сельского населения.

Результаты проведенных мероприятий:

обеспечена оплата профилактических мероприятий (увеличение финансирования по I этапу, оплата индивидуального и группового профилактического консультирования);

проведено обучение с использованием методических пособий;

специалисты обеспечены методическими пособиями для работы.

Одной из важных задач, стоящих перед департаментом здравоохранения области и областным Центром медицинской профилактики, являются выезды в медицинские организации с целью оказания методической помощи и координации профилактических мероприятий в рамках диспансеризации (выполнение распоряжений и указаний департамента здравоохранения по повышению качества диспансеризации).

С 2013 по 2014 годы в рамках реализации мероприятий диспансеризации определенных групп взрослого населения специалистами первичного медицинского звена (врачи-терапевты, врачи общей практики, фельдшеры ФАПов, специалисты отделений/кабинетов медицинской профилактики) проводилась работа по выявлению факторов риска ХНИЗ (в том числе болезней системы кровообращения), а также осуществлялась их коррекция в ходе проведения краткого и углубленного профилактического консультирования.

Сведения о распространенности факторов риска НИЗ в 2013 и 2014 годах
(% от числа лиц, прошедших диспансеризацию)



Сведения о распространенности суммарного сердечно-сосудистого риска
(% от числа лиц, прошедших диспансеризацию)

	2013 год	2014 год
Умеренный риск	15,6%	30,1%
Высокий и очень высокий риск	4,8%	10,7%

Сведения о проведении профилактического консультирования

Годы	КПК		УПК	
	Количество человек	% от всех лиц, прошедших диспансеризацию	Количество человек	% от лиц, относящихся к II и III группам здоровья
2013 год	94071	70%	9549	12%
2014 год	173070	87%	25743	21%

Всего за период с 01.04.2013 по 01.07.2015 года диспансеризацию прошли 453 637 жителей области.

Проведение массовых мероприятий для населения

С 2005 года на территории Вологодской области регулярно проводятся массовые мероприятия для населения с участием различных ведомств: комитетов по физкультуре и спорту, комитетов по делам молодежи, управлений образования и культуры, структур МВД.

С 2005 по 2013 год в области проведено 91 839 мероприятий. **Охват населения составил 2 922 099 человек.**

Популярной формой профилактической работы среди населения являются палаточные «Городки здоровья». С 2003 по 2014 год проведено 56 «Городков Здоровья». Охват мероприятиями населения составил 96 302 человека, дано консультаций по коррекции факторов риска НИЗ 43 008, выдано информационных

материалов 169 944 экземпляра.

О популярности данного мероприятия свидетельствуют ежегодные заявки администраций муниципальных образований области о проведении «Городка здоровья». Недостаточное бюджетное финансирование, к сожалению, не дает возможность реализовать данное мероприятие с большим охватом территорий, удаленность которых от областного центра составляет до 700 км.

Ежегодно 4 раза в год в области проводятся массовые профилактические мероприятия для населения, приуроченные к календарю ВОЗ – Всемирный день здоровья, Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией, Всемирный день сердца, Всемирный день борьбы с инсультом. В среднем за год охват населения данными мероприятиями составляет 182 тысячи человек. 25% населения участвует в акциях по измерению артериального давления.

В 2015 году мероприятия по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями организуются в сферах образования (девиз – «Береги сердце смолоду»); здравоохранения («Медицинская активность – предупредим болезни системы кровообращения»); спорта и физической культуры («Физическая активность – путь к здоровью и долголетию»); культуры («Здоровый дух – здоровое сердце»); социальной защиты («Здоровое сердце через знания и опыт жизни»).

С целью мотивации населения на здоровый образ жизни через знания о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний издается газета «Здоровье – наш выбор», разработаны памятки о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и организовано их распространение среди населения. Это эффективный метод профилактической работы, который успешно используется в сочетании с кампаниями по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями на местах.

В настоящее время в данное общественное объединение вошло 10 городов и поселков.

Опыт развития сети Российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» показал, что наиболее эффективной формой обучения лиц, принимающих решения, лидерству в вопросах охраны и укрепления здоровья населения муниципальных образований являются межведомственные конференции, организуемые с выездом непосредственно в города и сельские поселения. Это повышает компетентность местных органов власти в развитии программ охраны и укрепления здоровья населения на межсекторальном уровне и содействует росту числа членов Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки».

Обучение лиц, принимающих решения, организации партнерского подхода в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями дают положительные результаты по снижению смертности от болезней сердца.

Обучение специалистов ведомств регионального уровня, представителей общественности и бизнеса, осуществляется областным центром медицинской профилактики с приглашением специалистов отделов (бюро) «Здоровые города, районы и поселки» муниципалитетов – членов Ассоциации.

Партнерство органов исполнительной власти и гражданского общества на местах, непосредственно в муниципальных образованиях, в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями будет эффективным, если опираться на доказательный, научно обоснованный подход к данной проблеме.

Раскрывая замысел развития проекта, предложенного Российской Ассоциацией, по улучшению здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки», можно выделить две основные стратегии формирования профилактического пространства на муниципальном уровне:

- 1) формирование культуры здоровья у населения;
- 2) создание здоровой среды для здорового образа жизни.

При их реализации необходимо акцентировать внимание на выявлении и коррекции основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Только такой подход может объединить усилия всех секторов общества и способствовать снижению смертности от болезней системы кровообращения.

С 2004 по 2015 год организовано и проведено 5 международных и всероссийских конференций, 35 межведомственных конференций, содействующих развитию проекта Российской Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» в Вологодской области, итогом которых стало вступление 10 муниципальных образований в проект «Здоровые города, районы и поселки». Это 65% населения нашей области.

Развитие здоровьесберегающих программ

В области реализуются здоровьесберегающие программы для разных слоев населения.

На 01.01.2015 года в городах и районах Вологодской области успешно развивается сеть образовательных организаций, реализующих программы «Здоровьесберегающий детский сад» (78%) и «Здоровьесберегающая школа» (84,6%). Также здоровьесберегающие мероприятия проводятся в трех вузах.

В программе «Активное долголетие», которая реализуется в Вологодской области с 2004 года, на 01.01.2015 года работают 11 программ для людей старше трудоспособного возраста.

Программа для работающих граждан («Укрепление здоровья на рабочем месте») начала свое развитие с 2000 года. За этот период ее реализовали 15 организаций. С 2014 года программа работает на базе 8-ми.

Наиболее удачным по масштабам и эффективности является опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на ПАО «Северсталь»:

Программа, разработанная на Череповецком металлургическом комбинате в 2002 году, направлена на повышение доступности и качества здравоохранения, развитие системы первичной медико-санитарной помощи, создание условий для эффективной медицинской помощи на этапе до госпитализации, профилактику заболеваний, предоставление современной медицинской помощи с применением новейших технологий. Каждый год на эту программу выделяется около 20 млн. долларов США. В рамках программы:

проводится ежегодное измерение артериального давления каждому сотруднику: всего проводится до 46 тыс. измерений в год;

осуществляется выдача лекарственных препаратов, закупленных на средства ДМС по поводу АГ: круглогодично обеспечивается до 2500 человек в год, из них один препарат получают 63,1% больных, два препарата – 34,3%, три препарата – 2,6%;

организованы школы для больных АГ, проводятся лекции, беседы по профилактике данного заболевания.

За период существования программы заболеваемость работников ОАО «Северсталь» снизилась на 27,1%, а первичный выход на инвалидность уменьшился до 48%.

Основной задачей программы «Здоровье Северстали» на будущее является переход к системе охраны здоровья металлургов, основанной на приоритете здорового образа жизни.

Развитие программ сохранения и укрепления здоровья на промышленных предприятиях, в высших учебных заведениях и учреждениях образования в 2015 году предполагает их усиление мероприятиями по выявлению и контролю уровня артериального давления и общего холестерина, пропаганде физической активности, здорового питания и борьбы с курением.

Об опыте работы Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки»

«Здоровые города» – это международный проект, который развивается при поддержке Европейского Регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения уже более 25 лет. Его главная цель – сделать здоровье населения приоритетом городской политики. Сегодня проект перерос в глобальное движение: количество участников превысило 1000 городов из 56 стран.

В ноябре 2010 года Череповец, Великий Устюг, Ставрополь, Чебоксары, Новосибирск, Ижевск и Новочеркасск, аккредитованные в европейской сети, объединились в российскую Ассоциацию по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки». Ее возглавил тогда еще мэр Череповца Олег Кувшинников. Ассоциация получила поддержку не только профильного федерального ведомства – Министерства здравоохранения Российской Федерации, но и представителей Госдумы и Совета Федерации. В настоящее время в нее вошли уже 37 городов России из всех семи федеральных округов с населением более 14 миллионов человек.

В Вологодской области существует своя сеть муниципальных образований, вошедших в Ассоциацию.

На сегодняшний день руководством Ассоциации реализуется целый спектр масштабных проектов, направленных на развитие здоровьесберегающих технологий. Среди них проекты «Крепкая семья – сильная Россия» и «Здоровые города без табака», в рамках которых проводятся вебинары, научные чтения и исследования. На их основе члены ассоциации регулярно выдвигают предложения по улучшению условий жизни россиян и корректировке действующего законодательства.

Создание «Вологодского общества профилактики неинфекционных заболеваний»

4 февраля 2014 года по инициативе и при содействии БУЗ ВО «Вологодский областной центр медицинской профилактики» была создана Вологодская региональная общественная организация «Вологодское общество профилактики неинфекционных заболеваний», основной целью деятельности которой является достижение коллективных интересов и координация деятельности врачей, психологов, педагогов, медицинских и иных специалистов в сфере профилактики неинфекционных заболеваний, формирования эффективной системы осуществления профессиональных прав и обязанностей специалистов, профессиональной этики, содействие научным исследованиям, формирование на территории Вологодской области эффективной обратной связи в рамках развиваемой системы профилактики неинфекционных заболеваний, оказание помощи врачам, медицинским работникам, педагогам, психологам, иным специалистам в реализации их компетенций при решении профессиональных задач профилактики неинфекционных заболеваний.

Проект по обучению вологжан оказанию первой помощи при острых сердечно-сосудистых состояниях

В 2015 году Вологодской региональной общественной организацией «Вологодское общество профилактики неинфекционных заболеваний» выигран грант на проведение образовательной кампании для населения по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и оказанию первой помощи при острых сердечно-сосудистых состояниях. Для реализации проекта привлечены медицинские работники области (врачи-терапевты; врачи общей практики, специалисты кардиологических, неврологических терапевтических стационаров; медицинские сестры терапевтических участков; врачи/средний медицинский персонал центров

здоровья, скорой медицинской помощи; фельдшеры ФАПов (УБ, амбулаторий); специалисты отделений/кабинетов медицинской профилактики). В рамках проекта организовано обучение населения выявлению первых признаков инсультов, инфарктов, способам оказания первой помощи при подозрении на вышеуказанные состояния. Обучение проходит во время диспансеризации (в рамках краткого и углубленного профилактического консультирования), диспансерного наблюдения, Школ здоровья, а также при выездной работе в учреждениях, на предприятиях, и сопровождается выдачей населению памяток по первым признакам и оказанию первой помощи при инсульте и инфаркте.

Проект стартовал в двух пилотных районах области – Вожегодском и Харовском. В дальнейшем опыт двух районов будет распространен на территории всей области.

Совет Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации
Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

№ 44 (597)

**Об актуальных проблемах
борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Составители:
О.Б. Аникеева, О.В. Павленко, С.Н. Титов, Е.А. Фалецкая

Электронная версия аналитического вестника размещена
в сети Интранет Совета Федерации в разделе «Информационные материалы»
и в сети Интернет (www.council.gov.ru) в разделе «Аналитические материалы»
Контактные телефоны: 8 (495) 697-44-87, 8 (495) 697-47-25
При перепечатке и цитировании материалов ссылка на настоящее издание обязательна

Подписано в печать 23.12.2015 г. Формат 21 x 29,7
Тираж 50 экз. Заказ № ...

Отпечатано в отделе подготовки и тиражирования документов
Управления информационных технологий и документооборота
Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации