

Научные доказательные факты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в практическом здравоохранении (к 35-летию от начала исследования “Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца среди неорганизованного населения”): 35 лет — 35 уроков

А.М. Калинина

ФГУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины”
Минздравсоцразвития РФ. Москва, Россия

Scientific evidence of cardiovascular prevention in clinical practice (35th anniversary of the study “Multi-factorial prevention of coronary heart disease in non-organised population”): 35 years — 35 lessons

A.M. Kalinina

State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia

Прошло треть века с момента старта одного из самых крупных в России и одного из первых, уникальных, популяционных, масштабных, профилактических, проспективных, сравнительных проектов — “Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца”. Изменилась страна, люди, однако проблема предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остается столь же острой. Выросло новое поколение врачей, грамотных, жаждущих новых знаний, открытий. Вместе с тем, опыт отечественной профилактической науки не всегда достаточно востребован. За прошедшие годы не было проведено научного проекта такого масштаба. Научные находки выполненных профилактических программ, полученные достижения, опыт, а, нередко, и ошибки — это тоже багаж для молодых ученых, который может служить школой мастерства. Как правило, научные публикации оформляются унифицировано, содержат факты и их доказательства, но при этом кропотливый труд исполнителей, каждодневная, многолетняя, рутинная и очень тщательная работа, позволившая в конечном итоге получить эти факты, остается в тени и не описывается — нет нужды вникать в технологию процесса, ведь основное — результат.

Поводом к написанию этой статьи послужило то, что в октябре 2010г исполнилось 35 лет с начала масштабного, кооперативного исследования, которое было в стране первым и вовлекало 7 крупных научно-исследовательских центров республик бывшего СССР, проводилось одновременно в городах — Москве, Каунасе, Киеве, Харькове, Минске, Ташкенте, Фрунзе (ныне Бишкеке). К сожалению, сегодня трудно подвести итог научного “выхода” из всего исследования, но только по Московскому центру результаты представлены более чем в 150 публикациях,

как в Российской Федерации (РФ), так и за рубежом, в 2 докторских, 7 кандидатских диссертациях, в серии методических рекомендаций и пособий для врачей. Первым руководителем проекта был проф. Глазунов Игорь Сергеевич, в последующем — проф. Чазова Лидия Викторовна. Многие сотрудники, участвовавшие в этом исследовании, за прошедшие годы сменили место работы, но школа профилактической медицины остается и продолжает воплощаться ими в практику, как в РФ, так и за рубежом.

В настоящей статье хочу поделиться некоторыми уроками, вытекающими из этого научно-практического исследования, и вспомнить в этот юбилейный год о некоторых и сегодня важных и актуальных научных доказательствах успеха и реалистичности на практике проблемы предупреждения ССЗ в российской популяции. Надеюсь, что при современной политике отечественного здравоохранения, проводимой в направлении укрепления здоровья и профилактики заболеваний, уроки прошлого будут востребованы и приняты к внедрению в современных условиях повседневной практики.

В прошлом году ушла из жизни большой ученый, самый активный исполнитель и руководитель проекта, замечательный человек, добрый и умный учитель и друг — проф. Чазова Лидия Викторовна, памяти которой хочу посвятить свой труд.

Урок 1. [Цели проекта]. Проект “Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца” был начат в середине 70-х годов прошлого века. В то время в мире не было научных доказательств, подтверждающих концепцию о факторах риска (ФР) с позиции “обратного” развития. Было хорошо известно о роли ФР в развитии заболеваний, но отсутствовал ответ на вопрос: “Возможно

©Калинина А.М., 2011
e-mail: akalнина@gnicpm.ru

[Калинина А.М. — руководитель отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения].

ли путем снижения уровней основных управляемых ФР ССЗ, зависящих, в первую очередь, от поведенческих привычек, снизить показатели смертности населения". Этот вопрос был основным, одновременно решался практический вопрос внедрения — все разработки профилактических мер/технологий были осуществлены в условиях, максимально приближенных к практическому здравоохранению. Методы и технологии, применявшиеся в проекте, были уже в те годы доступными и реалистичными по ресурсному обеспечению. Исключение составляли только кадровые ресурсы — в исполнении профилактических вмешательств помимо участковых врачей были вовлечены научные сотрудники, что в последующем учитывалось при разработке практических рекомендаций.

Урок 2 [Дизайн проекта]. Для получения доказательных результатов при построении дизайна проекта были соблюдены следующие условия:

контингент (целевая группа) в проекты была выбрана по основному принципу — с максимальной "концентрацией" конечных точек (избрана популяция мужчин 40-59 лет). В московском центре проведено дополнительно сопоставление исходных данных в избранных популяциях (мужчин 40-59 лет, проживающих на территории двух поликлиник), а именно сравнение показателей смертности за 2г перед началом профилактической программы. Отсутствие различий между популяциями по этим показателям послужило одним из аргументов к выбору именно этих групп (гр.) для проведения исследования;

охват профилактическим вмешательством — вовлечение в дифференцированные профилактические вмешательства всех лиц, прошедших профилактическое обследование в гр. профилактики;

скрининговое (профилактическое) обследование — строго стандартизовано во всех центрах;

профилактическое вмешательство — обязательным условием было вовлечение максимально всех в гр. профилактики в дифференцированные мероприятия по контролю за заболеванием и ФР. Методы и технологии вмешательства между центрами не стандартизовались, что давало возможность реализовывать технологии лечения и коррекции ФР среди популяции профилактики с учетом местных особенностей и условий.

сравнение результатов в популяциях с профилактическим вмешательством и без него, т. е. в обычных условиях практического здравоохранения. В каждом сотрудничающем центре в проект были включены все лица избранной возрастно-половой гр., проживающие на территории обслуживания 2 городских поликлиник — вмешательства и сравнения;

длительность — минимальный срок многоцентрового проекта 5 лет, в последующем в каждом центре проект продолжался по региональным протоколам или завершался. В московском центре наблюдение продолжалось 15 лет;

"конечные точки" — все случаи инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ) и смерти от всех причин (ОС);

сбор данных — строгая ежегодная стандартизация всех методов профилактического обследования в каждом центре по единому протоколу;

статистическая обработка — единая база данных и единый аналитический центр. Этот принцип не исключал возможности анализа данных в каждом центре по собственным потребностям, что было использовано

в последующем и дало возможность получить помимо единого пула данных и регионально специфичные результаты. В частности, в Московском центре проект продолжался 15 лет, в результате чего получены важные для практики результаты.

Урок 3 [Скрининг]. Проведен стандартизованный, профилактический, сплошной скрининг избранной популяции с использованием эпидемиологических методов оценки ключевых параметров — выявление основных форм ишемической болезни сердца (ИБС): ИМ по анамнезу и результатам ЭКГ-покоя; стенокардии по вопросу ВОЗ/Rose; МИ, артериальной гипертензии (АГ) и ФР: дислипидемии (ДЛП) — гиперхолестеринемии (ГХС), гипертриглицеридемии (ГТГ), спектра липидов, курения, потребления алкоголя, избыточной массы тела (ИзМТ), низкой физической активности (НФА).

Результаты скрининга строго контролировались координационным комитетом проекта, особенно в отношении выявления случаев ИМ и МИ. Все случаи выявления ИМ и МИ рассматривались на ежегодных совместных заседаниях и оценивались по строгим протоколам ВОЗ.

Урок 4 [Скрининг — опыт московского центра]. В московском центре включены в проект 6656 человек (чел.) (отклик составил 56,3 %): в основной гр. (ОГ) активной профилактики 3488 чел. (61,8 %), в гр. сравнения (ГС) — 3168 чел. (51,3 %). Популяция ОГ в течение первых 5 лет наблюдения ежегодно полностью обследовалась по единому протоколу. Популяция ГС обследовалась выборочно — по 20 %. В ходе продолжавшегося проекта в московском центре через 7 лет проведено стандартизованное обследование 20 % выборки в обеих популяциях, через 10 лет — обследованы из обеих популяций все лица, имевшие на старте проекта возраст 40-49 лет. Всего в московском центре за 10 лет проекта с учетом дизайна, а также выбытия и отклика, проведено 11239 полных, стандартизованных, профилактических обследований наблюдавшихся популяций.

Частота контрольных профилактических визитов в ОГ определялась исходными показателями здоровья и уровнем сердечно-сосудистого риска (ССР) и колебалась от 1 посещения в нед. (очень высокий риск) до 2 в год (1-2 ФР). Длительность активного профилактического вмешательства составила 5 лет. В последующем в ОГ все лечебные и профилактические мероприятия проводились участковыми врачами по индивидуальным рекомендациям, выработанным в ходе периода активной профилактики. В ГС после скринингового обследования все результаты профилактического обследования переданы врачам поликлиники, и последующая тактика определялась врачами по месту жительства по общепринятым принципам.

Урок 5 [Профилактическое вмешательство]. Объем профилактических мероприятий (первичной и вторичной профилактики), выполненных за 5 лет по данным московского центра приведен ниже.

Среди больных ИБС медикаментозное лечение получали 70,3 %, индивидуальное профилактическое консультирование и вручение памяток проведено в 92,2 %.

Среди больных АГ медикаментозное лечение получали 72,5 % больных, индивидуальное профилактическое консультирование и вручение памяток проведено в 88,2 %.

Среди курящих медикаментозное лечение получали 1,4 %, индивидуальное профилактическое консультирование и вручение памяток проведено в 74,9 %.

Лица без заболеваний, но имеющие алиментарные ФР в 75,7 % получили неоднократные профилактические консультации с вручением памяток, 1,2 % получали медикаментозное лечение.

Лица без заболеваний и ФР получили индивидуальные профилактические консультации по коррекции ФР в 78,2 %.

Урок 6 [Мониторинг проекта]. В многоцентровом проекте в течение 5 лет, а в московском центре в течение 10 лет в обеих гр. проводилась регистрация случаев ИМ, МИ и ОС, которые верифицировались по единым критериям программ ВОЗ. В московском центре после 10-летнего наблюдения по полной программе, в течение 15 лет в обеих гр. продолжалось наблюдение за случаями ОС. Смертность оценивалась в показателе на 1 тыс. чел./лет наблюдения.

Все годы наблюдения строго контролировалась численность популяции по данным адресных бюро. Все случаи смерти, ИМ и МИ оценивались коллегиально независимыми экспертами по протоколам проекта.

Урок 7 [Динамика ФР в популяции]. Динамика распространенности ФР изучалась по когортному анализу, т. е. по результатам обследования одних и тех же лиц, чтобы исключить возможные артефакты. По результатам первичного скрининга обе гр. были сопоставимы, поэтому анализ динамики ФР проводили в перекрестном сравнении — по различиям показателей между гр.

По данным московского центра многофакторное, профилактическое вмешательство по сравнению с обычным, медицинским наблюдением позволило на фоне активного вмешательства к концу 5 года достоверно снизить частоту курения на 25,4 %, ГХС — на 28,4 %. Важно подчеркнуть, что на фоне профилактического, многофакторного вмешательства отмечено также снижение частоты АГ, несмотря на постарение наблюдаемой когорты. К концу 5 года наблюдения средние уровни артериального давления (АД) в ОГ были достоверно ниже. В ГС наблюдался рост частоты АГ (на 10,0 %) и менее выраженное снижение (влияние возраста) частоты курения (на 15,3 %).

Наиболее трудно корригируемым ФР оказалась ИзМТ, в обеих гр. отмечена тенденция к увеличению частоты ИзМТ, однако это увеличение МТ было более выражено в ГС (на 32,4 %) по сравнению с ОГ (на 23 %).

Динамика основных ФР определила и динамику суммарного ССР по данным многомерного анализа. Суммарный риск смерти от ССЗ в ОГ снизился на 38,1 %.

В отдаленные сроки — к концу 10-го года наблюдения в ОГ частота ФР продолжала оставаться более низкой, чем в ГС: АГ на 12,6 %; курения на 14,2 %; ожирения (Ож) на 25,0 %.

Урок 8 [Динамика частоты ССЗ по данным профилактических обследований]. Распространенность ИБС за 5 лет на фоне профилактического, многофакторного вмешательства достоверно увеличилась в обеих гр., причем в ОГ в большей степени (на 56,6 %), чем в ГС (на 39,1 %). Общая причина такой динамики, конечно, постарение популяции. Следует особенно подчеркнуть, что более выраженный рост частоты ИБС в ОГ должен быть расценен как эффективность проводившегося вмешательства, поскольку такая динамика при сопоставлении с динамикой смертности отражает именно эффективность комплексных профилактических мероприятий: своевременное выявление больных ИБС, их лечение и профилактика осложнений, сохранение жизни и, как

следствие, — влияние на общественное здоровье, а именно, на рост частоты больных в популяции.

Урок 9 [Стратегии профилактики и управление программами]. Приведенные выше результаты могут быть интересны не только с позиции оценки эффективности профилактического вмешательства, но с позиции управления профилактическими программами, когда только комплекс стратегий профилактики может привести к улучшению показателей общественного здоровья и снижения не только смертности, но и заболеваемости населения.

Этот факт следует учитывать при планировании программ, включающих элементы первичной и вторичной профилактики, в которых не могут ставиться цели снижения распространенности заболевания, особенно в краткие сроки. Такие цели можно ставить только в длительных программах первичной профилактики, когда влияние вмешательств направлено на предотвращение возникновения болезни в комплексе медицинской профилактики и популяционной стратегии.

Сказанное подтверждается данными проспективного 10-летнего наблюдения. Во-первых, оказалось, что частота ИБС к концу 10 года продолжала оставаться более высокой в ОГ (18,9 %), чем в ГС (16,3 %). Выявленные различия были обусловлены более значительным увеличением частоты стенокардии напряжения (СН) в ОГ: к концу 5 года — до 7,5 %, к концу 10 года — до 11,1 %, что достоверно выше частоты СН в ГС (3,2 % и 5,6 %, соответственно). Во-вторых, показано, что хотя в обеих гр. увеличилось число больных с сочетанием ИБС и АГ, доля таких больных была больше в ОГ, чем в ГС обычного наблюдения как через 5 лет (на 25,9 %), так и через 10 лет (на 45,7 %). Это наблюдение подтверждает, что при успешном профилактическом вмешательстве, включающем оптимизацию лечения больных и коррекцию ФР в гр. риска, удастся сохранить жизнь больным и улучшить прогноз их жизни.

Урок 10 [Планирование оценки профилактических программ]. Следует еще раз подчеркнуть важность выявленных тенденций для планирования длительных профилактических программ и их оценки. На фоне клинически эффективного профилактического вмешательства в результате его позитивного влияния на прогноз частота заболеваний в популяции увеличивается, что необходимо принимать во внимание при оценке программ профилактики. Таким образом, в кратко- и среднесрочных профилактических программах не может ставиться цель снижения заболеваемости и распространенности ее в популяции или целевых гр. Приоритет постановки таких целей возможен только в длительных, профилактических, крупномасштабных программах.

Урок 11 [Динамика смертности на фоне профилактического вмешательства]. В ходе программы многофакторной профилактики ИБС в московском центре течение 5 лет в ОГ по сравнению с ГС ОС снизилась на 22,2 % ($p < 0,05$), а смертность от ССЗ — на 41,3 % ($p < 0,05$), что было обусловлено эффективностью как вторичной, так и первичной профилактики. Достоверная эффективность вторичной многофакторной профилактики ИБС в отношении влияния на прогноз жизни больных отмечена с 3 года наблюдения, и проявилась при всех формах ИБС — у больных ИМ (снижение смертности на 39,7 %), у больных СН (на 50 %), при безболевогой форме ИБС (на 66,7 %). Достоверность эффективности первичной профи-

лактики ИБС и прогноза жизни выявлена позднее (с 4-5 года наблюдения) и проявилась наиболее выражено при множественных ФР: ≥ 3 ФР — снижение смертности на 55,3 %, 2 ФР — на 40 %.

Урок 12 [Динамика смертности в отдаленный период]. По данным московского центра ОС оставалась более низкой в ОГ, чем в ГС и через 10 лет (на 7,3 %), через 15 лет (на 8,0 %). Различия обусловлены как мерами вторичной, так и первичной профилактики ИБС.

Важно подчеркнуть разницу в динамике смертности в подгруппах вторичной и первичной профилактики. Эти результаты могут быть полезны при планировании профилактических программ и последующей их оценке.

Как отмечено выше, начиная с 4-5 года программы профилактики, зарегистрированы достоверные различия в ОС и смертности от ССЗ вследствие мер первичной профилактики у лиц с ≥ 3 ФР. Известно наиболее частое сочетание ФР — АГ, ИзМТ и ДЛП, т. е. основные кардиометаболические ФР.

Урок 13 [Влияние различной динамики ФР на прогноз жизни и частоту ИМ и МИ]. В проекте впервые было проведено изучение прогностической значимости сходной динамики уровней ФР, на фоне направленной активной их коррекции и без нее (в ГС). Этот анализ проведен в московском центре, он стал возможным благодаря дизайну проекта, когда были получены данные стандартизованных обследований и оценки уровней ФР и оценен прогноз жизни в двух сравниваемых гр. Анализ выявил интересные и важные для практики результаты. Оказалось, что благоприятным прогнозом в последующие годы (в данном проекте оценивался прогноз за последующие 5 лет) обладает только то снижение уровней ФР, которое произошло в течение предшествующих 5 лет при целенаправленном, превентивном, медицинском воздействии. В то время как регистрируемое в популяции снижение ФР, если оно отмечается при отсутствии специальных, целенаправленных, профилактических вмешательств, не обладает прогностически благоприятным эффектом.

Больные с 2-3 степенью (ст.) АГ, у которых за 5 лет наблюдения АД нормализовалось в ОГ по сравнению с аналогичными больными (с нормализацией АД) в ГС, умирали вдвое реже, у них в 4 раза реже развивался ИМ и МИ. Эти данные можно объяснить тем, что формально регистрируемое при стандартизованных обследованиях АД и, особенно, его динамика, по когортным результатам должна анализироваться в многомерных анализах и не восприниматься только в одномерных оценках: причин снижения АД в популяции множество, в число них входят как прогностически благоприятные (лечение, улучшение клинического состояния, снижение выраженности органных изменений и т. п.), так и неблагоприятные (“обезглавленная” АГ и пр.). Найденная в данном проекте закономерность оказалась справедливой и для других ФР.

Урок 14 [Влияние различной динамики уровней ХС на прогноз жизни и частоту ИМ и МИ]. Снижение повышенного уровня общего ХС (ОХС) и особенно ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) в ОГ сопровождалось в последующие годы более низкими показателями смертности и инцидента ИМ и МИ, хотя различия не носили достоверного характера, что можно, прежде всего, объяснить в данном проекте небольшим числом наблюдений. Более четкие различия получены при оценке прогностической значимости снижения концентрации

ХС в ЛНП — если это снижение происходило на фоне профилактического вмешательства (в данном проекте преимущественно немедикаментозного, диетологического), то такие лица по сравнению со “спонтанным” снижением этого показателя в последующие 5 лет в 2 раза реже умирали, причем в 2,5 раза реже от ССЗ, в 3,7 раза от ИБС и в 12,7 раз реже от онкологических заболеваний, у них достоверно реже в 12 раз регистрировался МИ и отмечена тенденция к более низкой частоте ИМ (в 1,5 раза). Выявлены интересные факты — обнаружены различия между гр. в структуре причин смерти лиц с одинаковым снижением уровня ОХС: в ОГ у лиц с исходной ГХС, нормализация которой наблюдалась через 5 лет вмешательства, в 80 % причиной смерти были ССЗ, что вполне понятно и объяснимо концепцией ФР. В ГС те, у кого через 5 лет зарегистрировано снижение уровня ОХС, в последующем в 75 % умирали от злокачественных новообразований. Интересно, что в обеих гр. оказалось, что повышение концентрации ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) вне зависимости от принадлежности к гр. вмешательства было прогностически благоприятным фактом. Данные наблюдения подтверждает известный из литературы факт, что ГХС в популяции требует целенаправленных лечебно-профилактических мер, а регистрация случаев “спонтанных” снижений повышенного ОХС, особенно ХС ЛНП, без видимых причин требует особого внимания и настороженности в отношении риска развития онкологических заболеваний. Это наблюдение помимо практического значения требует дальнейших научных поисков.

Урок 15 [Влияние различной динамики курения на прогноз жизни и частоту ИМ и МИ]. Лица, продолжавшие курить на протяжении всего 10-летнего срока наблюдения в обеих гр., умирали чаще, чем бросившие курить, как в ОГ (в 3,8 раза), так и ГС (в 1,4 раза), различия могут быть отражением эффекта именно многофакторности профилактического вмешательства — отказ от курения с превентивными целями сопровождается более отчетливым улучшением прогноза на фоне снижения других основных ФР, что менее заметно при “спонтанном” отказе от курения. Наблюдение показало, что при сравнении между гр. прогноза лиц, бросивших курить, выявлена отчетливая закономерность — при превентивном отказе от курения (ОГ) по сравнению со “спонтанным” отказом от курения была в 5 раз меньше ОС, частота ИМ и МИ.

Урок 16 [Влияние различной динамики ИзМТ на прогноз жизни и частоту ИМ и МИ]. Снижение ИзМТ — индекс Кетле (ИК) $< 30,0$, на фоне профилактики немедикаментозными мерами, в основном коррекцией питания, по сравнению с сохранившими ИзМТ в этой гр. сопровождалось более низкой ОС, смертностью от ССЗ, злокачественных новообразований и более низкой частотой ИМ. В ГС при снижении ИзМТ наблюдалась тенденция к увеличению смертности от злокачественных новообразований. Полученные данные согласуются с литературными и служат основанием к продолжению изучения проблемы, особенно прогностического значения и особенностей динамики ФР при многофакторном, профилактическом вмешательстве, а также к разработкам более активных и действенных методов и средств профилактики ФР.

Урок 17 [Стратегия высокого риска]. В данном исследовании показана реальность реализации стратегии высокого риска в условиях практического здравоохране-

ния. Показатели ОС и смертности от ССЗ за 15 лет наблюдения сохраняли достоверные различия между ОГ и ГС особенно среди лиц исходно высокого ССР. Эти данные демонстрируют *накопление положительного эффекта первичной профилактики ССЗ и доказывают возможность первичного предупреждения этих заболеваний*, в первую очередь ИБС, методами и средствами, доступными в условиях реальной практики первичного звена здравоохранения. Свидетельствуют они и о том, что проявление эффективности первичной профилактики возможно только при длительном ее проведении. Правоммерно предполагать, что внедрение принципов доказательной медицины в реальную практику превентивной кардиологии через единые протоколы профилактики, стандарты, руководства и рекомендации позволит повлиять на негативные тенденции в показателях здоровья, как отдельных индивидуумов, так и населения, особенно при высоком ССР.

Урок 18 [Частота ИМ и МИ]. В московском центре показано, что на фоне многофакторной профилактики частота возникновения ИМ в ОГ по сравнению с ГС имела тенденцию к снижению, однако среди больных ИБС (вторичная профилактика) частота ИМ снизилась достоверно на 46,6 %, что следует трактовать как позитивный эффект профилактики — снижение летальности ИМ сопровождается увеличением числа больных с данным осложнением, оставшихся в живых.

Стенокардитический синдром у больных ИБС в отношении развития ИМ оказался прогностически менее благоприятным признаком, чем наличие только ЭКГ-изменений ишемического типа без болей в грудной клетке.

В целом в ОГ частота ИМ за 10 лет была на 17,9 % ниже, чем в ГС, а среди больных ИБС — на 41,0 % ниже.

В первые 5 лет в ОГ отмечена тенденция к снижению частоты МИ по сравнению с ГС на 27,7 %. В последующие годы эта разница продолжала увеличиваться и к концу 10-го года наблюдения достигла достоверных различий (на 29,2 %). Наиболее выраженные и достоверные различия по частоте развития МИ, как и ожидалось, выявлены на фоне комплексной профилактики среди больных АГ (на 36 %).

Урок 19 [Отсроченные и отдаленные эффекты вторичной профилактики ИБС]. При длительном проспективном наблюдении выявлено, что наиболее пролонгированным эффектом профилактические меры (комплекс мер коррекции ФР и медикаментозное лечение) обладают у больных с нечастыми приступами стенокардии, без перенесенного ИМ. Таким образом, прогноз жизни и развития осложнений у больных ИБС определяют не только форма заболевания и его клиническая выраженность, но и наличие ФР, особенно АГ, а также успешность их коррекции.

Урок 20 [Прогноз жизни больных АГ 2-3 ст. и частоты ИМ и МИ]. Согласно протоколу исследования активное медикаментозное и немедикаментозное лечение проводилось при АГ 2-3 ст. Из числа таких больных удалось охватить комплексными лечебно-профилактическими мероприятиями 79,5 %. Однако, только 61,9 % больных продолжали лечение более половины всего срока вмешательства (3 года) и только 43,0 % наблюдались полные 5 лет. Эти результаты необходимо учитывать при планировании профилактических программ, что было учтено в разработках научных подходов к профилактике

в последние годы, включающих в качестве обязательных и меры по повышению приверженности пациентов выполнению врачебных назначений и соблюдению рекомендаций (обучающие программы для пациентов, школы, обучение врачей методам консультирования и т. д.). ОС больных АГ, приверженных врачебным назначениям, оказалась вдвое ниже, чем больных, отказавшихся от дальнейшего наблюдения, на 49,6 %. Усилия в любой программе профилактики, предполагающей длительное наблюдение, должны быть направлены не только на содержание профилактических мер, но и на *повышение приверженности пациентов* предлагаемому лечению, соблюдению рекомендаций в течение длительного времени. Вместе с тем, даже при указанном выше неполном охвате пациентов всеми запланированными программой мероприятиями удалось получить достоверный эффект превентивных мер и повлиять на прогноз больных.

За первые 5 лет на фоне программы профилактики среди больных АГ в ОГ по сравнению с ГС оказалась достоверно ниже ОС на 43,3 %, смертность от ССЗ на 51,1 %, смертность от ИБС на 48,3 % и смертность от других хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на 58,7 %. Полученные данные могут быть расценены как одни из первых, показавшие интегральность активного медицинского профилактического вмешательства на примере больных АГ 2-3 ст. Показано, что, влияя на взаимосвязанные поведенческие ФР у этой категории (питание, привычки, двигательную активность) и лечение активно выявленных больных оказалось возможным получить улучшение прогноза жизни не только за счет ССЗ, но и ряда других ХНИЗ, с общими ФР.

За 10 лет наблюдения различия по прогнозу больных АГ между гр. уменьшились, хотя в ОГ сохранилась тенденция к более низким показателям ОС (на 4,3 %) и смертности от ССЗ (на 2,1 %). Данное наблюдение на примере больных АГ свидетельствует, что лечебно-профилактические вмешательства должны стать более активными и быть рутинной, повседневной практикой врачей первичного звена.

Профилактическое вмешательство у больных АГ позволило достоверно снизить частоту развития ИМ на 32,5 % и инсульта на 36,0 %.

Регулярность лечения позволила снизить и летальность осложнений, в частности на 46,1 % частоту ИМ, среди регулярно наблюдавшихся по сравнению с отказавшимися от выполнения врачебных назначений. Профилактическое вмешательство, включающее комплекс мер по снижению ССР, позволяет снизить риск и продлить жизнь больным АГ.

Урок 21 [Прогноз разных форм ИБС и многофакторная профилактика]. В проекте было получено убедительное подтверждение, что наиболее прогностически неблагоприятной формой ИБС оказалась осложненная форма течения заболевания — смертность и частота повторных осложнений была наивысшей у больных, перенесших ИМ. В отношении развития первого ИМ при ИБС наиболее опасной формой оказалась СН по сравнению с безболевым течением заболевания (БИБС). Сравнительный анализ силы влияния различных характеристик и ФР на прогноз жизни при ИБС позволил выявить кластер наиболее значимых показателей. Наибольшее прогностическое значение у этой категории лиц имели: наличие стенокардии, ее продолжительность, сочетания с изменениями на ЭКГ-покоя и АГ. Менее значимыми для прогноза

жизни больных ИБС по сравнению с перечисленными характеристиками были такие ФР, как курение, уровень ФА и ИзМТ.

Прогноз больных с ИМ+СН+АГ. Смертность больных ИБС + СН + АГ была в 2,2 раза выше, чем при ИБС без СН и АГ. Смертность больных при ИБС в сочетании со СН и рубцовыми изменениями на ЭКГ наступала чаще, чем при отсутствии этих симптомов, причем риск смерти был наиболее высок в первые годы после их выявления. Профилактическое вмешательство позволило продлить жизнь наиболее тяжелой в прогностическом отношении категории больных — смертность при ИБС + СН + АГ на фоне профилактики оказалась на 27 % ниже, чем при обычном лечении, частота повторного ИМ в 2,2 раза реже. Однако эти различия были наиболее выражены на фоне активного профилактического вмешательства, в период, когда больные активно наблюдались и им назначались необходимые профилактические меры. В отдаленный период различия в прогнозе между гр. уменьшились, что убедительно демонстрирует необходимость пожизненного активного контроля течения болезни при осложненных формах, в частности после перенесенного ИМ, особенно при сочетании с АГ, СН и рубцовыми изменениями на ЭКГ. Иными словами, при тяжелом течении ИБС динамическое наблюдение не может иметь ограничительных сроков, а должно проводиться пожизненно.

Прогноз больных ИМ без СН и АГ. Смертность больных ИБС с ИМ в анамнезе, но без СН и АГ на фоне профилактики оказалась на 45 % ниже, чем при обычном наблюдении. Различия в прогнозе были менее выражены при более легком течении ИБС после ИМ (при отсутствии АГ, СН и глубоких рубцовых изменений на ЭКГ).

Прогноз больных СН без ИМ в анамнезе. Риск развития ИМ у этой категории больных в популяции оказался наивысший при сочетании с АГ, ГХС, ИзМТ, что подтверждает основные положения концепции ФР и при наличии симптомов заболевания, но с неосложненным течением. Наличие СН, особенно частота болевых приступов, по сравнению с БИБС прогнозировали более высокий риск смерти в ближайшие 5 лет. У больных при ежедневных приступах СН по сравнению с аналогичными больными с редкими приступами СН (< 1 раза в нед.) в 5 раз чаще развивался первичный ИМ, причем 84 % этих осложнений возникли уже в первые 5 лет наблюдения. Наличие у больных СН ишемических ЭКГ-изменений не оказало достоверного влияния на прогноз за весь 10-летний период наблюдения. Однако все случаи развития ИМ у этой категории больных приходятся на первые 5 лет наблюдения. Существенное влияние на прогноз жизни больных СН без ИМ в анамнезе и риск первичного ИМ оказало наличие ФР — наличие основных ФР практически параллельно их количеству повышало риск смерти от всех причин, от ССЗ и риск первичного ИМ у этих больных — при 1 ФР в 1,5-1,7 раза, при 2 ФР — в 2,1-3,4 раза. На фоне профилактического вмешательства (первые 5 лет) отмечено улучшение прогноза при СН без ИМ в анамнезе вне зависимости от частоты приступов. Однако отдаленный прогноз оказался более благоприятен только у больных СН с редкими приступами. Таким образом, не вызывает сомнения тот факт, что больные СН с частыми приступами, не имеющие в анамнезе ИМ, также как и больные ИМ в анамнезе должны пожизненно наблюдаться врачами и они требуют ком-

плексного вмешательства, как медикаментозного, так и немедикаментозного.

Прогноз больных БИБС. Наличие у больных ИБС ишемических изменений на ЭКГ при отсутствии у них ИМ в анамнезе и СН было прогностически в 3-4 раза более неблагоприятным при сочетании с АГ. В этой категории в 2 раза чаще развивался ИМ и МИ, особенно с летальным исходом. Профилактическое, многофакторное вмешательство снижало ОС у этой категории больных на 33 %, смертность от ССЗ на 39 %. Необходимо отметить, что в популяции эта категория больных ИБС (безболевого течения) в большинстве остается невыявленными, если не проводятся массовые профилактические осмотры и не регистрируется ЭКГ-покоя. Здесь важно сделать особое замечание в отношении спорного вопроса — а именно, насколько целесообразно массовое снятие ЭКГ-покоя при профилактических осмотрах? Исходя из полученных данных, следует, что применение этого метода обследования обосновано. Однако необходимо уточнить, что в данном проекте целевая гр. — это мужчины > 40 лет. Как показал анализ, при БИБС наибольший риск (осложнений, смерти) и, соответственно, наибольший полученный эффект от своевременного профилактического вмешательства обнаружен при сочетании БИБС с АГ. Опираясь на полученные данные, можно сделать заключение, что массовая регистрация ЭКГ при профилактических/диспансерных осмотрах клинически целесообразна и прогностически оправдана в особых целевых гр., к которым, несомненно, должны быть отнесены мужчины > 40 лет, лица с повышением АД, вероятно, все возрастно-половые гр. (данное исследование не изучало этого вопроса).

Урок 22 [Прогноз лиц без ИБС в зависимости от сочетания ФР и многофакторная профилактика]. Анализ прогностического значения сочетания ФР и влияния на него профилактического вмешательства проведен среди кластера обследованных лиц без признаков ИБС. Сочетание ФР во всех случаях обнаруживало наличие АГ: 2 ФР — это чаще всего АГ+ГХС или АГ+ИзМТ, 3 ФР — АГ+ГХС+ИзМТ (или курение). В качестве единственного ФР у мужчин 40-59 лет чаще обнаруживалось курение или НФА. Показано, что наличие 3 ФР по сравнению с отсутствием ФР увеличивало у лиц без ИБС риск ОС в 5 раз, риск смерти от ССЗ — в 6 раз, риск ИМ — в 8 раз, риск МИ — в 10 раз. Профилактическое, многофакторное вмешательство отчетливо подтвердило правильность выбранной тактики, т. к. снижение риска ОС, в первую очередь от ССЗ, было отмечено у лиц с сочетанием 3 ФР, причем с увеличением срока наблюдения этот эффект не только сохранялся, но и становился более выраженным. Иными словами первичная профилактика в системе здравоохранения не только теоретически важна, необходима, но и реалистична, что показано в данном проекте. При этом важно отметить, что, несмотря на то, что целевая гр. в описываемом исследовании для первичной профилактики (мужчины > 40 лет), казалось бы, слишком стара (первичная профилактика согласно современным принципам должна начинаться как можно в более раннем возрасте) оказалось возможным снизить риск заболеваний и осложнений. Таким образом, коррекция ФР ССЗ не только возможна, но и целесообразна среди клинически бессимптомного населения и должна быть неотъемлемой

частью комплекса мер контроля за заболеваниями в системе здравоохранения.

Урок 23 [От многофакторной к интегральной профилактике]. Объектом профилактического вмешательства в проекте многофакторной профилактики ИБС были и больные, и лица с ФР. Выделенные для вмешательства ФР поведенческого характера имеют интегральный характер — являются общими не только для ССЗ, связанных с атеросклерозом — ИБС, цереброваскулярные заболевания, АГ, но и для целого ряда ХНИЗ, такие ФР, как курение, ИзМТ, НФА. В этой связи изучение прогноза при сочетании ФР, симптомов ХНИЗ и влияния на них профилактического вмешательства представляет особый интерес и тактическое значение для практики.

Урок 24 [Прогностическое значение клинических симптомов респираторных нарушений]. При превентивном отказе от курения уже в ближайшие годы в 3,5 раза снижалась выраженность симптомов хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) с 27,2 % до 7,7 % и улучшались показатели функции внешнего дыхания (ФВД). Вместе с тем, среди тех, кто за эти годы закуривал вновь, в 4 раза стали чаще встречаться симптомы хронического бронхита (ХБ) с 4,0 % до 16,0 %. Обнаружена прямая связь между наличием и выраженностью респираторных симптомов с прогнозом жизни. Больные с ХБ в 3,7 раза чаще умирали от заболеваний легких, в целом, в 7 раз чаще от ХОБЛ, в 2,8 раза — от злокачественных новообразований, в 2 раза — от ССЗ. Результатом этого фрагмента проекта является то, что показана высокая прогностическая значимость выявления респираторных симптомов и их связь с курением. Инструментов для выявления этих симптомов был стандартный вопросник на основе рекомендаций ВОЗ. Полученные данные позволяют рекомендовать данный вопросник для включения в обязательные профилактические обследования взрослой популяции для формирования целенаправленных профилактических мероприятий. Проспективное наблюдение показало, что в ОГ отмечены тенденции в отношении улучшения прогноза жизни больных в исходно выявленными симптомами ХОБЛ. Важным выводом из этого наблюдения явилось заключение о том, что превентивных мер, проводившихся в данном проекте, оказалось недостаточно в отношении улучшения прогноза жизни больных ХОБЛ. Такими мерами помимо отказа от курения должны быть комплексы оздоровления, включая медикаментозное лечение. Профилактика осложнений ХОБЛ должна начинаться с более молодого возраста. Вместе с тем надо отметить, что и методически, чтобы оценить превентивные меры в отношении ХОБЛ, необходимы специфичные индикаторы оценки, а не только прогноз жизни. Данное исследование эти вопросы не изучало, но позволило сформулировать проблему для дальнейшего исследования.

Урок 25 [Прогностическое значение клинических симптомов одышки]. Наличие одышки оценивалось по стандартному вопроснику на основе рекомендаций ВОЗ. Одышка оценивалась по ст.: I ст. — появление одышки только при быстрой ходьбе, II ст. — одышка при обычной ходьбе. Анализ показал, что наличие одышки II ст. оказалось в 3 раза более неблагоприятным признаком в отношении риска ОС, в 4 раза — в смерти от ССЗ, в 4 раза — смерти от ХОБЛ, в 1,7 раза — смерти от злокачественных новообразований. Лица с одышкой I ст. занимали промежуточное положение по прогнозу жизни между теми, у кого симптомы одышки не наблюдались

и теми, у кого была одышка II ст. Достоверных различий между гр. по прогнозу больных с симптомами одышки получено не было за исключением одного наблюдения — более тяжелые больные в гр. профилактики проживали более длительно, чем в гр. обычного лечения, где больные с выраженной одышкой умирали в сроки, ближайшие от начала наблюдения. Отсутствие достоверных различий между гр. свидетельствует о необходимости проведения целенаправленных диагностических и лечебных длительных мер у этой категории лиц, где недостаточно только антикурительной профилактики. Вместе с тем, полученная высокая прогностическая значимость вопросника на выявление одышки, причем стратифицированная по ст. выраженности также как и вопросника на выявление симптомов ХОБЛ, служит основанием рекомендовать этот инструмент для обязательного включения в процедуры профилактических/диспансерных осмотров взрослого населения, особенно мужчин.

Урок 26 [Прогностическое значение спирометрических показателей ФВД]. Продемонстрировано, что показатели ФВД носят интегральный прогностический характер. При 5-летнем сроке наблюдения показано, что прогноз жизни находится практически в прямой зависимости от показателя форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Сходные тенденции обнаружались и по показателю форсированного объема выдоха в 1 сек (ФОВ1). Причем, эти зависимости формируются как за счет ССЗ, так и злокачественных новообразований. Длительное, 10-летнее наблюдение подтвердило и продемонстрировало эти зависимости более отчетливо и достоверно, показав, что снижение показателя ФЖЕЛ в большей ст. прогнозирует риск смерти от ССЗ, а снижение ФОВ1 — от злокачественных новообразований. Полученные результаты убедительно свидетельствуют об интегральности прогностического значения респираторных симптомов и показателей ФВД, что, следует принимать во внимание, прежде всего, при формировании программ профилактических скринингов и выявления гр. повышенного риска для целенаправленного профилактического вмешательства.

Урок 27 [Прогностическое значение толерантности к физической нагрузке (ТФН)]. Анализ ТФН проведен по результатам 551 пробы с ФН в московском центре среди лиц, включенных в проспективное наблюдение, среди которых у 414 не было клинических и анамнестических признаков ИБС. Как и ожидалось, наиболее низкая продолжительность ТФН прогнозировала в 5 раз более высокий риск ОС, но преимущественно за счет ССЗ (в 10,8 раз). Риск развития ИМ также оказался в 5 раз выше при наименьшей продолжительности ТФН, особенно в отношении ИМ со смертельным исходом (в 8,3 раза). Наименьшие показатели ТФН имели лица с АГ, ГХС, курящие и с низкой МТ. Многомерный анализ позволил выявить, что показатели ТФН имеют независимое самостоятельное и интегральное прогностическое значение, что может быть учтено в формировании алгоритмов оценки риска в ходе профилактических обследований взрослого населения.

Урок 28 [Прогностическое значение привычки к употреблению алкоголя]. Проблема употребления алкоголя и его влияния на риск заболеваний весьма активно обсуждается в научной и популярной литературе, особенно в последние годы, когда начинается реализация политики государства по ужесточению мер контроля за потреблением

ем алкогольных напитков. В этой связи напоминание результатов проекта многофакторной профилактики, по этой проблеме может быть полезным. По результатам одномоментного профилактического обследования всего контингента обнаружено, что ~ 10 % мужчин потребляли алкоголь практически ежедневно, причем среди лиц с начальным образованием этот показатель в 4 раза выше, чем среди лиц с высшим образованием. По данным одномоментного обследования показано, что в популяции обследованных при частом потреблении распространенность ИБС в 1,5 раза была меньше, что может быть оценено как негативный факт, т. к. правомерно предположить, что если ИБС развивается у лиц, часто употребляющих алкоголь, то исходы заболевания могут быть более фатальными, чем у лиц, редко употребляющих алкоголь, что и сопровождается “накоплением” в популяции редко пьющих лиц и имеющих ИБС. Высказанное предположение может быть подтверждено данными одномоментного обследования, что среди лиц, часто употребляющих алкоголь была выше частота основных ФР, влияющих на прогноз, в частности АГ, курения. Окончательно на этот вопрос, безусловно, отвечает только проспективное наблюдение, которое показало, что наивысшие показатели ОС, смертности от ССЗ и злокачественных новообразований имеют лица, полностью отрицавшие потребление алкогольных напитков, а наивысшие (кроме смертности от злокачественных новообразований) — часто употребляющие. Причиной смерти при частом употреблении алкоголя были травмы и несчастные случаи, в ряде случаев — отравление алкоголем. Анализ патологоанатомических данных умерших от алкогольного отравления лиц показал, что эти лица были более молодого возраста и у половины умерших (53 %) обнаруживались незначительные поражения коронарных артерий (КА) — сужение не более 20 % просвета. Чрезмерное потребление алкоголя сокращало жизнь у наблюдаемого контингента в среднем на 4 года. Наиболее прогностически неблагоприятным фактором чрезмерное потребление алкоголя оказалось в развитии МИ. Профилактическая программа выявила, что чрезмерное потребление алкоголя является серьезным барьером в реализации профилактического вмешательства, т. к. оказалось возможным улучшить прогноз жизни только у категории лиц с умеренным потреблением алкогольных напитков, что, прежде всего, следует объяснять разной приверженностью выполнению врачебных назначений.

Урок 29 [Многомерное прогнозирование риска ОС и профилактика]. В модель многомерного анализа (множественную логистическую функцию) включены следующие переменные: возраст, уровни АД, статус курения, частота употребления алкоголя, наличие ИБС, форма ИБС, сочетание ФР, принадлежность к популяции вмешательства. Проведен сравнительный анализ расчетного (ожидаемого) риска и фактически наблюдаемого. Оказалось, что в ГС получено практически полное совпадению рисков ОС (риск фактический оказался на 2,7 % выше ожидавшегося). В ОГ фактически наблюдавшийся риск был на 9,1 % ниже ожидавшегося для данной популяции с учетом исходного профиля ФР. Полученные данные могут служить подтверждением интегральности мер многофакторной профилактики в отношении прогноза жизни в целом.

Урок 30 [Многомерное прогнозирование риска смерти от ССЗ и профилактика]. В модель многомерного анализа (множественную логистическую функцию)

включены те же переменные, что и в модель, представленную выше: возраст, уровни АД, статус курения, частота употребления алкоголя, наличие ИБС, форма ИБС, сочетание ФР, принадлежность к популяции вмешательства. В ОГ фактически наблюдавшийся риск смерти от ССЗ оказался на 31,6 % ниже ожидаемого, что, несомненно, доказывает влияние в популяционной ОГ преимущественно на этот показатель прогноза (риск смерти от ССЗ). В ГС получено полное совпадение рисков, т. е. не найдено отличий фактического и ожидаемого показателей риска смерти от ССЗ.

Урок 31 [Многомерное прогнозирование риска смерти от злокачественных новообразований и профилактика]. В модель многомерного анализа (множественную логистическую функцию) включены те же переменные, что и в модель представленную выше. В обеих гр. получено полное совпадение ожидаемых и фактических рисков смерти от злокачественных новообразований, что, с одной стороны, свидетельствует о специфичности проводимых профилактических мер, прежде всего, по отношению к риску ССЗ, с другой стороны, демонстрирует отсутствие возможно негативного влияния на прогноз мер многофакторной профилактики. Хотя, необходимо отметить, что в данном профилактическом исследовании меры профилактического вмешательства преимущественно носили немедикаментозный характер, и вероятность их негативного влияния на прогноз была минимальной. В современных условиях при проведении длительных профилактических программ, когда в практику внедряются меры первичной профилактики, в т.ч. и медикаментозные, следует особенно внимательно формировать индикаторы их оценки и включать в качестве обязательных регистрацию не только целевых показателей действенности предлагаемых (изучаемых) мер, но и проводить полный контроль исходов и их причин.

Урок 32 [Сохраненные годы жизни в программе многофакторной профилактики ИБС]*.

В ОГ в целом при расчете на 1 тыс. чел. в течение 5 лет активного вмешательства удалось сохранить 52,5 года жизни, что за 10 лет составило 147,4 лет.

Первичная профилактика — в течение 5 лет удалось сохранить 49,9 лет жизни, за 10 лет — 132,5 года.

Вторичная профилактика — в течение 5 лет эффект в отношении сохраненных лет жизни оказался небольшим — 14,3 года, но за 10 лет этот показатель составил 124,5 года. Полученные различия, безусловно, требуют изучения и углубления анализа. Эти данные неоспоримо подтверждают, что коррекция ФР, во-первых, обладает отсроченным во времени эффектом, что проявилось в данном исследовании, прежде всего у больных ИБС, во-вторых, свидетельствуют, что снижение суммарного ССР является важным принципом любого профилактического вмешательства, как среди здоровых, так и среди больных ИБС. Следует также подчеркнуть, что в годы выполнения программы многофакторной профилактики отсутствовали современные эффективные средства контроля за заболеваниями, связанными с атеросклерозом с доказательным влиянием на прогноз, что могло также отразиться на полученных результатах этого анализа. Сказанное, прежде всего, может иметь отношение к активной гипополипидемической терапии у больных ИБС, в частности, статинами.

* Представленные в данном разделе результаты получены при вторичном анализе результатов программы многофакторной профилактики ИБС (post-hoc analysis), выполненном к.м.н. Концевой А.В.

Урок 33 [Основные итоги проекта]. Таким образом, впервые в России на популяционном уровне изучена результативность комплексного (немедикаментозного и медикаментозного) вмешательства и оценена медицинская эффективность длительной первичной и вторичной профилактики ИБС в больших сопоставимых гр. населения, как на фоне проведения многофакторной профилактики, так и в отдаленные сроки.

Доказана непосредственная и отдаленная эффективность активного многофакторного профилактического вмешательства в отношении смертности от ССЗ и основных ХНИЗ, а также частоты развития ИМ, МИ и суммарного ССР.

Получено научное подтверждение и развитие концепции о ФР ССЗ, подтвержден интегральный характер некоторых ФР, связанных с поведением человека, его привычками и образом жизни (в первую очередь привычки к курению, нерационального питания) не только в отношении риска развития и смерти от ССЗ, но и других ХНИЗ.

В ходе контролируемого, сравнительного, многолетнего, проспективного исследования получены данные о реалистичности и эффективности многофакторной первичной и вторичной профилактики ИБС в системе здравоохранения (мер медицинской профилактики). Подтверждено, что стратификация популяции важна для дифференциации профилактических мер и должна быть внедрена уже непосредственно в ходе массовых профилактических/диспансерных обследований взрослого населения для выбора наиболее рациональной тактики вмешательства.

Урок 34 [Организационные итоги проекта и современность]. Как было описано выше (урок 1), в реализацию проекта были вовлечены специально обученные кадровые ресурсы (научные сотрудники), что позволило проводить квалифицированное профилактическое вмешательство, включая профилактическое консультирование (индивидуальное и групповое) и другие виды профилактических мероприятий, в последующем сформирова-

но предложение о необходимости организационных перемен в учреждениях практического здравоохранения — выделения функций по профилактике заболеваний в отдельную функциональную обязанность, что было реализовано в приказах Минздрава об открытии в лечебно-профилактических учреждениях кабинетов профилактики. Идея в последующие годы была активно воспринята, развивалась, особенно в середине и конце 90-х годов, создавались кабинеты профилактики, кабинеты профилактики ХНИЗ, координационные центры профилактики ХНИЗ, центры мониторинга и профилактики курения, вредных привычек среди детей и подростков (приказы Минздрава № № 364, 295, 344 и др.). К сожалению, последующие социально-политические перемены в стране не способствовали закреплению и престижу развития этих структур, ряд приказов был отменен; отсутствие целевого финансирования привело практически к их полному забвению. Только в последние годы процесс получил новое развитие и активизацию в рамках Национального проекта “Здоровье”, в создании центров здоровья, в целевых программах, направленных на формирование здорового образа жизни среди населения. Хочется надеяться, что накопленный в стране научный опыт профилактических программ, в частности программы многофакторной профилактики ИБС не будет забыт и окажется востребованным, а заинтересованные специалисты найдут полезным использовать и внедрить в практику здравоохранения уроки прошлых лет.

Урок 35 [Уроки жизни — вместо заключения]. В выполнении исследования принимало участие большое число научных сотрудников и врачей практического здравоохранения во всех сотрудничавших центрах. Сегодня вспоминаются многие из коллег, с которыми за долгие годы проекта возникли профессиональные и дружеские контакты. Думаю, что не будет ошибкой, если выскажу свое мнение о том, что принимать участие в таких масштабных проектах приносит бесценный профессиональный опыт и навыки, а сотрудничество с широким кругом коллег — это счастье для его участников.

Поступила 12/10-2010