К обоснованию системного подхода в превенции внезапной сердечной смерти как возможного пути решения проблемы сверхсмертности в России (обзор литературы)
Часть I. Кардиоваскулярные аспекты сверхсмертности в России: анализ ситуации и возможности профилактики

Димов А. С., Максимов Н. И.
Ижевская государственная медицинская академия. Ижевск, Россия

Обобщение различных источников, посвященных сверхсмертности в России, показало, что страна находится в начале необратимого процесса депопуляции. Анализ ситуации в здравоохранении, в аспекте сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), не вызывает надежд, что существующие меры профилактики смертности от ССЗ являются надежным направлением выхода из данного положения. По-видимому, без крупного и специального анализа клинико-организационных недостатков существующих систем профилактики не обойтись, и начало этой дискуссии может быть положено в самое ближайшее время.

Ключевые слова: депопуляция, смертность, кардиоваскулярная патология, профилактика, прогноз, внезапная сердечная смерть.

Поступила 13/01–2012
Принята к публикации 21/02–2013
Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (2): 98-104

Justification of a systemic approach in the sudden cardiac death prevention: a possible solution to the problem of excessive mortality in Russia (literature review)
Part I. Cardiovascular aspects of excessive morality in Russia: the state of the problem and potential for prevention

Dimov A. S., Maksimov N. I.
Izhevsk State Medical Academy. Izhevsk, Russia

The review of the existing evidence on the problem of excessive mortality in Russia has demonstrated that the country is at the initial stage of the irreversible depopulation process. The current healthcare situation, in regard to cardiovascular disease (CVD), does not provide much hope for the effectiveness of existing measures for fatal CVD prevention. It is clear that a large-scale focussed analysis of the clinical and organisational limitations of the existing prevention systems is urgently needed. This discussion should be started in the nearest future.

Key words: depopulation, mortality, cardiovascular disease, prevention, prognosis, sudden cardiac death.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (2): 98-104

Актуальность проблемы сверхсмертности

По данных Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации (РФ) в 1995г была 148,2 млн., а на 01.01.2009г — 141,9 млн. человек, что соответствует уровню начала 80-х гг. прошлого века [1].

Прогнозируется, что к 2050г опередить Россию по численности населения могут Турция, Танзания, Египет, Иран, Вьетнам, Филиппины, Мексика, Конго, Эфиопия, Бангладеш и Япония, а к 2075г — Тайланд, Колумбия, Уганда, Афганистан, Судан, Йемен, Алжир, Ирак, Аргентина, Саудовская Аравия, ЮАР, Гана, Корея, Кения, оттеснив Россию в мировом рейтинге на 34–37 место с нынешнего 8 [2].

В Государственном докладе о состоянии здоровья населения (2008), утверждается, что «РФ превратилась в сплошную зону оттока населения» [2]. Совершенно очевидно, что кроме таких, в основном не медицинских явлений, как международная миграция, имеется и существенная медико-социальная составляющая депопуляции. В зону ее ответственности входят в основном два, условно противоположных события народонаселения: рождаемость и смертность.

Как известно, в первом случае, для решения этой проблемы в РФ принимаются большие усилия, которые сомнительны по эффективности, поскольку, с одной стороны, в значительной мере, они носят не столько социальный, сколько биологический характер, именно — стимуляции рождаемости как таковой. С другой стороны, они не столько результат воли государства, сколько исход волны «беби-бума» доперестроечного периода. По мнению экспертов, указанного выше отчета, дальнейшее повышение рождаемости в ближайшие годы проблематично. Поколение, родившееся в разгар шоковых социально-экономических преобразований, малочисленно,

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
Тел.: (3412) 68–69–98, (3412) 68–53–65
E-mail: dimov1940@yandex.ru

[Димов А. С.* — д.м.н., профессор кафедры, Максимов Н. И. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии].

в большинстве своем представлено единственным ребенком в семье. Их воспроизводственный потенциал ослаблен превратностями кризисного периода, злоупотреблением сексуальной свободой, девальвацией семейных ценностей, пренебрежительным отношением к здоровью [2].

Решение проблемы сверхсмертности как важнейший резерв в снижении процесса депопуляции в России

В этой ситуации, по представлению авторов, следует направить не меньшие усилия и на противоположную составляющую депопуляции — сверхсмертность [3]. Вплоть до 2006г социально-экономические последствия депопуляции в значительной степени амортизировались демографическим дивидендом — продолжением роста количества лиц трудоспособного возраста с 83,7 млн. в 1989г до 90,3 млн. в 2006 г. К 01.01.2008г оно сократилось до 89,8 млн. с перспективой акцентуации нисходящего тренда [2].

В структуре заболеваемости в РФ на первом месте находятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). По данным Росстата РФ в 2000г они составляли 10,5%, а в 2010г — 14,34% [4], а по другим источникам — 18,9% [5], далее патология дыхания — 14,9% и костно-мышечной системы — 9,4% случаев [5]. Всего с 2000г число больных, страдающих ССЗ, выросло с 20 млн. до 32,4 млн. (таблица 1).

В структуре смертности в России также ведущее место занимают ССЗ. Ранее, в СССР, доля ССЗ в общей смертности (ОС) составляла: в 1939–11%, в 1959–36%, в 1972–48%, в 1982–52% [6], и в РФ достигла максимума в 2008г — 57,13% или 1186,0 тыс. человек (таблица 2).

При сопоставлении данных ГНИЦ ПМ о мужчинах трудоспособного возраста с 1965 по 2000 гг. [7] и показателей смертности населения России от ССЗ в период с 1980 по 2001 гг. [8] с показателями смертности в США в 1970–2002 гг. [9], приходится констатировать, что их тренды имеют в основном противоположные направления.

В частности, это видно по динамике стандартизированной по возрасту смертности от ведущих причин смерти в США в этот период. Они показали снижение смертности вдвое от болезней сердца, инсультов (МИ) и несчастных случаев и их сохранение на прежнем уровне (нет роста) по раку и сахарному диабету (СД). Таким образом, несомненно, имеющиеся крупнейшие достижения медицины XX века используются по-разному.

Если при советской модели здравоохранения, хотя и имевшей определенные дефекты [10], с 1952 по 1992 гг. (1992 — последний год прироста) рост населения оказался в 1,5 раза [11], а в конце 80-х годов смертность в России была ниже чем во многих странах Европы, в т.ч. Германии, то сейчас она превышает их показатели многократно [3]. Достаточно указать при этом, что смертность от ССЗ в РФ в 6–8 раз выше, чем в Евросоюзе, США и Японии [12, 13].

Коронарная патология как важнейший элемент в системе кардиоваскулярной патологии, определяющий рост смертности в РФ

Уже длительное время (>50 лет) лидирующая позиция в росте смертности от ССЗ принадлежит ишемической болезни сердца — ИБС [7, 8]. Оценивая современную ситуацию, исходя из сопоставления двух таблиц по данным Росстата, представленных выше, можно заключить следующее:

На фоне увеличения доли распространенности ССЗ (до 14,34% к 2010г), имевшееся до 2009г неуклонное увеличение абсолютного числа умерших от ССЗ (максимально до 1186,0 тыс.) и его доли (максимально до 57,13%) от всех болезней, приводивших к смерти, прекратилось, и эти показатели относительно стабилизировались в 2009–2010 гг.

Важнейший фактор риска (ФР) ИБС — артериальная гипертония (АГ) за обозримый период (2000–2010 гг.) увеличил показатель своей доли распространенности среди ССЗ с 25,06% до 36,3%.

Доля ИБС, в т.ч. инфаркта миокарда (ИМ) в структуре заболеваемости населения ССЗ снижается, по-видимому, за счет непрерывного и значительного увеличения доли болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением (АД).

На фоне «ложноположительного» снижения доли распространенности ИБС в целом, в ее структуре сохраняется значительная доля (>42%) хронической формы ИБС (стенокардии), и при этом одновременно устойчивое увеличение показателей смертности (в долевом значении) от ИБС (т.е. преимущественно от ее острых состояний) максимально до 51,9% в 2010г и ИМ максимально до 5,99% в 2009 г. Следовательно, несмотря на, безусловно, возросшие современные возможности терапии и профилактики острых форм ИБС, последние менее контролируются врачами.

Интенсивный показатель — число зарегистрированных заболеваний ИБС на 100 тыс. человек населения был в 2000 и 2010 гг. 4857,4 и 6363,2, соответственно, в т.ч. стенокардии — 1894,2 и 2679,8 случаев, что также отражает отрицательную тенденцию — неуправляемость процесса распространения коронарной патологии.

Неуправляемость этой ситуации выглядит еще более значимой на фоне заметного успеха в снижении доли цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в общем снижении смертности от ССЗ.

Распространенность и структура коронарной патологии и их значение в плане смертности

В целом, смертность от ИБС (таблица 2), так или иначе определенно учитывается и хорошо представлена во многих исследованиях, в т.ч. монографиях [14]. Что касается распространенности ИБС и ее структуры, то об этом имеются противоречивые данные. Значимость этих сведений определяется возможностью перехода хронических (и относительно «доброкачественных») форм ИБС в ее острые состояния.

По данным Росстата [1], в 2008г в РФ трудоспособных лиц было 89 226 тыс. и лиц старше трудоспособного возраста — 30 097 тыс., при этом на все взрослое население страны (119 323 тыс.) было зарегистрировано 7 155 тыс. больных ИБС, что составляет 5,996% случаев. А по данным ГНИЦ ПМ среди трудоспособного населения число лиц с ИБС составляет 10 млн. (11,2% случаев) [15], из них >1/3 имеют стабильную стенокардию (СтСт). Но это не отражает истинной картины во всей популяции, поскольку частота СтСт до и после 60 лет только у мужчин меняется с 2–5% до 10–20% случаев [15]. По зарубежным источникам, она встречается у 2–5% мужчин 45–54 лет и в 11–20% случаях у мужчин 65–74 лет [16].

Можно согласиться, что истинную частоту СтСт определить трудно, учитывая, что в популяции 50–60% случаев СтСт остаются не распознанными [15], хотя считается, что диагностика СтСт в 90% случаях доступна уже на амбулаторном этапе [17].

Таблица 1

Тенденции в заболеваемости населения России некоторыми ССЗ по данным Росстата (2009,2011 гг.)

	Зарегистрировано заболеваний у больных — всего				
	2000г	2007г	2008г	2009г	2010г
	Всего, тыс. человек				
Все болезни (100%)	191304,4	219459,7	221665,0	228074,6	226159,6
в т.ч. ССЗ	20088,7 (10,5%)	30590,0 (13,93%)	31301,7 (14,12%)	31896,0 (13,98%)	32435,8 (14,34%)
из них (100%):					
болезни, характеризующиеся повышенным АД	5035,6 (25,06%)	10794,9 (35,28%)	11394,3 (36,4%)	11491,8 (36,02%)	11787,2 (36,3%)
ИБС	5436,7 (27,06%)	7155,2 (23,39%)	7155,2 (22,85%)	7236,3 (22,68%)	7374,4 (22,73%)
из нее (100%):					
стенокардия	2120,1 (38,99%)	3167,3 (44,26%)	3164,9 (44,23%)	3113,1 (43,02%)	3105,6 (42,11%)
ОИМ	160,4 (2,95%)	161,8 (2,26%)	161,3 (2,25%)	162,5 (2,24%)	155,3 (2,1%)

Примечание: выделенные цифры жирным шрифтом — максимальные показатели за 2000–2010 гг.

Таблица 2

Доля ССЗ в структуре общей динамики смертности в РФ (1995–2010 гг.) по данным Росстата (2009,2011 гг.)

	1995г	2000г	2005г	2008г	2009г	2010г	1995–2010 гг.
ОС (абсолютное число в тыс. = 100%)	2203,8	2225,3	2303,9	2076,0	2010,5	2028,5	–175,3
в т.ч. от ССЗ (в тыс.)	1163,5	1231,4	1299,5	1186,0	1136,7	1151,9	+11,6
в т.ч. от ССЗ (доля в%)	52,79	55,33	56,4	57,13	56,53	56,78	+3,99%
ССЗ (взятые за 100%)	1163,5	1231,4	1299,5	1186,0	1136,7	1151,9	
в т.ч. от ИБС	554,6 (47,67%)	578,3 (46,96%)	625,5 (48,13%)	599,6 (50,55%)	585,2 (51,48%)	597,9 (51,9%)	+4,23%
в т.ч. от ИМ	56,0 (4,81%)	62,6 (5,08%)	64,0 (4,92%)	66,2 (5,58%)	68,1 (5,99%)	67,4 (5.85%)	+1,04%
в т.ч. от ЦВБ	423,3 (36,38%)	463,6 (37,64%)	465,2 (35,8%)	401,9 (33,89%)	372,5 (32,77%)	372,2 (32,31%)	–4,07%

Примечание: выделенные цифры жирным шрифтом — максимальные показатели за 1995–2010 гг.

Специальные исследования в Татарстане показали, что распространенность ИБС в популяции составляет 9,8%, а ИМ — 2,2% [18]. Напомним, что распространенность ИБС в большинстве стран Европы равна 20–40 тыс. на 1 млн. населения [15].

Таким образом, при всей противоречивости приведенных статистических данных, следует полагать, что по разным регионам РФ от 6% до 11% взрослого населения страдают всеми формами ИБС.

Но каким образом выглядит структура ИБС в плане смертности? В настоящее время лишь указывается, что ИБС в 50% случаев дебютирует СтСт [15]. Смертность при СтСт, по данным зарубежных источников, составляет ~ 2%, а риск нефатального ИМ — 3% [15,19]. В целом мужчины, страдающие стенокардией, в среднем живут на 8 лет меньше, чем те, у кого ее нет [15]. Риск смертности при СтСт в течение 5 лет стратифицируется следующим образом: при поражении 1 коронарной артерии (КА) ≤7%, 2 КА — 16%, 3 КА — 30% случаев [20].

Нефатальный ИМ является первым проявлением ИБС у 59,3% мужчин и 43,5% женщин [21] и >1/3 больных погибают внезапно и больше в первый год после ИМ [19]. В отношении больных, перенесших ИМ, также известно, что смертность у них имеет место при наличии перенесенного одного ИМ — в 12,5%, при двух — в 15,4%, при трех — в 20%, при четырех — в 33,3% случаев [22].

Исследование, проведенное в клинике, 1560 больных ИБС, госпитализированных в специализированное коронарное отделение, показало, что СтСт в изолированном виде встречалась лишь в 42 (2,7%) случаях. В остальных случаях были следующие сочетания: СтСт+АГ — 302 (19,36%), СтСт + хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — 164 (10,5%), СтСт+ИМ и/или постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) — 118 (7,56%), СтСт+АГ+ХСН — 421 (27%), СтСт+АГ+СД+ХСН — 38 (2,43%), а также другие сочетания [23].

Разумеется, что прогноз смерти при каждой коморбидной ситуации различен. Не перенося механически полученную структуру СтСт на все популяционное поле, тем не менее, можно полагать, что учет подобных сочетаний позволил бы владеть большей информацией в ожидании различных исходов у больных ИБС.

Проблема сверхсмертности требует точных знаний по ее источнику. Поэтому поиск, учет и мониторинг всех форм ИБС, а не только ИМ, должен быть, по возможности, более дифференцированным. Уже только одно это само по себе сыграло бы положительную организационную и дисциплинирующую роли в наблюдении врачами за больными ССЗ. Отсутствие информации о структуре ИБС дезориентируют политику и практику в здравоохранении в плане ожидаемой смертности.

Об истинности существующих сведений по эпидемиологии некоторых форм ИБС в плане ожидаемой смертности населения

По результатам Российского, многоцентрового, эпидемиологического исследования отмечается высокая частота смертей (88% случаев), которые происходят до первого контакта с медицинским сотрудником, и это сопровождается низкой частотой (28,3%) патоморфологического подтверждения сердечно-сосудистой причины [25]. При этом оказалось, что уточненные данные смертности превысили официально зарегистрированные у мужчин в 2,13 раза, составив 198,65 случаев на 100 тыс. мужского населения, у женщин — в 2,28 раза или 110,95 случаев на 100 тыс. женского населения [26]. Всего внегоспитальная смертность при острых формах ИБС составляла 19%, а уточненная — 61,1% [26]. Иными словами, роль острой ИБС в структуре смертности от всех форм ИБС недооценивается или она плохо фиксируется. По ряду зарубежных источников, на догоспитальном этапе смертность от ИМ, составляла от 34% до 41% [22].

Таким образом, появилась дилемма. С одной стороны, выше означенные источники указали на более чем двукратно заниженные официальные сообщения о смертности от острой ИБС, что позволяет рассматривать данные Росстата (таблица 2) также заниженными. С другой стороны, поскольку верификация посмертного диагноза ИБС была лишь в 28,3% (неизвестно, почему в остальных случаях не было судебно-медицинских вмешательств?), то, следовательно, диагноз ИБС по информации Росстата оказывается почти трехкратно избыточным, т.е. также недостоверным.

Таковы «погрешности» статистики, которые показывают что, ССЗ — это огромный «коллектор» для любого умершего в пожилом возрасте [24]. Это, безусловно, требует более жесткого регистра этого сегмента ССЗ, как наиболее прогностически неблагоприятного, и тут без коренного улучшения медицинской статистики не обойтись [24].

Возможности первичной и вторичной профилактики ИБС как путь снижения популяционной смертности

Одной из важнейших причин высокой смертности является несвоевременное выявление ФР и их неадекватная коррекции [13].

Если исходить из монокаузальности, например, только наличия дислипидемии (ДЛП), то следует предполагать, что атеросклероз имеется у каждого второго взрослого жителя РФ. Напомним, что 56% граждан имеют общий холестерин (ОХС) >5 ммоль/л [27] и нормальный уровень ОХС в крови наблюдается лишь у 38–42% мужчин и у 36–40% женщин [28]. Известно, что среди взрослого населения РФ 85% мужчин и 70% женщин имеют ФР ССЗ, среди которых наиболее часты АГ (~40% населения) и гиперхолестеринемия (ГХС), а также курение среди мужчин и ожирение (Ож) — среди женщин [29].

Международное исследование показало, что 9 ФР: ДЛП, курение, СД, АГ, абдоминальное Ож (АО), психосоциальные факторы, привычки питания и употребление алкоголя определяют >90% ФР в развитии первого ИМ [30]. К ним также следует отнести достаточно распространенный ФР — гипертрофию миокарда левого желудочка (ГЛЖ) сердца, увеличивающую риск ИМ, внезапной сердечной смерти (ВСС), нарушений ритма сердца (НРС) и сердечной недостаточности (СН) в 6–8 раз и повышающую ОС в 4 раза, а сердечно-сосудистую — в 7–8 раз [31, 32].

В то же время считается, что наибольшей ценностью для диагностики ИБС обладает сочетание любых 3 ФР, а ≥4 ФР, дают специфичность и чувствительность 99% и 96%, соответственно [33]. Учитывая, что распространенность у трудоспособного населения 3 ФР ССЗ равна 5,3%, а 4 ФР — 0,9% [33], можно полагать, что угроза ИБС существует у 5–6% лиц < 60 лет.

Интересно, что среди 7243 лиц трудоспособного возраста, считавших себя практически здоровыми, были найдены субклинические формы АГ у 31,6%, а у лиц с 3 ФР ССЗ обнаружена безболевая ишемия миокарда (т.е. документированная ИБС) — в 13,2% случаях [34]. Иными словами, 3 ФР не означают существование ИБС в 86,8% случаях у «здоровых» лиц.

Таким образом, первичная профилактика ИБС в РФ показана 85% мужчин и 70% женщин, как имеющим ФР ССЗ. Если же исходить из позиции, что ранний атеросклероз обнаруживают у всех [25], то тогда, по-видимому, первичной профилактики нет, она всегда вторична. В то же время важно помнить, «что подавляющее большинство старых людей, имея атеросклероз, не страдают и не умирают от него» [25], т.е. болезни — нет, и сверхсмертность, по-видимому, обеспечивает меньшая часть населения.

Если полагать распространенность клинически демонстративных форм ИБС от 5% до 10% у взрослого населения страны, а их субклинические стадии по разным оценкам могут составить от 5% до 13% у трудоспособного (~90 млн. человек) населения, то в целом ИБС, как минимум, встречается у 10–15% населения страны. Но и такие, весьма осторожные и приблизительные расчеты, показывают колоссальный объем и масштаб необходимых вмешательств в плане вторичной профилактики ИБС с целью ограничения смертности у этой части населения РФ. Тем не менее, иного выхода очевидно не существует.

О некоторых клинико-организационных проблемах в профилактике ожидаемой и ВСС

Правильная диагностика нестабильной стенокардии (НС) имеет место в 82,4% случаях [36], и на этом фоне гиподиагностика ИМ в типичных случаях колеблется от 3,8% до 17,3%, а при атипичных достигает 21,2–44% случаев [37]; за рубежом ИМ не диагностируется в 25% случаях [38].

По данным Фремингемского исследования, причиной ВСС до 74% случаев является острый ИМ [39], а в России, по регистру ВОЗ,— в 77,2% случаях [40]. Фатальность этого заболевания в значительной степени определяет безболевая ишемия миокарда, которая встречается у 2,5–10% мужчин без жалоб и до 58% у больных АГ [41, 42].

Летальный исход при ИМ в основном происходит на догоспитальном этапе (на рабочем месте, на улице)

в 34–54,3% случаях [22, 40], а в целом острые формы ИБС заканчиваются догоспитальной смертностью у 87,98% мужчин и у 76,68% женщин [26].

На вскрытиях умерших внезапно, обнаружили, что очень велика доля лиц, уже имеющих рубцы в миокарде — 7,1% (безболевые ИМ) или с видимым некрозом — 4,4% случаев [40]. По другим источникам эти показатели еще выше. Среди всех аутопсий ежегодно в 9–21% случаях наблюдали рубцы после перенесенного ИМ без указаний за него в катанамнезе. Эта цифра за 5 лет выросла с 10,4% до 20,3% [43]. Причем в 65,3% случаях больные наблюдались врачами, но ЭКГ либо была зарегистрирована однократно, либо вообще отсутствовала [43]. ~ 50% умерших мужчин и 1/3 женщин не имели в анамнезе патологии, т.е. считались здоровыми [40].

Таким образом, по некоторым источникам, до 20% лиц, внезапно умерших, имели достоверные данные за ИБС, не отслеженные по вине врачей в 2/3 случаев. И, наоборот, в половине случаев ВС у мужчин присутствовала скрытая ИБС. Поскольку максимальное количество не выявленных случаев острой ИБС, преимущественно фатальных, регистрируется у мужчин в возрасте 50–79 лет, у женщин — 60–89 лет [26], то именно этот контингент требует мониторинга, в т.ч. инструментального, в плане диагностики скрытой ИБС и прогноза ВСС.

Современная статистика показывает, что после ИМ вторая по распространенности причина смертности — ВСС. Частота ее 0,36–1,28 на 1 тыс. населения [44]. Считается, что в РФ ежегодно происходит ~ 200 тыс. случаев ВСС, и 83–95% ее связано с ИБС, не диагностированной на момент смерти [44, 45].

В амбулаторных условиях не менее чем в 85% случаях ВСС по ЭКГ регистрируется фибрилляция желудочков (ФЖ), а в остальных случаях — выраженная брадикардия (Мазур Н.А.,2006). Среди НРС чаще, в 75–80% случаях, как причина ВСС выступают ФЖ и желудочковая тахикардия (ЖТ) [44]. Приводят 12 ФР ВСС, где особую тревогу вызывают: ИБС, дисфункция ЛЖ, выраженные поражения КА, ГЛЖ, клиника хронической СН (ХСН) [44,46], а также имевшие место ранее эпизоды ВСС, ЖТ, ИМ, ВСС семейная, застойная кардиомиопатия (КМП), удлиненный интервал QT и др. [44]. Результаты Фремингемского исследования показали, что риск ВСС при ХСН был увеличен в 6–9 раз [47].

Реальная ситуация, по-видимому, оказывается более серьезной. Уточненные данные анализа частоты ВСС у больных ИБС показали, что они превышают зарегистрированный уровень в практическом здравоохранении в 2,3 раза в мужской популяции и в 2,8 раз — в женской, поскольку она не выявляется и не регистрируется в 55,6% случаев у лиц мужского пола и в 66,5% — у лиц женского пола [48].

Заключение

Заключение первой части обзора может быть представлено кратким вердиктом, который был вынесен почти 10 лет назад Е.И. Чазовым, и который сохраняет свою силу в настоящее время — «Для России явление сверхсмертности стало неуправляемым, специфическим и не имеющим аналогов в мире» [8]. Конечно, есть и общие, объективные сложности в профилактике смертности. Возможности медицины в профилактике заболеваний ограничены, в связи с тем, что причины и механизмы большинства заболеваний четко не очерчены, нет конкретных представлений о ФР внешней среды, нет концепции и понятия здоровья, и нет четкого порядка — кто отвечает за профилактику [6].

Несмотря на большой и своевременный труд по выработке Национальных рекомендаций по профилактике ССЗ [49], по-видимому, потребуются еще большие усилия по их внедрению и реализации на практике. Очевидно, что без крупного и специального анализа клинико-организационных недостатков (включая дефекты статистики) существующих систем профилактики сердечно-сосудистой сверхсмертности не обойтись, и начало этой дискуссии по праву должно принадлежать журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика».

Но существует и внемедицинский аспект проблемы. Достигнутая в конце XX века определенность в парадигме (модели) обусловленности здоровья, показала, что здоровье нации на 50–55% зависит от условий и образа жизни и только на 10% от роли здравоохранения [50]. Обязанность любого государства, а тем более заявляющего себя как социального — защита и развитие нации во всех отношениях, и заключается, в частности (по законам социологии) в использовании воспитательной (в т.ч. принудительной) функции в формировании моральной и физически здоровой личности и общества. Пока напротив, Россия держит первенство среди экономически развитых и цивилизованных стран по блоку самых значимых ФР (курение, алкоголизм, социальная и психологическая депрессия и бескультурье — неправильный образ жизни), который вопреки декларативной политической эквилибристике и косметическим преобразованиям в обществе, фактически культивируется и сохраняется все последние 20 лет.

Литература

1. Health care in Russia. 2009. Rosstat. M 2009; 365 p. Russian (Здравоохранение в России. 2009: Стат.сб./Росстат. М. 2009; 365 с).
2. The state report of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, the Russian Academy of Medical Science, Goskomstat of the Russian Federation “About a state of health of the population of the Russian Federation in 2008”. System ConsultantPlus: Medicine and pharmaceutics 2009; 98 p. Russian (Государственный доклад Минздравсоцразвития РФ, РАМН, Госкомстата РФ «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2008 году». Система КонсультантПлюс: Медицина и фармацевтика 2009; 98 с).
3. Gerasimenko N F. Supermortality of the population — the main demographic problem of Russia in a context of the European tendencies of health. Health Care of the Russian Federation 2009; 3: 10–4. Russian (Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. Здрав. Росс. Федер. 2009; 3: 10–4).
4. Health care in Russia. 2011: Стат.сб. / Rosstat. M 2011; 326 p. Russian (Здравоохранение в России 2011: Стат.сб./Росстат. М., 2011; 326 с).
5. Son IM, Leonov SA, Ogryzko EV. Sovremennye’s bit of feature of incidence of adult population. Health Care of the Russian Federation 2010; 1: 3–6. Russian (Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Современные особенности заболеваемости взрослого населения. Здрав Росс Федер 2010; 1: 3–6).
6. Chazov EI. Public health care and its role in social and economic progress. Therapeutic Archive 1983; 12: 3–7. Russian (Чазов Е.И. Охрана здоровья населения и её роль в социально-экономическом прогрессе. Тер архив 1983; 12: 3–7).

7. Oganov RG. Prevention of cardiovascular diseases: possibilities of practical health care. Cardiovascular Therapy and Prevention 2002; 1: 5–9. Russian (Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2002; 1: 5–9).
8. Chazov EI. Today and tomorrow cardiology. Therapeutic Archive 2003; 9: 11–8. Russian (Чазов Е. И. Сегодня и завтра кардиологии. Тер архив 2003; 9: 11–8).
9. Global strategy of diagnostics, treatment and prevention of a chronic obstructive illness of lungs (revision 2007) / the Lane with English under the editorship of Chuchalin A. G. — M: Atmosfera publishing house, 2008, 100 p. Russian (Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007). Пер. с англ. под ред. Чучалина А. Г. М.: Издательский дом «Атмосфера» 2008; 100 с).
10. Potapov AI. Only healthy Russia can become strong. Health Care of the Russian Federation 2009; 2: 3–7. Russian (Потапов А. И. Только здоровая Россия может стать сильной. Здрав Росс Федер 2009; 2: 3–7).
11. Starodubov VI, Mikhaylova YuM, Ivanov AE. Health of the population of Russia in a social context of the 90th years: problems and prospects. M: Medicine 2003; 288 p. Russian (Стародубов В. И., Михайлова Ю. М., Иванова А. Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М: Медицина 2003; 288 с).
12. Rudakova AV. Statina in coronary heart disease therapy: farmakoekonomichesky aspects. Heart: the magazine for practising doctors 2008; 4: 227–219. Russian (Рудакова А. В. Статины в терапии ишемической болезни сердца: фармакоэкономические аспекты. Сердце: журнал для практикующих врачей 2008; 4: 219–27).
13. Population health — a basis of development of health care. Under the editorship of O. P. Shchepin, V. V. Korotkikh, V. O. Shchepin, V. A. Medika. Moscow, Edition of National institute of public health of the Russian Academy of Medical Science; 2009–375 p. Russian (Здоровье населения — основа развития здравоохранения. / Под ред. О. П. Щепина, В. В. Коротких, В. О. Щепина, В. А. Медика. Москва, Издание Национального института общественного здоровья РАМН 2009; 375 с).
14. Aronov DM, Lupanov VP. Atherosclerosis and coronary heart trouble. Moscow, Prod. the second — the reslave. "Triad X" 2009; 248 p. Russian (Аронов Д. М., Лупанов В. П. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. Москва, Изд. второе — перераб. «Триада Х» 2009; 248 с).
15. Diagnostics and treatment of stable stenocardia. Russian recommendations of VNOK (the second revision), 2008. Cardiovascular Therapy and Prevention 2008; 7 (6), Suppl. 4. Russian (Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации ВНОК (второй пересмотр), 2008. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7 (6), приложение 4).
16. Karpov YuA, Bouza VV. Ivabradin's as new component of effective treatment of patients with stable stenocardia. Heart: the magazine for practising doctors 2006; 5: 248–52. Russian (Карпов Ю. А., Буза В. В. Ивабрадин как новая составляющая эффективного лечения больных стабильной стенокардией. Сердце: журнал для практикующих врачей 2006; 5: 248–52).
17. Martsevich SYu. Coronary heart disease debuts: diagnostics and treatment strategy. Cardiovascular Therapy and Prevention 2002; 1: 76–83. Russian (Марцевич С. Ю. Дебюты ишемической болезни сердца: стратегия диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2002; 1: 76–83).
18. Shakirova RM, Galjavich AS, Kamalov GM. Prevalence of cardiovascular diseases and diabetes in the Republic of Tatarstan and their interrelation with symptoms of warm insufficiency. Magazine Heart Insufficiency 2005; 2: 72–3. Russian (Шакирова Р. М., Галявич А. С., Камалов Г. М. Распространённость сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета в республике Татарстан и их взаимосвязь с симптомами сердечной недостаточности. Журнал Сердечная недостаточность 2005; 2: 72–3).
19. Perepech NB. Application an omega-3 of polynonsaturated fatty acids — additional possibility of improvement of the forecast of patients with coronary heart disease. Heart: the magazine for practising doctors 2007; 6: 64–8. Russian (Перепеч Н. Б. Применение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот — дополнительная возможность улучшения прогноза больных ишемической болезнью сердца. Сердце: журнал для практикующих врачей 2007; 6: 64–8).
20. Lutaj MI, Ivanev JuA, Zharinov OI. Diagnostics of cardiovascular pathology — a key to adoption of the clinical decision. Health of Ukraine 2007; 9: 24–5. Russian (Лутай М. И., Иванев Ю. А., Жаринов О. И. Диагностика сердечно-сосудистой патологии — ключ к принятию клинического решения. Здоровье Украины 2007; 9: 24–5).
21. D`Agostino RB, Russel MW, Huse DM, et al. Primary and subsequent coronary risk appraisal: new results from the Framingham Study Am Heart J 2000; 139: 272–81.
22. Tishhenko OV. Kliniko-statistichesky research of mortality from a sharp myocardial infarction at a pre-hospital stage. Health Care of the Russian Federation 2002; 5: 23–5. Russian (Тищенко О. В. Клинико-статистическое исследование смертности от острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе. Здрав Росс Федерации 2002; 5: 23–5).
23. Petrova AV. Vnutrikardialnye aspects of a komorbidnost at patients with stable stenocardia: features of clinic and haemo dynamics. Avtoref. yew ....к.м.н. Izhevsk 2011; 25 p. Russian (Петрова А. В. Внутрикардиальные аспекты коморбидности у больных стабильной стенокардией: особенности клиники и гемодинамики. Автореф дисс кандид мед наук. Ижевск 2011; 25 с).
24. Harchenko VI, Kokorina EP, Korjakin MV, et al. Mortality from the main diseases of system of blood circulation in Russia (The State-of-the-art review of official data of Goskomstat, Ministry of Health of Russia, WHO and expert estimates on a problem). Russ J Cardiol 2005; 1: 5–15. Russian (Харченко В. И., Кокорина Е. П., Корякин М. В. и др. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, Минздрава России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). Российский кардиологический журнал 2005; 1: 5–15).
25. Bojcov SA, Nikulina NN, Jakushin SS, et al. High mortality from IBS in the Russian Federation: problems of formation of statistical data (by results of the Russian multicenter epidemiological research of Incidence, mortality, quality of diagnostics and treatment of the IBS sharp forms (RESONANCE). Heart: the magazine for practising doctors 2010; 1: 19–25. Russian (Бойцов С. А., Никулина Н. Н., Якушин С. С. и др. Высокая смертность от ИБС в Российской Федерации: проблемы формирования статистических данных (по результатам Российского многоцЕнтрового эпидемиологического исследования ЗабОлеваемости, смертНости, кАчества диагНостики и лечения острых форм ИБС (РЕЗОНАНС). Сердце: журнал для практикующих врачей 2010; 1: 19–25).
26. Nikulina NN, Jakushin SS. Registration of incidence and mortality from the IBS sharp forms in Russia: identification of problems and way of their decision. Ross. the national. kongr. card. Moscow, 2009, No. 0633, page 253. Russian (Никулина Н. Н., Якушин С. С. Регистрация заболеваемости и смертности от острых форм ИБС в России: выявление проблем и пути их решения. Росс нац конгр кардиологов. Москва 2009; 0633: 253).
27. Information message about creation and the first organizational meeting of National council of experts on an atherosclerosis problem. Opening speech Akkad. Martynov A. I. Russian Academy of Medical Science. Heart: the magazine for practising doctors 2007; 3: 155. Russian (Информационное сообщение о создании и первом организационном совещании Национального совета экспертов по проблеме атеросклероза. Вступительное слово акад. РАМН Мартынова А. И. Сердце: журнал для практикующих врачей 2007; 3: 155).
28. Oganov RG. Prevention of cardiovascular diseases in Russia: successes, failures, prospects. Therapeutic Archive 2004; 6: 22–4. Russian (Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России: успехи, неудачи, перспективы. Тер архив 2004; 6: 22–4).
29. Timofeeva TN, Kapustina AV, Konstantinov VV, et al. Risk factors and total cardiovascular risk among the population of Russia of 15–75 years. Ross. the national. kongr. card. Moscow, 2009, No. 0897, page 342. Russian (Тимофеева Т.Н, Капустина А. В., Константинов В. В. и др. Факторы риска и суммарный сердечно-сосудистый риск среди населения России 15–75 лет. Росс нац конгр кардиологов. Москва 2009; 0897: 342).
30. Ezhov MV, Afanasyev OI, Kambegova AA, et al. Role of risk factors of atherosclerosis in development of coronary heart disease in men of young age Therapeutic Archive 2009; 5: 50–4. Russian (Ежов М. В.,

Афанасьева О. И., Камбегова А. А. и др. Роль факторов риска атеросклероза в развитии ишемической болезни сердца у мужчин молодого возраста Тер архив 2009; 5: 50–4).

31. Smirnova MD, Fofanova TV, Postnov AJu, et al. Genetic aspects of a hypertrophy of a myocardium at a hypertrophic cardiomyopathy and an arterial hypertension. Therapeutic Archive 2008; 1: 77–84. Russian (Смирнова М. Д., Фофанова Т. В., Постнов А. Ю. и др. Генетические аспекты гипертрофии миокарда при гипертрофической кардиомиопатии и артериальной гипертонии. Тер архив 2008; 1: 77–84).

32. Sapozhnikova IE, Tarlovskaja EI, Tarlovskij AK, et al. Heart remodeling with arterial hypertension depending on a condition of a carbohydrate exchange. Heart: the magazine for practising doctors. 2011; 2: 85–8. Russian (Сапожникова И. Е., Тарловская Е. И., Тарловский А. К. и др. Ремоделирование сердца с артериальной гипертензией в зависимости от состояния углеводного обмена. Сердце: журнал для практикующих врачей 2011; 2: 85–8).

33. Lazebnik LB, Gajnulin ShM, Drozdov VN, et al. Risk factors of cardiovascular diseases at able-bodied population of Moscow. Heart: the magazine for practising doctors 2007; 1: 38–41. Russian (Лазебник Л. Б., Гайнулин Ш. М., Дроздов В. Н. и др. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у трудоспособного населения Москвы. Сердце: журнал для практикующих врачей 2007; 1: 38–41).

34. Dokina ED, Barinova IS, Kukushkin AL, et al. Risk factors and prevalence of subclinical forms of cardiovascular diseases among persons of able-bodied age. Clinical Medicine 2009; 1: 21–4. Russian (Докина Е. Д., Баринова И. С., Кукушкин А. Л. и др. Факторы риска и распространенность субклинических форм сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста. Клин мед 2009; 1: 21–4).

35. Davydovsky IV. Gerontologiya. M: "Medicine publishing house", 1966.— 300 p. Russian (Давыдовский И. В. Геронтология. М: «Издательство Медицина» 1966; 300 с).

36. Gurchenok AG, Okruglin SA, Ivannikova OA, et al. Condition of diagnostics of unstable stenocardia at a pre-hospital stage. Health Care of the Russian Federation 2006; 5: 55–6. Russian (Гурченок А. Г., Округлин С. А., Иванникова О А. и др. Состояние диагностики нестабильной стенокардии на догоспитальном этапе. Здрав Росс Федер 2006; 5: 55–6).

37. Pankin OA. Pre-hospital the hypo — and myocardial infarction hyper diagnostics without Q tooth. Therapeutic Archive 2004; 1: 8–12. Russian (Панкин О. А. Догоспитальная гипо- и гипердиагностика инфаркта миокарда без зубца Q. Тер архив 2004; 1: 8–12).

38. Internal diseases according to Tinsli R. Harrison / Under the editorship of Fauchi E. Braunvalda Yu. Isselbakhera. To. Wilson Dzh. etc. in 7 volumes. The lane with English. M Expert Macque Grou-Hill (the joint edition) 2005; 4: 418 p. Russian (Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону / Под ред. Фаучи Э., Браунвальда Ю., Иссельбахера. К., Уилсона Дж., и др. в 7 томах. Пер. с англ. М., Практика-Мак Гроу-Хилл (совместное издание) 2005; 4: 418 с).

39. Farb A, Burke AP, Tang AL, et al. Coronary plaque erosion without rupture into a lipid core. A frequent case of coronary thrombosis in sudden coronary death. Circulation 1996; 93: 1354–63.

40. Gafarova AV, Gafarov VV. Sudden death: results of research IM on the basis of WHO program ("Register OIM", "Monica") Ross the national kongr kard. Moskva 2009; 0203: 86. Russian (Гафарова А. В., Гафаров В. В. Внезапная смерть: результаты исследования ИМ на основе программы ВОЗ («Регистр ОИМ», «Моника»). Росс нац конгр кард. Москва 2009; 0203: 86).

41. Zakirova AN, Hannanova GM, Fakhretdinova ER. Asymptomatic and malosimptomny ischemia of a myocardium at patients with a hypertensive illness. From researches to clinical practice: Ross. the national. kongr. kard. 08–11.10.2002. S-Pb 2002; 145. Russian (Закирова А. Н., Ханнанова Г. М., Фахретдинова Е. Р. Бессимптомная и малосимптомная ишемия миокарда у больных гипертонической болезнью. От исследований к клинической практике: Росс нац конгр кард 08–11.10.2002. С-Пб 2002; 145).

42. Lupanov VP, Naumov VG. Bezbolevaya myocardium ischemia: diagnostics and treatment. Heart: the magazine for practising doctors 2002; 6: 276–82. Russian (Лупанов В. П., Наумов В. Г. Безболевая ишемия миокарда: диагностика и лечение. Сердце: журнал для практикующих врачей 2002; 6: 276–82).

43. Okrulgin SA, Zjablov YuI, Orlova SD. Pre-hospital lethality from a sharp myocardial infarction in Tomsk. Health Care of the Russian Federation 2004; 1: 54–5. Russian (Округлин С. А. Зяблов Ю. И., Орлова С. Д. Догоспитальная летальность от острого инфаркта миокарда в Томске. Здрав Росс Федер 2004; 1: 54–5).

44. Bokeriya LA, Revishvili ASH, Egorov DF, et al. Indications to therapy by implanted kardioverterami-defibrillators (Recommendations of the All-Russian scientific organization of experts about clinical electrophysiology, an aritmologiya and cardiostimulation). Heart: the magazine for practising doctors 2006; 1: 33–8. Russian (Бокерия Л. А., Ревишвили А. Ш., Егоров Д. Ф. и др. Показания к терапии имплантируемыми кардиовертерами-дефибрилляторами (Рекомендации Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции). Сердце: журнал для практикующих врачей 2006; 1: 33–8).

45. Mazur NA. Sudden death (stratification of risk and prevention). Heart: the magazine for practising doctors 2006; 1: 24–32. Russian (Мазур Н. А. Внезапная смерть (стратификация риска и профилактика). Сердце: журнал для практикующих врачей 2006; 1: 24–32).

46. Storozhakov GI. Sudden Heart death. Heart: the magazine for practising doctors 2007; 3: 156–63. Russian (Сторожаков Г. И. Внезапная сердечная смерть. Сердце: журнал для практикующих врачей 2007; 3: 156–63).

47. Mareev VYu. Whether successful treatment of ventricular violations of a rhythm of heart is possible at HSN? Problems of prevention of sudden heart death. Magazine Heart Insufficiency 2005; 2: 52–8. Russian (Мареев В. Ю. Возможно ли успешное лечение желудочковых нарушений ритма сердца при ХСН? Проблемы профилактики внезапной сердечной смерти. Журнал Сердечная Недостаточность 2005; 2: 52–8).

48. Bojcov SA. Nikulina N. N., Jakushin S. S. etc. Sudden heart death at patients with coronary heart disease (by results of the Russian multicenter epidemiological research of Incidence, mortality, quality of diagnostics and treatment of the IBS sharp forms (RESONANCE). Russian Cardiol Magazine 2011; 2: 59–64. Russian (Бойцов С. А. Никулина Н. Н., Якушин С. С. и др. Внезапная сердечная смерть у больных ишемической болезнью сердца (по результатам Российского многоцЕнтрового эпидемиологического исследования ЗабОлеваемости, смертНости, кАчества диагНостики и лечения острых форм ИБС (РЕЗОНАНС). Росс кард журнал 2011; 2: 59–64).

49. National recommendations about cardiovascular prevention. Cardiovascular Therapy and Prevention 2011; 6. Appendix 2. Russian (Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 6. Приложение 2).

50. Popova IP. Dynamics of the state of health measured on the basis of GHQ: tendencies and social factors (experience of the analysis of data of longityudny poll). Health Care of the Russian Federation 2006; 3: 23–7. Russian (Попова И. П. Динамика состояния здоровья, измеряемого на базе GHQ: тенденции и социальные факторы (опыт анализа данных лонгитюдного опроса). Здрав Росс Федер 2006; 3: 23–7).