

Мониторинг показателей сердечно-сосудистого здоровья населения России. Значение для практики

С.А. Шальнова

Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития России.
Москва, Россия

Cardiovascular health monitoring of the Russian population: practical implications

S.A. Shalnova

Russian Cardiology Scientific and Clinical Complex. Moscow, Russia

Высокая сердечно-сосудистая смертность, составляющая более половины смертности от всех причин в России, перестала быть предметом интереса узкого круга специалистов и приобрела общегосударственное значение. Возрастающее бремя неинфекционных болезней, в значительной степени обусловленное сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), оказывает существенную нагрузку на систему здравоохранения. В работе обсуждается роль единой системы мониторинга факторов риска ССЗ и специализированной медицинской помощи больным ССЗ в определении приоритетов национальной системы здравоохранения. Характерной особенностью мониторинга является связь между собираемой информацией и ее использованием при формировании стратегии и политики в здравоохранении. Мониторинг можно использовать для оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий. Сочетание результатов научно-исследовательской работы и практического мониторинга дает возможность повышать эффективность политических решений и программ в области здравоохранения и подтверждать обоснованность применяемых в мониторинге методик.

Ключевые слова: мониторинг, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, специализированная медицинская помощь, политика здравоохранения.

High cardiovascular mortality, comprising over 50 % of the all-cause mortality in Russia, is no longer an area of limited, specialised interest, but a matter of state-level importance. Increasing burden of non-communicable disease, mostly due to cardiovascular disease (CVD), represents an additional challenge for the public health system. The paper discusses the role of the universal framework for CVD risk factor monitoring and specialised cardiological service in identifying the priorities of the national healthcare system. The monitoring framework is characterized by the connection between data collection and their use for the healthcare strategy and policy development. Cardiovascular monitoring could also be used for the assessment of prevention and treatment effectiveness. The combination of research and practice-oriented approaches may increase the effectiveness of healthcare policies, strategies, and decisions, as well as confirm the validity of monitoring methods and techniques.

Key words: Monitoring, cardiovascular disease, risk factors, specialised medical service, healthcare policy.

Высокая сердечно-сосудистая смертность, составляющая более половины смертности от всех причин (ОС) в России, перестала быть предметом интереса узкого круга специалистов и приобрела общегосударственное значение. Возрастающее бремя неинфекционных болезней, в значительной

степени обусловленное сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), оказывает существенную нагрузку на систему здравоохранения [1]. В этих условиях налаженная система контроля за ССЗ и другими неинфекционными заболеваниями, имеющими общие факторы риска (ФР) — монито-

©Шальнова С.А., 2010
e-mail: svetlanashalnova@yandex.ru

[Шальнова С.А. — руководитель отдела планирования и координации научных исследований].

ринг*, должна стать неотъемлемой частью государственной системы здравоохранения. Будучи частью более общей информационной системы здравоохранения, мониторинг обеспечивает сбор информации, необходимой для принятия эффективных стратегических решений. Результаты мониторинга могут сыграть значительную роль в процессе планирования медицинских услуг и определения приоритетов в здравоохранении. Эксперты Всемирной организации здравоохранения приводят недвусмысленные доказательства в пользу того, что такая система должна быть существенным элементом любого национального здравоохранения [2].

Понятие мониторинга в кардиологию пришло из эпидемиологических исследований сравнительно недавно. До 1975г эпидемиология ССЗ концентрировалась на выявлении и доказательстве роли классических ФР в определении индивидуального риска, как, например, было сделано в Фремингемском исследовании [3], а также как частота ФР связана с уровнем популяционной заболеваемости, как например, в исследовании семи стран [4].

В начале 1950-х годов по данным официальной статистики в большинстве индустриальных стран наблюдалось увеличение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), однако уже в конце 1960-х в США и Австралии началось снижение этого показателя [5]. В связи с этим на конференции, организованной Национальным институтом здоровья США, в Бетезде в 1978г были поставлены следующие ключевые вопросы. Во-первых, какой вклад в снижение смертности от ИБС внесло изменение частоты новых случаев инфаркта миокарда (ИМ), и каков вклад фатальных коронарных событий? Во-вторых, связаны ли изменения частоты ИМ с популяционными трендами известных ФР — курения, повышенного артериального давления (АД) и уровня холестерина (ХС)? В-третьих, связано ли изменение частоты фатальных коронарных событий с изменением медицинской помощи таким больным?

Отсутствие базовой информации не позволило в те годы ответить на эти вопросы [6]. Поэтому ВОЗ выступила с инициативой проведения международного эпидемиологического исследования по изучению динамики распространенности ФР ССЗ, их связи с заболеваемостью ИБС, и медицинской помощью коронарным больным, которое получило название MONICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease).

* Мониторингом (от латинского слова «monitor» — предупреждающий) называется специально организованное, систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений или процессов с целью их оценки, контроля или прогноза развития. Иными словами, это систематический сбор и обработка информации, которые могут быть использованы для улучшения процесса принятия решения, а также косвенно для информирования общественности или прямо, как инструмент обратной связи в целях осуществления проектов, оценки программ или выработки политики.

Были разработаны единые стандартные протоколы, процедуры, методы контроля качества собираемой информации, касающейся основных ФР в определенных популяциях (мужчины и женщины 35-64 лет), смертности от ИБС, нефатальных случаев ИМ, помощи коронарным больным [7]. Предполагали, что анализ полученных данных позволит ответить на вопросы, поставленные на встрече в Бетезде.

В исследование MONICA были включены 38 популяций из 21 страны. В России в этом проекте принимали участие Всесоюзный кардиологический научный центр (Москва) и институт терапии СО РАМН (Новосибирск). Исследования по распространенности проводили трижды в течение 10 лет. Были получены уникальные данные, которые не потеряли своей значимости в настоящее время. Именно этот проект следует считать первым мониторингом эпидемиологической ситуации, связанной с ССЗ.

В 2003г по инициативе РКНПК началось осуществление Федеральной целевой программы (ФЦП) «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии в России», в которой была запланирована подпрограмма «Мониторинг эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии» (Мониторинг АГ). Мониторинг АГ — это система динамического контроля за эпидемиологической ситуацией по АГ, которая позволяет проследить в динамике показатели, характеризующие распространенность артериальной гипертонии (АГ), дает оценку того, что реально происходит в системе. Сбор данных осуществлялся в представительных выборках регионов-участников [8]. На 15.10.2009 в единой базе данных содержалось 122 510 записей из 43 регионов России. Половина из них представительна и включена в анализ показателя распространенности.

Данная подпрограмма позволила получить данные по динамике АГ, ФР ССЗ, поражений органов-мишеней (ПОМ), ассоциированных с АГ заболеваний и осложнений. Была проведена оценка качества лечения больных АГ и частоты реально назначаемых лекарственных препаратов в каждом регионе-участнике программы.

В частности, установлено, что за период 2003-2008 гг. распространенность АГ в России практически не изменилась и составляет ~ 40 %. Наблюдаются лишь колебания этого показателя среди мужского и женского населения. Сопоставляя данные Мониторинга АГ с результатами обследования национальной выборки 15-летней давности, необходимо отметить, что, к сожалению, за истекший период распространенность АГ практически не изменилась [9-11]. Иными словами, полученные данные прямо демонстрируют неуспехи в первичной профилактике ФР ССЗ. С другой стороны, показано, что увеличилась частота приема совре-

менных рекомендованных лекарственных средств. Весьма обнадеживающие данные были получены в отношении эффективности лечения и контроля АГ. В 2003-2004 гг. эффективность лечения составляла 25 %, в 2007-2008 гг. — 29,5 %. При анализе показателей, влияющих на эффективность лечения, было отмечено, что уровень общего холестерина (ХС) >5 ммоль/л снижает эффективность лечения на 45 % ($p < 0,0001$), а индекс массы тела (ИМТ) >30,0 кг/м² — на 66 % ($p < 0,0001$). В свою очередь наличие высшего образования положительно ассоциируется с эффективностью лечения. Чем больше у пациента ФР, тем больше усилий должны затратить врач и пациент для достижения целевых уровней АД. Наличие 2 ФР снижают эффективность лечения на 40 %, а 3 — в 2 раза.

Следует заметить, что в целом по стране эффективность лечения АГ увеличилась на 22 %. Вместе с тем, несмотря на успехи некоторых субъектов РФ, их амбулаторно-поликлиническим службам необходимо предпринять меры для повышения эффективности лечения больных АГ. Известно, что западноевропейские страны в этом вопросе более успешны. В развитых странах Европы и Америки эффективно лечатся не менее 40 % больных АГ. Этот уровень вполне достижим для российской медицины, если строго следовать Национальным рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению АГ.

Врачи постепенно отказываются от назначения малоэффективных антигипертензивных препаратов (АГП). К 2008г применение не рекомендованных АГП в среднем сократилось на 14,9 %, составив 15,1 % vs 30,7 % в 2003-2004 гг.

Вместе с тем, результаты трех этапов мониторинга АГ, проведенных в 2003-2009 гг., показали высокую распространенность среди населения ФР и подтвердили тем самым актуальность первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ).

Таким образом, результаты Мониторинга АГ подтвердили необходимость переориентации здравоохранения России в профилактическом направлении по линии борьбы с ССЗ. Это предполагает усиление просвещения населения в вопросах сердечно-сосудистой патологии, проведения профилактических мероприятий по устранению ФР и последствий их влияния, обеспечение высокоэффективными качественными фармацевтическими препаратами, улучшение качества лечения больных и, главное, проведение агрессивной пропаганды ЗОЖ среди населения.

Мониторинг АГ является хорошим действующим примером измерения популяционного сердечно-сосудистого здоровья, который доказывает необходимость проведения таких “зондирующих” исследований. Периодичность их можно рекомендовать один раз в 3-5 лет. Более частое измерение частоты распространения вряд ли целесообразно,

да и экономически неэффективно, т. к. вероятность резкого изменения популяционных показателей крайне низка. Динамика распространенности АГ тому яркий пример.

В то же время популяционный мониторинг ФР не дает информации о том, как происходит процесс оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больным ССЗ, в частности при остром коронарном синдроме (ОКС) или цереброваскулярных болезнях (ЦВБ) в учреждениях здравоохранения.

Чтобы ликвидировать недостаток подобной информации необходимо создание регистров и мониторингов ОКС и ЦВБ. В частности, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 1012 от 29 декабря 2007г “О финансовом обеспечении за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями” в 12 регионах страны (республики Башкортостан, Карелия, Чувашия, Алтайский, Красноярский, Ставропольский края, а также Белгородская, Воронежская, Ивановская, Иркутская, Сахалинская и Свердловская области) в 2008г началась реализация комплекса мероприятий по снижению смертности от острых нарушений мозгового кровообращения и ОКС (Мониторинг сосудистых центров). В 2009г в соответствии с аналогичным Постановлением Правительства Российской Федерации от 2009 г выполнение комплекса мероприятий началось еще в 12 регионах страны.

В соответствии с Порядком организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 11 июля 2008г № 331, ежеквартально анализируется ситуация об оказании помощи больным мозговым инсультом (МИ) и ИМ, с 2010г больным с ОКС в сосудистых центрах. В частности, анализ динамики использования тромболитика (ТЛТ) в 12 регионах, включенных в программу в 2008г за январь-июнь 2009-2010 гг. показал, в январе-июне 2010г использование ТЛТ у коронарных больных (ИМ с подъемом сегмента ST) выросло незначительно (25,8 % vs 23,8 %) по сравнению с аналогичным периодом 2009г. Однако использование ТЛТ на догоспитальном этапе увеличилось почти в 3 раза — от 5 % до 14,8 %. Обращает на себя внимание увеличение числа госпитализаций коронарных больных, что, несомненно, следует считать положительным моментом. Бойцовым С.А. и др. 2010 [12] подробно проанализированы результаты работы сосудистых центров в 2009г. Все без исключения рассмотренные параметры имели положительную динамику, свидетельствующую о повышении качества оказания помощи больным ИМ.

Общее число госпитализированных больных ИМ увеличилось на 33 %, что можно в определенной мере объяснить уменьшением числа необоснованных отказов в госпитализации

При анализе смертности от ССЗ за 2009г в регионах, приступивших к реализации мероприятий в 2008г, следует отметить несколько более выраженную динамику по сравнению с этим показателем в целом по стране, -6,4 % по сравнению с -4,2 %. Смертность от ИБС снизилась на 4,4 % и 2,4 %, соответственно, а показатель смертности от ЦВБ уменьшился в этих регионах на 13,9 %, тогда как по всей России — на 7,3 %.

Таким образом, были рассмотрены два подхода к оценке состояния сердечно-сосудистого здоровья и оказания помощи коронарным больным — мониторинг ФР по типу исследования MONICA и мониторинг оказания специализированной медицинской помощи, пока только в модельных регионах. Каждый из этих подходов дает ответ только на свой вопрос. Стратегически важной государственной задачей должно стать создание комплексной устойчивой системы мониторинга ССЗ, сочетающей оба эти подхода, иными словами необходимо создать инструмент для измерения сердечно-сосудистого здоровья на федеральном уровне, как рекомендует ВОЗ, “термометр”, если угодно. Почему важно измерять “температуру сердечно-сосудистого здоровья” населения России? В настоящее время разработаны методы оценки вклада показателей службы здравоохранения (качество медицинской помощи), факторов популяционного здоровья в смертность населения от ССЗ [13-15]. Применение этих методов требует знания базовых характеристик. Не имея такой информации, нельзя выявить уязвимые точки профилактики и лечения ССЗ, невозможно получить правильную оценку проводимых мероприятий; насколько они успешны с точки зрения снижения смертности. Какие именно изменения повлияли на смертность? Наконец, куда и в каком количестве вкладывать деньги?

С помощью мониторинга можно определить параметры, влияющие на тренды заболеваемости и смертности: ФР, уровень кардиологической помощи и пр. Динамика этих показателей отражает работу органов здравоохранения как местных, так и федеральных. В частности, становится понятным, какие лекарственные препараты принимают больные; насколько правильно оказывается специализированная медицинская помощь (ТЛТ, коронарная

реваскуляризация и пр.); как внедряются профилактические мероприятия и, наконец, какова эффективность реализуемых программ и стратегий. Или деньги, вкладываемые в профилактику, тратятся нецелесообразно? За последние 15 лет распространенность АГ в России практически не изменилась.

Вместе с тем, хорошо изучены ФР, приводящие к возникновению ССЗ. В настоящее время не вызывает сомнений, что наиболее экономически эффективной системой эпидемиологического контроля является первичная профилактика, в основе которой лежит комплексная система работы с населением. С точки зрения первичной профилактики, мониторинг основных ФР может стать инструментом предотвращения развития заболеваний.

Создание устойчивых систем мониторинга будут способствовать увеличению возможностей системы здравоохранения в получении данных, необходимых для профилактики и контроля ССЗ. Реализация такого подхода приведет к более тесной интеграции усилий и совершенствованию программ контроля ССЗ.

Данные, собираемые на постоянной основе по существующим каналам сбора информации, могут оказаться полезными в рамках системы мониторинга, только если они систематически анализируются и учитываются при принятии политических решений. Характерной особенностью системы мониторинга является связь между собираемой информацией и ее использованием при формировании стратегии и политики в области здравоохранения. Мониторинг может использоваться для оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

Пересечение результатов научно-исследовательской работы и практического использования мониторинга дает возможность повышать экономическую эффективность политических решений и программ в области здравоохранения и подтверждать обоснованность применяемых в мониторинге методов. “Только комплекс централизованных и региональных мероприятий, проводимых не в режиме кампаний, а планомерно и на постоянной основе, позволит действительно добиться вначале устойчивой тенденции, а затем и значительного снижения сердечно-сосудистой смертности в стране” [16]. В этом контексте высокое качество собираемой информации будет способствовать совершенствованию процесса принятия решений.

Литература

1. Murray CJ, Lopez AD. Murray CJ and Lopez AD, editors. Global burden of disease and injury series, Vol. 1: The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: WHO 1996.
2. Бонита Р, де Куэртен М, Дуайер Т и др. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации, предложенный ВОЗ. Краткий обзор. Женева, ВОЗ 2001.
3. Dawber TR. The Framingham Study. The Epidemiology of Atherosclerotic Disease, Cambridge, Mass., Harvard University Press 1980.
4. Keys A. Seven Countries: A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease, Cambridge, Mass., and London, England, Harvard University Press 1980.
5. Uemura K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. World Health Stat Q 1988; 41: 155-78.
6. Havlik RJ, Feinleib M. Proceedings of the conference on the decline in coronary heart disease mortality. October 24-25, 1978. Washington DC: National Heart, Lung and Blood Institute, US Department of Health, Education, and Welfare; 1979, NIH publication no.79-1610.
7. Tunstall-Pedoe H for the WHO MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease): a major international collaboration. J Clin Epidemiol 1988; 41: 105-14.
8. Константинов В.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Методические аспекты мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии среди населения Российской Федерации в ходе выполнения целевой Федеральной программы "Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации на 2002-2008 гг.". Кардиоваск тер профил 2007; 2: 66-70.
9. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов, и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. РКЖ 2006; 4: 45-50.
10. Шальнова С.А., Кукушкин С.К., Маношкина Е.М., Тимофеева Т.Н. Артериальная гипертензия и приверженность терапии. Врач 2009; 12: 39-42.
11. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки). Дисс докт мед наук. Москва 1999.
12. Бойцов С.А., Кривонос О.В., Ощепкова Е.В. и др. Оценка эффективности и реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний в регионах, включенных в Программу в 2008 году, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС за период с 01.01.2009 по 31.12.2009. <http://www.cardioweb.ru/articles>
13. Capewell S, Morrison CE, McMurray JJ. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. Heart 1999; 81: 380-6.
14. Bennett K, Kabir Z, Unal B, et al. Explaining the recent decrease in coronary heart disease mortality rates in Ireland, 1985-2000. J Epidemiol Comm Health 2006; 60(4): 322-7.
15. Capewell S, Beaglehole R, Seddon M, McMurray J. Explaining the decline in Coronary Heart Disease Mortality in Auckland, New Zealand between 1982 and 1993. Circulation 2000; 102: 1511-6.
16. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране. Кардиолог вестн 2009; 1: 5-11.

Поступила 20/08-2010