

Сердечно-сосудистая заболеваемость и факторы риска сердечно-сосудистых событий в Российской Федерации

И.В. Самородская

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева. Москва, Россия

Cardiovascular morbidity and risk factors of cardiovascular events in the Russian Federation

I.V. Samorodskaya

A.N. Bakoulev Research Center for Cardiovascular Surgery. Moscow, Russia

В статье на основании данных статистического учета проведен анализ динамики и структурных изменений показателей сердечно-сосудистой заболеваемости среди взрослого населения за период с 1993 по 2003 гг. Сравнительная оценка распространенности факторов риска сердечно-сосудистых событий представлена по данным публикаций отечественных и зарубежных исследователей.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, распространение, факторы риска.

Based on registry statistics, the author analyzes dynamics and structure of cardiovascular morbidity in Russian adults for the period 1993-2003. Russian and international data are reviewed, and cardiovascular risk factor prevalence is compared.

Key words: Cardiovascular disease, prevalence, risk factors

В литературе неоднократно обсуждались неточности официальных статистических данных о распространенности отдельных нозологических форм, основанных на показателях заболеваемости и смертности [1-3,5,7]. Такая ситуация обусловлена многими причинами. Для того чтобы оценить то или иное явление, его динамику необходимо использовать четкие критерии разграничения оцениваемого события с похожим, пограничным с этим явлением. Но, несмотря на значительный прогресс во всех отраслях медицины, процесс дифференциальной диагностики, разграничения нормы и патологии несовершенен. Существует множество переходных состояний. Например, сравнительно недавно были пересмотрены критерии нормального и повышенного артериального давления (АД), что могло способствовать достаточно быстрому росту статистических показателей заболеваемости по данной нозологической группе. Если до 1998г в РФ уровень заболеваемости артериальной гипертонией (АГ) на 100 тыс. населения из года в год имел незначительную тенденцию к снижению, то с 1999г отмечен ежегодный рост; только за один год (1999-1998гг) прирост заболеваемости АГ составил 90%. В целом заболеваемость АГ на 100 тыс. населения в 2003г выросла по сравнению с уровнем 1993г в 2,7 раза, за этот же период заболеваемость болезнями системы крово-

обращения увеличилась в 1,6 раза. В значительной степени показатели заболеваемости отличаются и в зависимости от метода регистрации болезней: скрининг или регистрация по обращаемости.

Одновременно АГ исследователями рассматривается и как самостоятельное заболевание, и как фактор риска (ФР) жизнеугрожающих осложнений и сердечно-сосудистой смерти. Существует мнение, что «Лечение АГ — профилактическая медицина, которая смешана с лечением реальных случаев болезни — инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)» [17]. Наличие или отсутствие четких критериев того или иного состояния, помимо реального распространения патологии, влияют на оценку и интерпретацию появляющихся тенденций.

В этой статье изложены результаты анализа динамики и структурных изменений показателей болезней системы кровообращения (БСК) среди взрослого населения за период 1993-2003гг, проведенного на основании статистического учета НИИИОЗ МЗ РФ. Анализ распространенности факторов риска (ФР) в России выполнен по данным публикаций отечественных ученых. Для сравнения с другими странами представлены сведения о распространенности ФР, полученные зарубежными исследователями. Учитывая тот факт, что доля трех

Таблица 1

Структура смертности и заболеваемости класса БСК по нозологическим группам в РФ в 2003г

Нозологические группы	Смертность	Заболеваемость
Класс БСК	100%	100%
АГ	2,3%	28,9%
ИБС без ОИМ	43%	25,8%
ОИМ	4,4%	0,8%
Ревматические болезни	1%	1,3%
ЦВБ	36,7%	25,1%
Другие нозологические группы	12,6%	17,3%

Примечание: ОИМ — острый инфаркт миокарда.

нозологических групп БСК — цереброваскулярные болезни (ЦВБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и АГ, составляет >80% всех случаев ССЗ и смерти от БСК (таблица 1), говоря о ФР «сердечно-сосудистых событий», обычно имеют в виду заболевания именно из этих нозологических групп.

Обращает внимание, что в структуре смертности от БСК смертность от АГ занимает меньший удельный вес по сравнению с удельным весом АГ в структуре заболеваемости БСК. Это может быть связано с особенностями интерпретации причин смерти при заполнении патологоанатомических заключений. Смерть, наступающая в результате от осложнений АГ или случаи смерти, в которых АГ является ФР развития сердечно-сосудистых событий, регистрируется как смерть от других БСК.

Под термином «сердечно-сосудистые события» подразумевается развитие таких жизнеугрожающих и инвалидизирующих осложнений, как ИМ, сердечная недостаточность (СН), ОНМК, а также смерть от этих причин.

В отличие от значительных колебаний показателей сердечно-сосудистой смертности за период с 1993 по 2003гг заболеваемость БСК прогрессивно возрастает из года в год (таблица 2).

Коэффициент корреляции между показателями заболеваемости и смертности, определенный методом Спирмена за указанный период, не свидетельствует об абсолютной (линейной) взаимосвязи между ними ($p=0,5$). Это, возможно, указывает на улучшение диагностики заболеваний на более ранних стадиях болезни, на фоне чего эпизодически отмечается увеличение числа случаев заболеваний с быстро прогрессирующим течением болезни, например, внезапная сердечная смерть (ВСС).

Большинство жизнеугрожающих БСК — ИМ, ОНМК, СН, поражение периферических сосудов и т.д., клинически проявляются в старшем и пожилом возрастах [16]. Поэтому полагают, что основное влияние на частоту трех вышеуказанных нозологических групп — ЦВБ, ИБС, АГ, оказывают возрастной состав популяции, качество организации медико-социальной помощи и распространенность ФР [21,23].

Таблица 2

Заболеваемость и смертность при ССЗ (по МКБ — класс БСК)

Год	Смертность от ССЗ на 100 тыс.	Заболеваемость на 100 тыс.
1992	646	12523
1993	768	12770
1994	838	13487
1995	790	13871
1996	760	14358
1997	753	14654
1998	748	15219
1999	816	16679
2000	849	17432
2001	871	18285
2002	915	19281
2003	927	20216

Классическими ФР атеросклероза как причины ИБС, поражения периферических и церебральных сосудов считаются АГ, гиперхолестеринемия (ГХС), курение, сахарный диабет (СД), ожирение, образ жизни, генетические факторы. Первые эпидемиологические исследования ФР были начаты в 50-х годах прошлого века. В США широко известно Фремингемское исследование, которое началось в 1949г. В нем участвовали 5209 мужчин и женщин в возрасте 30-59 лет, которые были отобраны из 10 тыс. жителей одноименного городка. Никто из них не страдал ИБС на момент исследования, а значит, имел определенный риск развития ИБС. Наблюдаемых обследовали 2 раза в год в течение 30 лет. В результате исследования обнаружили, что риск развития ИБС связан с повышением АД, уровня ХС, курением, нарушением толерантности к глюкозе (НТГ), гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Аналогичное исследование выполнено в Гарварде — обследовано 10269 выпускников университета. Обследование проводилось дважды в 1966 и 1977гг; изучалась смертность в период с 1977 по 1985гг. Было выявлено, что у выпускников уни-

верситета, не имевших ФР — курение, избыточная масса тела (МТ), АГ, низкая физическая активность (НФА), смертность была ниже, чем среди имевших один или несколько ФР; изменение образа жизни влияло на показатели смертности в группе.

Были зафиксированы существенные различия между теми, кто не имел ни одного из этих ФР, и теми, у кого присутствовали все ФР. В тех случаях, когда имели место 3 ФР — высокие ОХС, АД и курение, абсолютный риск развития ИБС почти в 3 раза превышал сумму рисков, связанных с отдельными ФР.

Недавно появились сообщения о вторичных ФР развития атеросклероза, которые возможно играют важную роль: воспаление, эндотелиальная дисфункция (ЭД), гиперкоагуляция, инсулиновая резистентность (ИР) и др. «Острые» ФР — физическая перегрузка, сексуальная гиперактивность и дистресс, также могут привести к острым состояниям — ВСС, ИМ, ОНМК [24]. Обнаружено, что среди лиц с высшим образованием уровень смертности более низкий, чем у лиц без такового [19]. В эпидемиологических исследованиях выявлены особенности распространения ФР в различных возрастных, социально-экономических и этнических группах; продемонстрировано влияние социальной и окружающей среды на их распространенность [18]. Еще в 70-х годах XX века на основании одномоментного исследования, проведенного сотрудниками ВКНЦ АМН СССР, обнаружено, что распространенность гиперхолестеринемии (ГХС) и АГ среди больных ИБС старшего возраста (>60 лет) не отличалась от распространенности этих ФР среди лиц того же возраста, но без ИБС. В то же время у лиц молодого возраста при скрининге на ИБС различие в частоте ФР было большим. Авторы связывают полученные результаты с высокой смертностью от ИБС с ФР в возрасте 50–59 лет. Существует несколько иная точка зрения [13] согласно исследованию Psaty BM, et al. 1990 о значимости ФР (курение) среди лиц среднего возраста и пожилых для возникновения ССЗ; возраст является более сильным ФР развития ССЗ, чем курение; с возрастом связь между курением и ССЗ становится слабее.

Курение. По данным ВОЗ [28] из 1,1 млрд. курильщиков в мире 82% живут в странах с низким и средним уровнем доходов. Значительное снижение распространенности курения в США произошло в период 1960–1990гг (37,6% курили в 1980г vs 28,4% в 1990), затем эта тенденция стала «более пологой» [25]. Однако в 1999 среди регионов страны были выявлены значительные отличия: в штате Kentucky курили 29,7% , в штате Utah — 13,9%. В РФ распространенность курения имеет существенные различия. Доля ежедневно курящих лиц в возрасте ≥15 лет значительно варьирует в странах Европейского региона: от 20% в Финляндии (равный % среди мужчин и женщин) до 65% среди мужчин и 25% среди женщин в Испании. В РФ курят 63% мужчин и 10%

женщин (данные ВОЗ 2002). Среди врачей курят 37% (57% мужчин и 18% женщин) [4]. Среди жителей г. Москвы, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику и выразивших желание пройти обследование на выявление ФР, распространение табакокурения составило 15,5% [14] и 35,4% [10]. В г. Нальчик курение распространено среди мужчин водителей автотранспорта в 76% и среди студентов — 11,2% [15].

Гиперхолестеринемия в США по данным разных исследователей имеет место в 20–50%. В РФ разными исследователями были обнаружены значительные колебания в распространенности этого ФР: от 5,2% [10] до 58,7% [14]. Распространенность ГХС среди лиц, перенесших ИМ, зависела от выбранного критерия: 84% при уровне ХС >5,0 ммоль/л и 31% при уровне >6,5 ммоль/л [11].

Ожирением в США страдают 61,8% мужчин и 50,9% женщин — индекс МТ (ИМТ) >30 кг/м² [22]. Из Доклада ВОЗ «О состоянии здоровья в Европе в 2002г»: в регионе более половины взрослого населения имеют избыточную МТ, причем 20–30% можно отнести к категории с клинической формой ожирения. Избыточной МТ страдает примерно каждый пятый ребенок. Накопленные данные указывают на колебания степени ожирения в широких пределах. Аналогичные данные представляют отечественные исследователи: среди лиц трудоспособного возраста в РФ избыточную МТ имеют в среднем 25% (ИМТ>25), ожирение (ИМТ>30) — 30% [12]. Среди посетителей поликлиник г. Москвы избыточная МТ отмечена у 45,7% [10], 63,9% [14] и 70% [11]. В г. Нальчик избыточная МТ зарегистрирована у 19% водителей автотранспорта и 2,3% студентов [25].

Физические тренировки. Только 23% американцев в возрасте >18 лет сообщили, что занимаются регулярными физическими тренировками (30 мин и >5 раз в неделю) и около 25% поведали о том, что они вообще не имеют физических нагрузок [21]. По данным официального сайта ВОЗ [29] доля населения в странах Европейского Союза с недостаточным с точки зрения здоровья уровнем ФА <3,5 час в неделю варьирует от 15% (Финляндия) до 70% (Португалия). Аналогичных данных по РФ на популяционном уровне нет. Отдельные исследователи отметили НФА у 67% водителей автотранспорта и 93% студентов в г. Нальчик [15].

Артериальная гипертензия. В США АГ регистрируется в 25% случаев от всей взрослой популяции. В РФ, исходя из данных официальной статистики заболеваемости по обращаемости и государственного доклада о состоянии здоровья населения в 2002г, распространенность АГ среди населения в возрасте >18 лет составляет 37–40%. По данным ГНИЦ ПМ в 1988–1990гг в Москве АГ регистрировалась в популяции мужчин в 26–27% случаев и в 27–28% среди женщин. По данным доклада Научного общества по изучению АГ [9] стандартизованная по возрасту рас-

Таблица 3

Заболеваемость населения РФ на 100 тыс. человек по отдельным нозологическим группам класса БСК (1993–2003 гг.)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
БСК	12770	13487	13871	14358	14654	15219	16679	17432	18285	18259	20216
АГ	2363	2297	2255	2252	2278	2259	4303,2	4490	5051	5582	6193,1
ИБС	3913	4249	4299	4548	4686	4806,	4721	4880,	4965	5141	5232,0
ВПС	58,7	57,7	58,2	60,0	61,6	65,1	61,8	63,2	63,6	65,6	66
ХРБС	425,4	400,3	377,7	354,6	336,5	319,0	293,7	279,7	268,1	255,0	260

Примечание: ХРБС — хронические ревматические болезни сердца, ВПС — врожденные пороки сердца.

пространенность АГ (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.) в 1993г среди мужчин составляла 39,2%, среди женщин — 41,1%. Женщины лучше, чем мужчины информированы о наличии у них заболевания — 58,9% vs 37,1% соответственно, чаще лечатся — 46,7% vs 21,6% соответственно, в т.ч. эффективно — 17,5% vs 5,7% соответственно. Среди жителей г. Москвы, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику и выразивших желание пройти обследование на выявление ФР, АГ распространена от 7% [14] до 38,6% [10]. Среди лиц, перенесших ИМ, распространенность АГ составляет 78% [11], по другим данным — 54–64% [6]; 21% среди водителей автотранспорта и 7% среди студентов г.Нальчик [15].

По данным официальной статистики МЗ РФ заболеваемость АГ по обращаемости также имеет значительные географические различия: в Москве — 897 на 10 тыс. населения, в Санкт-Петербурге — 1103, в Алтайском крае — 1794. Для сравнения по данным [7] заболеваемость АГ по обращаемости была в 60–70 годы 210 на 10 тыс., что в 2–3 раза ниже по сравнению с данными комплексных медицинских осмотров, организованных АМН СССР в тот же период, во время которых АГ находили в среднем — в 500–600 случаях на 10 тыс. населения; в конце 80-х начале 90-х годов эти показатели выросли до 600–700.

Абсолютное число зарегистрированных больных АГ за период 1993–2003гг увеличилось в 2,7 раза и составило 6945151 чел. Показатели заболеваемости (на 100 тыс.) по другим группам БСК за период 1998–1999гг не претерпели столь значительных изменений (таблица 3).

Столь значительное увеличение числа больных АГ предположительно связано с изменением диагностических критериев: переход на МКБ 10, снижение нормативного показателя нормального АД и способа заполнения статистических талонов. Среди амбулаторных пациентов частота сочетания ИБС с АГ составляет >50%, причем в последние годы в связи с более частой выпиской льготных рецептов на антигипертензивные препараты в качестве основного заболевания участковые терапевты ставят диагноз АГ [14]. Таким образом, вероятно, имеет место «перекладывание болезней из одного кармана в другой».

Считается доказанным, что АГ является ФР развития инсульта (МИ) и ИМ. Однако, при вычислении коэффициента корреляции между приростом в показателях заболеваемости АГ и ИМ за десятилетний период (1993–2003гг) была обнаружена чрезвычайно низкая взаимосвязь этих показателей ($r=0,11$ $p<0,05$). Таким образом, возникает вопрос: не противоречат ли полученные данные общепринятому мнению о том, что АГ является ФР ИМ? Можно предположить, что АГ диагностировали во всех случаях, а ИМ в силу ряда причин «недодиагностировали», однако не до такой же степени. Прирост АГ за 10 лет в Санкт-Петербурге составил 1486%, а прирост ИМ — 22%; в Брянской области прирост АГ составил 120%, а заболеваемость ИМ снизилась на 22%. Для того, чтобы ответить на вопрос необходимо провести хорошо организованные эпидемиологические исследования.

По данным отечественных и зарубежных ученых в популяции лица с несколькими ФР встречаются более часто, чем с одним ФР. Наличие трех и более ФР — АГ, курение, НФА, прямо коррелирует с низкими доходом, уровнем образования, отсутствием постоянной работы и дома [20]. В целом, по мнению [26,27] в странах США и Европы людей с низким риском сердечно-сосудистых событий и сердечной смерти не так много — от 3% до 10%;

Таблица 4

Структура БСК по нозологическим группам

БСК	1993	2003
1 АГ	18,5%	30,6%
2 ИБС	30,6%	25,9%
Другие формы оИБС	0,6%	0,2%
стенокардия	9,7%	10,7%
Стенокардия впервые выявленная	0,6%	0,8%
оИМ	1,1%	0,7%
3 Ревматические болезни	3,1%	1,3%
Ревматические пороки сердца	1,8%	1,0%
4 ВПС взр	0,5%	0,4
5 Другие нозологические группы	47,3%	41,9%

Примечание: оИБС — определенная ИБС, оИМ — определенный ИМ.

при этом *низким риском* считается: ОХС < 200 мг/дл, АД = 120/80 мм рт.ст., ИМТ < 25 кг/м², отсутствие курения, СД, клинических проявлений БСК. Наступившая в экономически развитых странах стагнация в снижении ФР становится критическим фактором, влияющим на сердечно-сосудистые события [18].

Таким образом, в США и в РФ распространенность ФР зависит от особенностей изучаемой популяции:

культурных традиций, возраста, пола, социально-обусловленных привычек, и используемых в исследовании критериев оценки — уровень избыточной МТ, содержание ХС, величина АД и т.д. Несмотря на то, что в странах ЕС и США доля лиц с низким риском сердечно-сосудистых событий небольшая, показатели смертности от ССЗ в этих странах почти в 3 раза ниже, чем в России. Это подтверждает мнение о том, что роль стандартных ФР ССЗ в высокой смертности от БСК в России небольшая; большую роль играют социально-экономические изменения в обществе и кризисное состояние системы здравоохранения [8].

Структура заболеваемости по классу БСК за прошедшие 10 лет изменилась незначительно, за исключением ИБС и АГ: доля АГ в структуре БСК возросла с 18% в 1993г до 30% в 2003г; доля ИБС уменьшилась с 30% в 1993г до 26% в 2003 (таблица 4, рисунок 1).

В таблице курсивом представлена доля отдельных болезней в классе БСК, но входящих в состав нозологической группы (ИБС, ревматические болезни). В 2003г более 80% случаев заболеваний из класса БСК составляли 3 нозологические группы АГ(30,6%), ИБС (25,9%), и ЦВБ (24,7%). На остальные нозологические группы приходится 18%.

При рассмотрении структуры ИБС (согласно классификации МКБ) обращает внимание тот факт, что за 10 лет показатель заболеваемости ИМ — одной из наиболее тяжелых форм ИБС — увеличился на 16% (со 122,6 до 146,5 на 100 тыс. населения), т.е. в меньшей степени по сравнению с ростом всех форм ИБС. Причем в ряде регионов отмечено снижение заболеваемости ИМ: в Московской области на 18%, в Москве на 0,5%, Новосибирской, Кировской, Саратовской, Курганской, Свердловской, Еврейской, Магаданской областях, Дагестане, Кабардино-Балкарии, Краснодарском крае, Удмуртии, Тыве, Чукотском округе. В Москве, несмотря на более напряженный жизненный ритм и лучшие диагностические возможности, показатели заболеваемости ИМ ниже — 140,0 на 100 тыс. населения,

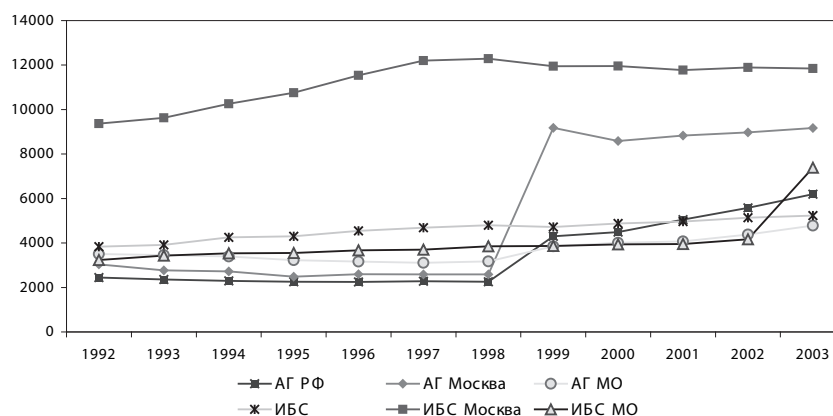


Рис. 1 Заболеваемость АГ и ИБС в РФ, г. Москве и Московской области (1992-2003гг)

чем в среднем по РФ (146,5), а в Московской области, несмотря на снижение показателя за указанный период, заболеваемость ИМ остается выше, чем в РФ (155,2). Парадокс в том, что снижение заболеваемости ИМ в большинстве регионов сопровождалось ростом заболеваемости ИБС и АГ, которые, как известно, увеличивают вероятность развития ИМ.

В целом структура заболеваемости нозологической группы ИБС, претерпела определенные изменения: снизилась доля острых форм ИБС (ИМ, острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия), увеличилась доля больных стабильной стенокардией и, по-прежнему, > 50% остается доля «других форм» ИБС (таблица 5).

Безусловно, такая большая подгруппа заболеваний не может и дальше оставаться «неопознанной». Это препятствует проведению анализа, планированию организации помощи при ССЗ. Если учесть данные зарубежных исследователей, мнение отечественных ученых и врачей-практиков в эту группу входят в основном пожилые пациенты с малосимптомным или асимптомным атеросклеротическим поражением коронарного русла и нуждающиеся в хорошо организованной не только медицинской, но и социальной помощи.

Подходы к оценке заболеваемости класса БСК и входящих в этот класс нозологических групп на фоне значительных достижений в диагностике доклинических состояний, пересмотра критериев

Таблица 5

Структура заболеваемости ИБС по данным обращаемости в 1993г и 2003г

Нозология из группы ИБС	1993	2003г
1 ОИМ	3,5%	2,8%
2 Другие формы ОИБС	2,0%	0,8%
3 Стабильная стенокардия	31,7%	41,4%
4 Стенокардия впервые возникшая	1,9%	3,0%
5 Другие формы ИБС	60,9%	52%

диагностики требуют внимания ведущих отечественных клиницистов. Точка разделения, на которой заканчивается норма и начинается патология, часто условна [13]. И вероятно именно факт условности объясняет столь выраженные различия в показателях заболеваемости ИБС и АГ в Москве и Московской области, а также эпидемический рост АГ в 1998 г (рисунок 1). Маловероятно, чтобы почти троекратные различия в заболеваемости ИБС в Москве и Московской области были связаны с различиями в распространенности ФР, возрастной структуре населения и качестве диагностического процесса.

Ответ на вопросы, чем можно объяснить столь выраженные различия в показателях заболеваемости, и существуют ли они на самом деле, можно получить только в хорошо организованном, методически корректном исследовании, не только эпидемиологическом в смысле оценки распространенности патологии в соответствии с установленными критериями, но и оценивающим реальную текущую врачебную практику — пути установления диагноза, способы регистрации и учета заболеваний.

Выводы

- Распространенность ФР ССЗ зависит от особенностей изучаемой популяции — культурных традиций, возраста, пола, социально-обуслов-

ленных привычек, и используемых исследователями критериев их оценки — уровни избыточной МТ и ХС, величина АД и т.д. Рост ССЗ в РФ последние десятилетия связан не столько с «традиционными» ФР, сколько с происходящими взаимообусловленными социально-экономическими изменениями в обществе.

- Структура заболеваемости за 10 лет в классе БСК изменилась незначительно — 80% болезней относятся к трем нозологическим группам: ИБС, АГ и ЦВБ. Доля АГ в структуре БСК возросла до 30,6%, а доля ИБС уменьшилась до 25,9%. В структуре нозологической группы «ИБС» доля острых форм ИБС (ИМ, острый коронарный синдром, впервые возникшая стенокардия) не превышает 5%, но сохраняется высокой доля заболеваний (> 50%) плохо поддающихся интерпретации («другие формы ИБС»).
- Нельзя исключить, что значительные колебания показателей заболеваемости в регионах РФ в отношении отдельных ССЗ можно объяснить не только различной их распространенностью, но и используемыми врачами диагностическими критериями, что, бесспорно, требует проведения качественных, эпидемиологических исследований и работ, оценивающих реальную клиническую практику.

Литература

1. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.И. и др. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. РМЖ 2001; 1: 9-35.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Борисов Г.В. Вопросы организации специализированной помощи детям с ВПСиС. Здравоохранение 2001; 7: 25-30.
3. Бугаенко В.В., Дорогой А.П. Ошибки в посмертном диагнозе сердечно-сосудистых заболеваний. Врачеб дело 1989; 3: 16-8.
4. Васильева Т.П., Голухов Г.Н., Мушников Д.Л. и др. Медико-социальный и профессиональный портрет врачебного персонала многопрофильной больницы. Социология 2003; 2: 33-5.
5. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения: теория и реальность. Ж неврол и психиат им. Корсакова 1996; 5: 5-9.
6. Кукушкин С.К., Мартынич Е.А., Манюшкина Е.М. и др. Распространенность АГ среди лиц, подвергшихся радиационному облучению. Тезисы докладов «Человек и лекарство». Москва 2004; 538.
7. Лисицын Ю.П. Экономика и управления здравоохранения. Мож полиграф комб 1993.
8. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине 20 столетия: тенденции, возможные причины, перспективы. Кардиология 2000; 6: 4-8.
9. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. Первый док экспер Науч общ по изучению артериал гиперт, ВНОК и Межведомств совета по серд-сосуд забол. Москва 2003.
10. Смирнова М.А. Брагина Г.И. Стремюхов А.А. О целесообразности проведения образовательных программ для лиц с факторами риска ИБС. Тезисы докладов «Человек и лекарство». Москва 2004; 750.
11. Титарева Ю.Ю., Фитилев С.Б., Левин А.М. и др. Распространенность ФР ИБС среди пациентов Московского кардиодиспансера, перенесших ИМ. Тезисы докладов «Человек и лекарство». Москва 2004; 583.
12. Широкова Е.Н. Современные подходы к лечению ожирения. Диагностика и терапия в клинике внутренних болезней. Москва 2004; 260-9.
13. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Москва «Медиа Сфера» 1998; 347с.
14. Фуфаев Е.Н. Организация кардиохирургической помощи взрослому населению района крупного города. Автореф дисс канд мед наук. Москва 2003.
15. Эльгаров А.А., Сабанчиева Х.А., Мидова М.М. и др. АГ у водителей автотранспорта. Тезисы докладов «Человек и лекарство». Москва 2004; 599.
16. American Heart Association. 1998 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Tex: American Heart Association; 1998.
17. Alderman MH. Barriers to blood pressure control. Am J Hypertens 1999; 12: 1268-9.
18. Bone LR, Hill MN, Stallings R, et al. Community health survey in an urban African-American neighborhood: distribution and correlates of elevated blood pressure. Ethn Dis 2000; 10: 87-95.
19. Cooper R, Cutler J, Desvigne-Nickens P, et al. Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the national conference on cardiovascular disease prevention. Circulation 2000; 102: 3137-47.
20. Diez-Roux AV, Northridge ME, Morabia A, et al. Prevalence and social correlates of cardiovascular disease risk factors in Harlem. Am J Publ Health 1999; 89: 302-7.

21. Fletcher GF, Balady GJ, Vogel RA. 33rd Bethesda Conference: Preventive Cardiology: How Can We Do Better? JACC 2002; 40(4): 579-651.
22. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. Int J Obes Relat Metab Disord 1998; 22: 39-47.
23. Minino AM, Smith BL. Deaths: preliminary data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2001; 49: 1-40.
24. Muller JE, Kaufmann PG, Luepker RV, et al. Mechanisms precipitating acute cardiac events: review and recommendations of an NHLBI workshop. National Heart, Lung, and Blood Institute. Mechanisms Precipitating Acute Cardiac Events Participants. Circulation 1997; 96: 3233-9.
25. Shopland DR, Burns DM, Garfinkel L, Samet JM, and National Cancer Institute (U.S.) Smoking and Tobacco Control Program. Monograph 8: Changes in Cigarette-Related Disease Risks and Their Implication for Prevention and Control 97-4213. Bethesda, MD: National Institutes of Health National Cancer Institute Smoking and Tobacco Control, 1997.
26. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 1999; 282: 2012-8.
27. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med 2000; 343: 16-22.
28. BO3 – www.who.int.
29. BO3 – <http://europa.eu.int>

Поступила 15/07-2004

Информационное письмо

ВНИМАНИЕ:

КОНГРЕСС Ассоциации кардиологов стран СНГ и Ассоциации кардиологов Узбекистана

«Научные достижения на службу здоровью народа»

С целью улучшения расписания кардиологических мероприятий в сентябре 2005г дата проведения очередного КОНГРЕССА Ассоциации кардиологов стран СНГ и Ассоциации кардиологов Узбекистана переносится на 26-28 сентября 2005г.

По вопросам участия в конгрессе обращаться:

Контактные телефоны: 8-998-(71)-1360816, 8-998-(71)-1339967, E-mail: cardio@sarkor.com, адрес Оргкомитета: 700052, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Муртазаева, д. 4, Республиканский специализированный центр кардиологии, Директору — проф. Курбанову Р.Д.