

## Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем

Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины  
Росмедтехнологии. Москва, Россия

## Demographic situation and cardiovascular disease in Russia: problem scope and possible solutions

R.G. Oganov, G.Ya. Maslennikova

State Research Center for Preventive Medicine, Federal Agency on High Medical Technologies. Moscow, Russia

---

В Российской Федерации (РФ) высокие показатели смертности населения молодого, трудоспособного возраста вносят существенный негативный вклад в современную демографическую ситуацию. Основными причинами преждевременной смерти населения остаются неинфекционные заболевания, среди которых лидируют болезни системы кровообращения (БСК). Особенностью РФ является то, что значительное влияние на здоровье населения, включая развитие, прогрессирование и смертность от БСК, оказывают такие факторы образа жизни, как злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное (нездоровое) питание и недостаточная физическая активность, а также артериальная гипертензия и психосоциальный стресс. В комплексе мероприятий по снижению в стране бремени БСК приоритет следует отдать профилактике. Профилактические мероприятия должны стать основополагающими в долгосрочных общенациональных программах. Для гарантии эффективности таких программ, необходимы государственная политика, межсекторальное сотрудничество, достаточные профессиональные и материальные ресурсы.

**Ключевые слова:** демография, болезни системы кровообращения, образ жизни, профилактика.

In the Russian Federation (RF), high mortality in young, working-age population substantially affects the present demographic situation. Non-communicable disease, especially cardiovascular disease (CVD), is the leading cause of premature death. RF is characterized by substantial impact of lifestyle factors (alcohol abuse, smoking, unhealthy diet, low physical activity, as well as arterial hypertension and psychosocial stress) on population health, including CVD incidence, progression and mortality. In the complex activity on decreasing CVD burden in Russia, prevention is the priority. Preventive measures should be the very basis of long-term national programs. To secure the effectiveness of such programs, state policy, inter-sectoral collaboration, professional and material resources are necessary.

**Key words:** Demography, cardiovascular disease, lifestyle.

---

Современная демографическая ситуация в России (Российской Федерации – РФ) характеризуется низкими показателями рождаемости и высокими – преждевременной смерти, что способствует быстрой скорости убывания населения в молодых возрастных группах и снижению численности населения страны. Основные усилия государства направленные, в первую очередь, на повышение рождаемости и материальную поддержку семей с двумя и более детьми, скорее всего, будут недостаточны для эффективного решения демографической проблемы. Имеются доказательства, что похожие показатели

рождаемости могут быть неоднозначно связаны с численностью населения. В 2005г в США, Финляндии и Японии при коэффициентах рождаемости (число рождений на 1 женщину в течение всей жизни) – 2,0, 1,7 и 1,3 численность населения этих стран выросла на 1,1%, 0,3%, 0,2% соответственно, и чем выше был коэффициент рождаемости, тем большим был рост населения [1]. В то же время в России и странах с переходной экономикой – Литве и Украине, при коэффициентах рождаемости 1,4, 1,3 и 1,1 наблюдалось снижение численности населения (отрицательный прирост) на 0,3%, 0,6%, и

---

© Коллектив авторов, 2007  
e-mail: oganov@gnicpm.ru  
Тел.: (495) 624-55-09

1,0% соответственно. Следует отметить, что коэффициент рождаемости в Литве был равен, а в России был даже выше такового в Японии, где происходил рост численности населения. Такую неоднозначную связь похожих показателей рождаемости с численностью населения могут объяснить таблицы жизни, которые построены на расчетах выживаемости и ожидаемой продолжительности жизни 100 тыс. новорожденных, с использованием повозрастных коэффициентов смертности [2]. Согласно расчетам этих таблиц из 100 тыс. мальчиков, родившихся в разных странах в 2004г, 25% (25 тыс.) доживут до 40 лет в России, до 70 лет — в Финляндии и США и до 75 лет — в Японии (рисунок 1). Только половина из них доживет до 60-летнего возраста в России (пенсионный возраст для российских мужчин), в то время как такое же количество доживет до 80-летнего возраста в Финляндии и США и 85-летнего возраста — в Японии. Из 100 тыс. новорожденных мальчиков 75-летнего возраста достигнет в России только 25% (25 тыс.), а в Японии — 75% (75 тыс.). Выраженные возрастные различия в выживании и дожитии до определенного возраста между девочками, которые родились в России и в экономически развитых странах напоминают таковые для мальчиков. Эти различия обусловлены большим числом вымирания новорожденных девочек России в периоды до и во время достижения молодого, трудоспособного возраста, по сравнению с такими же показателями в США, Финляндии и Японии (рисунок 2). О похожих темпах вымирания населения России в молодые годы по сравнению с таковыми других стран свидетельствуют данные Всемирного Банка [3]. Согласно этим данным для 15-летнего юноши вероятность (шансы) умереть, не достигнув 60-летнего возраста, в России составляет 42,4%, в США — 14,1%, в Японии — 9,8%, а для девушек такого же возраста эта вероятность в России составляет 15,3%, в США — 8,2%, в Японии — 4,4% [3]. В России смертность населения молодого, трудоспособного возраста вносит существенный вклад в показатели ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении [3]. Поэтому средняя ОПЖ родившихся в 2005г мальчиков и девочек в РФ короче таковой в странах с переходной экономикой, Украине и Литве и на 17-20 (мальчики) и 10-14 (девочки) лет короче по сравнению с такими экономически развитыми странами, как Финляндия, США и Япония (рисунок 3) [4].

В начале XXI века основными причинами смерти населения мира признаны неинфекционные заболевания (НИЗ), среди которых лидирующее место занимают болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗН) и внешние причины (ВП): травмы, отравления, несчастные случаи [5]. От лидирующей причины смерти — БСК ежегодно в мире умирает ~ 17 млн. человек [6]. В РФ структура смерти не отличается от та-

ковой в мире: наиболее значимыми ее причинами являются БСК (56,4%), ВП (14,2%) и ЗН (12,3%), которые все вместе отвечают за 82,9% всех смертей населения страны [7]. В России по данным Госкомстата в 2005г от БСК погибли 1,3 млн. человек. На трудоспособный возраст — 25-64 года, на который ложится основное бремя выработки внутреннего валового продукта (ВВП), от величины которого зависят благосостояние и процветание нации, приходится 39,2% всех смертей населения страны [7]. Основной вклад в смертность населения трудоспособного возраста вносят БСК (38%), ВП (26,6%) и ЗН (13,4%), которые ответственны за 78,1% смертей этого возраста. Среди мужчин основными причинами смерти являются БСК (36%), ВП (31%), ЗН (12%), среди женщин — БСК (41%), ЗН (21%) и ВП (19%). Смертность от БСК среди мужчин и женщин трудоспособного возраста в России в несколько раз превышает таковую в отдельных странах Европы (рисунок 4, 5), а так же в США и Японии [8]. В то же время отмечено, что показатели смертности населения не полностью зависят от уровня дохода. По данным Всемирного Банка в 2000г во многих странах Европейского региона с меньшим доходом на душу населения, чем в РФ, показатели смерти были ниже, чем в России [3].

Во второй половине XX века в длительных, проспективных наблюдениях за представительными группами населения были выявлены факторы, влияющие на развитие, прогрессирование и преждевременную смерть от НИЗ, в т.ч. БСК, получившие название факторов риска (ФР). Эти факторы были обусловлены, в основном, образом жизни, окружающей средой и генетическими особенностями человека. Подсчитано, что образ жизни на 50-55% определяет состояние здоровья человека [9,10]. Большинство ФР — это факторы образа жизни, поддаются коррекции (модифицируемые) и представляют наибольший интерес для профилактики БСК. Из модифицируемых ФР для России важными являются артериальная гипертония (АГ), злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное (нездоровое) питание и недостаточная физическая активность (НФА); они вносят наибольший вклад в показатели общей смерти и всех потерь нетрудоспособности населения страны (таблица 1). Те же ФР оказывают негативное влияние на здоровье населения других стран, таких как Япония, США, государства Европы (рисунок 6) [11]. Отличаются отдельные страны только по порядку расположения этих ФР и величины их вкладов в потери здоровых лет жизни. Особенностью для России является то, что на фоне традиционных модифицируемых ФР, значительное воздействие на здоровье населения, включая развитие, прогрессирование и смертность от БСК, оказывают психосоциальные факторы.

Следует отметить существование и других ФР БСК, таких как возраст, пол, генетические особен-

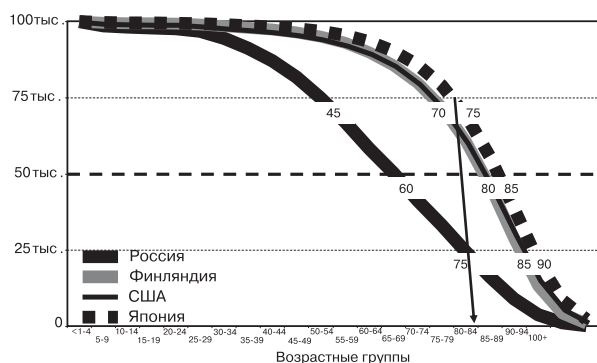


Рис. 1 Продолжительность жизни 100 тыс. родившихся мальчиков (с учетом преждевременной смерти в последующих годах жизни) в отдельных странах мира (2004).

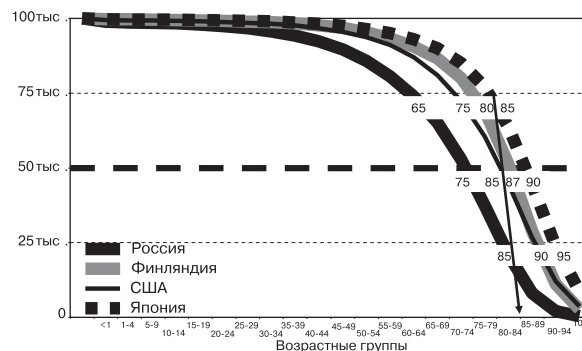


Рис. 2 Продолжительность жизни 100 тыс. родившихся девочек (с учетом преждевременной смерти в последующих годах жизни) в отдельных странах мира (2004).

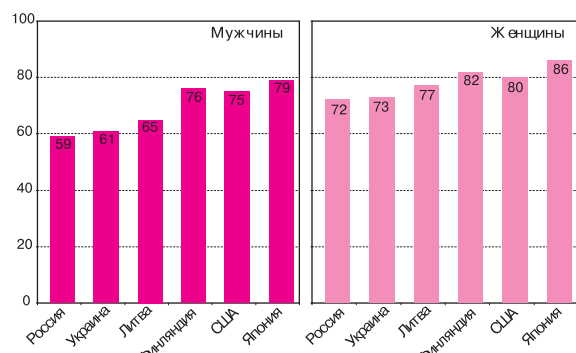


Рис. 3 ОПЖ при рождении в отдельных странах мира в (2005).

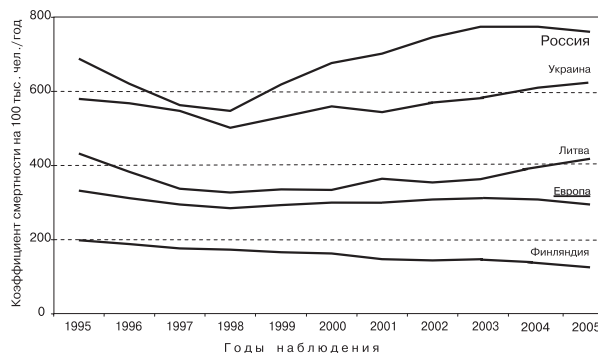


Рис. 4 Динамика смертности от БСК среди мужчин 25-64 лет в отдельных странах Европы. Европейский стандарт.

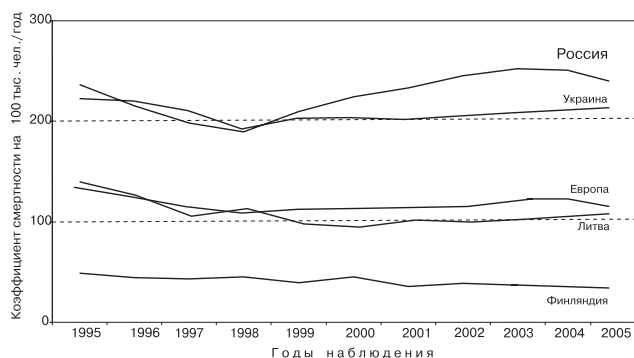
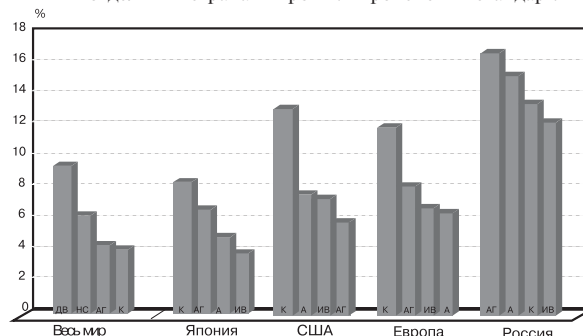


Рис. 5 Динамика смертности от БСК среди женщин 25-64 лет в отдельных странах Европы. Европейский стандарт.



Примечание: ДВ — дефицит веса, НС — небезопасный секс, К — курение, А — алкоголь, ИВ — избыточный вес.

Рис. 6 Ведущие причины потерь здоровых лет жизни населением разных регионов мира.

ности, которые не поддаются коррекции (немодифицируемые), однако их необходимо учитывать при оценке и прогнозе индивидуального, группового и популяционного рисков развития заболеваний и смерти.

**Артериальная гипертензия.** АГ широко распространена в РФ. В стране распространенность АГ — уровень артериального давления (АД)  $\geq 140/90$  мм рт.ст., среди взрослых ( $> 15$  лет) по данным обследования национальной выборки [12,13] и по результатам мониторинга [14] составляет 40-42%, в то время как эффективное лечение (достижение нормальных уровней давления или контроль) используется только в 6%-17% случаев. По данным ВОЗ в 2005г средние значения систолического АД (САД) у мужчин и женщин в возрасте  $\geq 15$  лет составили в РФ 129,4 и 127,4

мм рт.ст. соответственно, и они были выше, чем у мужчин и женщин США — 123,3 и 118,6 мм рт.ст. соответственно, и Японии — 126 и 117,6 мм рт.ст. соответственно. Согласно прогнозам, если не будут предприняты меры по контролю АД, к 2010г средние значения САД у мужчин и женщин РФ и США не изменятся и останутся на тех же уровнях, в то время как среди населения Японии они снизятся: у мужчин до 125 мм рт.ст., у женщин — до 116,7 мм рт.ст. [8].

Связь АД с риском развития БСК давно доказана в эпидемиологических исследованиях, проведенных в различных странах мира, в т.ч. в России [13,15-20]. В одном из первых, крупномасштабных исследований было показано, что риск смерти от коронарной болезни сердца (КБС) в популяции возрастает вдвое при увеличении медианного САД на 10

Таблица 1

Общее количество смертей (ОС) и общие потери нетрудоспособности (ОПН), обусловленные 10 ведущими ФР в России (%), 2002

| № п/п | ФР                          | ОС (%) | № п/п | ФР                        | ОПН (%) |
|-------|-----------------------------|--------|-------|---------------------------|---------|
| 1.    | Повышенное АД               | 35,5   | 1.    | Алкоголь                  | 16,5    |
| 2.    | Высокий ХС                  | 23,0   | 2.    | Повышенное АД             | 16,3    |
| 3.    | Курение                     | 17,1   | 3.    | Курение                   | 13,4    |
| 4.    | Мало употр. фрук. и овощ.   | 12,9   | 4.    | Высокий ХС                | 12,3    |
| 5.    | Высокий ИМТ                 | 12,5   | 5.    | Высокий ИМТ               | 8,5     |
| 6.    | Алкоголь                    | 11,9   | 6.    | Мало употр. фрук. и овощ. | 7,0     |
| 7.    | НФА                         | 9,0    | 7.    | НФА                       | 4,6     |
| 8.    | Город. загрязнители воздуха | 1,2    | 8.    | Запрещенные препараты     | 2,2     |
| 9.    | Препараты свинца            | 1,2    | 9.    | Препараты свинца          | 1,1     |
| 10.   | Запрещенные препараты       | 0,9    | 10.   | Небезопасный секс         | 1,0     |

Примечание: ИМТ – индекс массы тела.

мм рт.ст. [15]. В исследовании MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) нарастание риска смерти от КБС начиналось с уровней диастолического АД (ДАД) 73-78 мм рт.ст. а при ДАД 105 мм рт.ст. риск такой смерти был в 5 раз выше по сравнению с теми лицами, у которых величина ДАД была в пределах нормы [16]. Мета-анализ 9 крупных, проспективных исследований продемонстрировал, что повышение ДАД на 7 мм рт.ст. в популяции увеличивает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) на 27% и мозгового инсульта (МИ) – на 42% [18]. По данным отечественных, длительных, проспективных исследований были выявлены высокие вклады САД и ДАД в смертность общую, от ИБС и МИ как среди мужчин (рисунок 7), так и среди женщин (рисунок 8) [19]. У мужчин и женщин с АГ в возрасте  $\geq 30$  лет смертность от БСК и ИБС выше в 2,1 и 1,9 раз, а от МИ – в 2,8 (мужчины) и 4 (женщины) раза, по сравнению с их сверстниками, у которых нормальные уровни АД [20].

Величина АД влияет на ОПЖ, и чем выше уровни АД, тем короче ОПЖ. Российские мужчины 40-59 лет и женщины 30-69 лет с САД  $\geq 180$  мм рт.ст. живут, на 12,2 лет и 6 лет, соответственно, меньше тех, у кого уровни САД  $< 140$  мм рт.ст. [12].

**Курение.** Курение – вредная привычка, широко распространенная в России, особенно среди мужчин. В середине 90-х годов прошлого столетия среди взрослого ( $\geq 20$  лет) населения страны регулярно ку-

рили 63% мужчин и 9,7% женщин [12]. Распространенность курения среди российских мужчин была выше, чем среди мужчин стран большой восьмерки, в то время как среди женщин она была самой низкой по сравнению с таковой в остальных странах [3] (рисунок 9). Последние эпидемиологические исследования, проведенные в России, показывают относительно стабильную распространенность курения среди взрослых мужчин – на уровне 60% и рост распространенности курения среди женщин до 15,5% [21]. В то же время, при по возрасту анализу по сравнению с данными середины 90-х годов наблюдается незначительный рост числа курящих среди молодых мужчин (15-20 лет) и значительное увеличение, в 3,5 раза, числа курящих женщин в возрасте 15-29 лет. Необходимо отметить высокую распространенность курения среди таких профессиональных групп, как врачи – 51,3% среди мужчин и 27,3% среди женщин, и учителя – 43,4% среди мужчин и 11,2% среди женщин [22,23]. По прогнозам ученых к 2020г курение станет основной (лидирующей) причиной болезней [24], и это приведет к тому, что одна из восьми смертей в мире будет связана с курением [25]; Россия войдет в число стран, в которых курение будет оказывать существенный вклад в преждевременную смертность населения страны [24,25].

Курение является одним из основных ФР БСК. При распространенности курения 63% среди мужчин и 9,7% среди женщин вклад курения в смерт-

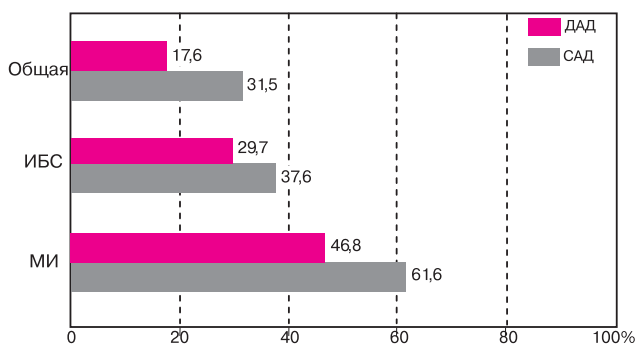


Рис. 7 Атрибутивный риск АД для общей и сердечно-сосудистой смертности. Мужчины 40-59 лет. Наблюдение 19 лет.

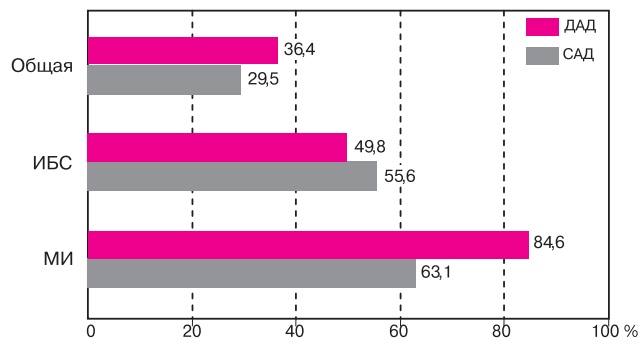


Рис. 8 Атрибутивный риск АД для общей и сердечно-сосудистой смертности. Женщины 30-69 лет. Наблюдение 16 лет.

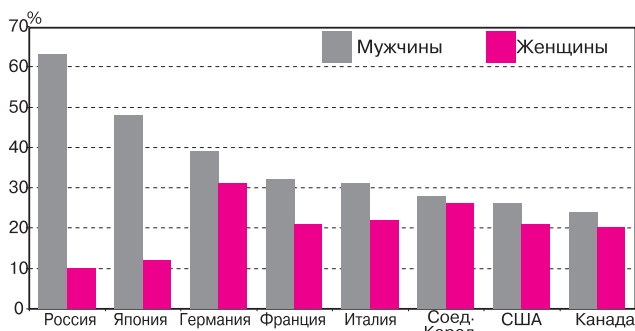


Рис. 9 Распространенность курения в странах большой восьмерки.

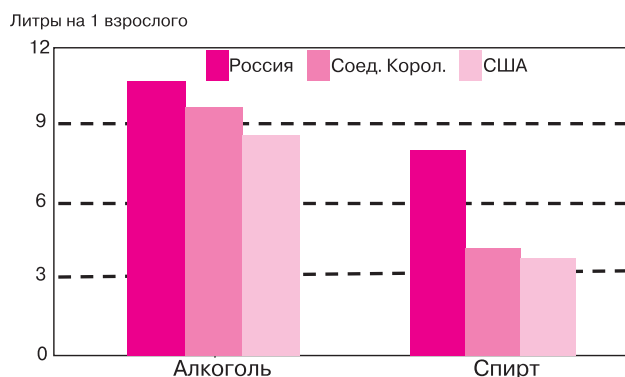


Рис. 11 Употребление алкоголя на душу населения в разных странах мира.

ность от всех причин составляет для мужчин и женщин 30% и 4% соответственно, а в смертность от БСК он почти такой же — 29% и 3% соответственно [26]. Влияние курения на смертность от БСК в России самое значительное по сравнению с таковым в странах Европы [26]. Потери потенциальных лет жизни из-за курения для мужского населения составляют 4,7 млн. человеко-лет, 88% из которых приходится на возраст 35-64 лет [27]. Преждевременная смерть, обусловленная курением табака, снижает среднюю продолжительность жизни курящего населения. Мужчины (40-59 лет), которые выкуривают  $\geq 15$  сигарет, а женщины (30-69 лет)  $\geq 6$  сигарет, живут на 10,5 и 6 лет, соответственно, меньше некурящих. Среди тех мужчин и женщин, которые бросают курить, средняя продолжительность жизни приближается к таковой у никогда не куривших [28]. Расчеты показывают, что средняя ОПЖ мужчин с рождения была бы на 3,9 лет длиннее, а кривая смерти опустилась бы ниже, если бы они не умирали от заболеваний, связанных с курением [27] (рисунок 10).

**Алкоголь.** Согласно официальной статистике в России на душу населения в год приходится 9-10 л алкоголя; по мнению экспертов, эти данные крайне занижены [5,29]. Из всего количества алкогольных напитков, употребляемых населением страны, 75% представлены спиртом и спиртосодержащими напитками, что отличает РФ от других стран (рисунок 11) [5]. Согласно результатам обследования национальной, представительной выборки существуют

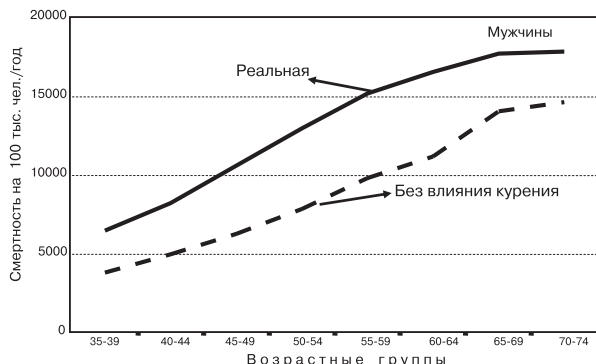


Рис. 10 Кривая смерти мужчин в зависимости от статуса курения.

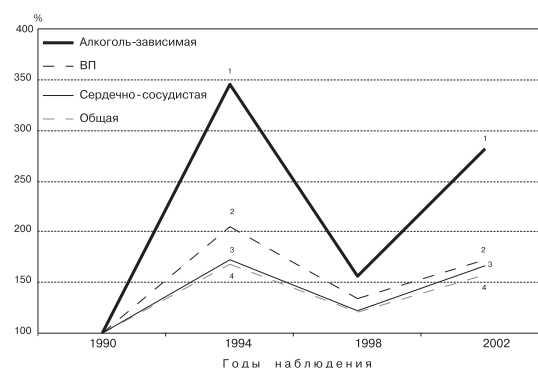


Рис. 12 Колебания смертности от БСК, ВН и алкоголь-зависимых причин в разные периоды социально-политических и экономических преобразований в России у мужчин.

особенности потребления алкоголя населением страны: в пересчете на чистый этанол обычное (разовое) его употребление составляет в среднем  $\sim 150$  г для мужчин и  $\sim 25$  г для женщин, что выше безопасных ежедневных доз в 5 и 2 раза, соответственно [12]. Число лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди мужчин колеблется от 17% до 21%, среди женщин — от 2,7% до 3,7%; чем ниже уровень образования, тем больше тех, кто злоупотребляет алкоголем [12].

Риск преждевременной общей смерти и смерти от БСК растет с количеством потребляемого алкоголя. При анализе результатов 14 когортных исследований показано, что общая смертность у женщин, употребляющих алкоголь  $> 2$  доз, а у мужчин  $> 3$  доз в день, выше по сравнению с теми, кто принимает алкоголь эпизодически или в меньших дозах; чем более число приемов, тем выше риск смерти [30]. В длительном, проспективном, 12-летнем исследовании продемонстрировано, что уже при ежедневном двукратном приеме алкоголя у мужчин 40-59 лет смертность от ВП, ЗН и МИ значительно выше, и она растет прямо пропорционально увеличению потребления алкоголя по сравнению с теми, кто принимает алкоголь в меньших количествах [31].

Злоупотребление алкоголем оказывает выраженное негативное влияние на показатели смертности и ОПЖ населения России. По данным ВОЗ 12% всех смертей и 16,5% всех потерь здоровых лет жизни в стране обусловлены чрезмерным употреб-

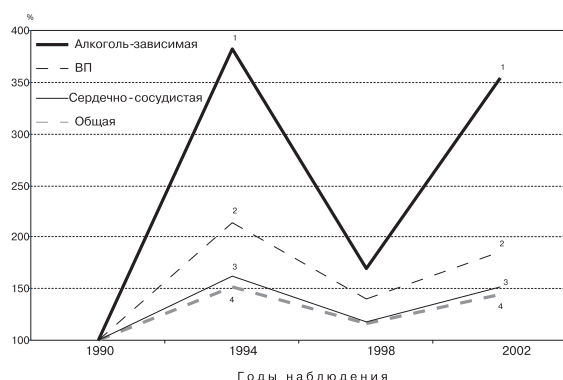


Рис. 13 Колебания смертности от БСК, ВП и алкоголь-зависимых причин в разные периоды социально-политических и экономических преобразований в России у женщин.

лением алкоголя [3]. Колебания смертности от всех причин, БСК и ВП в конце прошлого столетия у мужчин (рисунок 12) и у женщин (рисунок 13) сопровождались однонаправленными, но более выраженными, резкими изменениями смертности от заболеваний и состояний, связанных с потреблением алкоголя: алкогольный психоз, алкогольный синдром, алкогольный цирроз печени, заболевания поджелудочной железы, травмы и несчастные случаи вследствие употребления алкоголя [32]. Такие изменения происходили, в основном, в возрастной группе 25-64 лет [33], поэтому можно предположить, что увеличение потребления алкоголя в 90-х годах прошлого века, совпавшее по времени с периодом социально-экономических преобразований (начало реформ, дефолт), явилось одной из причин роста смертности от БСК и ВП. Употребляющие большие дозы алкоголя российские мужчины 40-59 лет (в пересчете на чистый спирт  $\geq 168$  г в неделю) и женщины 30-69 лет (в пересчете на чистый спирт  $\geq 84$  г в неделю) живут на 5 и 8,6 лет, соответственно, меньше своих сверстников, которые употребляют умеренные дозы алкоголя [28]. Известно, что законодательные меры по ограничению употребления алкоголя могут в короткие сроки снизить смертность от алкоголь-обусловленных причин и увеличить ОПЖ. Снижение смертности от БСК и ВП, увеличение ОПЖ мужчин на 3,6 лет, и женщин на 2,1 лет в период антиалкогольной кампании в СССР (1985г) связывают с резким сокращением потребления алкоголя в этот период [34].

**Психосоциальные факторы.** Психосоциальные факторы могут негативно влиять на заболеваемость и смертность от БСК как самостоятельно, так и через другие ФР, усиливая действие последних [35]. К психосоциальным факторам можно отнести: депрессивные расстройства (ДР), тревогу, стресс, связанный с профессиональной деятельностью — низкая возможность выполнения работы при высоких требованиях, безработица, пониженный социальный статус и социальная поддержка или их отсутствие, поведение типа А, враждебность, гнев (разд-

ражение), хронические негативные эмоции, общий дистресс. ДР можно рассматривать, как один из интегральных показателей, отражающих психосоциальный статус человека. В начале 90-х годов, в период социально-экономических преобразований в России, значительный рост смертности, в т.ч. от БСК, сопровождался увеличением числа людей с психосоциальными расстройствами [36]. В 2002г в России было выполнено крупномасштабное исследование КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общей соматического профиля), в котором приняли участие 10541 человек в возрасте  $\geq 18$  лет [37]. Исследование показало, что 46,1% пациентов, посещающих кардиолога, невропатолога, терапевта имеют ДР; количество больных с ДР больше среди женщин (52%), чем среди мужчин (34%), и оно увеличивается с возрастом. Распространенность ДР ассоциируется с социально-экономическими и поведенческими факторами: она выше среди малоимущих (с уровнем месячного дохода  $< 600$  руб.) — 60%; среди разведенных — 56% или вдовствующих — 67%, с неоконченным средним образованием — 59%, курящих ( $> 20$  сигарет в день) мужчин — 38% и женщин — 57% и злоупотребляющих алкоголем ( $> 800$  мл в неделю) — 57%, по сравнению с теми, у которых высокий ( $> 3000$  руб. в месяц) уровень дохода — 36%, никогда не бывшими женатыми/замужем — 38% или женатыми/замужними — 42%, с неоконченным высшим — 39% или высшим образованием — 43%, у некурящих мужчин — 34% и женщин — 53%, употребляющих алкоголь в умеренных ( $< 200$  мл в неделю) количествах — 39% [37].

Относительные риски (ОР) развития и прогноза КБС при депрессии достаточно высокие. Мета-анализ показывает, что депрессия играет роль как этиологического (ОР=1,81, после стандартизации по другим ФР, ОР=1,9), так и прогностического (ОР=1,8, после стандартизации по функции левого желудочка, ОР=1,53) факторов риска КБС [38].

### Пути решения проблем

Настоящая демографическая ситуация в России вызвана не только низкими показателями рождаемости, но и избыточной, преждевременной смертью населения в молодом, трудоспособном возрасте, прежде всего от НИЗ, среди которых существенную роль играют БСК. Поэтому, наряду с мероприятиями по повышению рождаемости, необходимо проводить эффективные, долгосрочные, общенациональные меры по снижению БСК. В комплексе мероприятий по снижению бремени БСК приоритет должен быть отдан профилактике.

Для профилактики БСК рекомендовано использовать 3 стратегии: популяционную, стратегию высокого риска и вторичной профилактики [39-43]. Популяционная стратегия призвана воздействовать

на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития БСК среди всего населения. Стратегия высокого риска способствует выявлению и снижению уровней ФР у людей с высоким риском развития БСК, а вторичная профилактика — предупреждению прогрессирования болезни. Концепция ФР практически стирает границу между первичной и вторичной профилактикой БСК и обосновывает необходимость профилактики и коррекции ФР как у людей без клинических признаков болезни (первичная профилактика), так и у больных, чтобы предупредить ее прогрессирование (вторичная профилактика). В последнем случае коррекция ФР должна быть более «агрессивной». Во всех стратегиях необходимы рекомендации по соблюдению основ здорового образа жизни: рационального питания, отказа от курения, оптимальной физической нагрузки, умеренного потребления алкоголя. В настоящее время появились основания для медикаментозной коррекции ФР, при невозможности соблюдения здорового образа жизни. Для медикаментозной коррекции: дислипидемий широко используют статины, фибраты, никотиновую кислоту, фитостеролы и другие препараты; АГ — любой из 7 классов антигипертензивных препаратов или комбинированные лекарства; в помощь желающим отказаться от курения — никотин-заместительные, бупропион; ожирения — орлистат, сибутрамин; нарушенной толерантности к углеводам — акарбозу; гиперурикемии — аллопуринол; тромбогенных нарушений — ацетилсалициловую кислоту, дипиридамол, клопидогрель, тиклопидин; воспаления — фолиевую кислоту,  $B_6$ ,  $B_{12}$ ; воспаления — противовоспалительные препараты; при ДР — антидепрессанты. Использование всех стратегий позволяет достигнуть целевые уровни ФР: АД < 140/90 мм рт.ст., общего холестерина (ОХС) < 5 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности < 3 ммоль/л, глюкозы < 6,1 ммоль/л, окружности талии у мужчин < 102 см, у женщин < 88 см.

О положительном влиянии внедрения таких стратегий на уровни общей смертности, смертности от БСК и показатели ОПЖ, свидетельствуют результаты опубликованных исследований. Длительное умеренное снижение (на 10%) на популяционном уровне АД и ОХС может привести к уменьшению смерти от БСК на 45% [44]. В систематизиро-

ванном обзоре и мета-анализе было продемонстрировано, что прекращение курения, достаточная ФА, умеренный прием алкоголя и изменения в характере питания по 2 факторам в сторону оздоровления способствуют снижению смертности от БСК как в общей популяции — на 50%, 20-30%, 15%, 15-40%, соответственно, так и среди больных этими заболеваниями — на 35%, 25%, 20%, 45%, соответственно [45]. Представлены возможности снижения риска смерти от КБС при профилактическом медикаментозном лечении больных после инфаркта миокарда: низкими дозами аспирина — на 18%, статинами — 21%,  $\beta$ -адреноблокаторами — 23% и ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента — 26% [45]. По данным ВОЗ использование всех трех стратегий, в основе которых лежит снижение уровней ФР, позволило, начиная с 1970г, за более чем 30-летний период снизить смертность от болезней сердца у мужчин  $\geq 30$  лет в таких странах, как США, Канада, Австралия и Соединенное Королевство [46].

В РФ, г. Москве, в конце 80-х — начале 90-х гг прошлого столетия также были проведены эффективные, демонстрационные программы по профилактике БСК [47-49]. В программах были продемонстрированы возможности снижения начала появления ФР БСК у мальчиков 12 лет [47], а также снижения смертности от МИ (контроль АГ у мужчин 40-54 лет) [48] и ИБС (многофакторная профилактика среди мужчин 40-59 лет) [49]. Однако эти программы не получили дальнейшего, общенационального распространения. Поэтому в настоящее время, для снижения бремени БСК и их негативного вклада в существующую демографическую ситуацию в стране, нужны общенациональные программы, которые должны состоять из правильных (адекватных) действий, охватывать правильное (достаточное) число населения, проводиться в течение правильного периода времени и с правильной интенсивностью. Для гарантии эффективности таких программ, необходима государственная политика (поддержка), межсекторальное сотрудничество и достаточные человеческие (профессиональные) и материальные ресурсы. Согласно анализу экспертов Всемирного банка снижение в России смертности от ССЗ на 20%, что вполне достижимо, увеличит ОПЖ у мужчин до 62,5 лет, у женщин до 79,5 лет [3].

## Литература

1. [http://www.who.int/whosis/database/core/core\\_select\\_process.cfm](http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm) (core Health Indicators).
2. <http://www.who.int/whosis> WHO Statistics. Life Tables for WHO Member States.
3. Marquez PV, Dying Too Young. Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation (Summary) 2005.
4. <http://www.who.int/whosis/database>.
5. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future 2003.
6. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment 2005.
7. Oganov RG, Maslennikova GYa. Noncommunicable disease in the Russian Federation and the role of risk factors. In: Health Promotion and Prevention of Noncommunicable disease in Russia and Canada (Eds. I.S. Glasunov and S. Stachenko). July 2006. 150p. HP5-16/2006E ISBN: 0-062-02873.
8. WHO Global InfoBase (<http://infobase.who.int>).
9. Лисицын Ю.П. Теория медицины на стыке веков — XX и XXI. Москва 1998.

10. WHO Database.
11. Global Programme on Evidence for Health Policy; WHO, World health Report, 2002
12. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки). Автореф дисс докт мед наук. Москва 1999.
13. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. Профил забол укреп здор 2001; 2: 3-7.
14. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. РКЖ 2006, 4: 45-50.
15. Keys A. Seven Countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge, MA, Harvard University Press 1980.
16. Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risk: U.S. population data. Arch Intern Med 1993; 153: 598-615.
17. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. и др. Эпидемиология систолической и диастолической артериальной гипертонии в связи с факторами риска и образованием среди мужского населения в некоторых городах России, стран СНГ, прибалтийских государств. Тер архив 1994; 1: 54-7.
18. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, et al. Prediction of coronary heart disease using risk factors categories. Circulation 1998; 97: 1837-47.
19. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г., Шестов А.Д. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиоваск тер профил 2002; 1: 10-5.
20. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. Кардиоваск тер профил 2005; 1: 4-9.
21. Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, et al. Prevalence of Smoking in 8 Countries of the Former Soviet Union: Results From the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. Am J Public Health 2004; 94: 2177-87.
22. Александров А.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Распространенность курения среди врачей г. Москвы. Вопр наркол 2001; 3: 67-71.
23. Александров А.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Распространенность курения среди учителей г. Москвы. Вопр наркол 2002; 4: 61-5.
24. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation 1998; 97(6): 596-601.
25. Global burden of disease and injury series (edited by Murray CJL, Lopez AD, and Colin D). WHO publication 2004, 4.
26. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе. Профил забол укреп здор 2002; 6: 17-20.
27. Масленникова Г.Я., Мартыничик С.А., Шальнова С.А. и др. Медицинские и социально-экономические потери, обусловленные курением взрослого населения России. Профил забол укреп здор 2004; 3: 5-9.
28. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Масленникова Г.Я., Деев А.Д. Роль здорового образа жизни в стратегии охраны здоровья населения. Росс мед вести 2001; 3: 34-7.
29. Немцов А. Алкогольная смертность в России, 1980-90-е годы. Москва 2001.
30. Dialogues in Cardiovascular Medicine 2005; 10 (2), modified from reference Holfman CD, English DR, Milne E, Winter MG. Med J Aust 1996; 164: 141-5.
31. American Cancer Society Study (Dialogues in Cardiovascular Medicine 2005; 10 (2), modified from reference Boffetta P, Garfinkel L. Epidemiology 1990; 1: 342-8.
32. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение контроля факторов риска для профилактики неинфекционных заболеваний. Проф забол укреп здор 2005; 6: 22-5.
33. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России. Проф забол укреп здор 2002; 2: 3-7.
34. Милле Ф., Школьников В.М. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994. Paris Cedex INED 1996; 2: 140.
35. Oganov RG, Maslennikova G.Ya. Cardiovascular disease mortality in the Russian Federation during the second half of the 20th century. CVD Prevention 1999; 2(1): 37-43.
36. Оганов Р.Г., Александрова В.Ю., Суслова Е.А., Копина О.С. Динамика распространенности психосоциальных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в 1988-1994 гг. Мед наука Армении 1997; 3(4): 165-8.
37. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология 2004; 44(1): 48-54.
38. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis events among 146 538 participants in 54 observational studies. EHJ 2006; 27: 2763-74.
39. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. BMJ 1981; 282: 1847-51.
40. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiology 1985; 14: 32-8.
41. Rose G. The strategy of preventive medicine, Oxford. Oxford University Press 1992.
42. Anderson KM, Odell PM, Wilson PW, et al. Cardiovascular disease risk profile. Am Heart J 1991; 121: 293-8.
43. Strachan D, Rose G. Strategies of prevention revisited: effects of imprecise measurement of risk factors on the evaluation of "high-risk" and "population-based" approaches to prevention of cardiovascular disease. J Clin Epidemiol 1991; 44: 1187-96.
44. Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Eur Heart J 2004; 25: 484-91.
45. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, et al. Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients: A Systematic Review. Circulation 2005; 112: 924-34.
46. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. 2005. ISBN 92 4 156300.
47. Alexandrov AA, Maslennikova GYa, Kulikov SM, et al. Primary prevention of cardiovascular disease: 3-year intervention results in boys of 12 years of age. Preven Med 1992; 21: 53-62.
48. Britov AN, Sapozhnikov II, Konstantinov EN, et al. The control of arterial hypertension in the population. in 'Preventive Cardiology (Eds.:EI Chazov , and RG Oganov)' 1989; 149-86.
49. Калинина А.М. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на некоторые показатели здоровья и прогноза жизни (10-летнее наблюдение). Автореф дисс докт мед наук. Москва 1993.

Поступила 26/09-2007