

Почему в Москве смертность от сердечно-сосудистых заболеваний ниже, чем в других регионах Российской Федерации?

Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Суворов С. В.

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Москва, Россия

Начиная с 2003г в РФ отмечается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которое с 2006г приобрело более устойчивый и выраженный характер среди мужчин и женщин. С 2003 по 2013гг общий коэффициент смертности от болезней системы кровообращения (число умерших на 100 тыс. населения) снизился на 25% (698,1 vs 927,5), тем не менее, он остается более высоким, чем в начале 90-х годов (621,0 на 100 тыс. населения в 1991г). Отмечаются существенные различия между регионами РФ по показателям заболеваемости и смертности от ССЗ. За период с 2006 по 2013гг стандартизованный показатель смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в Москве снизился на 35,7%, что в 1,5 раза больше, чем в РФ, в 1,3 раза больше, чем в Санкт-Петербурге, и в 2,6 раз больше, чем в Московской области. В 2012г показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) москвичей достигает 76,0 лет (в среднем по России — 70,0 лет), и всего 4 года разделяет москвичей и жителей Евросоюза. ОПЖ мужчин в Москве в 2013г достигла 72,3 лет. Существенно более низкие

показатели смертности от ССЗ и более высокие показатели ОПЖ в Москве, очевидно, обусловлены более высоким социально-экономическим уровнем жизни населения, большей психологической устойчивостью и большей доступностью психологической (психотерапевтической) помощи, более высоким уровнем потребления рыбы, фруктов и ягод, большей доступностью амбулаторно-поликлинической и высокотехнологичной медицинской помощи для жителей столицы.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, смертность, заболеваемость, факторы риска.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14(2): 4–12
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-2-4-12>

Поступила 03/02-2015

Принята к публикации 10/03-2015

Why cardiovascular mortality in Moscow is lower than in other regions of the Russian Federation?

Pogosova N. V., Oganov R. G., Suvorov S. V.

FSBI State Scientific-Research Centre for Preventive Medicine of the Healthcare Ministry. Moscow, Russia

Since 2003 there is a decline of cardiovascular (CVD) mortality of the RF, that established in 2006 in women and in men. From 2003 to 2013 y. total coefficient of cardiovascular mortality (number of died per 100 thousand of population) decreased by 25% (698,1 vs. 927,5), although still it is higher than in the beginning of the nineties (621,0 per 100 thous. of population in 1991 y.). The significant differences in RG regions are noted by the values of morbidity and mortality from CVD. For the period 2006-2013 y. the standardized value of mortality from coronary heart disease (CHD) in Moscow decreased by 35,7% that is 1,5 more than in RF and 1,3 more higher than in St-Petersburg, and 2,6 times more than in Moscow region. In 2012 the value of the suspected life duration (SLD) of Moscow citizens was 76,0 y. (mean in Russia —

70,0 y), and just 4 years is the gap between then and EU citizens. In 2013 SLD in Moscow reached 72,3 y. Significantly lower values of mortality from CVD and higher values of SLD can be explained by higher socio-economic level, higher psychological endurance and better availability of psychological (psychotherapeutic) help, higher level of fish, fruits and berries consumption, better availability of outpatient and high technology medical care for Moscow citizens.

Key words: cardiovascular diseases, mortality, morbidity, risk factors.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2015; 14(2): 4–12
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-2-4-12>

БСК — болезни системы кровообращения, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, МИ — мозговой инсульт, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ЦБЗ — цереброваскулярные заболевания.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (916) 352-08-53

e-mail: npogosova@gnicpm.ru

[Погосова Н. В.* — д.м.н., профессор, руководитель отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Оганов Р.Г. — д.м.н., профессор, академик РАН, руководитель отдела профилактики коморбидных состояний, Суворов С. В. — н.с. отдела вторичной профилактики ХНИЗ].

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения в большинстве стран мира, в т.ч. в России [1]. Они являются сложно решаемой проблемой для национальных систем здравоохранения и наносят серьезный экономический ущерб. ССЗ вносят существенный вклад в заболеваемость населения в национальном и международном масштабах [2]. Характеристика заболеваемости является не простой задачей ввиду разных подходов к ее оценке, в отличие от показателей смертности, но и констатация причин смерти не во всех случаях может оказаться корректной. В связи с разными индикаторами оценки сравнительный анализ показателей сердечно-сосудистой заболеваемости между странами не всегда возможен, а качественные данные по частоте новых случаев ССЗ и уровню заболеваемости в большинстве стран отсутствуют. Многие европейские страны и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ориентируются в этом вопросе на результаты и содержимое выписок больных из стационаров. Согласно этим данным в 80-е и 90-е гг в Европе наблюдался рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) и мозговыми инсультами (МИ), однако, начиная с 2000-х годов, произошла стабилизация, и рост прекратился [3]. С 2006г усредненный европейский показатель госпитализаций по поводу ИБС составляет 800 человек на 100 тыс. населения, а усредненный показатель госпитализаций по поводу МИ колеблется от 400 до 450 на 100 тыс. населения, начиная с 2004г [4]. Необходимо учитывать, что показатели заболеваемости не стандартизируются по возрасту.

Ежегодно в странах Европы умирает от ССЗ 4,1 млн. человек (46% всех смертей), в т.ч. 1,8 млн. человек от ИБС (20% в структуре смертности), 1,1 млн. человек от МИ (12% в структуре смертности) и 1,2 млн. человек (14%) от других ССЗ [3, 5].

В структуре смертности в РФ ССЗ занимают большую долю, чем в среднем по Европе — 55,7% vs 46% по данным ВОЗ [5], при этом в стране 29,4% смертей приходится на ИБС и 17,6% — на МИ. И хотя россияне очень сильно опасаются онкологических заболеваний, последние в 3,9 раза реже становятся причиной смерти, чем ССЗ.

От ССЗ умирает больше женщин, чем мужчин: 51% и 42%, соответственно, в структуре смертности европейского населения соответствующего пола [1], при этом женщины умирают в более поздние возрастные периоды. В 2013г в РФ от болезней системы кровообращения (БСК) на 100 тыс. населения соответствующего пола умерло 716,1 женщин (60,2% в структуре смертности) и 677,2 мужчин (47,2% в структуре смертности) [6].

Начиная с 2003г, в России отмечается снижение смертности от ССЗ, которое с 2006г приобрело более устойчивый и выраженный характер, как

среди мужчин, так и среди женщин [8]. В 2005г стартовал приоритетный национальный проект “Здоровье”, в рамках которого с 2008 по 2011гг была реализована масштабная “сосудистая программа”, направленная на достижение качественно нового современного уровня оказания помощи пациентам с ССЗ: создание 55 региональных сосудистых цент-



Рис. 1 Стандартизованные коэффициенты смертности населения от БСК (на 100 тыс. населения).

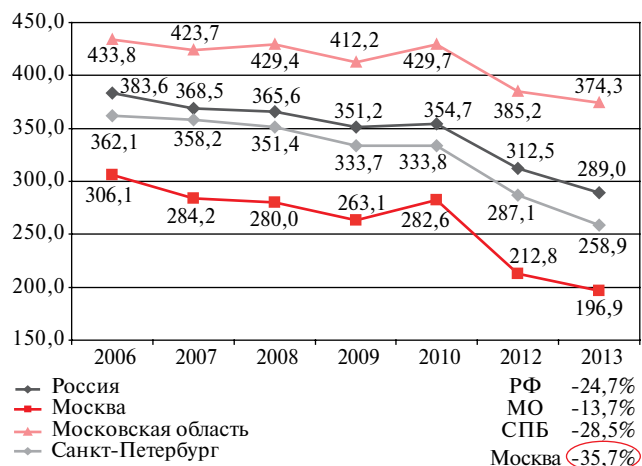


Рис. 2 Стандартизованные показатели смертности от ИБС (на 100 тыс. населения).

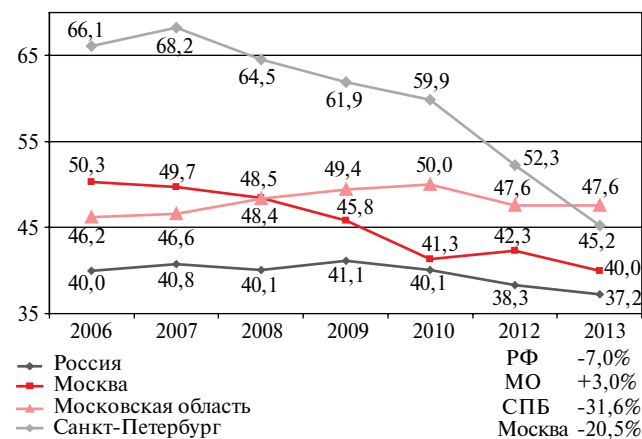


Рис. 3 Стандартизованные показатели смертности от ОИМ, повторного ИМ (на 100 тыс. населения).

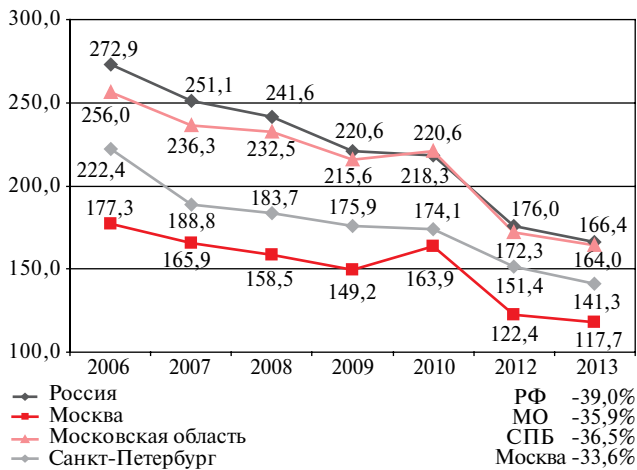


Рис. 4 Стандартизованные показатели смертности от ЦВЗ (на 100 тыс. населения).



Рис. 5 Зарегистрировано больных: взрослые с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения).

ров и 146 первичных сосудистых отделений с общим объемом финансирования >16 821 млн. рублей. К 2012г на 24% увеличилось число пациентов ССЗ, которым была оказана высокотехнологичная помощь — 335 vs 255 тыс. человек в 2009г [7]. С 2009г приоритетное внимание уделяется формированию здорового образа жизни населения и профилактике неинфекционных заболеваний, в первую очередь ССЗ, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

С 2003 по 2013гг общий коэффициент смертности от БСК (число умерших на 100 тыс. населения) снизился в РФ на 25% — 698,1 vs 927,5, тем не менее, он остается более высоким, чем в начале 90-х годов — 621,0 на 100 тыс. населения в 1991г. В 2012г средний возраст смерти от ССЗ составил в России среди мужчин 70,4 года, среди женщин 83 года [6].

Необходимо отметить наличие существенных различий между регионами РФ по показателям заболеваемости и смертности от ССЗ. Различия среднего возраста смерти от ССЗ между регионами достигают 20 лет. В 2011г средний возраст смерти от ССЗ составил в Москве 76 лет у мужчин и 83 года у женщин, а в Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах — 56 и 59 лет, соответственно, у мужчин и 79 лет у женщин [9].

В статье представлен анализ динамики некоторых показателей, характеризующих ситуацию с ССЗ, в двух мегаполисах — Москве и Санкт-Петербурге, а также в Московской области и в среднем по России за период 2005-2013гг.

Показатели, представленные на рисунках 1-4, 9 и таблицах 2-4, основаны на данных Росстата (“Демографический ежегодник России” соответствующих лет).

Таблица 1

Зарегистрировано больных: взрослые с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 тыс. населения

	2009	2010	2011	2012	2013
Инфаркт мозга					
РФ	188,4	197,5	197,5	207,4	235,9
МО	154,9	166,6	153,6	154,0	148,3
СПБ	101,6	93,3	87,4	92,8	74,1
Москва	54,4	49,7	53,3	57,3	61,4
Субарахноидальное кровоизлияние					
РФ	29,5	17,4	13,4	11,0	12,7
МО	28,8	14,2	12,0	9,4	8,0
СПБ	17,2	13,5	10,8	6,0	5,6
Москва	3,6	3,4	2,4	1,8	1,4
Внутричерепное или внутримозговое кровоизлияние					
РФ	33,0	32,6	32,8	32,6	38,2
МО	28,0	29,0	27,0	27,1	23,3
СПБ	26,7	24,3	22,6	17,7	21,6
Москва	7,7	6,0	6,0	5,1	4,6
Инсульт неуточненный как кровоизлияние или инфаркт					
РФ	232,1	195,5	143,3	105,0	103,6
МО	130,1	105,6	86,5	92,4	73,6
СПБ	101,7	87,0	69,4	59,1	51,5
Москва	51,5	40,5	27,8	22,4	16,2



Рис. 6 Зарегистрировано больных: взрослые с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения).

Таблица 2

Динамика выборочных социально-экономических показателей

Среднедушевые денежные доходы населения в РФ и городе Москве* (руб.)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Россия	5170,4	6410,3	8111,9	10196,0	12602,7	14940,6	16856,9	18950,8	20754,9	23058,0	25646,6
Москва	16826,6	20899,1	24957,5	29802,6	35489,7	34207,4	41890,8	44051,5	47318,9	48621,6	55100,2

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в РФ и городе Москве (руб.)

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Россия	2223,4	8554,9	13593,4	17290,1	18637,5	20952,2	23369,2
Москва	3229,3	14424,6	23623,3	30552,1	33358,0	38410,5	44898,7

Уровень безработицы в РФ и в городе Москве (%)

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Россия	10,6	7,2	7,2	6,1	6,3	8,4	7,3	6,5	5,5	5,5
Москва	3,9	0,8	1,6	0,8	0,9	2,7	1,8	1,4	0,8	

Примечание: *Денежные доходы населения включают доходы лиц, занятых предпринимательской деятельностью, выплаченную заработную плату наемных работников, социальные выплаты (пенсии, пособия, стипендии, страховые возмещения и прочие выплаты), доходы от собственности в виде процентов по вкладам, ценным бумагам, дивидендов и другие доходы. Среднедушевые денежные доходы (в месяц) исчисляются делением годового объема денежных доходов на 12 и на численность населения. Федеральная служба государственной статистики РФ, октябрь 2014г.

Таблица 3

Случаи самоубийства в РФ и г. Москве (на 100 тыс. населения)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Россия	29,8	28,8	26,9	26,2	23,5	21,4	20,2	19,6
Москва	8,9	8,0	8,0	7,6	7,7	5,5	5,2	4,5

Показатели заболеваемости и ОПЖ, представленные на рисунках 5-8 и в таблицах 1 и 6, основаны на ежегодных Статистических материалах Минздрава России “Медико-демографические показатели Российской Федерации” и данных ВОЗ соответствующих лет.

Стандартизованные в соответствии с Европейским стандартом возрастной структуры показатели смертности от БСК за рассматриваемый период снижались, и в 2013г усредненный показатель по РФ был на 34,3% ниже по сравнению с 2005г — 547,1 vs 833,2 на 100 тыс. населения (рисунок 1). В Москве снижение было несколько более выраженным, но еще более существенная разница имела место

в отношении снижения смертности от ИБС (рисунок 2). За период 2006-2013гг стандартизованный показатель смертности от ИБС в Москве снизился на 35,7%, что в 1,5 раза больше, чем в РФ, в 1,3 раза больше, чем в Санкт-Петербурге, и в 2,6 раз больше, чем в Московской области.

Смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и повторного ИМ за обозначенный период демонстрирует не столь однозначную тенденцию: она снижалась в Санкт-Петербурге, Москве и РФ, тогда как в Московской области показатель даже повысился, хотя и незначительно. Особенно выраженная положительная динамика имела место в Санкт-Петербурге (-31,6%), однако необходимо

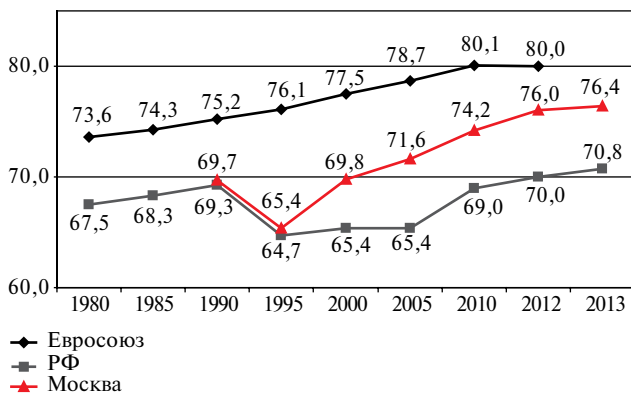


Рис. 7 ОПЖ при рождении, годы.

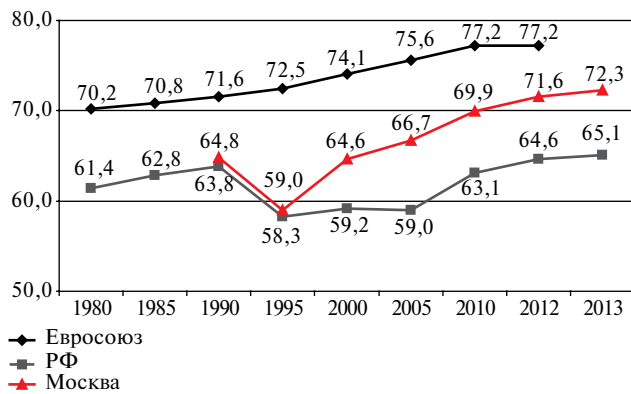


Рис. 8 ОПЖ мужчин, годы.

учесть имевшие место здесь исходно более высокие показатели смертности (рисунок 3).

Смертность от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) — второй важнейший показатель смертности от ССЗ, снизилась существенно, причем наиболее выражено в целом по РФ — на 39%. Во всех трех рассматриваемых субъектах ЦВЗ стали уносить более чем на треть меньше жизней (рисунок 4).

Таким образом, в 2013г самые низкие стандартизованные показатели смертности из всех рассматриваемых зафиксированы в Москве: от БСК — 362,0 на 100 тыс. населения, от ИБС — 196,9 на 100 тыс. и от ЦВЗ — 117,7 на 100 тыс.

В отличие от показателей смертности, которые в период 2005–2013г в большинстве случаев снижались, показатели заболеваемости ССЗ демонстрировали различную направленность и зависимость от организационных аспектов (рисунок 5). Число зарегистрированных больных с диагнозом ССЗ, установленным впервые в жизни, в РФ к 2012г (в сравнении с 2005г) возросло на 15,9%. В 2013г, благодаря масштабной программе диспансеризации населения, число пациентов с впервые выявленными ССЗ всего за один год (в сравнении с 2012г) увеличилось в России на 13,7%.

В то же время больных с диагнозом первого ОИМ стало меньше и в среднем по России на 6,1%, и в субъектах РФ (на четверть уменьшилось число таких больных в Москве). При этом наиболее суще-

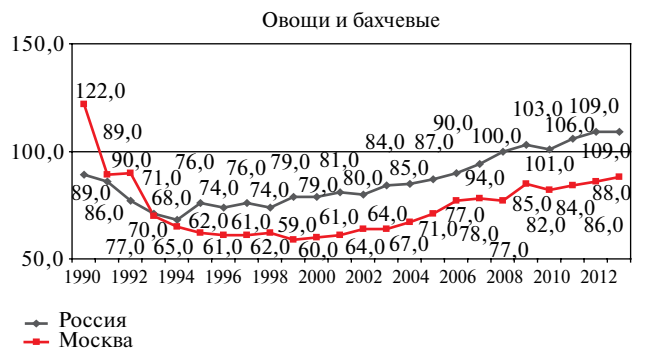


Рис. 9 Потребление овощей, бахчевых, фруктов, ягод, рыбы и рыбопродуктов в РФ и Москве (в кг в год на душу населения).

ственная позитивная динамика имела место в Санкт-Петербурге, где число больных ИМ, установленным впервые в жизни, сократилось наполовину, а число больных повторным ИМ — на 60,2% (рисунок 6). Обращает на себя внимание слабо выраженная положительная динамика в отношении числа случаев повторных ИМ в городе Москве.

Таблица 4

Потребление алкоголя в РФ и Москве (в л. в год на душу населения)

Водка и ликероводочные изделия

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Россия	14,7	15,2	14,6	14,3	14,5	15	14,4	14,2	13,8	12,9	12,4	11,6	11	10,9	10,7	9,8
Москва	18,9	18,7	18,8	19,7	20,8	23	24	24,2	23,8	22,9	20,2	19,3	16,6	16,9	16,5	16

Вино и винодельческая продукция (без шампанских и игристых вин)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Россия	3,5	3,4	3,6	3,9	4,3	5	5,4	5,9	5,7	6,6	7,2	7,2	7,2	6,8	6,5	6,4
Москва	6,8	6,6	6,3	5	4,8	6,2	6,1	6,4	5,9	7,3	8,4	9,4	10,1	9,9	9,7	8,9

Пиво

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Россия	27,6	30,6	35,8	43,5	48,7	52,7	58,4	62,2	70,1	80,9	79,7	71,8	70,3	70,8	71,1	70,2
Москва	30	56	61,8	78,9	85,7	89,1	99,1	108,5	111	101,4	95,8	79,7	87,8	91,3	89,9	92,5

Федеральная служба государственной статистики РФ, июнь 2014г.

Таблица 5

Удельный вес населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом в РФ и Москве (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Россия	14,83	15,90	17,32	18,38	20,58	22,49
Москва	12,30	12,42	17,42	18,42	22,37	23,01

Министерство спорта РФ, октябрь 2014г.

В таблице 1 представлена динамика впервые диагностированных случаев МИ за период 2009-2013гг. Очевидно, благодаря модернизации здравоохранения, неуклонно снижалось число больных с неуточненными МИ (как кровоизлияние или инфаркт): более чем в 2 раза в среднем по РФ и в Санкт-Петербурге, в 1,8 раз в Московской области и в 3 раза в Москве. По состоянию на 2013г в Москве больных с неуточненным диагнозом МИ оказалось более чем в 3 раза меньше, чем в Санкт-Петербурге, и в 4,5 раза меньше, чем в Московской области. Обращает на себя внимание существенно меньшее число больных с впервые установленными МИ в Москве. Больных ишемическим инсультом в Москве было более чем в 3,5 раз меньше, чем в среднем по России, причем за весь период 2009-2013гг. Аналогичная ситуация по геморрагическому инсульту, который диагностировался за рассматриваемый период в Москве более чем в 4-8 раз реже, чем в среднем по РФ.

Одним из важнейших параметров оценки состояния здоровья являются показатели ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) с рождения. На рисунке 7 представлена динамика ОПЖ в странах Евросоюза, РФ и Москве за 30-летний период. ОПЖ в странах Евросоюза на протяжении последних десятилетий неуклонно росла, и в 2012г составила 80,0 лет: у мужчин — 77,2 лет и у женщин — 83,1 лет. ОПЖ жителей Евросоюза возросла за 3 последние десятилетия на 6,7 лет у мужчин и на 5,8 лет у женщин [10].

В РФ в 80-е годы ОПЖ постепенно увеличивалась, однако в период 1990-1995гг. ОПЖ резко снизилась — за пять лет на 4,6 года [8]. Только начиная с 2005г данный показатель начал расти, и в 2011г превысил ОПЖ 1990г [6]. Однако различия в ОПЖ между РФ и странами Европейского союза остаются существенными и составляют ~10 лет. В то же время существенные региональные различия, имеющиеся в России, касаются и этого важного показателя. ОПЖ населения в городе Москве в 1995-2000гг резко увеличивается, достигает докризисного уровня, и в дальнейшем демонстрирует тенденцию к неуклонному повышению. В 2012г показатель ОПЖ москвичей достигает 76 лет, и всего 4 года разделяет москвичей и жителей Евросоюза. Таким образом, за два последних десятилетия ОПЖ москвичей увеличилась на 6,7 года. Необходимо отметить, что отчетливая положительная динамика показателей ОПЖ за этот период отмечалась в т.ч. у мужчин (рисунок 8). ОПЖ мужчин в Москве достигла в 2013г 72,3 лет. В том же году ОПЖ москвичек составила 80,2 года, россиянок — 76,3 лет.

Какие факторы могли обеспечить более низкие показатели смертности от ССЗ и большую ОПЖ жителей столицы?

Известна сопряженность показателей здоровья населения с социально-экономическими факторами. В этом отношении показательными представляются различия в социально-экономическом уровне обеспеченности населения. Таблица 2 наглядно показывает, что среднедушевые денежные доходы населения на всем протяжении рассматри-

Таблица 6

Некоторые показатели работы системы здравоохранения в РФ и Москве

Показатели	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва
Обеспеченность койками на 100000 населения	98,5	89,8	96,4	89,8	95,1	94,5	92,4	94,1	90,1	93,2	88,1	93,2	85,8	85,1	83,9	81,0	81,5	78,0
Средняя занятость койки в год (в днях)	318,0	287,0	317,0	290,0	318,0	288,0	321,0	294,0	325,0	299,0	325,0	300,0	324,0	302,0	323,0	298,0	322,0	293,0
Число врачей на 100000 населения	42,9	64,9	43,0	66,8	43,4	67,1	43,8	68,8	44,1	70,3	44,1	71,9	44,0	66,3	44,6	64,1	44,3	65,9
АПУ число посещений на человека в год по поводу заболевания	5,1	7,4	5,1	7,8	5,3	8,3	5,3	8,5	5,3	8,6	5,3	8,8	6,0	9,7	6,9	10,9	6,6	11,3
число посещений на человека в год профилактических	2,1	1,9	2,1	1,9	2,4	2,2	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,5	2,9	3,1
Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь амбулаторно и при выездах (на 1000 населения)	362,0	258,0	361,0	270,0	365,0	284,0	360,0	296,0	360,7	305,2	357,3	324,2	352,0	304,5	332,1	320,2	344,0	314,0

ваемого периода в Москве были в 2-3 раза выше, чем в среднем по РФ. Среднедушевые денежные доходы включают выплаченную заработную плату наемных работников, социальные выплаты (пенсии, пособия, стипендии, страховые возмещения и др.), доходы от собственности в виде процентов по вкладам, ценным бумагам, дивидендам, другие доходы, и исчисляются делением годового объема денежных доходов на 12 и на численность населения. При этом если в 2000-х годах различия по уровню номинальной начисленной заработной платы были небольшими, то в последующем разрыв увеличивался, и в последние годы среднемесячная номинальная заработная плата в Москве была в 1,7-1,9 раз выше, чем в среднем по стране, при этом уровень безработицы в столице был ниже в 4-9 раз.

Мониторинг психологических факторов риска ССЗ на регулярной основе не проводился, однако стабильно более низкий (в 3-4,4 раза) уровень числа самоубийств в Москве в сравнении с РФ (таблица 3) может указывать на большую психологическую устойчивость населения и большую доступность как экстренной, так и плановой психологической/психотерапевтической помощи.

Все больше число россиян следует принципам здорового питания: начиная с 2000г, отмечается стабильный рост потребления овощей, фруктов, бахчевых и ягод как в целом в РФ, так и в столице (рисунок 9). При этом москвичи едят больше фруктов и ягод, но меньше овощей и бахчевых. Потребление рыбы и рыбопродуктов в годы перестройки существенно снизилось, но, начиная с 2000г начало расти. В Москве рыбы и рыбопродуктов за весь представленный период потреблялось существенно больше, чем в среднем по России, особенно существенная разница отмечалась в последние годы: в 2012г потребление рыбы в столице на 43% превысило среднероссийский показатель. При этом в сравнении с 2000г потребление рыбы в Москве выросло более чем в 2 раза.

Потребление пива, вина и особенно водки и ликероводочных изделий в период 1998-2013гг в Москве было выше в сравнении со среднероссийскими показателями (таблица 4). Нельзя исключить, что большие различия в потреблении алкоголя в определенной степени объясняются лучшим учетом потребляемого алкоголя в столице и большим количеством неучтенного алкоголя в целом по России. Тем не менее, представленные данные косвенно указывают на несостоятельность достаточно часто высказываемой точки зрения о том, что алкоголь является определяющей причиной высоких показателей смертности населения в России.

Удельный вес населения, систематически занимающегося физкультурой и спортом, начиная с 2009г в Москве и РФ, был примерно одинаковым (таблица 5).

Число вмешательств по реваскуляризации миокарда
в РФ, Москве и Санкт-Петербурге (на 1 тыс. населения)

Операция	Регион	Годы									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
АКШ	Россия	0,07	0,09	0,11	0,13	0,15	0,18	0,20	0,22	0,24	2,43
	Москва		0,28	0,34	0,34	0,27	0,28	0,34	0,43	0,49	0,47
	Санкт-Петербург		0,20	0,27	0,27	0,37	0,45	0,60	0,58	0,66	0,70
ЧКВ	Россия	0,08	0,10	0,15	0,19	0,25	0,31	0,37	0,46	0,56	0,68
	Москва		0,51	0,64	0,74	0,96	1,10	1,21	1,35	1,45	1,53
	Санкт-Петербург		0,16	0,27	0,41	0,52	0,70	0,98	1,12	1,42	1,88
ЧКВ+АКШ	Россия	0,16	0,19	0,26	0,33	0,41	0,49	0,57	0,68	0,80	3,10
	Москва		0,78	0,98	1,08	1,23	1,38	1,55	1,78	1,94	2,00
	Санкт-Петербург		0,36	0,53	0,68	0,89	1,15	1,58	1,70	2,08	2,59

Примечание: взято из Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова Ежегодные сборники “Сердечно-сосудистая хирургия” 2004-2013гг; АКШ — аортокоронарное шунтирование, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

Согласно данным 2005-2013гг, представленным в таблице 6, при сходной обеспеченности койками среднегодовая занятость койки в Москве несколько ниже, чем в среднем по России. Москвичи реже госпитализируются и реже вызывают скорую медицинскую помощь, но при этом чаще посещают врачей амбулаторно-поликлинических учреждений по поводу своих заболеваний (в 2013г в ~2 раза чаще). Очевидно, не последнюю роль здесь играет существенно более высокая обеспеченность врачами на 100 тыс. населения (в 1,5-1,6 раз большая, чем в среднем по России). В 2011-2013гг в Москве был реализован важный этап модернизации столичного здравоохранения, в рамках которого было закуплено >60 тыс. единиц современного оборудования, включая аппаратуру для ультразвуковой диагностики, компьютерные и магнитно-резонансные томографы, ангиографы, значительная часть которого поступила в городские поликлиники. На базе стационаров Москвы были открыты 11 региональных сосудистых центров и 23 первичных сосудистых отделения. Многие жители столицы имеют возможность обращаться в целый ряд федеральных учреждений кардиологического профиля. Все это существенно повысило доступность высокотехнологичной помощи для жителей столицы. Закономерно, что число вмешательств по реваскуляризации миокарда (на 1 тыс. населения) в Москве превышает среднероссийский уровень в 2,5-3 раза (таблица 7). В то же время, начиная с 2009г, в Санкт-Петербурге операций по реваскуляризации миокарда выполняется примерно столько же или больше (в разные годы), чем в Москве, при этом показатели смертности от ИБС в Санкт-Петербурге на ~30% выше, чем в столице. Очевидно, что соответствие медицинской помощи современным стандартам, включая доступность высокотехнологичной помощи, играет большую роль, тем не менее, эта роль не является определяющей в отношении сни-

жения показателей смертности. Для достижения дальнейшего устойчивого снижения смертности от ССЗ и повышение продолжительности жизни населения требуется реализация целого комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, снижение уровней факторов риска, осуществление первичной профилактики ССЗ в сочетании с оптимизацией медицинской помощи, направленной на достижение целевых показателей вторичной профилактики ССЗ.

Заключение

Начиная с 2003г, в РФ отмечается снижение смертности от ССЗ, которое с 2006г приобрело более устойчивый и выраженный характер как среди мужчин, так и среди женщин. С 2003 по 2013гг общий коэффициент смертности от БСК снизился на 25% — 698,1 vs 927,5, тем не менее, он остается более высоким, чем в начале 90-х годов — 621,0 на 100 тыс. населения в 1991г. Отмечаются существенные различия между регионами РФ по показателям заболеваемости и смертности от ССЗ. За период 2006-2013гг стандартизованный показатель смертности от ИБС в Москве снизился на 35,7%, что в 1,5 раза больше, чем в РФ, в 1,3 раза больше, чем в Санкт-Петербурге, и в 2,6 раз больше, чем в Московской области. В 2012г показатель ОПЖ москвичей достигает 76 лет, и всего 4 года разделяет москвичей и жителей Евросоюза. ОПЖ мужчин в Москве достигла в 2013г 72,3 лет. Существенно более низкие показатели смертности от ССЗ в Москве в сравнении со среднероссийскими, очевидно, обусловлены более высоким социально-экономическим уровнем жизни населения, большей психологической устойчивостью и большей доступностью психологической (психотерапевтической) помощи, более высоким уровнем потребления рыбы, фруктов и ягод, а также большей доступностью амбулаторно-поли-

клинической и высокотехнологической медицинской помощи для жителей столицы.

Для достижения дальнейшего устойчивого снижения смертности от ССЗ и повышения продолжительности жизни населения требуется реализация целого комплекса профилактических мероприятий,

направленных на формирование здорового образа жизни, снижение уровней факторов риска, осуществление первичной профилактики ССЗ в сочетании с оптимизацией медицинской помощи, направленной на достижение целевых показателей вторичной профилактики ССЗ.

Литература

1. European Mortality Database. Mortality indicators by 67 causes of death, age, sex. HFA-MDB. Updated July 2011.
2. Perk J, de Backer BG, Gohlke H. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2012; 33: 1635-1701.
3. Nichols M, Townsend N, Scarborough P and Rayner M. European Cardiovascular Disease Statistics. 2012 (European Heart Network and European Society of Cardiology)
4. World Health Organization Regional Office for Europe. European Health for All Database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/> (30 August 2013); WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; 2013.
5. World Health Organization. WHO Mortality Database: 1st May 2013 update. http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html (30 August 2013); World Health Organization, Department of Health Statistics and Information Systems, Geneva, Switzerland, 2013.
6. Demographic Yearbook of Russia 2012: Statistical handbook. Rosstat. М.: 2012; 535 p. Russian (Демографический ежегодник России 2012. Стат. сборник. Росстат. М.: 2012; 535 с).
7. Yakovleva TV. Improving the system of providing medical care to patients with cardiovascular diseases in the Russian Federation. 20 March, 2013. <http://old.rosminzdrav.ru/health/cardiovascular/97> Russian (Яковлева Т.В. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. 20 марта 2013 г. <http://old.rosminzdrav.ru/health/cardiovascular/97>).
8. Oganov RG, Maslennikova GYa. Demographic trends in the Russian Federation: the impact of cardiovascular disease. Cardiovascular Therapy and Prevention 2012; 1: 5-10. Russian (Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012; 1: 5-10).
9. Boytsov SA, Samorodskaya IV. Dynamics of Cardiovascular Mortality Among Men and Women in Subjects of Russian Federation (2002 to 2011) Kardiologiya 2014; 4: 4-18. Russian (Бойцов С.А., Самородская И.В. Динамика сердечно-сосудистой смертности среди мужчин и женщин в субъектах Российской Федерации (2002-2011 гг.). Кардиология 2014; 4: 4-18).
10. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository, Mortality and global health estimates: Life expectancy. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.687?Lang=en> (30 August 2013); WHO; 2013.