

УДК 614.39(575.2):616.1

МЕСТО КЫРГЫЗСТАНА В МИРОВЫХ ТРЕНДАХ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К.Ш. Джорупбекова, Р.Б. Кыдыралиева, С.А. Махмутходжаев

Рассмотрены сердечно-сосудистые заболевания как серьезная проблема здравоохранения многих стран мира, обуславливающая высокую смертность их населения.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; факторы риска; сердечно-сосудистая смертность.

PLACE OF KYRGYZSTAN IN THE WORLD TRENDS IN MORTALITY FROM CARDIOVASCULAR DISEASES

K.Sh. Dzhorupbekova, R.B. Kydyraliyeva, S.A. Makhmutkhodzhaev

The article describes the cardiovascular diseases as the serious problem of public health services of many countries in the world, causing the high death rate of their population.

Keywords: cardiovascular diseases; risk factors; cardiovascular diseases mortality.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти людей во всем мире: от ССЗ ежегодно умирают 17,5 млн человек, что составляет около 30 % в структуре всех причин смертности [1]. Основными ССЗ, определяющими смертность населения, являются так называемые “болезни цивилизации”: коронарная болезнь сердца (КБС), артериальная гипертензия (АГ), нарушения мозгового кровообращения или мозговой инсульт (МИ) [2, 3].

По данным Всемирной Федерации сердца (2012 г.), самая высокая смертность от КБС отмечается в Европейском регионе и Юго-Восточной Азии, где общее число случаев смерти от КБС достигло 2195 тыс. и 1834 тыс., соответственно, в год [4]. Ежегодно в мире инсульты случаются у 16 млн человек, из них 5,7 млн погибают. К 2030 г. ожидается, что смертность от ССЗ в мире возрастет до 23 млн человек в год [5]. Несмотря на то, что во многих развитых странах распространенность МИ снижается, эта проблема сохраняет актуальность в связи с увеличением доли пожилой части населения.

За последние десятилетия во многих развитых странах мира в показателях смертности от МИ и КБС достигнута положительная динамика. Так, если в 20-х гг. XX в. смертность от КБС и МИ в развитых странах быстро росла и достигла максимума в 1950–1960-е гг., то затем она стала

постепенно снижаться, сохраняя эту тенденцию в 1990-е гг. и после 2000 г. Например, в США с 1950 по 1991 г. стандартизованные показатели смертности от КБС снизились более чем на 50 %, от МИ – приблизительно на 69 %; в среднем уровень смертности женщин снижался на 3 % в год, мужчин – на 3,8 % [6–8]. Примерно так же происходило в Японии, Канаде, Австралии [9–11]. В развитых странах Европы, таких как Швеция, Швейцария, Великобритания, Бельгия, Дания, Франция, Финляндия, Норвегия и др., максимум смертности от ССЗ наблюдался во второй половине 1960-х, 1970-х и начале 1980-х гг., затем следовало снижение, происходившее либо умеренно, либо более быстрыми темпами [12–15]. В 1970 г. в Европе самая высокая смертность от ССЗ (1500 мужчин и около 700 женщин на 100 тыс. чел.) наблюдалась в Финляндии [16], далее шли Великобритания, Дания, а ниже всего смертность наблюдалась в Испании и Греции [13, 17]. В странах Восточной Европы (Венгрия, Польша, Чехия, СНГ и др.) смертность от КБС и МИ продолжала расти и в 1990-х годах, и позже [18]. До 1984 г. данные СССР о смертности были засекречены [19], а в опубликованных в 1984 г. статистических данных смертности в СССР от ССЗ была достаточно высокой как у мужчин (1350), так и у женщин (750) [20].

К 1990-м гг. уровень смертности от болезней сердца и сосудов в Финляндии, Англии, Да-

нии [14, 21, 22] и других развитых странах резко (в 2–2,5 раза) снизился. Например, в США в течение нескольких десятилетий произошло снижение смертности населения от инфаркта миокарда на 50 %, от МИ – на 69 % [6–8]. В Японии проведение Национальной государственной программы по борьбе с МИ позволило снизить смертность с 20,0 % в 1979 г. до 7,8 % – в 2008-м [23]. Смертность от КБС в Европе (включая и страны Восточной Европы) с 1980-х по 2005 г. в среднем уменьшилась со 108 до 99 на 100 тыс. среди мужчин < 65 лет и с 29 до 27 на 100 тыс. – среди женщин того же возраста; от инсультов – с 41 до 38 на 100 тыс. среди мужчин < 65 лет и с 25 до 20 на 100 тыс. – среди женщин того же возраста. В странах Европейского союза эти показатели еще ниже: в среднем смертность от КБС снизилась за этот период с 80 до 40 на 100 тыс. среди мужчин < 65 лет и с 18 до 9 на 100 тыс. – среди женщин того же возраста; от инсультов – с 26 до 15 на 100 тыс. среди мужчин < 65 лет и с 16 до 8 на 100 тыс. – среди женщин того же возраста. Как показывает мировой опыт, наиболее важным фактором в снижении смертности от ССЗ является проведение широкомасштабных мероприятий по первичной и вторичной профилактике ССЗ.

Особенно наглядным и наиболее приемлемым примером борьбы с ССЗ для стран СНГ, и в частности Кыргызстана, является опыт Финляндии. Внедрение в этой стране государственной программы по пропаганде здорового образа жизни и контроля АГ в течение 30 лет позволило снизить смертность от ССЗ, особенно лиц трудоспособного возраста на 75 % и заболеваемость цереброваскулярными болезнями (МИ) на 70 %. Как уже говорилось, в 1060-х гг. в этой стране показатели сердечно-сосудистой смертности населения были самыми высокими в Европе и даже в мире. В 1970-х гг. в Финляндии была организована первичная медико-санитарная помощь на базе так называемых “центров здоровья”, принявших активное участие в реализации проекта “Северная Карелия”. Краеугольными камнями этого проекта были сокращение курения, употребление полезной пищи, своевременное выявление, контроль и врачебное наблюдение больных с ССЗ. В целом, Финская стратегия по профилактике ССЗ была построена на 2-х принципах: первичная профилактика на уровне популяции и стратегия высокого риска (среди групп населения с высоким риском ССЗ).

Диаметрально противоположная ситуация в показателях смертности от ССЗ складывается в странах бывшего СССР, когда уровень смертности не снижается, а, наоборот, неуклонно растет. Особенно быстрый рост смертности в странах

СНГ наблюдался с 1990 по 1994 г. [24]. Скорее всего, этот рост совпал с политическими и экономическими изменениями в этих странах. Причиной высокого роста смертности от ССЗ явились глобальные социальные потрясения, разрушение эффективной работы системы здравоохранения, а также другие факторы. Таким образом, следует также предполагать, что рост смертности в начале 1990-х гг. у нас в стране связан с произошедшим распадом СССР, приведшим к психосоциальному напряжению, разрыву экономических связей, что резко ухудшило финансовое обеспечение здравоохранения и качество оказания медицинской помощи в нашей республике.

Несмотря на то, что общая смертность в мире от ССЗ снижается, главным образом, в связи с проведением популяционной профилактики и улучшением лечения [25, 26], как было показано на примере Финляндии, тем не менее, ССЗ остаются основной причиной смерти во многих развитых странах, что отчасти объясняется демографическим старением населения экономически развитых стран. Однако в развивающихся странах, в том числе и в странах бывшего СССР уровень смертности от КБС остается не только высоким, но и непрерывно прогрессирующим явлением. Например, в Российской Федерации ведущая причина смертности – ССЗ, на долю которых в 2006 г. в структуре общей смертности от всех причин приходилось 56,9 % [27]. Причем за последние годы динамика смертности от КБС характеризуется повышенной смертностью мужчин трудоспособного возраста, доля которых в числе умерших в 2001–2006 гг. составляла 88 %. Число умерших мужчин более чем в 7,2 раза превышало число умерших женщин, что позволило западным средствам массовой информации назвать это российским феноменом. В Кыргызской Республике в структуре общей смертности ССЗ также занимают ведущее место и составляют 50,1 %. С 1991 г., после распада СССР, отмечается прогрессирующее ухудшение этого показателя. По данным Республиканского медико-информационного центра, если в 1991 г. на долю смертности от ССЗ приходилось 261,9 случаев на 100 тыс. человек, то к 2011 г. уровень смертности превысил 326,3 случаев на 100 тыс. населения. Таким образом, рост уровня смертности составил 24,6 %. Другим неприятным сюрпризом явилось то, что в последние годы отмечается рост смертности от ССЗ у лиц молодого возраста. По сравнению с 1990-ми гг. среди лиц в возрасте 20–29 лет число умерших за 20 лет увеличилось в 2,6 раза, в возрасте 30–44 лет – в 1,6 раза и в возрасте 45–49 лет – в 3,5 раза [28]. Подобная тенденция, когда в трудоспособном возрасте КБС и инфаркт миокарда становятся при-

чиной смертности людей молодого возраста, отмечается и в Кыргызстане. Кыргызстан наряду с Россией, Украиной, Молдовой, Грузией и некоторыми другими странами Восточной и Центральной Европы находится также и среди “лидеров” по росту смертности от МИ.

По данным регионального Европейского бюро ВОЗ 2010 года, средняя стандартизированная смертность населения от ССЗ в Европе составляет 376,32 на 100 тыс. населения, и стала значительно ниже по сравнению с 1980-ми гг. В начале 1980 гг. этот общий показатель, составив 537,09 на 100 тыс. населения и далее заметно снизившись, к началу 1990-х гг. вновь вырастает – 520 на 100 тыс. населения, а затем уверенно снижается вниз до сегодняшних дней [1, 4].

Самая высокая сердечно-сосудистая смертность в Европейском регионе, по имеющимся заявленным данным 2010 г., зафиксирована на Украине, составив 732,71 на 100 тыс. населения, далее вплотную следует Республика Молдова с незначительной разницей в показателе смертности – 731,1 на 100 тыс. населения [1]. На третьем месте стоит Кыргызстан – 701,93, затем идет Российская Федерация – 673,77, а далее Казахстан – 621,09 на 100 тыс. населения. Промежуточное положение по стандартизированному показателю смертности от ССЗ занимают страны Восточной Европы, а нижние позиции принадлежат странам Западной Европы. Таким образом, стандартизированный показатель смертности от ССЗ в некоторых странах СНГ превышает аналогичные показатели западноевропейских стран в 5–6 раз!

Низкие показатели смертности зафиксированы и в США – 136 на 100 тыс. населения, в Канаде еще ниже – 89, в Австралии – 92, Новой Зеландии – 104, а в Японии – 82 на 100 тыс. населения [1, 29].

До последнего времени считалось, что ССЗ в развивающихся странах распространены сравнительно мало. Согласно данным, опубликованным Колумбийским университетом [30], в “бедных” странах число ССЗ за последние годы стало заметно нарастать. Непрерывно растущее население больших городов способствует распространению вредных привычек. Значительно увеличивается число курящих и людей, пользующихся дешевой некачественной пищей. Нарастает хронический стресс, снижается физическая активность, все больше становится людей с избыточным весом, диабетом. Все эти факторы риска способствуют росту числа больных с КБС и МИ. По данным ВОЗ (2012 г.), в странах Африки и Центрального Востока отмечаются относительно высокие показатели сердечно-сосудистой смертности населения. Так,

к примеру, в Египте – 445 на 100 тыс. населения, Алжире – 397, Анголе – 375, Саудовской Аравии – 338, Иране – 350, Афганистане – 512 на 100 тыс. населения [1]. Такая же ситуация с этой проблемой складывается и в Кыргызстане.

Единственным утешением можно считать наметившуюся в последние годы тенденцию снижения смертности от ССЗ в Кыргызстане. Так, если в 1991 г. этот показатель был на уровне 2 тыс. 62 человек на 100 тыс. населения, увеличившийся на 34 % в 2006 г., то уже в 2010 г. впервые было зарегистрировано снижения уровня смертности на 8 % по сравнению с 2006 г. Эти изменения могут быть частично обусловлены началом эффективного использования современных технологий диагностики, профилактики и лечения кардиологических больных.

Таким образом, ССЗ остаются серьезной проблемой здравоохранения во многих странах мира, обуславливая высокую смертность их населения. Неблагоприятные тенденции динамики роста ССЗ и смертности, а также распространенности основных факторов риска в Кыргызской Республике требуют более серьезного подхода для решения этой проблемы, причем не только со стороны медиков. Требуется государственная поддержка в реформировании всего здравоохранения, направленного на улучшение профилактических мероприятий ССЗ в масштабах всей страны.

Литература

1. World Health Organization / The World health report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life.
2. Fuster V. Global burden of cardiovascular disease: time to implement feasible strategies and to monitor results // Journal of the American College of Cardiology. Vol. 65. № 5. P. 520–522, 2014.
3. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD // European Heart Journal. 2013; 34:3035–3087.
4. <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/>
5. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., and Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update // European Heart Journal. 2014. Vol. 35. № 42. P. 2950–2959.
6. Zheng Z.J., Croft J.B., Giles W.H. et al. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998 // Circulation. 2001; 104: 2158–2163.
7. Fox C.S., Evans J.C., Larson M.G., Kannel W.B., Levy D. Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999: the Framingham Heart Study // Circulation. 2004 Aug 3;110(5):522–7.

8. *Jemal A., Ward E., Hao Y., Thun M.* Trends in the leading causes of death in the United States, 1970–2002 // *JAMA*. 2005; 294: 1255–1259.
9. *McGovern P.G., Jacobs D.R. Jr, Shahar E. et al.* Trends in acute coronary heart disease mortality, morbidity, and medical care from 1985 through 1997: the Minnesota heart survey // *Circulation*. 2001; 104: 19–24.
10. *Yasuyuki Nakamura, Takako Yamamoto, Tomonori Okamura, Takashi Kadowaki, Takehito Hayakawa, Yoshikuni Kita, Shigeyuki Saitoh, Akira Okayama, Hirotsugu Ueshima and The NIPPON DATA 80 Research Group.* Combined Cardiovascular Risk Factors and Outcome IPPON DATA 80, 1980–1994 // *Circulation Journal*. Vol. 70 (2006). № 8. P. 960–964.
11. *Junko Tamaki, Hirotsugu Ueshima, Takehito Hayakawa, Sohail Reza Choudhury, Kazunori Kodama, Yoshikuni Kita, Akira Okayama and for the NIPPON DATA80 Research Group.* Effect of Conventional Risk Factors for Excess Cardiovascular Death in Men. NIPPON DATA 80 // *Circulation Journal*. Vol. 70 (2006). № 4. P. 370–375.
12. *Rosamond W.D., Chambless L.E., Folsom A.R. et al.* Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994 // *N Engl J Med*. 1998; 339: 861–867.
13. *Capewell S., Morrison C.E., McMurray J.J.* Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994 // *Heart*. 1999; 81: 380–386.
14. *Tunstall-Pedoe H., Vanuzzo D., Hobbs M. et al.* Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations // *Lancet*. 2000; 355: 688–700.
15. *Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) case-control study // *Lancet*. 2004; 364:937–952.
16. *Salomaa V., Miettinen H., Kuulasmaa K. et al.* Decline of coronary heart disease mortality in Finland during 1983 to 1992: roles of incidence, recurrence, and case-fatality: the FINMONICA MI Register Study // *Circulation*. 1996; 94: 3130–3137.
17. *Levy D., Thom T.J.* Death rates from coronary disease: progress and a puzzling paradox // *N Engl J Med*. 1998; 339: 915–917.
18. *Knoops K.T., de Groot L.C., Kromhout D. et al.* Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project // *JAMA*. 2004; 292:1433–1439.
19. Протокол Российского многоцентрового эпидемиологического исследования “Структура болезней системы кровообращения и потребность в отдельных видах специализированной лечебно-диагностической помощи среди взрослых пациентов, обратившихся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения” (СТЕРХ), 2006.
20. *Sans S., Kesteloot H., Kromhout D., and on behalf of the Task Force.* The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe: Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe // *Eur Heart J*. 1997. 18: 1231–1248.
21. *Menotti A, Jacobs D.R., Blackburn H., Kromhout D., Nissinen A., Nedeljkovic S., Buzina R., Mohacek I., Seccareccia F., Giampaoli S., Dontas A., Aravanis C., Toshima H.* Twenty-five-year prediction of stroke deaths in the seven countries study: the role of blood pressure and its changes // *Stroke*. 1996. Mar; 27(3):381–7.
22. *Derby C.A., Lapane K.L., Feldman H.A., Carleton R.A.* Sex-specific trends in validated coronary heart disease rates in southeastern New England, 1980–1991 // *Am J Epidemiol*. 2000; 151: 417–429.
23. *Toru Takii, Satoshi Yasuda, Jun Takahashi et al.* Trends in Acute Myocardial Infarction Incidence and Mortality Over 30 Years in Japan: Report From the MIYAGI-AMI Registry Study *Circ J* 2010; 74: 93–100.
24. *Аладышева А.С.* Социально-экономические аспекты политики развития здравоохранения в России: автореф. дис. ... канд. эконом. наук / А.С. Аладышева. М., 2007.
25. *Fine L.* Occupational diseases of the heart // In: *Environmental and Occupational Medicine*. 2nd ed. Ed: Rom W. 1992. Boston; Little Brown.
26. *Peeters A., Bonneux L., Barendregt J.J., Mackenbach J.P.* Improvements in treatment of coronary heart disease and cessation of stroke mortality rate decline // *Stroke*. 2003; 34: 1610–1614.
27. *Ощепкова Е.В.* Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2001–2006 гг. и пути по ее снижению / Е.В. Ощепкова // *Кардиология*. 2009. № 2. С. 67–72.
28. Статистический сборник “Демографический ежегодник России”. М.: Росстат, 2007. С. 551.
29. *Crimmins, E.M., Beltrán-Sánchez, H.* Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? // *Journal of Gerontology*. 66B(1), 2010; 75–86.
30. <http://www.evremir.com/article.php?id=2297>.