

Глезер М. Г.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

ПОЛОВАЯ И ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СМЕРТНОСТИ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ДАННЫЕ 2016 ГОДА

Ключевые слова: смертность населения, сердечно-сосудистые заболевания, половые и возрастные различия

Ссылка для цитирования: Глезер М. Г. Половая и возрастная характеристики смертности от заболеваний системы кровообращения в Московской области. Данные 2016 года. Кардиология. 2019;59(1):49–56.

РЕЗЮМЕ

Вклад заболеваний системы кровообращения в общую смертность населения остается высоким. В связи с этим необходимо изучать факторы, которые вносят наиболее существенный вклад в региональную заболеваемость и смертность, для разработки целевых программ профилактических мероприятий, которые будут направлены на работу с определенными группами населения. Целью настоящего исследования явилось провести анализ различий в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у людей разного пола и возраста, проживающих на территории Московской области. *Материалы и методы.* Для анализа были взяты данные федеральной службы государственной статистики (Росстат) и территориальной службы государственной статистики Московской области по смертности за 2016 г. Анализ был проведен у мужчин и женщин, разделенных по возрасту на группы до 50 лет, 50–59 лет, 60–69 лет, 70–79 лет, 80 лет и старше. Разделения по заболеваниям были произведены в соответствии с МКБ X. *Результаты.* На территории Московской области численность населения на 1 января 2016 г. составила 7 318 647 человек (из них мужчин 46,2% и женщин 53,8%). Лица трудоспособного возраста составили 58,9%. В структуру смертности у женщин хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания вносят больший вклад (80%), чем у мужчин (68%, $p < 0,0001$). У мужчин же вклад острой ИБС, заболеваний сердца, не связанных с ИБС, и сосудистых заболеваний значимо больший (30%), чем у женщин (18%, $p < 0,0001$). В возрасте старше трудоспособного коэффициенты смертности существенно более высокие, чем в трудоспособном возрасте. Но если у мужчин коэффициенты смертности повышаются в 10–20 раз, то у женщин в 30–130 раз. *Заключение.* Несмотря на положительную динамику смертности от заболеваний системы кровообращения (снижение с 2008 по 2016 гг. на 45,3%), необходимо увеличивать усилия по коррекции факторов риска ИБС и проводить своевременную диагностику и коррекцию заболеваний, не связанных с ИБС.

Glezer M. G.

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

GENDER AND AGE CHARACTERISTICS OF MORTALITY FROM DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM OF THE MOSCOW REGION. DATA 2016 YEAR

Keywords: population mortality; cardiovascular diseases; gender specific differences; age specific differences.

For citation: Glezer M. G. Gender and Age Characteristics of Mortality From Diseases of the Circulatory System of the Moscow region. Data 2016 year. *Kardiologiya*. 2019;59(1):49–56.

SUMMARY

Contribution of diseases of the circulatory system to total mortality of the population remains high. Therefore it is necessary to study factors with most substantial impact on regional morbidity and mortality for elaboration of targeted programs of preventive measures aimed at definite population groups. *Purpose* of this study was to perform analysis of differences of mortality from cardiovascular diseases (VVD) of Moscow region inhabitants of various gender and age. *Materials and methods.* Data on 2016 mortality of Federal Service of State Statistics (Rosstat) and territorial service of state statistics of the Moscow Region were used in this analysis. Analysis was conducted for men and women divided in age groups ≤ 50 , 50–59, 60–69, and ≥ 50 years. Diseases were classified in accordance with 10th Revision of International Statistical Classification of Diseases (ICD10). *Results.* Population of the Moscow Region territory on January 1, 2016, amounted 7 318 647 (men 46.2, women 53.8%, persons of working age 58.9%). Contribution in the mortality structure of chronic ischemic heart disease (IHD) and cerebro-vascular diseases in women was greater than in men (80 vs. 68%, respectively, $p < 0.0001$). Contribution of acute IHD, IHD unrelated heart diseases, and vascular diseases in men was significantly greater than in women (30 vs. 18%, respectively, $p < 0.0001$). In the age group over working age mortality indexes were substantially higher compared with those in working age. In men these indexes became 10–20 times while in women – 30–130 times higher. *Conclusion.* Despite positive dynamics of mortality from diseases of the circulatory system (45.3% lowering from 2008 to 2016) it is necessary to strengthen efforts directed to correction risk factors of IHD and implementation of timely diagnostics and correction of IHD unrelated diseases.

Московская область является вторым (после г. Москвы) по численности населения регионом Российской Федерации. Численность населения на 1 января 2016 г. составила 7 318 647 человек. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают устойчивое первое место в структуре общей смертности во многих странах мира [1], в том числе и в Московской области. Несмотря на то что в последние годы в Московской области отмечается положительная динамика в виде снижения сердечно-сосудистой смертности (рис. 1), тем не менее, она остается довольно высокой, значимо превышающей показатели смертности в развитых странах [2]. В связи с этим необходимо изучать факторы, которые вносят наиболее существенный вклад в региональную заболеваемость и смертность, для разработки целенаправленных профилактических мероприятий, с учетом региональных особенностей.

Целью настоящего исследования явилось проведение анализа различий в смертности от ССЗ у людей разного пола и возраста, проживающих на территории Московской области.

Материалы и методы

Для анализа были взяты данные федеральной службы государственной статистики (Росстат) [3] и территориальной службы государственной статистики Московской области по смертности за 2016 г. [4].

Анализ был проведен для мужчин и женщин, разделенных по возрасту на группы до 50 лет, 50–59 лет, 60–69 лет, 70–79 лет, 80 лет и старше. Кроме того, проведен анализ смертности в группах трудоспособного возраста и старше трудоспособного возраста. Возрастные категории были определены как не достигшие трудоспособного возраста – мужчины и женщины в возрасте 0–15 лет,

лица трудоспособного возраста – мужчины в возрасте 16–59 лет, женщины – 16–54 лет и в возрасте старше трудоспособного – мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины в возрасте 55 лет и старше. Данные приведены в абсолютных значениях, долях значений в группах (%). Смертность приведена в абсолютных значениях (число умерших людей) и коэффициенты смертности – в расчете на 100 000 населения.

Разделение по причинам смерти было проведено в соответствии с МКБ X. Так, к смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) были отнесены смерти, имеющие коды I.20–I.25, от хронических форм ИБС – I.25, от острых форм I.20–I.22, I.24, I.46; от артериальной гипертензии – I.10–I.15, от других заболеваний сердца, не связанных с ИБС – I.26–I.52, от цереброваскулярных заболеваний – I.60–I.69, инсультов – I.60–I.67 и заболеваний сосудов – I.70–I.89 соответственно.

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System). Оценку статистической значимости различий по частоте «бинарных» показателей, т. е. имеющих числовые коды «0 – нет; 1 – да» в двух сравниваемых группах пациентов выполняли как с помощью параметрического t-критерия Стьюдента с учетом арксинус-преобразования Фишера для сравниваемых частот, так и по ряду непараметрических критериев: в частности, по критерию χ^2 Пирсона и по критерию точной вероятности Фишера.

Результаты

Из общей численности населения в Московской области, составляющей на 1 января 2016 г. 7 318 647 человек, мужчин – 3 381 138 человек (46,2%) и женщин 3 937 509 (53,8%) человек. Таким образом, численность женского населения превышает численность мужчин, на 1000 мужчин приходится 1165 женщин. При этом с учетом возрастных категорий на 1000 лиц мужского пола приходится в группе моложе трудоспособного возраста 939,3 женщин, в группе трудоспособного возраста 917,2 женщин, в группе возраста старше трудоспособного это превышение значительное и составляет 2476,3 женщин. Для сравнения в Российской Федерации эти цифры составляют соответственно по возрастным группам 949,8; 914,5 и 2403,1. В Московской области доля мужчин в возрасте старше трудоспособного несколько ниже, чем в среднем в РФ, что может свидетельствовать о более высокой смертности мужчин в более молодом возрасте.

Среди населения Московской области лица трудоспособного возраста составили 4 313 118 человек (58,9%), соответственно среди мужчин 66,5% и среди женщин 52,4% (табл. 1). Каждый четвертый человек относится к возрасту старше трудоспособного (25,1%), соответственно среди мужчин 15% и среди женщин вдвое больше – 33,2%.

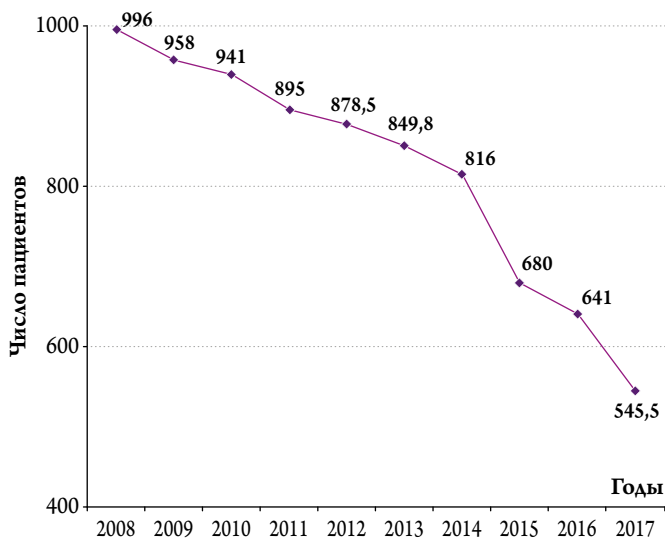


Рис. 1. Динамика смертности от заболеваний системы кровообращения в Московской области (2008–2017 гг.) на 100 000 населения.

Таблица 1. Распределение населения Московской области по возрастным группам

Возрастные группы	Все население	Мужчины	%	Женщины	%
Все население	7 318 647	3 381 138	46,2	3 937 509	53,8
Трудоспособного возраста	4 313 118	2 249 667	52,2	2 063 451	47,8
% от общего числа населения	58,9	66,5		52,4	
Старше трудоспособного возраста	1 834 977	527 847	28,8	1 307 101	71,2
% от общего числа населения	25,1	15,6		33,2	



Рис. 2. Структура общей смертности в Московской области в 2016 г.

В целом из группы лиц старше трудоспособного возраста 71,2% приходится на женщин. Остальное население составляют лица, не достигшие трудоспособного возраста.

В 2016 г. в Московской области умерло 95 569 человек. Как уже указывалось, коэффициент смертности от заболеваний системы кровообращения снижается (рис. 1).

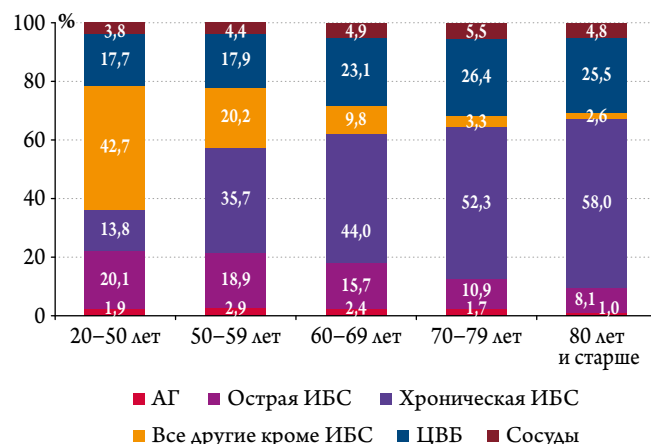


Рис. 3. Вклад различных заболеваний сердечно-сосудистой системы в структуру смертности у мужчин разных возрастных групп.

АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярная.

Заболевания сердечно-сосудистой системы составили 49% в структуре общей смертности (рис. 2).

В табл. 2 представлено распределение умерших людей по полу и возрасту от различных ССЗ. Общее число

Таблица 2. Число умерших от различных ССЗ мужчин и женщин в зависимости от возраста в 2016 г.

Причина смерти	16-50 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	80 лет и старше	Всего
Мужчины						
АГ	37	102	135	90	46	410
Острые формы ИБС, включая внезапную смерть	396	661	884	581	360	2 882
Хроническая ИБС	273	1251	2 475	2 800	2 563	9 362
Другие заболевания сердца, не связанные с ИБС	843	709	551	174	113	2 390
Цереброваскулярные заболевания	349	627	1 299	1 415	1 127	4 817
Смерть от заболеваний сосудов	74	154	277	292	212	1 009
Итого	1 972	3 504	5 621	5 352	4 421	20 870
%	9,4	16,8	26,9	25,6	21,2	100
Женщины						
АГ	17	53	107	168	248	593
Острые формы ИБС, включая внезапную смерть	48	122	362	752	989	2 273
Хроническая ИБС	59	327	1 268	3 692	8 081	13 427
Другие заболевания сердца, не связанные с ИБС	283	253	262	226	315	1 339
ЦВБ	127	326	813	2 165	3 863	7 294
Смерть от заболеваний сосудов	43	73	154	258	551	1 079
Итого	577	1 154	2 966	7 261	14 047	26 005
%	2,2	4,4	11,4	27,9	54,0	100

Здесь и в табл. 3, 4: ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни.

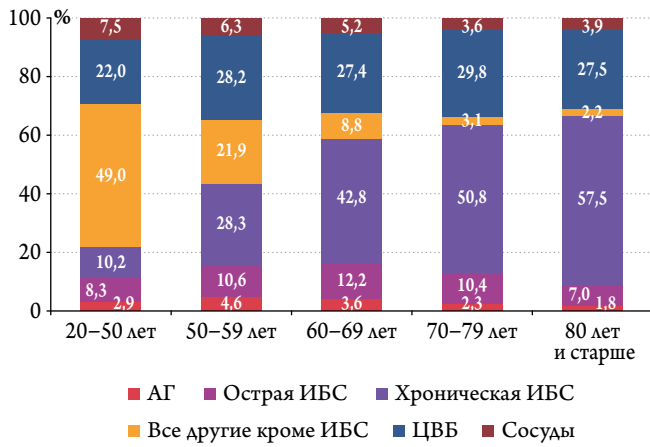


Рис. 4. Вклад различных заболеваний сердечно-сосудистой системы в структуру смертности у женщин разных возрастных групп.

умерших женщин было большим, чем мужчин. В возрасте до 70 лет умерло 53% мужчин и 18,1% женщин, в то время как в возрасте старше 70 лет умирает менее половины мужчин (47%) и 82% женщин.

Проведен анализ вклада различных заболеваний в структуру смертности от заболеваний системы кровообращения. Отчетливо видно, что у мужчин (табл. 2 и рис. 3), начиная с возраста 50 лет, возрастает вклад таких причин, как ИБС и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). В то же время существенно снижается вклад острых форм ИБС (двукратно) и других болезней сердца, не связанных с ИБС (двадцатикратно). Вклад же хронической ИБС постепенно увеличивается и составляет к 70–79 годам половину, а у 80-летних – 2/3 случаев в структуре смертности. Вклад заболеваний, связанных с поражением сосудов (I.70–I.89 по МКБ X), в разных возрастных группах остается малым и неизменным – около 5%.

У женщин динамика с возрастом во многом аналогична той, что наблюдается у мужчин (рис. 4). В частности, вклад хронической ИБС у женщин 50–59 лет становится в 2,6 раза выше по сравнению с более молодым возрастом, и с увеличением возраста наблюдается дальнейшее повышение вклада хронической ИБС в структуру сердечно-сосудистой смертности (ССС). В отличие от мужчин, у женщин и до 50 лет вклад ЦВЗ составляет 22%, что на 20% больше чем у мужчин. С увеличением возраста вклад цереброваскулярных заболеваний в структуру СССР увеличивается и держится на постоянном уровне 27–29% в разных возрастных группах. Вклад острых форм ИБС в смертность у женщин меньше, чем у мужчин во всех возрастных группах. После 50 лет у женщин вклад заболеваний сосудов в структуру СССР уменьшается, и в возрасте 70 и более лет становится вдвое меньшим, чем до 50 лет.

Если проанализировать причины смертности у мужчин и у женщин вне зависимости от возраста, то в структуру смертности хроническая ИБС и ЦВЗ вносят боль-

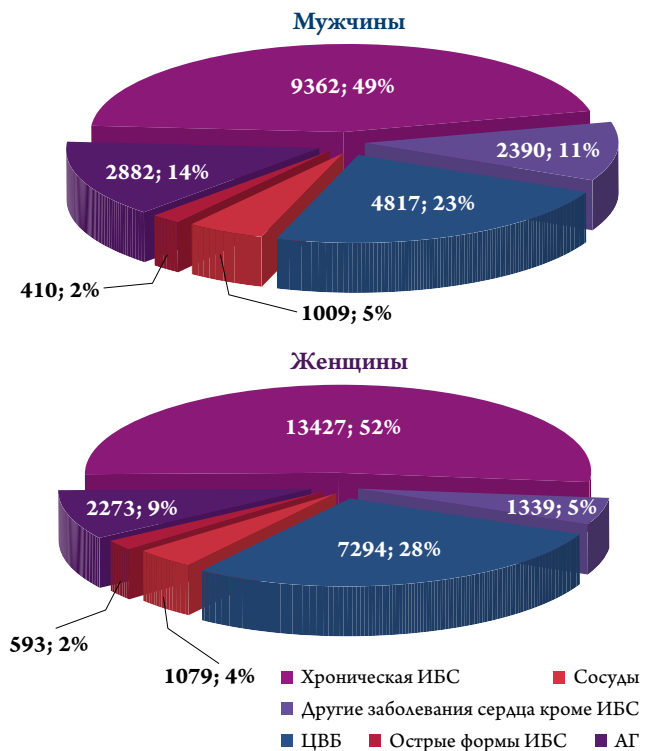


Рис. 5. Структура смертности от заболеваний системы кровообращения у лиц разного пола (все возраста).

ший вклад у женщин, чем у мужчин ($p < 0,0001$). Вклад острой ИБС, заболеваний сердца, не связанных с ИБС, и сосудистых заболеваний значимо больший у мужчин, чем у женщин (во всех случаях $p < 0,0001$) (рис. 5).

Следует отметить, что соотношение смертности у мужчин и женщин от различных заболеваний изменяется с возрастом.

Видно, что вклад артериальной гипертонии и вклад смертей от ЦВЗ в структуру смертности от ССЗ во всех возрастных группах у мужчин меньше, чем у женщин (см. рис. 3 и рис. 4). В то же время в смертности от острых форм ИБС соотношение мужчины/женщины выше в возрасте от 20 до 69 лет, затем различия между мужчинами и женщинами стираются. При хронической ИБС вклад у мужчин выше в возрасте 20–50 и 50–59 лет, а затем вклад у мужчин и женщин становится практически одинаковым. Вклад других заболеваний сердца, не связанных с ИБС, высокий в более молодом возрасте, особенно у мужчин, затем снижается. Вклад заболеваний сосудов в структуру смертности в группах женщин более молодого возраста больше, чем у мужчин, но в старших возрастных группах соотношение у мужчин становится даже большим (на 20%), чем у женщин.

Коэффициенты смертности, рассчитанные на 100 000 населения, при всех ССЗ у мужчин выше, чем у женщин. Особенно отчетливые различия наблюдаются у людей в трудоспособном возрасте (табл. 3). У лиц старше

Таблица 3. Коэффициенты смертности при различных формах сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте трудоспособном и старше трудоспособного у мужчин и у женщин

Показатель	Всего мужчин	В т. ч. трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста	Всего женщин	В т. ч. трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
Население, чел.	3 381 138	2 249 667	527 847	3 937 509	2 063 451	1 307 101
Смертность от ССЗ	618,5	244,3	2 920,4	662,8	48,9	1919,4
Смертность от АГ	12,1	6,2	51,3	15,1	1,7	42,7
Смертность от ИБС	360,6	112,8	1828,9	398,3	12,3	1180,4
Смертность от ИМ	57,0	22,9	267,5	49,8	1,7	147,3
Смертность от всех острых форм, включая внезапную	85,2	47,1	346,9	57,7	4,3	164,3
Смертность от хронической ИБС	276,1	65,7	1482,1	340,7	7,9	1016,1
Смертность от всех других заболеваний сердца, кроме ИБС	70,7	69,1	158,4	34,0	19,0	50,7
Смертность от ЦВЗ	142,8	43,5	729,0	183,5	11,5	534,6
Смертность от инсультов	109,4	40,1	529,9	132,1	11,0	371,4
Смертность от заболеваний сосудов	43,4	10,2	148,1	26,7	3,8	74,6

Таблица 4. Выраженность изменения коэффициентов смертности (на 100 000 человек населения) в возрасте старше трудоспособного по сравнению с трудоспособным возрастом у мужчин и женщин

Показатель	Мужчины	Женщины
Смертность от ССЗ	12,0	39,2
Смертность от АГ	8,3	25,1
Смертность от ИБС	16,2	96,3
Смертность от ИМ	11,7	84,4
Смертность от всех острых форм, включая внезапную	7,4	38,1
Смертность от хронической ИБС	22,6	127,8
Смертность от всех других заболеваний сердца, кроме ИБС	2,3	2,7
Смертность от цереброваскулярных заболеваний	16,8	46,4
Смертность от инсультов	13,2	33,9
Смертность от заболеваний сосудов	14,6	19,7

ИМ – инфаркт миокарда.

трудоспособного возраста коэффициенты смертности у мужчин выше, чем у женщин в 1,5–3 раза.

Важно, что в возрасте старше трудоспособного коэффициенты смертности существенно более высокие, чем в трудоспособном возрасте. Но если у мужчин повышение коэффициентов смертности происходит в 10–20 раз, то у женщин коэффициенты повышаются в 30–130 раз (табл. 4). Особенно большая разница у женщин выявлена в отношении смертности от ИБС, в том числе и от инфаркта миокарда (ИМ) и от хронических форм ИБС. Наименьшее увеличение коэффициентов смертности старше трудоспособного возраста и у мужчин, и у женщин касается смертности от заболеваний сердца, не относящихся к ИБС.

Обсуждение

В данной статье нами представлены статистические данные о вкладе различных нозологических форм в структуру общей смертности и смертности от ССЗ в Московской области за 2016 г. Эти данные показывают, что болезни системы кровообращения в Московской области занимают почти половину в структуре общей смертности. По дан-

ным, приводимым статистикой США, вклад заболеваний сердца составляет около 30% [1]. Если рассмотреть подробнее саму структуру ССС в США, то основная часть смертей приходится на ИБС (47,7%), смерти, обусловленные артериальной гипертонией, занимают 8,3%, заболеваниями артерий – 3,3%, на долю инсультов приходится около 16%. В Московской области на все ЦВЗ приходится 23–28% смертей, на инсульты – 18%. Важно, что в США выделяют отдельно вклад смертей от сердечной недостаточности (СН). К сожалению, в России статистика по СН не ведется, и смертность от СН «скрывается» в таких состояниях как хроническая ИБС или различные кардиопатии.

Еще один важный аспект, на котором следует остановиться: в возрасте до 75 лет в США от ССЗ умирает 35% людей, в Московской области в этом возрасте умирает 41,2% людей. Более того, из числа умерших мужчин на этот возраст приходится 2/3 случаев (61,1%), что свидетельствует о существенно более ранней смертности от ССЗ у мужчин в Московской области.

В Канаде ситуация отличается значительно: там 79% смертей по любой причине (общая смертность) прихо-

дится на возраст старше 65 лет, при этом 38% приходится на возраст старше 85 лет [5].

В Европе последние опубликованные данные по смертности касаются периода 2010–2014 гг. [6]. Смертность значительно различается в разных европейских странах. Но тем не менее, ССЗ в структуре общей смертности составляют 46%, у мужчин 42% и у женщин 51%. При этом вклад ИБС составляет 20% в среднем, у мужчин 20% и у женщин 21%, вклад ЦВЗ 12%, у мужчин 10%, у женщин 14% и вклад других болезней – 14%, у мужчин 12% и у женщин 16%. Анализ по возрасту показывает, что в возрасте до 75 лет умирает 37% человек, а до 65 лет 30% пациентов, среди мужчин эти показатели составляют соответственно 36 и 31%, у женщин – 37 и 27%.

Как показано выше, в Московской области отмечается значимое снижение смертности от ССЗ (на 45%, рис. 1), что соответствует общей тенденции в Российской Федерации, наблюдаемой в последние годы [7, 8]. Подобное улучшение показателей можно объяснить общими изменениями в системе здравоохранения, в частности, в связи со специальной программой в Московской области, направленной на улучшение ситуации с оказанием помощи больным кардиологического профиля, реструктуризацией учреждений, оказывающих помощь больным с ССЗ, изменением подчиненности медицинских организаций с муниципального уровня на областной (Министерству здравоохранения), введением унифицированных подходов к лечению основных заболеваний сердечно-сосудистой системы, созданием в течение последних 4 лет сети сосудистых центров и первичных сосудистых отделений для лечения пациентов с острым коронарным синдромом и инсультами, значительным обновлением оснащенности медицинских организаций и прочее. Важно, что эти изменения происходят на фоне снижения и смертности от всех причин (общей смертности). Все же показатели смертности от ССЗ значительно превышают показатели в большинстве развитых стран [2, 6], даже если учесть все неточности и сложности в кодировании причин смерти [9, 10].

Сравнивая данные, приведенные по странам Европы, с данными в Московской области по возрасту, они незначительно различаются, и доля умерших в возрасте до 60 лет составляет 34,5%, у мужчин 26,2%, а у женщин 6,6% (см. табл. 2).

Учитывая полученные данные, в профилактических мероприятиях акцент должен быть сделан на следующее:

- должен быть организован очень жесткий мониторинг состояния здоровья молодых мужчин;
- должны быть созданы алгоритмы динамического наблюдения женщин, имевших патологию во время беременности (гестационная гипертензия, гестационный диабет, преэклампсия, эклампсия), для своевременного

принятия решения о необходимости начала медикаментозной терапии;

- необходимо обеспечить своевременное выявление, лечение и профилактику заболеваний, не связанных с ИБС – пороки сердца, кардиопатии, нарушения ритма, «легочное сердце» и нарушения легочного кровообращения; должен быть организован эффективный контроль факторов риска, обуславливающих развитие атеросклеротических поражений и атеротромботических осложнений, как в первичной, так и во вторичной профилактике.

Эти хорошо известные утверждения, к сожалению, недостаточно внедрены в практическую деятельность. Так, например, даже у пациентов с установленным диагнозом ИБС, по данным регистра ПРОГНОЗ, выявлена низкая частота назначения лекарственных препаратов (деагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины) с доказанным влиянием на риск развития сердечно-сосудистых осложнений при вторичной профилактике у больных со стабильной ИБС [11]. По данным, полученным нами у пациентов в амбулаторной практике, перенесших ИМ в ближайшие 12 мес, сохраняются высокие цифры холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, т. е. большинство из этих пациентов не достигают целевых значений липидов крови [12]. В то же время применение высокодозовой терапии статинами позволяет предотвратить более 80% риска ИМ или инсульта [13].

Учитывая столь значимое увеличение смертности в возрасте старше трудоспособного, особенно обусловленное ИБС, следует понимать, что вмешательства должны быть начаты хотя бы на 5–6 лет раньше, для того чтобы они достигли оказания максимального положительного эффекта к моменту значимого возрастания заболеваемости и смертности. Так известно, что значимые защитные эффекты статинов наблюдаются при достаточно большой продолжительности лечения [14, 15].

Значимое увеличение частоты смертей в более пожилом возрасте у женщин по сравнению с молодыми женщинами или в сравнении с мужчинами того же возраста можно связать с наступлением менопаузы и снижением защитного действия эстрогенов [16]. Однако нет данных, позволяющих рекомендовать менопаузальную гормональную терапию как профилактику ССЗ [17], и основным направлением должно быть формирование здорового образа жизни как наиболее проверенной тактики профилактики заболеваний у женщин [18, 19] и у мужчин [20].

Ситуация с инсультами требует особого рассмотрения, и здесь информирование населения о первых признаках нарушения мозгового кровообращения и необходимости скорейшего обращения за медицинской помощью приобретает подчас решающее значение. Так как в случае раннего обращения есть возможность при ишемическом инсульте провести либо тромболитическую тера-

пию, либо тромбэкстракцию и, тем самым, спасти жизнь или уменьшить выраженность постинсультного неврологического дефекта. Трудно переоценить здесь роль средств массовой информации, кабинетов профилактики, центров здоровья и работы врачей, особенно в группах высокого риска развития мозговых катастроф.

Должны быть предприняты меры к тому, чтобы сосудистые центры были обеспечены возможностью проведения эндоваскулярных вмешательств при острых нарушениях мозгового кровообращения. Для этого должны быть разработаны и скорейшим образом внедрены тарифы обязательного медицинского страхования на оказание подобной помощи

Кроме того, понимая роль контроля АД и противотромботического лечения у пациентов с фибрилляцией предсердий в снижении риска развития инсультов, эти направления лечения должны находиться под постоянным вниманием врачей и руководителей органов здравоохранения. Контроль АД оставляет желать лучшего, несмотря на то что доступны все новейшие, в том числе и комбинированные формы антигипертензивных лекарственных препаратов. Эффективность этих подходов для достижения целевого уровня АД доказана во многих, в том числе и в российских исследованиях [21, 22]. К сожалению, многие врачи ориентированы на списки по дополнительному льготному лекарственному обеспечению, забывая, что основная часть пациентов, требующих медикаментозной терапии при АД, не относятся к данной категории. Известно, что степень повышения АД наибольший вклад вносит в развитие сердечно-сосудистых осложнений и смерти в частности от ИБС в возрасте 35–59 лет и в меньшей степени – в более старших возрастных группах, т. е. именно эти возрастные группы должны находиться под особым вниманием врачей [23].

Необходимо формировать у населения устойчивый стереотип высокой приверженности к выполнению врачебных назначений. По нашим данным, в среднем до 5 лет проходит от поставленного диагноза АД до начала посто-

янной медикаментозной терапии [22, 24]. Эта задержка в лечении приводит к развитию значимого поражения органов-мишеней и увеличивает риск развития осложнений, в том числе и смертельных.

Важные шаги в последние годы были сделаны по созданию сети сосудистых центров для лечения острых форм ИБС. В частности, за 3 года в Московской области открыты и работают по системе 24 часа 7 дней в неделю 10 сосудистых центров подчинения Минздрава Московской области. Это увеличило доступность оказания высокотехнологичной помощи и снизило летальность от ИМ на 60%. Однако основная часть смертности от ИБС приходится на хронические ее формы (около 80%), в том числе и на СН. Следовательно, основные усилия в настоящее время должны быть направлены на оказание эффективной помощи именно этой категории пациентов. Это требует и тщательного обучения медицинских сотрудников и создания специализированных кабинетов и отделений, работающих в соответствии с современными рекомендациями по ведению пациентов с ХСН [25].

В заключении следует согласиться с тем, что необходимо регулярно отслеживать результативность применяемых мер, направленных на снижение смертности [26].

Выводы

1. Смертность от заболеваний системы кровообращения существенно зависит от пола и возраста людей.
2. В структуру смертности у женщин хроническая ИБС и ЦВЗ вносят больший вклад, чем у мужчин. У мужчин же вклад острой ИБС, заболеваний сердца, не связанных с ИБС, и сосудистых заболеваний значимо больший, чем у женщин.
3. В старших возрастных группах смертность от ИБС увеличивается, особенно при хронических формах ИБС и особенно у женщин.
4. Целесообразно разрабатывать программы первичной и вторичной профилактики развития и осложнений ССЗ, учитывая пол и возраст населения.

Information about the author:

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Glezer Mariya G. – MD, professor.

E-mail: 287ast@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Heart disease and stroke statistics — 2015 update: a report from the American Heart Association. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2015;131(4):e29–322. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000152.
2. Timmis A., Townsend N., Gale C. et al.; Atlas Writing Group. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017. *Eur Heart J* 2017 Nov 27. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx628
3. www.gks.ru
4. www.msko.gks.ru
5. Mortality trends in Canada, 2013. Report on the Demographic Situation in Canada Mortality: Overview, 2012 and 2013. www.statcan.gc.ca.
6. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. Trends in age-specific coronary heart disease mortality in the European Union over three decades: 1980-2009. *Eur Heart J* 2013 Oct;34(39):3017–27. DOI: 10.1093/eurheartj/eh159.

7. Chazova I.E., Oschepkova E.V. Improving medical care to patients with cardiovascular diseases. *Vestnik Roszdravnadzora* 2015;5:7–11. Russian (Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями: проблемы и пути их решения на современном этапе. *Вестник Росздравнадзора* 2015;5:7–11.)
8. Oshchepkova E.V., Efremova Iu.E., Karpov Iu.A. Myocardial infarction morbidity and mortality in the Russian Federation in 2000–2011. *Terapevticheskiy arkhiv* 2013;85(4):4–10. Russian (Ощепкова Е.В., Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000–2011 гг. *Терапевтический архив* 2013;85(4):4–10.)
9. Boytsov S.A., Samorodskaya I.V., Nikulina N.N. et al. Comparative analysis of mortality from acute forms of ischemic heart disease during a 15-year period in the Russian Federation and the United States and the factors influencing its formation *Terapevticheskiy arkhiv* 2017;89(9):53–59. DOI:10.17116/terarkh201789953-59. Russian (Бойцов С.А., Самородская И.В., Никулина Н.Н. и др. Сравнительный анализ смертности населения от острых форм ишемической болезни сердца за пятнадцатилетний период в РФ и США и факторов, влияющих на ее формирование. *Терапевтический архив* 2017;89(9):53–59.) DOI: 10.17116/terarkh201789953-59
10. Boytsov S.A., Nikulina N.N., Yakushin S.S. et al. Acute ischaemic heart disease in elderly and senile: analysis of morbidity, mortality and detectability results of Russian multicentral epidemiological study of morbidity, mortality, diagnostics and treatment quality of ischaemic heart disease acute forms (RESONANCE). *Clinical Gerontology* 2011;1:73–78. Russian (Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Острые формы ишемической болезни сердца в пожилом и старческом возрасте: анализ заболеваемости, летальности и диагностики по результатам Российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС (РЕЗОНАНС). *Клиническая геронтология* 2011;1:73–78.)
11. Tolpygina S.N., Polyanskaya Yu.N., Martsevich S.Yu. Treatment of patients with chronic ischemic heart disease in real clinical practice according to the data from PROGNOZ IBS register (Part 1). *Ration Pharmacother Cardiol* 2013;9(2):138–142. Russian (Толпыгина С.Н., Полянская Ю.Н., Марцевич С.Ю. Лечение пациентов с хронической ишемической болезнью сердца в реальной клинической практике по данным регистра «ПРОГНОЗ ИБС» (Часть 1). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2013;9(2):138–142.)
12. Glezer M.G. LINKOR: results of observational program in patients with myocardial infarction. *Kardiologiya* 2013;53(5):74–82. Russian (Глезер М.Г. от лица участников программы Линкор: результаты наблюдательной программы пациентов, перенесших инфаркт миокарда. *Кардиология* 2013;53(5):74–82.)
13. Spence J.D. Rational Medical Therapy Is the Key to Effective Cardiovascular Disease Prevention. *Can J Cardiol* 2017;33(5):626–634. DOI: 10.1016/j.cjca.2017.01.003.
14. Nikolic D., Banach M., Nikfar S. et al.; Lipid and Blood Pressure Meta-Analysis Collaboration Group. A meta-analysis of the role of statins on renal outcomes in patients with chronic kidney disease. Is the duration of therapy important? *Int J Cardiol* 2013;168(6):5437–5447. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.08.060.
15. Lipid Modification. Cardiovascular Risk Assessment and the Modification of Blood Lipids for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease NICE Clinical Guidelines, No. 181 London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Jul.
16. Sudlow C.L., Warlow C.P. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. *International Stroke Incidence Collaboration. Stroke* 1997;28(3):491–499.
17. Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B. et al.; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754–3832. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.
18. Ogunmoroti O., Oni E., Michos E.D. et al. Life's Simple 7 and Incident Heart Failure: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Heart Assoc* 2017;6(6). pii: e005180. DOI: 10.1161/JAHA.116.005180.
19. O'Donnell M.J., Xavier D., Liu L. et al.; INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010;376(9735):112–123. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3.
20. Akesson A., Larsson S.C., Discacciati A., Wolk A. Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. *J Am Coll Cardiol* 2014;64(13):1299–1306. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.06.1190.
21. Glezer M.G., Deev A.D. How to Increase the Effectiveness of Antihypertensive Therapy in Clinical Practice: Results of the Russian Observational Program FORSAZH. *Kardiologiya* 2016;56(1):18–24. DOI: 10.18565/cardio.2016.1.13-24. Russian (Глезер М.Г., Деев А.Д. от имени участников программы ФОРСАЖ. Как увеличить эффективность антигипертензивной терапии в реальной клинической практике: результаты российской наблюдательной программы ФОРСАЖ. *Кардиология* 2016;56(1):18–24.) DOI: 10.18565/cardio.2016.1.13-24
22. Glezer M.G. on behalf of program participants The Use of Fixed Perindopril A/Amlodipine Combination Provides High Compliance to Therapy, Effective and Safe Arterial Pressure Lowering in Patients With Previous Ineffective Therapy. *The POTENTIAL Program Kardiologiya* 2015;(55):12:17–24. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/cardio.2015.12.17-24>. Russian (Глезер М.Г. от лица участников программы Программа ПОТЕНЦИАЛ: использование фиксированной комбинации периндоприла А/амлодипина обеспечивает высокую приверженность к терапии эффективное и безопасное снижение артериального давления у пациентов с ранее неэффективной комбинированной терапией. *Кардиология* 2015;55(12):17–24.) DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/cardio.2015.12.17-24>).
23. Rapsomaniki E., Timmis A., George J. et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1-25 million people. *Lancet* 2014;383(9932):1899–1911. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60685-1.
24. Glezer M.G., Saigitov R.T. on behalf of the Athena study participants Effective Treatment of Arterial Hypertension in Women Reduces Frequency of Calls for Medical Aid Because of Urgent Indications. *Kardiologiya* 2009;6:19–26. Russian (Глезер М.Г., Сайгитов Р.Т. Эффективное лечение артериальной гипертензии у женщин снижает шансы обращения за медицинской помощью по экстренным показаниям. *Результаты исследования АФИНА. Кардиология* 2009;6:19–26.)
25. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T. et al. Clinical guidelines. chronic heart failure (CHF). *Russian Heart Failure J.* 2017;18(1):3–40 DOI: 10.18087/rhfj.2017.1.2346. (Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). *Журнал Сердечная Недостаточность.* 2017;18(1):3–40 DOI: 10.18087/rhfj.2017.1.2346)
26. Ivanova A.E., Golovenkin S.E., Mikhailov A.Yu. Evaluation of the effectiveness of policies to reduce mortality from cardiovascular diseases Social aspects of public health 2014;37(3):1. Russian (Иванова А.Е., Головенкин С.Е., Михайлов А.Ю. Оценка результативности мер политики по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. *Социальные аспекты здоровья населения* 2014;37(3):1.)

Поступила 20.01.18 (Received 20.01.18)