

Кыдыралиева Р.Б.

СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МИРЕ

УДК: 612.14:612.12

Сердечно-сосудистые заболевания являются серьезной проблемой здравоохранения многих стран мира, обуславливая высокую смертность трудоспособной части их населения

The cardiovascular diseases are the serious problem of public health services of many countries in the world, causing the high death rate of an able-bodied part of their population

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти людей во всем мире. По данным ВОЗ (2005) ежегодно в мире от ССЗ умирает 17,5 млн. человек, что составляет около 30% в структуре всех причин смертности. Основными ССЗ, определяющими смертность населения, являются коронарная болезнь сердца (КБС), включая инфаркт миокарда (ИМ), артериальная гипертензия (АГ), нарушения мозгового кровообращения. Их называют «болезнями цивилизации». Подсчитано, что если сегодня от инфарктов и других болезней сердца ежегодно в мире умирает до 11,8 миллионов человек, а от мозгового инсульта (МИ) - 5,7 миллиона человек, то к 2020 году от ССЗ, главным образом, от инфарктов и инсультов, будет ежегодно умирать до 25 миллионов человек (1).

По данным Всемирной Федерации сердца (ВФС) (2) самая высокая смертность от КБС, включающей ИМ, отмечается в Европейском регионе и Юго-Восточной Азии, где общее число случаев смерти от КБС достигает 2373 тыс. и 2039 тыс., соответственно в год. Человеческие потери от МИ преобладают в Западно-Тихоокеанском регионе, составляя 1957 тыс. случаев смертей, в Европе этот показатель составляет 1447 тыс., Юго-Восточной Азии – 1059 тыс. По данным экспертов ВФС (2) ежегодно в мире инсульты случаются у 16 миллионов человек (5,7 миллионов погибают). К 2030 году в мире ожидается до 23 миллионов МИ и 7,8 миллионов смертей от них в год. В последующие 2 декады утроятся показатели смертности от МИ в Латинской Америке, на Центральном Востоке, Африке (Сахаре). При этом, 87% случаев смертности от МИ приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Хотя во многих развитых странах распространенность МИ снижается, однако эта проблема сохраняет актуальность в

связи с увеличением доли пожилой части населения.

Несмотря на сложность проблемы за последние 20 - 30 лет во многих странах достигнуты значительные успехи в сокращении смертности от МИ и КБС. Если произвести хронологическую оценку динамики смертности от ССЗ в разных странах, то можно отметить следующее. В 20-х гг. XX в. смертность от КБС и МИ в развитых странах стала быстро расти и достигла максимума в 50-60-е гг. Затем смертность в этих странах стала постепенно снижаться, сохраняя эту тенденцию в 90-е гг и после 2000 года. К примеру, в США с 1950 по 1991 гг. 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%. (3,4,5). Примерно также происходило в Японии, Канаде, Австралии (6,7,8). В других странах (Новая Зеландия, Швеция, Швейцария, Великобритания, Бельгия, Дания, Франция, Финляндия, Норвегия) (9,10,11,12) максимум смертности наблюдался во второй половине 60-х и начале 70-х гг., затем следовало снижение, происходившее либо умеренно, либо более быстрыми темпами. В 1970 г. в Европе самая высокая смертность (1500 мужчин и около 700 женщин на 100 000 человек соответствующего пола) наблюдалась в Финляндии (13), далее шли Англия (10,14), Дания, а ниже всего наблюдались в Испании и Греции. В

странах Восточной Европы (Венгрия, Польша, Чехия, СНГ и др.) смертность от КБС и МИ продолжала расти и в 90-х гг и позже (15).

До 1984 г. данные СССР о смертности были засекречены (16). В 1984 г. смертность в СССР от ССЗ была достаточно высокой как у мужчин (1350), так и у женщин (750) (17).

К 90-м годам уровень смертности от болезней сердца и сосудов в Финляндии, Англии, Дании (18,19,20) и других странах резко (в 2–2,5 раза) снизился, а кривая смертности в СССР круто взметнула вверх. В когда-то неблагоприятной Финляндии сердечно-сосудистая смертность стала ниже, чем в России в 2,5 раза, а в Японии или Франции – в 6–7 раз.

Особенно быстрый рост смертности в России наблюдался с 1990 по 1994 годы (21). Скорее всего, этот рост, который совпал с

политическими и экономическими преобразованиями в стране, был связан с психосоциальными факторами. Исследование, проведенное в одном из районов Москвы на двух случайных выборках в 1989 и 1994 гг., действительно показало заметный рост психосоциального напряжения (22).

Таким образом, в Советском Союзе, если в 70-х годах 20 века тенденции смертности от ССЗ были аналогичны странам Евросоюза, США, Японии (доля смертности от ССЗ в РФ в структуре общей смертности составляла–46,3%), то с начала 80-х годов абсолютное число смертей и показатели смертности на 100 тыс. населения значительно возросли. И уже после 2000 г. доля смертности от ССЗ в структуре общей смертности стала составлять более 56,1%.

Несмотря на то, что общая смертность в мире от болезней сердца и инсультов в 1980-е - 1990-е годы снизилась, что произошло, главным образом, в связи с изменением факторов риска и улучшением лечения (23,24), тем не менее, ССЗ остаются основной причиной смерти во многих развитых странах, что объясняется демографическим старением населения экономически развитых стран.

По данным Европейского общества кардиологов (25) средняя стандартизованная смертность от ССЗ в Европе (данные 2004 года) составляет 5,1 на 1000 мужчин и 3,4 на 1000 женщин. В среднем, ССЗ составляют, примерно 50% в структуре всех причин смерти, варьируя от 35% в некоторых западных странах Европы и достигая 60% в восточных европейских государствах. Самая высокая сердечно-сосудистая смертность, как среди мужчин, так и среди женщин наблюдается, как оказалось в Казахстане (ВОЗ, 2004) – 8,7 на 1000 жителей, в России (8,3 на 1000 населения), Украине (8,1/1000), Молдове (8,1/1000). Относительно низкая смертность от ССЗ отмечается во Франции (1,6/1000), Израиле (1,7/1000), Испании (1,9/1000), Швейцарии (1,9/1000).

По данным Американской ассоциации кардиологов и Национального центра медицинской статистики Центров контроля и профилактики заболеваний, в США в 2005 г. на долю болезней сердца приходилось более 35,3% от всех причин смерти (26,27,28). Показатель смертности от ССЗ (в США) в 2005 году составил 278,9 на 100 тыс. населения. Несмотря на то, что в последние годы идет постоянное снижение данного показателя (с 1995 по 2005 год этот показатель снизился на 26,4%), указанные заболевания остаются ведущей причиной смертности населения США (28,29,30). Показатель смертности от МИ,

составивший в 2005 году в США 46,6 на 100 тыс., по сравнению с 1995 годом упал на 29,7% (26,28,31,32).

Таким образом, доля ССЗ в структуре смертности значительно варьирует: от 35% в странах Западной Европы (Франция, Швейцария), США и до 60% (страны СНГ).

До последнего времени считалось, что ССЗ в развивающихся, "бедных" странах распространены сравнительно мало. Согласно данным, опубликованным Колумбийским Университетом (33), в "бедных" странах за последние годы стало заметно нарастать число ССЗ. Непрерывно увеличивающееся население больших городов способствует распространению вредных привычек. Значительно увеличивается число курящих людей и людей, пользующихся дешевой некачественной пищей. Нарастает хронический стресс, снижается физическая активность, увеличивается число людей с избыточным весом, диабетом. Все эти факторы риска способствуют росту числа больных с ИМ и МИ. Указанные явления преобладают в больших городах, в отличие от сельской местности. При этом обращает на себя внимание рост числа людей, умирающих от ССЗ в молодом и среднем возрасте - от 35 до 59 лет. Группа ученых из Колумбийского университета исследовала состояние здоровья населения нескольких стран, включая Бразилию, Россию, Южную Африку, Китай, Индию. Оказалось, что в России в этом возрасте соответственно умирает в 5 раз больше людей, чем в США (в США на 100 тысяч населения в этом возрасте ежегодно умирает 116 человек). В Индии умирает в два с лишним раза больше, чем в США (33).

Таким образом, сердечно-сосудистые заболевания остаются серьезной проблемой здравоохранения многих стран мира, обуславливая высокую смертность трудоспособной части их населения.

Литература:

1. ВОЗ, 2005. Ежегодный отчет ВОЗ о состоянии здоровья населения "Reducing Risks, Promoting Healthy Life".
2. www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/
3. Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, et al. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Circulation*. 2001; 104: 2158–2163.
4. Fox CS, Evans JC, Larson MG, Kannel WB, 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.

5. 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.
6. McGovern PG, Jacobs DR 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.
7. 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 DATA80, 1980–1994. *Circulation Journal*.- Vol. 70 (2006), No. 8 960-964.
8. Junko Tamaki, Hirotsugu Ueshima, Takehito Hayakawa, Soheli 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 DATA80. *Circulation Journal* Vol. 70 (2006), No. 4 370-375.
9. Rosamond WD, Chambless LE, Folsom AR, 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.
10. Capewell S, Morrison CE, McMurray JJ. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Levy D, Thom TJ. Death rates from coronary disease: progress and a puzzling paradox. *N Engl J Med*. 1998; 339: 915–917.
15. Knuops KT, de Groot LC, 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.
16. 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.
17. 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.
18. Menotti A, Jacobs DR, 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.
19. Derby CA, Lapane KL, Feldman HA, Carleton RA. Sex-specific trends in validated coronary heart disease rates in southeastern New England, 1980–1991. *Am J Epidemiol*. 2000; 151: 417–429.
20. 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.
21. Аладышева А.С. Социально-экономические аспекты политики развития здравоохранения в России. Автореферат диссертации на соиск.уч. ст.канд. эконом. наук, - 2007.
22. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. www.cardiosite.ru
23. Fine L. Occupational diseases of the heart. In: *Environmental and Occupational Medicine*. 2nd ed. Ed: Rom W. 1992. Boston; Little Brown.
24. Peeters A, Bonneux L, Barendregt JJ, Mackenbach JP. Improvements in treatment of coronary heart disease and cessation of stroke mortality rate decline. *Stroke*. 2003; 34: 1610–1614.
25. Scholte W, op Reinmer, S, Gitt, E, Boersma, M, Simoons. *Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey and National registries of cardiovascular diseases and patient management*. European Society of cardiology. France. 2004.
26. National Center for Health Statistics. HIST290A: deaths for selected causes by 10-year age groups, race, and sex: death registration states, 1900–32, and United States, 1933–98. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/statab/unpubd/mortabs/hist290a.htm>. Accessed October 17, 2007.
27. National Center for Health Statistics. GMWK292F: deaths for 358 selected causes by 5-year age groups, race, and sex: United States, 1999–2004. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/datawh/statab/unpubd/mortabs/gmwk292_10.htm. Accessed June 15, 2008.
28. Donald Lloyd-Jones, Robert Adams, Mercedes Carnethon, Giovanni De Simone, T. et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2009 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2009;119:e21-e181
29. AHA American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics – 2005 Update (PDF).

30. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. Hyattsville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 2004; Natl Vital Stat Rep. 53(5), 2004.
 1. 31. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Compressed mortality file: underlying cause of death, 1979 to 2005. Available at: <http://wonder.cdc.gov/mortSQL.html>. Accessed September 15, 2008.
 31. <http://www.euro.who.int/hfadb>
 32. <http://www.evreimir.com>
-