

7. Школьников В. с соавт. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. – 2014. – Т. 1. - № 2. – С. 5-37.

Гросу В.В.

ЭВОЛЮЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Гросу Виктория Васильевна – д.б.н., профессор;
victoria.grosu@usmf.md.

Резюме. Проанализированы заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Рассмотрены механизмы влияния на них факторов риска и эффективные методы их коррекции.

Ключевые слова: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

Grosu V.V.

EVOLUTION AND PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Abstract. Cardiovascular morbidity and mortality are analysed. Influence mechanisms of their risk factors and most effective correction methods are discussed.

Key words: atherosclerosis, ischemic heart disease, arterial hypertension.

Ранняя диагностика и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) атеросклеротического генеза являются актуальнейшими проблемами медицины, поскольку ишемическая болезнь сердца (ИБС) лидирует среди причин смерти, заболеваемости, инвалидизации взрослого населения во всем мире. За последние десятилетия достигнут значительный прогресс в изучении ССЗ. Несмотря на достижения в лечении сердечной патологии, включая появление большого числа эффективных лекарственных препаратов, внедрение в широкую клиническую практику ангиопластики и хирургических методов лечения, ССЗ остаются главной причиной заболеваемости и смертности в мире, унося ежегодно 18 млн. жизней. Один из 8 мужчин и одна из 17 женщин в мире умирают от ССЗ до 65 лет. Среди ССЗ основная доля случаев смерти приходится на ИБС и цереброваскулярные заболевания, от которых ежегодно в мире умирают около 12 млн. человек, еще 20 млн. переносят острые эпизоды, многие из них нуждаются в постоянном дорогостоящем лечении.

Последние годы характеризуются увеличением числа больных с ожирением, сахарным диабетом, ССЗ. Здесь важную роль играют общее старение населения планеты, а также высококалорийное питание, малоподвижный образ жизни, увеличение количества стрессовых ситуаций [5].

Основу этих заболеваний составляет атеросклероз, который долгие годы прогрессирует незаметно и бывает разной степени выраженности, когда появляются клинические симптомы. В то же время, острая сердечная смерть, инфаркт миокарда, инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь недоступна.

Общепризнано, что эпидемия ССЗ во многом связана с образом жизни, физиологическим дисбалансом с преобладанием факторов риска. Снижение подверженности факторам риска сопровождается уменьшением заболеваемости и смертности от ССЗ. Хотя мы не знаем полностью причин развития основных ССЗ, благодаря экспериментальным, клиническим и особенно эпидемиологическим исследованиям выделены факторы, связанные с образом жизни, окружающей средой, генетическими особенностями каждого человека, способствующие развитию и прогрессированию заболеваний, обусловленных атеросклерозом.

Ранняя идентификация факторов риска является основой профилактики ССЗ. Начальные признаки поражения артериального русла атеросклерозом появляются уже в детском и подростковом возрасте. Необходимо раннее выявление детей с семейными дислипидемиями, артериальной гипертензией с целью профилактики атеросклероза уже в детском и подростковом возрасте, когда закладываются основы поведения и образа жизни человека.

По оценке экспертов ВОЗ, артериальная гипертония остается ведущим сердечно-сосудистым фактором риска во всем мире, а уровень АД >115 мм рт. ст. является одной из причин 62% cerebrovasкулярных заболеваний и 49% случаев ИБС. Распространенность контролируемой АГ не превышает 30% и сохраняется на этом уровне от популяции к популяции [6]. Низкая распространенность контролируемой АГ является одной из причин высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в бедных странах. Высокая частота госпитализаций по поводу обострения АГ и гипертонических кризов, консультаций другими специалистами определяют экономические затраты на лечение АГ.

В последние десятилетия подчеркивается первостепенная важность достижения целевого АД для улучшения прогноза, особенно в группах высокого риска. Сложно достичь целевой уровень АД у больных с изолированной систолической АГ, сахарным диабетом, нарушением функции почек. Еще сложнее длительно удерживать целевое АД, возможность чего определяется прежде всего приверженностью

пациента к лечению и поддержанию оптимального взаимодействия с врачом [3].

Основные факторы риска ССЗ (артериальная гипертония, повышенный уровень холестерина в крови, курение, стресс) преобладают в странах с низким ВВП, в т.ч. в Молдове. В странах Восточной Европы значительны колебания смертности в периоды социально-экономических преобразований. По данным ВОЗ, вклад основных факторов риска (гипертонии, гиперхолестеринемии, алкоголя и курения) в преждевременную смертность населения европейских стран от всех причин составляет 75%.

Службы здравоохранения могут эффективно противодействовать артериальной гипертонии и курению. Эти факторы риска широко распространены в нашей стране. Способы их выявления просты и доступны, методы коррекции, в т.ч. медикаментозные, хорошо разработаны и доказали свою эффективность во многих странах мира.

Управление атерогенными рисками призванное решить проблему смертности от атеросклероза, подразумевает не только их раннюю идентификацию, но и, что более важно, выявление наиболее значимых факторов атерогенеза. Среди них нужно отметить хроническое воспаление, дислипидемию, гиперурикемию, инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение. Доказана связь гиперурикемии с инсулинорезистентностью, а также с абдоминальным ожирением, атерогенными дислипидопротеидемиями (повышенным уровнем триглицеридов и общего холестерина, снижением уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, артериальной гипертензией [1, 4]. К концу XX в. сформировалась аргументированная научная концепция, согласно которой гиперурикемия, являясь компонентом метаболического инсулинорезистентного синдрома, уже с детского и подросткового возраста выступает фактором атеро- и диабетогенного риска и предшествует кардиоваскулярным осложнениям инсулинорезистентности [2].

В международных и российских руководствах по АГ подчеркивается первостепенная важность достижения целевого уровня артериального давления для снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В общей популяции в качестве целевого рекомендован уровень АД <140/<90 мм рт. ст. и <130/<80 мм рт. ст. – при СД или нарушении функции почек. Очевидно, что основой успешного достижения и удержания АГ является взаимопонимание и взаимодействие врача и пациента. Со стороны врача важна ориентированность на достижение цели лечения, со стороны пациента – приверженность к назначенному режиму терапии. В этой связи следует отметить проблему преодоления терапевтической инертности при неконтролируемой АГ. Это зависит от режима посещения больных, грамотного приема лекарственных препаратов, назначения меньшего числа антигипертензивных препаратов с синергическими свойствами, мониторинга

суточного профиля АД и ритма сердца на фоне терапии. Основной причиной госпитализаций по поводу АГ и сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ является неадекватный контроль АД на фоне нерегулярного амбулаторного приема антигипертензивных препаратов. В условиях стационара отмечается высокая частота применения многокомпонентной комбинированной терапии с первого дня госпитализации.

По нашему мнению, главными препятствиями улучшения контроля АГ являются низкая приверженность пациентов к антигипертензивной терапии и дефицит знаний у больных об АГ. Широко распространено и мнение пациентов о необязательности постоянного приема антигипертензивных препаратов, нежелание зависеть от лекарств.

Низкие показатели регулярного приема антигипертензивных препаратов пациентами нельзя объяснить только непониманием риска, таящегося в бессимптомном повышении АД. По-видимому, имеются и другие, в т.ч. и психологические причины. Трудности, связанные с разрывом между теорией и практикой лечения АГ, можно устранить с помощью традиционных образовательных программ для врачей и пациентов. Наряду с этим требуется улучшение взаимодействия врача и пациента.

Таким образом, разное понимание проблем жизни с артериальной гипертонией врачом и пациентом свидетельствует о необходимости коррекции образовательных программ, направленных на улучшение приверженности пациентов к лечению и достижению контроля артериального давления.

Оздоровление образа жизни должно включать:

- 1) контроль массы тела, рациональное питание с преимущественным употреблением продуктов растительного происхождения и поддержание биологического баланса калорийности;
- 2) отказ от курения;
- 3) физическую активность (ходьбу, лечебную гимнастику, плавание, закаливание);
- 4) постоянный контроль уровня АД, холестерина и глюкозы крови.

Возможности служб здравоохранения влиять на психосоциальный стресс, злоупотребление алкоголем и курение заметно ограничены и в большей степени направлены на последствия влияния этих факторов на здоровье, чем на предупреждение их развития.

Литература

1. Кобалава Ж.Д. с соавт. Мочевая кислота – маркер и/или новый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений // Клиническая фармакология и терапия. - 2002. - № 11. – С. 32-39.
2. ACE Position Statement on the Insulin Resistance Syndrome // Endocrin Pract. - 2003. – V. 9. № 3. - P. 240-252.

3. ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. – 2013. - № 34. – P. 2159-2219.
 4. Fracchini E. et al. Relationship between resistance to insulin-mediated glucose uptake, urinary acid clearance, and plasma uric acid concentration // JAMA. - 1991. - № 266. – P. 3008-3011.
 5. Mensah G.A. et al. Obesity, metabolic syndrome, and type 2 diabetes: emerging epidemics and their cardiovascular implication // Cardiol Clin. – 2004. - № 22. – P. 485-504.
 6. World Health Report 2005: Reducing risks, promoting healthy life. - <http://www.who.int/whr/2005>.
-

Груздева А.А.¹, Мушников Д.Л.²

**АВТОМАТИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ФАКТОРАМИ
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Костромская окружная больница № 2, г. Кострома

Груздева Анна Андреевна - зав. кардиологическим отделением;

2. Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

Мушников Дмитрий Львович – доцент; ob.zdor@mail.ru.

Резюме. Статья посвящена информационным технологиям обеспечения управления факторами, определяющими результативность медицинской помощи кардиологического профиля. Представлен дифференцированный подход к прогностическому слежению за риском нарушений результативности медицинских услуг по 76 факторам и их коррекции.

Ключевые слова: медицинская помощь, результативность помощи, управление факторами.

Gryzdeva A.A., Mushnikov D.L.

**AUTOMATED IMPACT FACTORS MANAGEMENT
OF CARDIOLOGIC CARE**

Abstract. The article is devoted to information technologies in control of factors determining effectiveness of cardiologic care. A differentiated approach is presented to oversee violation risk of medical services impact by 76 factors and to correct them.

Key words: health care, care impact, factors management.

Анализ теории и практики отечественного и зарубежного здравоохранения в области совершенствования медицинской помощи кардиологического профиля (МПКП) показал, с одной стороны, важность обеспечения контроля результативности помощи для повышения эф-