

ПРОБЛЕМЫ КАРДИОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кыдыралиева Р.Б., Рыскелдиева Э.Ф.

Национальный центр кардиологии и терапии им.академика М.М. Миррахимова МЗ Кыргызской Республики, Бишкек

Исследование сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане имеет первостепенное значение на протяжении многих лет. В 50-60-х годах эти заболевания, так же, как и сейчас, занимали первое место среди причин, приводящих к инвалидности и смертности населения. Еще в 1959 году М.М. Миррахимов с сотрудниками показали высокую распространенность коронарной болезни сердца (КБС), в том числе острого инфаркта миокарда, среди жителей г. Фрунзе, интенсивные показатели смертности от КБС на 100 тыс. населения составляет 160,0, а от инфаркта миокарда – более 28,0.

Согласно статистическим данным за 2005 год [1], в Кыргызской Республике первое место в структуре общей смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходится почти половина (47,3%) всех случаев ежегодных смертей (рис.1).

Если посмотреть кривую данного процентного показателя за последние 10 лет, то она все это время, сохраняя самое высокое положение, имеет тенденцию к еще большему росту [1-7], в отличие от кривых со стороны заболеваний других органов и систем (рис.2).

Динамическая оценка показателя смертности населения от болезней системы кровообращения из расчета на 100 тыс населения, начиная с 1991 года, также выявила рост этого показателя. Так, если в 1991 году на долю смертности от болезней сердечно-сосудистой системы приходилось 261,9 случаев на 100 тыс. населения, по данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ), то в 2005 году уровень этого показателя достиг 340,5 случаев на 100 тыс. населения, то есть возрос на 30 % (рис.3.). Как видно из рисунка, в период с 1991 по 1996 годы происходит резкое (на 25%) увеличение смертности от болезней сердечно-сосудистой системы в республике. Это связано с произошедшим распадом СССР, приведшим к разрыву экономических связей, что резко ухудшило финансовое обеспечение здравоохранения и качество оказания медицинской помощи в нашей республике. В последующем благодаря предпринятым мерам со стороны Кыргызского НИИ кардиологии в рамках реформирования здравоохранения и разработке совместно с Министерством здравоохранения Национальной программы «Здоровое сердце каждому кыргызстанцу к 2010 году», в процессе реализации последней удалось несколько снизить смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, начиная с 2000 года, учитывая не-

решенность многих проблем, в первую очередь, финансовых, вновь имеет место рост данного показателя.

Сегодня, в среднем по республике, от болезней сердца ежегодно умирает около 18 тысяч человек, а ежедневно – около 50 человек (в мире эти заболевания уносят до 17,5 миллионов жизней в год). Согласно данным, установленным экспертами ВОЗ (2002), примерно 80% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на долю развивающихся и ниже среднего экономического достатка стран [8].

Как видно на рис.4, стандартизированный по возрасту показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, по данным ВОЗ, в Кыргызстане на 50 % выше аналогичного показателя, присущего странам, входящим в группу Евр-А (наиболее развитые страны с очень низкими показателями смертности), и продолжает повышаться [9].

Анализ статистических показателей показывает, что не все сердечно-сосудистые заболевания в одинаковой мере определяют смертность населения республики. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний обусловлена, в основном, коронарной болезнью сердца (включая острый инфаркт миокарда) и цереброваскулярными заболеваниями, составив в 2005 году (по данным РМИЦ) 184,2 и 129,4 случаев, соответственно, на 100 000 населения Кыргызской Республики.

В соответствии с данными регионального бюро ВОЗ (2004 г.), Кыргызстан занимает печальное 6-е место по показателям смертности от коронарной болезни сердца (после России, Беларуси, Украины, Казахстана, Молдовы) [9].

Особую тревогу вызывает анализ обобщенных данных регионального бюро ВОЗ (2004), согласно которому Кыргызская Республика по стандартизован-

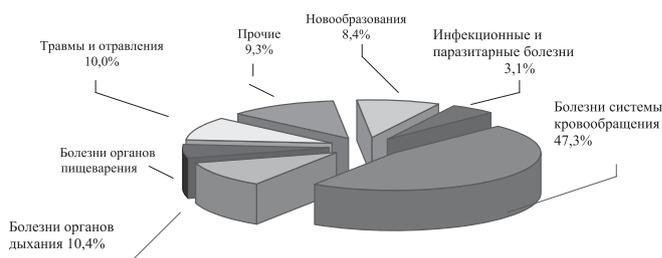


Рис. 1. Структура причин смертности населения Кыргызской Республики (по данным РМИЦ, 2005 г.).

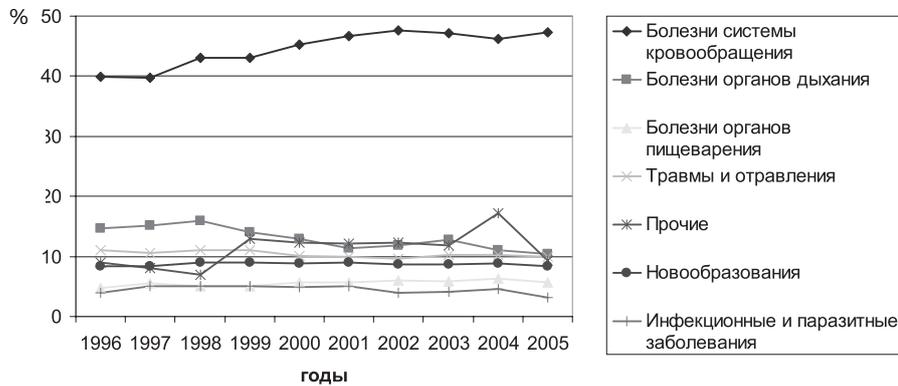


Рис.2. Структура причин смертности населения Кыргызской Республики по годам (РМИЦ).

Таблица 1
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике (число случаев на 100 000 населения с учетом возраста)

Пределы возраста (лет)	Годы		% прироста
	1990	2005	
30 – 39	47,4	55,8	17,7
40 – 49	168,3	184,3	9,5

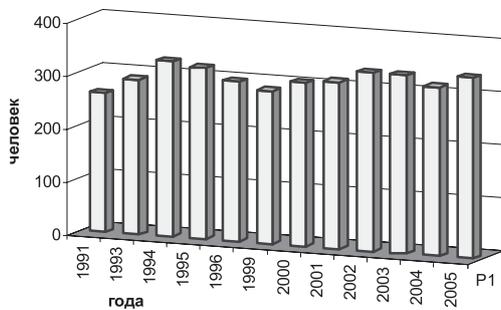


Рис.3. Смертность населения КР от болезней системы кровообращения (оба пола) на 100 000 населения, РМИЦ.

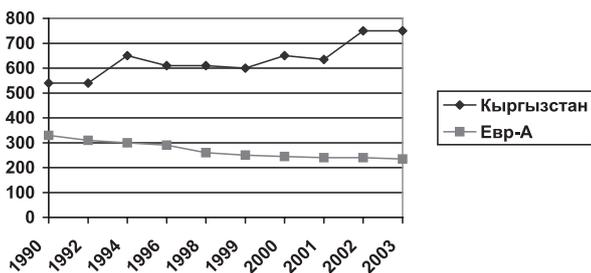


Рис.4. Стандартизированный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане и по Евр-А (ВОЗ,2004).

ному показателю смертности от мозгового инсульта, составившему 88,5 случаев на 100 000 населения, занимает *первое место* как в Евроазиатском регионе, так в мире [9].

Причем это первое место в нашей республике сохраняется на протяжении последних 15 лет с достаточно большим отрывом от других республик. При этом, если кривая смертности по Кыргызстану имеет тенденцию к еще большему росту, то те же показатели по России и Казахстану, начиная с 2003 года, снижаются (рис.5).

Такую критическую ситуацию в стране можно объяснить крайне низким уровнем (или отсутствием) организации мероприятий, направленных на борьбу с цереброваскулярными заболеваниями на уровне как первичной, так и вторичной профилактики. Доказательством последнего может служить очень низкая госпитализация пациентов с цереброваскулярными заболеваниями: Кыргызстан по данному показателю занимает одно из последних мест в мире – около 150 на 100000 населения, по данным ВОЗ [9].

Известно, что мозговой инсульт является следствием, главным образом, гипертонической болезни, а также неудовлетворительных лечебно-профилактических мероприятий среди населения республики. Гипертоническая болезнь является одним из самых распространенных заболеваний, которым ориентировочно страдают более полумиллиона кыргызстанцев (530 тыс.человек). Фактически каждый четвертый житель Кыргызстана старше 18 лет и каждый второй житель пожилого возраста имеет повышенное кровяное давление. Наличие гипертонической болезни представляет собой большую угрозу развития коронарной болезни

Таблица 2

Показатели смертности населения трудоспособного возраста в Кыргызстане и странах Евр-А (ВОЗ,2003)

Причины смерти	30-44 лет		45-59 лет	
	Кыргызстан	Евр-А	Кыргызстан	Евр-А
Сердечно-сосудистые заболевания	172,0	36,5	926,8	207,3
Коронарная болезнь сердца	70,7	14,2	368,3	104,0
Цереброваскулярные болезни	40,8	8,0	398,1	38,2

Таблица 3

Экономическая эффективность использования обучающих программ у пациентов с артериальной гипертонией

Число пациентов	Экономический эффект (в сомах)		Общий экономический эффект (в сомах)
	от снижения количества госпитализаций и дней временной нетрудоспособности	от снижения числа вызовов скорой медицинской помощи	
1	49,3	18,48	67,78
200	9863,9	369,5	10,233

сердца, острого инфаркта миокарда, цереброваскулярных заболеваний и мозгового инсульта.

Другими распространенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний в республике и их осложнений являются высокий уровень липидов (нарушения липидного обмена), сахарный диабет, курение (так же, как и в других странах Европейского региона). Так, повышенным содержанием липидов в крови страдают около 379 000 кыргызстанцев, а сахарным диабетом около 26000 человек (по данным РМИЦ); курят около 30% взрослого населения. Артериальная гипертония (АГ), гиперлипидемия (ГЛ) в крови и курение занимают первые три места в списке основных факторов риска, приводящих к смертности от неинфекционных заболеваний (включающих ССЗ).

Отметим, в большинстве стран Европейского региона излишний вес имеет свыше половины населения, свыше 30% взрослого населения недостаточно активны в своей повседневной жизни, и показатели двигательной активности продолжают снижаться [10].

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в Кыргызстане немалое число больных и умерших от заболеваний сердца. И это – лица трудоспособного возраста, ведущие социально-активный образ жизни, творчески одаренные, высокоинтеллектуальные люди, занятые в различных сферах деятельности (производство, сельское хозяйство, бизнес, наука, культура и др.).

Как следует из данных, представленных в табл.1, в 2005 году по сравнению с 1990 годом смертность от указанных заболеваний сердечно-сосудистой системы молодых людей (в возрасте 30-39 лет) увеличилась на 17,7%, а в возрасте 40-49 лет – на 9,5% (по данным РМИЦ).

На рис.6 представлена сравнительная характеристика возрастных показателей смертности от ССЗ в Швеции и Кыргызстане. Показано, что последние в Кыргызстане наиболее выражены в молодом трудоспособном возрасте – в озрастном диапазоне 20-50 лет.

Сравнительная оценка стандартизованного коэффициента смертности (СКС) от ССЗ у людей трудоспособного возраста в Кыргызстане и странах Евр-А выявила колоссальную разницу (табл.2). Как видно, СКС по Кыргызстану превышает аналогичный показатель стран Евр-А в несколько раз.

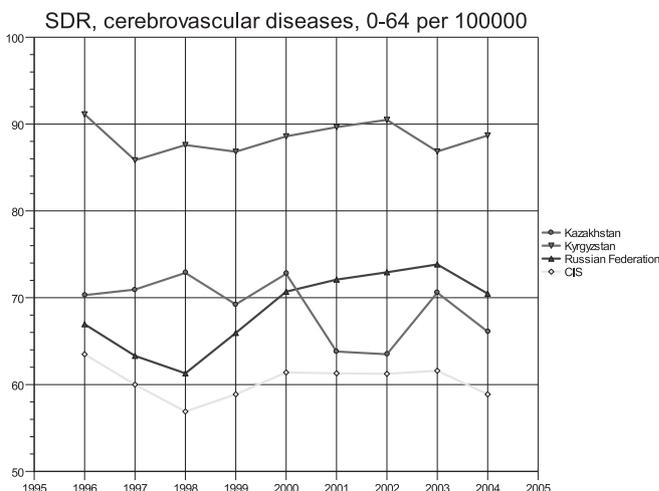


Рис.5. Стандартизированная по возрасту (0-64) смертность на 100 тыс. населения от цереброваскулярных заболеваний по годам (ВОЗ, 2004).

Последствия этой проблемы могут быть катастрофическими – семьи теряют кормильца из-за преждевременной смерти от инсульта или инфаркта миокарда, что, в свою очередь, влечет за собой большое экономическое бремя из-за потери дохода. Преждевременная смерть квалифицированных работников может оказывать неблагоприятное воздействие не только на доходы семей, но и на национальную экономику страны в целом.

Указанные заболевания сердечно-сосудистой системы не только определяют основную смертность населения Кыргызстана, но и являются причиной преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации. По данным РМИЦ 2005, в структуре причин первичной инвалидности взрослого населения Кыргызской Республики сердечно-сосудистые заболевания составляют 17,7%, что значительно превышает аналогичные показатели по другим заболеваниям (рис. 7), занимая первое место на протяжении рассматриваемых последних 10 лет [11, 12].

Подсчитано, что экономический ущерб только от первичного выхода на инвалидность составляет 9,7 млн. сом в год. Если к этому добавить экономический ущерб, наносимый преждевременной смертностью трудоспособного населения республики от сердечно-сосудистых заболеваний, то ежегодно экономические потери превысят 53 млн. сомов. И это без учета косвенных потерь и семейных издержек, определяемых смертью члена семьи, часто основного кормильца.

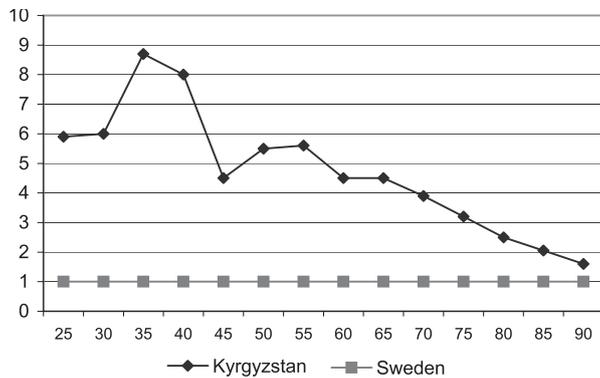


Рис. 6. Возрастные показатели смертности от ССЗ в Швеции и Кыргызстане (ВОЗ, 2004).

Таким образом, приведенные данные позволяют утверждать, что в Кыргызской Республике общая смертность и инвалидизация населения в большей степени определяются болезнями сердечно-сосудистой системы, что требует четкого выделения приоритетов при определении стратегии и тактики активных лечебно-профилактических вмешательств. Ибо ясно, что организация борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями даст реальный шаг для будущего улучшения показателей здоровья населения Кыргызстана.

Необходимо иметь в виду, что как артериальная гипертония, так и коронарная болезнь сердца относятся к так называемым модулируемым (регулируемым) заболеваниям. В этом отношении положительные результаты даст изменение образа жизни в сочетании с применением современных, базирующихся на принципах доказательной медицины, лекарств. В результате накопленного в этом отношении опыта и проведенных исследований, в НЦКТ четко показано, как при правильной организации обучения населения медико-гигиеническим основам профилактики (с использованием и лекарств, как это делается за рубежом) можно достичь ощутимых результатов. Так, обучение 200 больных гипертонической болезнью

(руководитель – проф. А.С.Джумагулова) и 200 – коронарной болезнью сердца (руководитель – проф. Э.М.Миррахимов) и повышение комплаентности больных в отношении как немедикаментозного, так и лекарственного вмешательства, привели к существенным положительным результатам по сравнению с эффективностью деятельности семейных врачей г.Бишкека.

В табл. 3 показана эффективность использования образовательных программ у больных эссенциальной гипертонией, изученная в НЦКТ.

Но и такой надежный и, самое главное, экономически недорогой опыт не получил должного применения в республике, хотя результаты приведенного исследования являются частью общей исследовательской работы, удостоенной в 2002 г. Государственной премии в области науки и техники КР, а академик М.М.Миррахимов неоднократно обращался в МЗ КР с предложенной схемой организационных профилактических мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Такой подход получил поддержку со стороны экспертов ВОЗ, убежденных в том, что сегодня существуют эффективные (и недорогие) способы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и снижения связанных с ними заболеваемости и инвалидности. Так, по данным ВОЗ, частота случаев заболеваемости сердца может снизиться на 50% у лиц, бросивших курить, а риск развития ССЗ значительно уменьшается в течение первых двух лет после отказа от курения. В Финляндии (в рамках проекта «Северная Карелия») за 25 лет смертность от коронарной болезни сердца снизилась на 73% благодаря проведению по месту жительства мероприятий, направленных на пропаганду и поощрение здорового питания в сочетании с реализацией национальных стратегий борьбы с факторами риска. Сочетание ориентированных на население стратегий снижения холестерина в крови и уменьшения общего уровня потребления

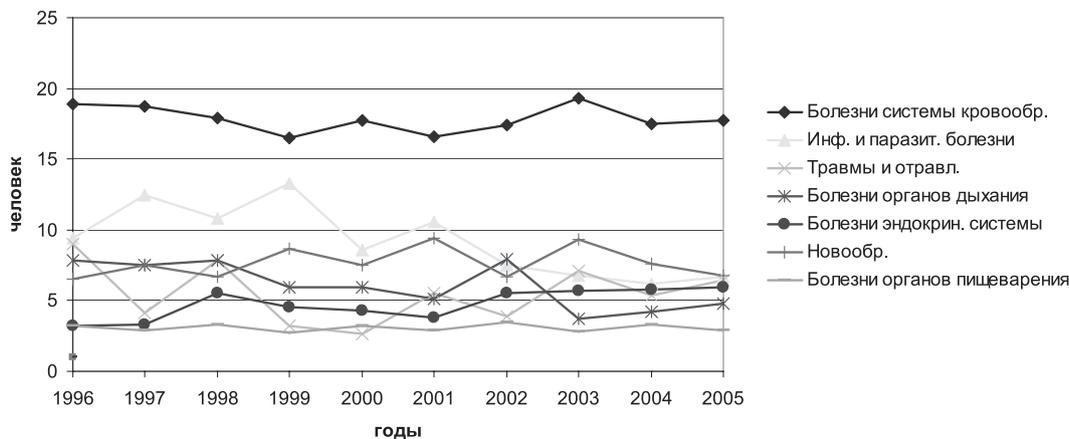


Рис. 7. Структура первичной инвалидности взрослого населения КР 1996-2005 гг. (РМИЦ).

соли является экономически очень эффективным методом борьбы с гипертензией и гиперхолестеринемией. Не менее важны рекомендации по повышению физической активности.

По данным Всемирной Федерации Сердца бег каждую неделю в течение одного часа и более может уменьшить риск развития заболевания сердца на 42%. Быстрая ежедневная ходьба в течение 30 минут уменьшает риск развития заболевания сердца примерно на 18% и инсультов – примерно на 11%. «Мы должны действительно подумать о возрасте наших сердец. И, если мы приложим все свои усилия для защиты наших сердец, то увидим резкое ежегодное снижение числа преждевременных случаев смерти от болезней сердца и инсультов» – говорит профессор Валентин Фустер, президент Всемирной Федерации Сердца.

Эксперты ВОЗ считают, что если первичная профилактика требует принятия более долгосрочной стратегии, то в ближайшей перспективе значительно реального улучшения показателей здоровья можно добиться за счет лечения (вторичной профилактики) лиц, подвергшихся высокому риску смерти, например лиц с уже установленным диагнозом ишемической болезни сердца (острого инфаркта миокарда), либо мозгового инсульта. Необходимо проявить дополнительные усилия к тому, чтобы больные, состояние которых может быть улучшено за счет терапии, получали ту поддержку, в которой они нуждаются. Та-

кие препараты как бета-блокаторы, ацетилсалициловая кислота, липидснижающие препараты, могут очень эффективно уменьшить риск заболеваемости и смертности населения от ССЗ.

Учитывая продолжающийся рост смертности, заболеваемости и инвалидизации населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике, борьба с ССЗ и их профилактика вошли как одно из приоритетных направлений в Национальную программу реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы [13]. Разработанный план мероприятий в рамках данной программы, направленный, прежде всего, на усиление роли профилактики ССЗ, повышение качества медицинского образования и материально-технического оснащения медицинских учреждений получил поддержку и одобрение со стороны доноров – международных организаций.

Главным разработчиком и основным исполнителем плана мероприятий по борьбе с ССЗ в Кыргызской Республике в рамках «Манас таалими» является Национальный центр кардиологии и терапии, представляя собой высшую государственную научно-медицинскую организацию, возглавляемую академиком М.М.Миррахимовым. Накопленный сотрудниками Центра научный и практический опыт в области кардиологии, общей терапии и горной медицины во многих отношениях является уникальным, что получило достойное международное признание.

Литература

1. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2004 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек.- 2005.-294 с.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 1999 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек.- 2000.- 152 с.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2000 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек. - 2001.- 183 с.
3. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2001 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек. - 2002.-208 с.
4. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2002 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек. - 2003.-228 с.
5. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2003 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек. - 2004.-265 с.
6. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2004 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек.- 2005.-294 с.
7. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2005 году. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек.- 2006.-276 с.
8. WHO Regional Publications. European Series No 97, 2002.- 172 p
9. World Health Report, 2004 – 200 p.
10. World Health Statistics, 2006.- 80 p.
11. Кыргызстан в цифрах. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики.-Бишкек.-2005.- 321 с.
12. Кыргызстан в цифрах. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики.-Бишкек.-2006.- 327 с.
13. Национальная программа « МАНАС ТААЛИМИ» на 2006-2010 годы. МЗКР. – Бишкек.-2006.-134 с.

Поступила 30/03-2007