

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

**СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РОССИИ И В ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ.
НЕОБХОДИМОСТЬ УСИЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме)**

Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В., Вирин М.М., Ундрицов, В.М., Смирнова Н.Л., Онищенко П.И., Потиевский Б.Г., Михайлова Р.Ю.

В последние годы постоянно пишут о значительном превышении смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в России над показателями экономически развитых стран (ЭРС, «страны западной цивилизации») и о росте российских показателей смертности от БСК по сравнению с таковыми в ЭРС. В данной работе мы высказываем предположение, что в определенной степени это превышение смертности в России носит «искусственный характер» и связано с особенностями и различиями диагностических критериев постановки прижизненных и посмертных диагнозов и учета смертности от БСК в Рос-

сии и в ЭРС. Это, в первую очередь, можно отнести к уровням смертности от БСК, связанных с атеросклерозом: ИБС и ЦВБ.

При сравнении уровней смертности от БСК в России, по официальным данным Госкомстата и МЗ и СР России, с уровнями смертности от БСК в ЭРС при разных методиках подсчета и в разных возрастных группах населения страны смертность от БСК в России может в 2-3 и более раз превышать уровни смертности от БСК в ЭРС [1].

Рассмотрим некоторые особенности статистических различий в величинах и структуре смертности от

Таблица 1

Стандартизованные показатели смертности населения от болезней системы кровообращения в разных странах (число умерших на 100000 населения)

Страна	Год	БСК	В том числе:		Страна	Год	БСК	В том числе:	
			ИБС	ЦВБ				ИБС	ЦВБ
Россия	2000	800,9	376,2	299,7	Азия				
Европа					Азербайджан	1995	646,4	435,9	137,0
Белоруссия	1993	607,9	378,1	168,7	Армения	1997	376,7	253,4	98,7
Болгария	1994	706,4	231,4	230,3	Грузия	1990	626,4	378,6	227,4
Великобритания	1995	317,2	181,0	74,4	Израиль	1995	311,9	155,2	63,9
Венгрия	1995	603,8	253,5	161,7	Казахстан	1995	797,9	419,2	239,9
Германия	1995	343,8	151,2	78,3	Киргизия	1995	673,3	328,3	276,8
Испания	1994	245,9	70,3	75,4	Китай	1994	а)312,4	а)42,6	з)180,3
Италия	1993	284,8	90,0	85,5			б)366,5	б)97,1	б)205,8
Латвия	1995	749,9	405,9	247,1	Респ. Корея	1995	252,9	22,4	146,6
Литва	1995	597,5	397,1	127,1	Таджикистан	1992	540,1	254,3	161,9
Молдавия	1994	675,0	418,2	201,9	Таиланд	1994	154,8	4,1	19,0
Норвегия	1994	293,8	150,8	72,4	Туркмения	1994	1020,4	583,7	210,9
Польша	1995	532,2	107,1	78,8	Узбекистан	1993	745,1	465,0	190,3
Словакия	1995	577,7	289,9	105,8	Япония	1994	187,4	36,4	75,8
Украина	1992	825,6	347,1	401,8	Америка				
Финляндия	1995	353,9	207,4	90,9	Канада	1995	238,7	134,9	45,6
Франция	1994	182,8	54,3	46,0	США	1994	307,2	157,6	48,0
Чехия	1995	559,6	258,9	151,8	Австралия и Океания				
Швейцария	1994	250,5	100,4	48,8	Океания				
Швеция	1995	295,9	158,1	61,0	Австралия	1995	197,4	110,9	45,6
Эстония	1995	673,6	408,7	201,7	Н. Зеландия	1993	338,0	195,1	76,1

Примечания: по Австралии, Армении и Аргентине использован мировой стандарт; по остальным странам - европейский стандарт; по всем странам, кроме России, оценки ВОЗ.

Таблица 2

**Смертность от БСК в европейских странах в 1990-1992 гг. с учетом пола и возраста
(средние цифры по данным рабочей группы Европейского общества кардиологов)**

Мужчины на 100000 населения					Женщины на 100000 населения				
Страна	Возраст				Страна	Возраст			
	45-54	55-64	65-74	45-74		45-54	55-64	65-74	45-74
Франция	102	304	827	330	Франция	30	94	348	122
Испания	126	357	1011	399	Швейцария	34	112	496	162
Швейцария	108	381	1229	447	Испания	39	126	545	180
Италия ¹	127	413	1166	453	Италия ¹	43	148	595	200
Исландия	133	443	1376	511	Исландия	39	136	621	200
Греция	170	476	1340	531	Нидерланды	45	165	634	215
Бельгия ²	152	481	1415	542	Швеция	39	163	673	220
Нидерланды	137	481	1447	542	Норвегия	36	178	731	237
Швеция	122	513	1583	576	Бельгия ²	54	179	739	247
Португалия	161	512	1586	593	Австрия	56	206	794	269
Австрия	171	581	1598	624	Дания	52	224	799	275
Дания	145	579	1705	636	Германия	54	210	824	276
Германия	176	591	1645	640	Греция	48	184	891	279
Норвегия	152	590	1704	642	Финляндия	52	201	938	297
Словения	210	659	1705	692	Португалия	68	224	908	305
Великобритания (Англия и Уэльс)	187	649	1826	704	Словения	70	235	920	313
Ирландия	196	724	2092	792	Великобритания (Англия и Уэльс)	56	252	938	316
Великобритания (Северная Ирландия)	225	766	2161	834	Ирландия	56	266	1008	337
Финляндия	244	809	2067	837	Великобритания (Северная Ирландия)	76	324	1117	389
Великобритания (Шотландия)	256	826	2242	886	(Шотландия)	91	380	1239	441
Все перечисленные ЭРС* в среднем	165	557	1586	611	Все перечисленные ЭРС* в среднем	52	200	788	269
Румыния	400	1021	2579	1090	Литва	122	402	1379	494
Литва	466	1070	2491	1117	Чехия и Словакия	96	411	1505	512
Болгария	412	1096	2757	1160	Польша	130	430	1432	518
Чехия и Словакия	346	1132	2849	1163	Венгрия	163	507	1561	587
Польша	458	1162	2663	1182	Эстония	136	485	1701	598
Венгрия	495	1261	2709	1242	Латвия	171	519	1675	620
Латвия	602	1384	3043	1405	Румыния	171	530	1868	666
Украина	561	1448	3415	1490	Украина	203	717	2261	830
Все перечисленные БСС* в среднем	475	1215	2856	1250	Все перечисленные БСС* в среднем	185	503	1685	606
Россия	549	1311	2982	1343	Россия	166	568	1780	657
Россия /ЭРС	3,3	2,4	1,9	2,2	Россия /ЭРС	3,2	2,8	2,3	2,5
Россия /БСС	1,16	1,08	1,04	1,07	Россия /БСС	89,6	1,13	1,06	1,08

Примечания: 1-1989-1991 годы; 2 -1987-1989 годы; * ЭРС - экономически развитые страны;** БСС - бывшие социалистические страны.

БСК в России и в ЭРС. В таблице 1 приведены стандартизованные коэффициенты смертности населения от БСК в разных странах мира [1].

Все БСК. Наибольшие коэффициенты смертности от БСК среди стран постсоветского пространства: Туркмения 1024,4; Украина 825,6; Россия 800,9; Казахстан 797,9.

Самые низкие показатели смертности от БСК в ЭРС: Франция 182,8; Австралия 197,4; Канада 238,7, а также Таиланд 154,8.

ИБС. Наибольшие коэффициенты смертности от ИБС среди стран постсоветского пространства: Туркмения 583,7; Узбекистан 465,0; Азербайджан 435,9; Казахстан 419,2; Эстония 408,7.

Самые низкие показатели смертности от ИБС в ЭРС: Япония 36,4; Испания 70,3; Италия 90,3; Швейцария 100,4; Австралия 110,9; а также Таиланд 4,1; и Китай: 42,6 в сельской местности и 97,1 в городах.

ЦВБ. Наибольшие коэффициенты смертности от

ЦВБ также среди стран постсоветского пространства: Украина 408,1; Россия 299,7; Киргизия 276,8; Латвия 247,1; Казахстан 239,9; Эстония 201,7.

Самые низкие показатели смертности от ЦВБ в ЭРС: Канада 45,6; Франция 46,0; Австралия 45,6, США 48,8; Швейцария 48,8; Швеция 61,0; Япония 56,7, Таиланд 19,0.

Обращает внимание довольно высокий уровень смертности от ЦВБ в Республике Корея 146,6. Дело в том, что процесс интенсивной индустриализации и экономического роста в этой стране сопровождается очень высоким ростом потребления крепкого алкоголя (в основном, водки), душевное потребление которого в 1997 году достигло, по некоторым данным, 18 литров чистого алкоголя в год (табл.1) [2].

Н.В. Перова и Р.Г. Оганов пишут: “В отличие от других индустриально развитых стран, Россия печально отличается динамикой сердечно-сосудистой смертности в течение последних 30-40 лет. Если в странах Западной Европы, Северной Америки, в Австралии смертность от ССЗ снизилась на 50%, то в России она прогрессивно нарастала, и это привело к тому, что уже в 1990-1992 гг. в России смертность от ССЗ как у мужчин, так и у женщин оказалась в 2-3 раза выше, чем, например, в Скандинавских странах” [3].

Возрастная структура смертности от БСК в России и в ЭРС

Как видно из табл. 2, смертность от БСК в России у мужчин в возрасте 45-54 лет в 3,3 раза выше, чем в ЭРС, в возрасте 55-64 года — в 2,4 раза выше. В возрасте 65-74 года различие сокращается и составляет 1,9 раза, в среднем, в возрасте 45-74 лет у мужчин различие составляет 2,2 раза (табл. 2).

Смертность от БСК в России у женщин в возрасте 45-54 года в 3,2 раза выше, чем в ЭРС, в возрасте 55-64 года — в 2,8 раза выше. В возрасте 65-74 года различие сокращается и составляет, в среднем, 2,3 раза в возрасте 45-74 года. У мужчин различие составляет 2,5 раза (табл. 2).

По сравнению с БСС, смертность от БСК в России в разных возрастных группах на 4-16 % выше, за исключением женщин в возрасте 45-54 года (табл. 2).

Средний возраст смерти от всех основных причин среди населения России значительно ниже и у мужчин, и у женщин, чем в странах сравнения (модель «Запад», табл.3). В качестве базы сравнения использована «западная модель» смертности, сконструированная путем объединения и усреднения показателей смертности для четырех крупных промышленно развитых стран с низким ее уровнем: США, Великобритании, Франции и Японии (разумеется, географически Япония — не Запад, поэтому название модели ус-

Таблица 3

Средний возраст смерти от БСК в России по модели «Запад» (в скобках дано различие Запад - Россия, лет) [4]

Год	Болезни системы кровообращения	
	Мужчины	Женщины
1965	74,3	80,1
1970	72,5	79,3
1975	71,8	79,0
1980	70,7	78,7
1985	71,1	78,6
1990	71,5(-5,8)	79,4(-4,5)
1995	67,5(-9,8)	77,6(-6,3)
Модель «Запад»	77,3	83,9

Таблица 4

Соотношение табличных чисел смертей по возрасту от БСК между Россией и Западом (Россия / Запад, 1992 г. [4])

Возраст	Мужчины	Женщины
10-19	1,59	1,39
20-29	2,98	1,89
30-39	3,98	2,43
40-49	3,47	2,88
50-59	2,47	2,93
60-69	1,79	2,70
70-79	1,23	2,22
80+	0,70	1,10
Всего	1,20	1,47

ловное). Эти показатели относятся к периоду около 1990г. (1989-1992 гг.) [4].

Как видно из табл. 3, средний возраст смерти и у мужчин, и у женщин в России в 1990 году был ниже, чем в среднем по группе стран по модели «Запад».

От БСК в России умирает на 20% больше мужчин и почти в полтора раза больше женщин, чем в западных странах. В России эти причины смерти особенно опасны в относительно молодых возрастах: для мужчин в возрасте от 20 до 50 лет смертность выше «западной» в 3—4 раза, для женщин от 30 до 70 лет превышение в 2,5—3 раза (табл.4) [4].

Из Государственного доклада «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году»: “Анализ динамики возрастных показателей смертности населения от болезней системы кровообращения свидетельствует о значительном омоложении смертности от этой патологии. При этом за период 1990-2000гг. смертность возросла в группах 20-24 лет в 2,3 раза, 25-29 лет — в 2,2 раза, 30-34 лет — на 85%, 35-39 лет — на 63,1%, 40-44 лет — на 55%. Особенно резко данный процесс выражен среди мужского населения” [5].

Рассмотрим теперь отличия в структуре смертности от разных форм БСК в России, на постсоветском пространстве и в ЭРС.

Таблица 5

**Стандартизованные показатели смертности населения по причинам смерти
(число умерших на 100 000 населения)[1]**

Страны	Год	Инфекционные и паразитарные болезни (Класс I)	Злокачественные новообразования (Класс II)	Болезни системы кровообращения (Класс IX)	Болезни органов дыхания (Класс X)	Болезни органов пищеварения (Класс XI)	Несчастные случаи, убийства, самоубийства и др. внешн. воздействия (Класс XIX)
Россия	2000	25,2	194,0	800,9	68,3	43,1	212,7
ЭРС - страны «Западной цивилизации»: 25 стран Европы, Азии, Австралия и Новая Зеландия (показатель в среднем по группе)	1994-1997	6,9	189,3	440,4	56,3	29,7	48,2
Превышение показателей смертности в России над показателями смертности в ЭРС:							
На 100000 населения		+18,3	+4,7	+360,5	+12,0	+13,4	+164,5
В %		+72,6	+2,4	+45,3	+17,5	+31,0	+77,3

Примечания: по Австралии, Армении и Аргентине использован мировой возрастной стандарт населения, по остальным странам - европейский стандарт; по всем странам, кроме России, оценки ВОЗ[1].

Как видно из табл. 5, смертность от БСК в России на 45,3% выше, чем в ЭРС, а смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний и внешних причин смерти — на 72,6% и на 77,3% выше, соответственно.

Особенности показателей смертности от БСК на постсоветском пространстве и в ЭРС

С целью изучения особенностей смертности от БСК на постсоветском пространстве, по сравнению с ЭРС, мы сгруппировали и проанализировали данные табл.1 и табл.5 и представили результаты в табл.6.

Как следует из табл.7,

— в России ИБС+ ЦВБ составляют 50,2% от всех смертей, а в ЭРС — 26,6%;

— в России ИБС+ ЦВБ составляют 84,3% от всех БСК, а в ЭРС — 46,6%;

— в России другие БСК составляют 9,3% от всех смертей, в ЭРС — 30,47%;

— в России другие БСК составляют 15,5% от других БСК, в ЭРС — 53,3%.

Бывшие советские европейские республики и республики Средней Азии и Закавказья полностью “копировали” структуру смертности от БСК в России.

Структура смертности от БСК в бывших более богатых соцстранах, граничащих с ЭРС, приближалась к структуре смертности от БСК в ЭРС.

Как видно из табл. 5-7, показатели смертности от БСК в России в 2000 году на 45% выше, чем в ЭРС, от ИБС на -65,8% выше, от ЦВБ— на 74,3% выше, и от внешних причин смерти— на 77,3% выше. В структуре смертности от БСК ИБС+заболевания сосудов головного мозга в России составляют 84,4%, тогда как в ЭРС— 46,7%, хотя установление и прижизненного, и посмертного диагнозов во всех странах производится по МКБ-X. Такая же закономер-

ность отмечается при сравнении смертности от БСК и от внешних причин в ЭРС и в постсоветских государствах (в среднем по группе). Такое различие связано, вероятно, с тем, что на всем советском, а затем и постсоветском пространстве существует упрощенный подход к постановке диагнозов ИБС и ЦВБ, в отличие от ЭРС. Это связано, в большой степени, со слабым техническим оснащением врачей соответствующей диагностической аппаратурой, сравнительно небольшим числом кардиологов в стране и полным их отсутствием в некоторых малых городах и в сельской местности. Кроме того, вскрытие производится не более, чем 60% умерших. Вероятно, имелись и имеются определенные «установки» МЗ по данному поводу, сформировавшие на постсоветском пространстве определенную «школу» патологоанатомов, кардиологическую и неврологическую «школы» в постановке этих диагнозов. В конечном итоге, смертность от БСК явилась огромным «коллектором», в который можно поместить любого умершего больного пожилого возраста, особенно если вскрытие не производилось.

При постановке диагноза злокачественного новообразования такой подход сложнее использовать, так как необходимо указывать локализацию опухоли и может возникнуть вопрос, проводилось ли при жизни умершего специальное лечение?

Непосредственная причина смерти для посмертной диагностики ИБС, устанавливаемая по критериям ВОЗ, ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВСЕ СЛУЧАИ [6].

I. Для случаев смерти, подвергшихся вскрытию, диагноз смерти от ИБС устанавливался при наличии любых перечисленных ниже условий:

а) свежие очаги некроза в миокарде или скрытая окклюзия коронарной артерии (свежий тромбоз, кровоизлияние в атеросклеротическую бляшку;

Таблица 6

**Стандартизованные показатели смертности населения по причинам смерти
(число умерших на 100 000 населения)[1]**

Страны	Год	Болезни системы кровообращения (Класс IX)	В том числе: Ишемическая болезнь сердца	Заболевания сосудов головного мозга
Россия	2000	800,9	376,2	299,7
Европейские постсоветские республики (Украина, Эстония, Латвия, Литва, Белоруссия)		691,0	387,3	229,1
Различие показателей России: На 100 000 населения		+109,9	-11,1	+70,6
В%		+13,7	-2,9	+23,5
"Бедные" бывш социалистич. страны Вост. Европы (Болгария)		706,4	231,4	230,3
Различие показателей России: На 100000 населения		+94,5	+145,2	+69,4
В %		+11,7	+38,5	+23,1
Более "богатые" бывш.соц. страны : Европы (Венгрия, Польша, Словакия, Чехия)		568,3	227,6	124,5
Различие показателей России: На 100000 населения		+232,6	+148,6	+175,2
В %		+29,0	+39,5	+58,4
Бывш.советские респ. Закавказья, Средней Азии (Армения, Грузия, Азербайджан, Узбекистан, Таджикистан, Киргизия, Казахстан, Туркмения).		678,3	389,8	192,9
Различие показателей России: На 100000 населения:		+122,6	-13,6	+106,8
В %		+15,3	-3,6	+35,6
Страны "Западной цивилизации" (ЭРС): 25 стран Европы, Азии, Австралия и Новая Зеландия (показатель в среднем по группе)		440,4	128,6	76,9
Отличие показателей России: На 100000 населения		+360,5	+247,6	+222,8
В %		+45,0	+65,8	+74,3
Все 20 перечисленных в таблице постсоветских стран (в среднем по группе)		631,4	347,6	190,5
Отличие показателей группы постсоветских государств от показателей группы стран "западной цивилизации"(ЭРС) на 100000 населения		+191,0	+219,0	+113,6
В %		+30,2	+63,0	+59,6

Примечание: по Аргентине, Армении, Австралии использован мировой возрастной стандарт населения, по остальным странам - европейский стандарт; по всем странам , кроме России, данные за 1994-1996гг. и оценки ВОЗ.

Таблица 7

Структура смертности населения от основных БСК в странах с разным уровнем экономического развития [1]

Страны, группы стран	В % от всех смертей (100%)					В % от БСК (100%)			
	БСК	ИБС	ЦВБ	ИБС+ЦВБ	Другие БСК	ИБС	ЦВБ	ИБС+ЦВБ	Другие БСК
Россия	59,58	28,0	22,30	50,28	9,30	46,97	28,60	84,39	15,51
Экономически развитые страны (ЭРС)	57,13	16,68	9,97	26,66	30,47	29,2	17,46	46,66	53,34
Россия/ЭРС(%)	+4,2%	+68,7	+123,7	+88,7	30,5	+60,6	+64,4	+80,9	29,1
Европейские постсоветские республики	59,60	32,63	19,76	52,39	7,21	56,04	33,15	89,20	10,80
Постсоветские республики Закавказья и Средней Азии	64,51	37,07	18,34	55,41	9,1	57,46	28,40	85,91	14,10
Бывшие бедные европейск. соцстраны (Болгария)	67,91	22,24	22,14	44,38	23,53	32,75	32,60	65,35	34,65
Бывш.социал. страны Европы – богатые	56,48	22,62	12,37	34,99	21,49	40,0	21,90	61,96	38,04

Таблица 8

Сравнение обычных и стандартизованных показателей смертности от БСК в России и в некоторых странах в конце 80-х - начале 90-х гг. (в разгах, по МКБ -IX) [7]

Страны	Пол	Болезни системы кровообращения		В том числе:			
		Обычные	Стандартиз.	Ишемическая болезнь сердца		Цереброваскулярные болезни-	
				Обычные	Стандартиз.	Обычные	Стандартиз..
Российская Федерация, 1990 г.	Мужской	509,6	863,4	279,3	457,9	160,7	287,3
	Женский	715,2	560,9	320,9	250,5	287,7	224,4
Российская Ф.. 1990 г. / Канада, 1987 г.	Мужской	1,57	2,11	1,32	1,74	3,41	8,1
	Женский	2,52	2,36	2,33	1,94	4,71	7,8
Российская Ф., 1990 г. / Финляндия, 1989 г.	Мужской	1,07	1,54	0,89	1,26	1,84	2,75
	Женский	1,42	1,76	1,25	1,56	1,96	2,42
Российская Ф., 1990 г. / Япония, 1990г.	Мужской	2,09	3,11	6,1	9,05	1,68	2,66
	Женский	2,84	2,87	9,8	8,78	2,79	2,91
Российская Ф., 1990 г. / Польша, 1990 г.	Мужской	0,94	1,79	1,86	2,36	2,56	3,36
	Женский	1,35	2,05	4,62	3,88	4,02	3,53
Российская Ф., 1990 г. / Румыния, 1988 г.	Мужской	0,83	1,06	1,51	1,92	1,01	1,37
	Женский	1,06	0,80	1,91	1,46	1,51	1,15
Российская Ф.. 1990 г. / Венгрия, 1990 г.	Мужской	0,70	1,07	0,91	3,7	0,83	1,36
	Женский	0,96	1,07	1,34	1,46	1,32	1,47
Российская Ф.. 1990 г. / Югославия, 1989 г.	Мужской	1,12	1,37	1,99	3,60	1,39	1,80
	Женский	1,46	1,14	5,54	4,30	2,12	1,68

Примечания: цифры в таблице (кроме первой строки) указывают, во сколько раз смертность в России превышает таковую в сравниваемой стране; при расчете стандартизованных показателей использовался Европейский стандарт населения, согласно Ежегоднику мировой санитарной статистики.

б) стеноз 50% хотя бы одной из коронарных артерий или постинфарктные рубцы не менее 0,5 см в диаметре при отсутствии других причин смерти;

в) смерть, произошедшая после приступа стенокардии или без него, при отсутствии морфологических изменений в миокарде и отсутствии других причин смерти.

Если случаи смерти укладывались в одну из перечисленных выше категорий, однако на вскрытии выявлено наличие 3,6% алкоголя в крови, то причиной смерти в данном случае считалось алкогольное отравление.

2. Для случаев смерти, не подвергшихся вскрытию, диагноз смерти от ИБС устанавливался при наличии любых перечисленных ниже условий:

а) смерть, произошедшая в больнице, от определенного или возможного инфаркта миокарда (ИМ); при наличии возможного ИМ исключались другие причины смерти;

б) смерть, произошедшая в больнице, после приступа стенокардии или без него, при условии наличия в прошлом стенокардии, возможного или определенного ИМ и других форм ИБС и отсутствии других заболеваний, которые могли привести к смерти;

в) смерть, произошедшая в больнице или вне больницы, в течение 6 часов после приступа стенокардии или без него, при отсутствии стенокардии, ИМ, а также других заболеваний и травм, которые могли бы привести к смерти.

Уровни смертности от некоторых основных БСК в России и в ЭРС

В таблице 8 бросается в глаза очень высокое опережение смертности от ИБС в России, по сравнению с Японией (в 9,05 раз у мужчин и в 8,78 — у женщин!), и от ЦВБ, по сравнению с Канадой (в 8,1 раза у мужчин и в 7,8 — у женщин!). И, как это ни грустно, но Россия занимает “лидирующее” положение в мире по смертности от инсультов.

Анализируя статистику смертности по отдельным классам причин, следует учитывать, что ее региональные особенности определяются не только спецификой состояния здоровья населения и организации оказания медицинской помощи, но и методическими подходами к выделению основной причины смерти. Это особенно наглядно проявляется на примере психических расстройств. В европейских странах, в отличие от России, патология этого класса практически не фигурирует в качестве причины смерти у детей [8].

У трудоспособного населения коэффициенты смертности от психических заболеваний несколько выше в основном, по-видимому, за счет распространенности хронического алкоголизма. Но у лиц старше трудоспособного возраста в нашей стране вероятность умереть от нарушений психики в 1,5-2 раза ниже, чем у 40-50-летних, в то время как в Германии — в 2 раза выше, а во Франции и Финляндии выше на порядок [8].

Уровни смертности от психических расстройств у лиц 75 лет и старше в России составляют всего 14,2

Таблица 9

**Сравнение уровней смертности в России и в некоторых странах в середине и конце 90-х гг.
(в разгах, по МКБ-IX) [7]**

Причины смерти Страны	Болезни системы кровообращения		В том числе ишемическая болезнь сердца		В том числе цереброваскулярные болезни	
	Обычные	Стандартизов.	Обычные	Стандартизов.	Обычные	Стандартизов.
Мужчины						
Россия, 1997 г, Германия, 1995 г.	1,5	2,1	1,6	2,2	2,4	3,6
Россия, 1997 г, Канада, 1995 г.	2,5	3,1	2,1	2,6	4,9	6,4
Россия, 1997 г, США, 1994 г.	1,9	2,2	1,8	2,3	4,6	6,3
Женщины						
Россия, 1997 г, Германия, 1995 г.	1,4	2,1	1,5	2,4	2,2	3,5
Россия, 1997 г, Канада, 1995 г.	3,1	3,1	3,1	2,7	5,8	6,0
Россия, 1997 г, США, 1994 г.	2,2	2,4	2,0	2,2	5,0	5,6

Примечания: цифры в таблице указывают, во сколько раз уровни смертности в России превышают таковые в сравниваемых странах; при расчете стандартизованных показателей использовался Европейский стандарт населения.

случая на 100 000 населения (1995 г.), тогда как в США эти показатели почти в 13 раз выше (182,0), во Франции — в 17,6 раза (249,9), в Англии — в 15 раз (211,0), в Нидерландах — в 29 раз (412,9). Можно предполагать, что в данном возрасте основной причиной смерти класса “Психические расстройства” являются органические расстройства — это сосудистая деменция и, в меньшей степени, другие расстройства, обусловленные поражением и дисфункцией головного мозга — шизофрения и прочие состояния [8].

Если рассматривать класс “Болезни нервной системы и органов чувств”, то наблюдаются практически те же особенности. Так, уровень смертности у лиц 75 лет и старше от дегенеративных болезней центральной нервной системы, среди которых ведущее место занимает болезнь Альцгеймера, составляет в России лишь 35,4 случая на 100 000 населения. В других развитых странах мира эти показатели выше в 3 раза и более. В то же время, в России регистрируются очень высокие показатели смертности у лиц 75 лет и старше от цереброваскулярных болезней, как и в любой другой возрастной группе. Они достигают 3727,6 случаев на 100 000 населения, т. е. почти 25% лиц этого возраста погибают от данной патологии. В других странах уровни смертности от цереброваскулярных болезней в 3-5 раз ниже, чем в нашей стране. Такие различия в показателях в основном связаны с уровнем диагностики, особенностями постановки диагноза, его шифровкой. Поскольку болезнь “сосудистая деменция” входит в класс психических расстройств, этот диагноз в нашей стране преимущественно ставит психиатр, наблюдавший данного больного, что происходит крайне редко, и врачи, как правило, выносят в качестве основной причины смерти более привычный диагноз — цереброваскулярная болезнь [8].

В МКБ-X даны разъяснения относительно сосудистой деменции. Это состояние является результатом инфаркта головного мозга вследствие заболева-

ния церебральных сосудов и обычно проявляется в позднем возрасте. При наличии в свидетельстве о смерти двух диагнозов: цереброваскулярная болезнь и сосудистая деменция — предпочтение отдается последней. Такой диагноз как болезнь Альцгеймера, при которой также развивается деменция и которая характеризуется нейропатологическими и нейрохимическими проявлениями, является основной причиной смерти при наличии и сосудистой деменции, и цереброваскулярного заболевания. Для постановки данного диагноза требуется проведение ряда диагностических исследований, которые в нашей стране лицам преклонного возраста проводятся крайне редко. Результат — единичные случаи смерти от болезни Альцгеймера [8].

Эти примеры показывают, что уровень диагностики, наличие соответствующей материально-технической базы, квалификация врачей, особенности постановки диагноза влияют на выбор и шифровку основной причины смерти. Результатом этого являются такие высокие показатели смертности от цереброваскулярных болезней в России (287,1 случаев на 100 000 населения) по сравнению с мировыми данными (58-124) при одинаковых уровнях заболеваемости: согласно специальным исследованиям НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН в России — 8,5%, мировые данные — 5-9% [8].

Кроме того, на частоту отдельных видов патологии как основной причины смерти непосредственное влияние оказывают и соответствующие решения и постановления. Так, старость как основная причина смерти до 1989 г. фигурировала лишь в 300 случаях. Этот диагноз можно было ставить только лицам после 80 лет. В 1990 г. это состояние, как основная причина смерти, регистрировалось уже в 30 000 случаев, в 1992 г. — в 45 000, в 1999 г. — в 62 500. И диагноз «старость» в настоящее время встречается уже в отноше-

Таблица 10
Возрастные показатели смертности от психических расстройств в 1995 г. в 4-х странах (на 100 000 населения) [8]

Страна	Возрастн. группы годы			
	1-14	15-44	45-64	65 и старше
Россия	0,8	7,9	22,5	12,3
Германия	0,1	7,4	17,8	40,5
Франция	0,0	4,2	13,4	116,4
Финляндия	—	2,1	6,1	255,0

нии лиц 60 лет, а иногда и моложе. При этом число смертей в старших возрастных группах от болезней системы кровообращения уменьшилось. Так, уровень смертности от других форм хронической ишемической болезни сердца у лиц 75 лет и старше в 1987 г. был равен 4250,9 случая на 100 000 населения, а в 1992 г. — уже 3396,8 [8].

Все эти показатели не отражают истинной картины — они связаны с тем, что в 1989 г. по решению коллегии МЗ СССР были внесены изменения в практику диагностики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц старше 80 лет и острых сердечных приступов в более молодом возрасте в качестве причин смерти, запрещающие регистрировать сердечно-сосудистую патологию без патолого-анатомического исследования внезапно умерших лиц. Это и привело к изменениям в показателях смертности от отдельных состояний [8].

В целом следует признать, что в России более привычно в качестве основной причины смерти указывать болезни системы кровообращения. Если уровни смертности детей от патологии этого класса сопоставимы со среднеевропейскими, то у лиц 15—64 лет российские показатели в 3—10 раз выше, чем западноевропейские. В возрасте 65—74 лет это превышение сокращается до 2—5 раз, но и у лиц старше 75 лет смерть от нарушений сердечно-сосудистой системы

регистрируется в России в 1,5—2 раза чаще, чем во Франции, Финляндии или Германии (табл.10) [8].

Роль БСК в сокращении продолжительности жизни и увеличении вероятности смерти в России по сравнению со странами ЕС.

Продолжительность жизни в России в 1998 году у мужчин была на 13,6, а у женщин — на 7,98 лет короче, чем в странах ЕС. Фактически смертность от всех причин смерти, будучи более высокой в России, чем в ЕС, участвует в формировании российской сверхсмертности, по сравнению с уровнями смертности в ЕС и других ЭРС (табл.11) [9]. Однако, наибольший “вклад” в сокращение продолжительности жизни в России вносит смертность от БСК, сокращая продолжительность жизни мужчин на 5,61 года (из них ИБС — на 3,09 года, сосудистые поражения мозга — на 2,01 года) и женщин — на 5,45 лет (из них ИБС — на 2,5 года и сосудистые поражения мозга — на 2,75 года), по сравнению с ЕС. Смертность от несчастных случаев, отравлений и самоубийств (НСОТ) занимает второе место, сокращая продолжительность жизни мужчин на 4,96 года и женщин — на 1,43 года по сравнению с аналогичными показателями ЕС (табл.11) [9].

Однако в возрасте 15-64 года у мужчин смертность от НСОТ сокращает продолжительность жизни на 4,46 года, тогда как от БСК — на 3,02 года; в возрасте старше 65 лет у мужчин смертность от БСК сокращает продолжительность жизни на 2,59 года, тогда как от НСОТ — лишь на 0,16 года, по сравнению с ЕС (табл.11) [9].

У женщин в возрасте 15-64 года смертность от БСК ведет к сокращению продолжительности жизни на 1,47 года, а смертность от НСОТ — на 1,14 года. В возрасте старше 65 лет смертность от БСК у женщин сокращает продолжительность жизни на 3,99 года, тогда как смертность от НСОТ лишь на 0,06 лет, по сравнению с ЭС (табл.11) [9].

Таблица 11

“Вклад” отдельных причин смерти в различие продолжительности жизни в странах ЕС и России в 1998 г. [9]

Причины смерти	Мужчины				Женщины			
	Всего	В возрасте (лет)			Всего	В возрасте (лет)		
		0-14	15-64	65+		0-14	15-64	65+
Все причины	13,56	1,36	9,54	2,66	7,98	1,08	3,35	3,55
Инфекционные и паразитарные болезни	0,54	0,09	0,45	0,00	0,12	0,08	0,08	-0,03
Новообразования	0,67	0,03	0,67	-0,03	0,11	0,03	0,29	-0,21
Болезни системы кровообращения	5,61	0,00	0,23	0,03	-0,10	0,00	1,47	3,99
в том числе: ИБС	249	175	68,4	75,8	279	156	77,4	81,6
сосудистые поражения мозга	163	94	72,0	79,1	286	134	77,6	82,4
Болезни органов дыхания	0,61	0,19	0,43	-0,01	0,03	0,18	0,07	-0,22
Болезни органов пищеварения	0,26	0,01	0,25	-0,01	0,07	0,01	0,12	-0,05
Несчастные случаи(отравления, убийства, самоубийства и др.)	4,96	0,34	4,46	0,16	1,43	0,23	1,14	0,06
Другие болезни	-0,09	0,05	0,05	-0,19	-0,19	0,05	0,15	-0,39
Другие симптомы и не точно обозначенные состояния	0,38	0,01	0,21	0,15	0,45	0,01	0,04	0,40

Таблица 12

Структура смертности по причинам смерти в России и странах ЕС в 1998г. [9]

Причины смерти	Мужчины				Женщины			
	Вероятность умереть (на 1000)		Средний возраст смерти		Вероятность умереть (на 1000)		Средний возраст смерти	
	Россия	ЕС	Россия	ЕС	Россия	ЕС	Россия	ЕС
Инфекционные и паразитарные болезни	20	9	44,8	70,9	5	9	40,8	76,4
Новообразования	156	274	64,4	72,6	127	206	66,3	74,0
Болезни системы кровообращения	480	399	69,2	77,4	657	468	77,3	82,3
В том числе: ИБС	249	175	68,4	75,8	279	156	77,4	81,6
сосудистые поражения мозга	163	94	72,0	79,1	286	134	77,6	82,4
Болезни органов дыхания	57	103	62,5	79,3	28	88	66,3	82,1
Болезни органов пищеварения	30	43	59,0	71,3	23	42	66,6	78,1
Несчастные случаи(отравления, убийства, самоубийства и др.	184	52	42,9	56,2	58	33	49,4	70,2
Другие болезни	25	85	55,8	74,7	27	110	60,7	80,1
Другие симптомы и не точно обозначенные состояния	54	21	41,6	65,8	18	21	48,4	79,0

Таким образом, у мужчин и женщин старше 65 лет основной “вклад” в сверхсмертность населения вносят БСК. В возрасте 15-64 года у мужчин первое место принадлежит смертности от НСОТ, а у женщин — от БСК.

Из табл. 12 видно, что вероятность умереть от БСК в России у мужчин в 1,2 раза выше(от ИБС — в 1,4 раза и от сосудистых поражений мозга— в 1,73 раза), а у женщин — в 1,4 раза выше (от БСК — в 1,79 раза, а от сосудистых поражений мозга — в 2,13 раза), чем в ЕС. Средний возраст смерти от всех БСК составляет у мужчин 69,2 года и у женщин — 77,3 года, тогда как в ЕС — 77,4 года и 82,3 года, соответственно; от ИБС в России — 68,4 года у мужчин и 77,4 года у женщин, тогда как в ЕС — 75,8 года и 81,6 лет, соответственно. От сосудистых поражений мозга в России 72,0 года — у мужчин и 77,6 лет— у женщин, а в ЕС — 79,1лет и 82,4 года, соответственно .

Слабость российской кардиологической службы — одна из основных причин упрощенного подхода к диагностике и высокой смертности населения от БСК.

Диагностика и лечение БСК, на первый взгляд, являются предметом повышенного внимания, однако на самом деле это далеко не так. По данным МЗ и СР РФ , с 1985 по 1990 год число кардиологических диспансеров увеличилось вдвое, затем их число фактически не увеличивалось. В 2001-2002 году число кардиодиспансеров составило 29, затем вновь снизилось до 26.

В 2002 году кардиологическая служба в Российской Федерации была представлена Российским кардиологическим научно-производственным комплексом и тремя профильными НИИ: МЗ и СР России в Санкт-Петербурге и Саратове и СО РАМН — в Томске; а также 26-ю специализированными диспансерами и 2826-ю кабинетами (табл.13).

Для оказания скорой медицинской помощи боль-

ным сердечно-сосудистыми заболеваниями созданы 1162 специализированные кардиологические бригады. В лечебно-профилактических учреждениях имеется 53656 коек, работает 9997 врачей-кардиологов. С 1990 года по 2002 год число кардиологических кабинетов выросло на 56,3% и составило 2826, число кардиологических коек в ЛПУ (всего) снизилось на 6,4% и составило 53656, число кардиохирургических коек в ЛПУ возросло на 22% и составило 3929, число занятых должностей врачей-кардиологов в ЛПУ возросло в целом по учреждению (занятых) на 65,9% и составило 10147 человек, в поликлиниках, диспансерах (занятых) возросло на 85,3% и составило 4120 человек, число врачей-кардиологов (физических лиц) возросло на 57,0% и составило 9997 человек [5, 11, 10].

3929 кардиохирургических коек — много это или мало? Однозначно на этот вопрос ответить трудно, однако следует учесть, что в США только операций аортокоронарного шунтирования производится 375 тыс. в год, а в России всех операций на сердце — примерно в 25—30 раз меньше, причем большая их часть приходится на операции по поводу пороков.

Если подсчитать количество мужчин в возрасте 35 лет и старше и женщин в возрасте 40 лет и старше, т. е. лиц, у которых развитие атеросклероза наиболее вероятно, то оно в России составит 83 млн. человек (группа повышенного риска).

Кардиологическая служба в РФ в 1995 г. была представлена 8043 врачами-кардиологами (физические лица), или 1 кардиологом на 10 319 человек группы повышенного риска [10]. Число должностей врачей-кардиологов в лечебно-профилактических учреждениях РФ (занятых) составляло 8567, или 1 кардиолог на 9688,3 человека группы повышенного риска. В поликлиниках, диспансерах имелось 3320 кардиологов, или 1 врач на 25 000 лиц группы повышенного риска. При этом следует учитывать, что в России

Таблица 13

Кардиологическая служба Российской Федерации [10,11]

Структура кардиологической службы и наличие врачей-кардиологов	1985 г.	1990г.	Динамика (1990/1985), %	1995 г.	2000г.	2001г.	2002	Динамика (2002/1990), %	Динамика (2002/1995), %
Число кардиологических диспансеров	13	26	+100%	26	29	29	26	0	0
Число кардиологических кабинетов	1 750	1 808	+3,3	2488	2747	2804	2826	+56,3	+13,6
Число кардиологических коек в ЛПУ (всего)	45549	56908	+24,9	57301	55112	54291	53656	-5,8	-6,4
Число кардиохирургических коек в ЛПУ	2510	3219	+28,2	3395	3935	4039	3929	+22,0	+15,7
Число занятых должностей врачей-кардиологов в ЛПУ:									
— в целом по учреждениям (занятых)	4616	6 116	+32,5	8567	9552	9836	10147	+65,9	+18,4
— в поликлинике, диспансере (занятых)	1 771	2224	+25,6	3 320	3847	3965	4120	+85,3	+24,1
Число врачей-кардиологов (физические лица)	4861	6366	31,0	8043	9481	9704	9997	+57,0	+24,3

1 кардиологическая койка приходится на 1453,9 человека из группы повышенного риска. Нет сомнения, что кардиологическое звено очень слабо в количественном отношении. Наличие 1 кардиолога на почти 30 тыс. человек группы повышенного риска абсолютно недостаточно для проведения активных мероприятий по диспансеризации населения, выявлению атеросклероза на ранних стадиях заболевания, для эффективного лечения атеросклероза различной локализации и как системного заболевания.

Таким образом, кардиологическая служба в России недостаточна мощна в количественном отношении. Несмотря на то, что за период с 1985 по 1995 г. число кардиологических диспансеров возросло с 13 до 26, для гигантской страны, включающей в свой состав 89 субъектов, этого явно мало [10]. В стране также недостаточно кардиологических научных центров: в России их 15, а в США — в десятки раз больше!

Необходимо учитывать огромные пространства России, административно-территориальную разобщенность, дороговизну транспортных услуг, нежелательность и опасность дальних поездок для кардиологических больных, чтобы понять еще раз, что этого количества диспансеров недостаточно. Таким образом, складывается обоснованное мнение, что мощности кардиологической службы едва хватает для лечения поздних проявлений заболевания — например, атеросклероза коронарных артерий: стенокардии, инфаркта миокарда, аритмий, сердечной недостаточности и т. д. И даже в этом случае удовлетворяется только определенная часть потребности в диагностике и лечении указанных заболеваний.

Кардиологическая служба в целом по России недостаточно качественно оснащена. За последние 2—3 десятилетия закуплено и передано в практическую кардиологию много отечественной и зарубежной диагностической и лечебной аппаратуры, однако известно, что в большинстве поликлиник низшего звена единственным прибором для диагностики атеросклероза является электрокардиограф, а единственным биохимическим подтверждением диагноза атероск-

лероза — определение общего уровня холестерина в плазме крови.

В большинстве случаев в России впервые устанавливает диагноз ИБС и затем лечит ее терапевт, не владеющий принципами ранней диагностики заболевания. Кроме того, он не владеет современными методами и у него нет доступа к соответствующей аппаратуре, а в большинстве малых больниц и поликлиник ее нет вообще. Кроме того, терапевт крайне перегружен другой работой. Это положение ведет к диагностике заболевания на поздних стадиях — как правило тогда, когда есть болевой синдром, т. е. клинически значимый стеноз — как минимум, более 50—70% просвета сосудов.

Несомненно, что при столь скудном в количественном и качественном отношении оснащении низовых звеньев кардиологической службы нет реальной возможности проводить первичную и вторичную профилактику не только атеросклероза как системного заболевания, но и его проявлений на ранних стадиях заболевания. Особенно слабым является низшее поликлиническое звено, где при явном недостатке кадров крайне не хватает самой необходимой аппаратуры (нередко в дефиците бумага для кардиографа!).

Из Государственного доклада «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году»: «Ослаблена материально-техническая база кардиологических учреждений, учреждения испытывают острый недостаток в медицинском оборудовании и аппаратуре, лекарственных средствах. Кардиологическая служба как основное звено в системе здравоохранения по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями нуждается в восстановлении. Утеряна преемственность в оказании кардиологической помощи. Ослаблено внимание к профилактической деятельности. Не развивается сеть кардиологических диспансеров, практически полностью разрушена система реабилитации для сердечно-сосудистых больных» [5].

Малое число кардиологов, неравномерное их распределение по территории России и полное от-

Таблица 14

Динамика среднего возраста умерших мужчин и женщин России от основных БСК в 1989-1998 гг. [14]

Причины смерти	Мужчины			Женщины		
	1989	1999	1989-1999	1989	1999	1989-1999
Болезни системы кровообращения:	71,7	68,3	-3,4	78,7	76,9	-1,8
- цереброваскулярные болезни	73,6	71,5	-2,1	78,5	77,5	-1,0
- атеросклероз	75,0	72,4	-2,6	80,7	79,4	-1,3
- инфаркт миокарда	65,0	64,2	-0,8	72,5	72,8	0,3

сутствие в сельской местности и в некоторых малых городах, слабое оснащение кардиологической службы, особенно низшего звена, ведут к упрощенной системе постановки диагнозов ИБС и ЦВБ. Эти диагнозы фактически являются огромным и удобным «диагностическим коллектором», куда помещаются диагнозы пожилых людей и неясные диагнозы у людей среднего возраста и даже у молодых. Особенно часто эти диагнозы используются как «диагнозы-маски» для лиц, умерших от острой или хронической алкогольной интоксикации, от передозировки наркотиков. Возможности «такой диагностики» весьма велики, учитывая, что в стране вскрывается не более 60% трупов умерших людей (из них около половины — в системе судебно-медицинской службы).

Изменить ситуацию с постановкой диагнозов БСК крайне трудно и, в первую очередь, потому, что такой подход устраивает всех: родственников умершего, врачей, оформляющих документы о смерти, руководителей здравоохранения разных уровней —

вплоть до МЗ и СР России. Во-вторых, в стране нет достаточного интеллектуального потенциала и материальной базы «на местах», особенно в «глубинке», чтобы изменить ситуацию для постановки диагнозов БСК в России по критериям ЭРС.

Исходя из изложенного материала, мы полагаем, что данные о 2-3 — кратном превышении смертности от БСК в России, по сравнению с ЭРС, следует подвергнуть сомнению и не принимать их за истинные. Очевидно, что в нашей стране имеет место искусственное, за счет упрощенных подходов к диагностике и некорректных статистических подходов, завышение смертности от ЦВБ и от ИБС. При постановке посмертных диагнозов ЦВБ и ИБС, согласно критериям ВОЗ и принятым в ЭРС диагностическим подходам, показатели смертности от этих заболеваний были бы значительно ниже тех, которые традиционно констатируют в России.

Существуют объективные основания для усиления кардиологической службы в России в количественном и качественном отношении:

Таблица 15

Внутрибольничная летальность от болезней системы кровообращения в России (в процентах к числу выбывших), 1985-2000 гг. [10]

Наименование болезней	Умерло в стационаре взрослых и подростков (в % к числу выбывших)						
	1985	1990	1995	1995/ 1990(%)	1998	1998/ 1995 (%)	2000 /1995 (%)
Болезни системы кровообращения			4,8		4,3	-10,4	4,4
Из них:							
активный ревматизм (вкл. хорею)	3,0	3,2	2,7	-15,6	2,6	+3,8	2,2
хронические ревматические болезни сердца	3,2	3,5	3,4	-2,9	2,8	-17,6	2,9
гипертоническая болезнь (без упоминания об ИБС и сосудистых поражениях мозга)			0,4		0,26	-35,0	0,26
острый инфаркт миокарда	18,7	17,4	16,5	-5,2	15,6	-5,5	15,5
другие острые и подострые формы ИБС			6,0		4,7	-21,7	10,4
стенокардия			0,3		0,2	-33,3	0,2
другие форм хронической ИБС			5,3		5,0	-5,7	5,5
Цереброваскулярные болезни	9,2	8,8	9,0	+2,3	8,0	-11,2	8,5
Из них:							
субарахноидальное кровоизлияние			23,8		20,9	-12,2	24,6
внутричерепные и другие внутримозговые кровоизлияния			41,4		41,4	0	45,2
закупорка мозговых артерий (инфаркт мозга)			16,3		14,9	-8,6	-
транзиторная ишемия мозга			2,3		1,4	-39,1	-
острые, но не точно обозначенные цереброваскулярные болезни			12,1		11,3	-6,4	-
церебральный атеросклероз			2,4		1,7	-29,2	1,9

1. БСК занимают ведущее место в структуре смертности взрослого населения России — 55% от общего числа умерших [7,12,13].

2. С 1990 года произошел значительный рост смертности от БСК [7,12,13].

3. С 1998 г по 1999 г снизился средний возраст смерти больных от различных форм БСК (табл.14), что убедительно доказывает необходимость усиления кардиологической службы страны [13].

4. Низкий удельный вес врачей-кардиологов в России среди врачей других специальностей [13].

В 2002 году в России было 682,4 тыс. врачей. Из них (в тысячах): терапевтов — 158,8; хирургов — 63,5; акушеров-гинекологов — 42,2; педиатров — 69,6; офтальмологов — 15,8; отоларингологов — 12,5; неврологов — 23,9; психиатров и наркологов — 24,1; фтизиатров — 9,7; дермато-венерологов — 11,7; рентгенологов и радиологов — 18,2; врачей по лечебной физкультуре и спорту — 4,5; врачей санитарно-эпидемиологической группы — 27,0; стоматологов — 57,6, а врачей-кардиологов — всего 10 тысяч (1,46% от общего числа врачей!) [13].

5. Необходимость посещения тяжелых больных кардиологом на дому.

Из таблицы 15 видно, что с 1995 года снижается внутрибольничная летальность от БСК.

В 2000 году, по сравнению с 1995 годом, снижение составило: от всех БСК — 8,3 %, от активного ревматизма — 18,5 %, от хронических ревматических болезней сердца — 14,7%, от гипертонической болезни — 35,0%, от острого инфаркта миокарда — 7,1% (по сравнению с 1985 годом — 17,1%, по сравнению с 1990 годом — 11,0%), от стенокардии — 33,3%.

С 1995 по 2000 год возросла внутрибольничная летальность от других (кроме инфаркта миокарда) острых и подострых форм ИБС — на 73,3%, от других форм хронической ИБС — на 3,8%. В 2000 году, по сравнению с 1995 годом, на 9,2% возросла внутрибольничная летальность от внутримозговых и других внутричерепных кровоизлияний (табл.15)[13]. Учитывая, что смертность от БСК с 1990г. по 2002 год возросла, в среднем, на 48% (табл. 15), а внутрибольничная летальность от большинства форм (болезней) БСК снизилась, можно предположить, что основной прирост смертей от БСК за этот период времени произошел и продолжает происходить вне стационаров: дома, на работе, на улице и т.п. Это предположение позволяет обосновать необходимость укрепления звена скорой помощи кардиологической службы, а также поликлинического звена.

Не подлежит сомнению, что для повышения качества диагностики и лечения больных с БСК число врачей-кардиологов в России должно быть увеличено в несколько раз, как и число медицинских учреждений и подразделений кардиологического профиля. В

интересах больных целесообразно, чтобы кардиологи в поликлиниках были не «важными и редкими» специалистами, зачастую — проходящими консультантами, а врачами, которые при необходимости посещают кардиологических больных на дому и которые оснащены миниатюрными портативными кардиографами, которые давно выпускаются за рубежом. Опытные образцы такой отечественной аппаратуры уже несколько лет назад были представлены на международных выставках медицинской аппаратуры, в том числе и в Москве.

Посещение кардиологических больных (которым по состоянию здоровья трудно или невозможно ходить в поликлинику), врачом-кардиологом на дому способствовало бы также сокращению числа вызовов скорой помощи на дом и сокращению числа госпитализаций таких больных в кардиологические или терапевтические отделения стационаров. В настоящее время обслуживание таких больных на дому производит врач-терапевт, который не всегда достаточно хорошо разбирается в вопросах кардиологии. Кроме того, если рассматривать эту проблему в юридическом — правовом аспекте, то врач-терапевт не имеет сертификата врача-кардиолога.

В настоящее время, чтобы организовать вызов врача-кардиолога на дом, родственникам больного предстоит решить задачу — где найти такого кардиолога и сколько будет стоить такая консультация. Было бы оптимальным, если бы в поликлинике было два врача-кардиолога, один из которых вел бы прием в поликлинике, а другой посещал бы больных на дому, а на следующий день — наоборот. Такой подход позволил бы увеличить оплату труда врачей-кардиологов, заработная плата которых ниже таковой у терапевтов, так как терапевтам платят «за участковость».

Необходимость подобной реорганизации можно также обосновать тем, что в стране происходит процесс старения населения, а это означает, что растет заболеваемость и смертность от болезней, связанных с возрастом. К таким болезням, в первую очередь, относятся БСК, связанные с атеросклерозом: ИБС, ЦВБ.

Целесообразно также узаконить посещение тяжелых больных, перенесших инсульт, невропатологом на дому. Эту работу в настоящее время также выполняет терапевт.

Необходимо также коренное улучшение медицинской статистики в России вообще и при учете БСК в частности. Целесообразно приведение медицинской статистики в стране в соответствие с таковой в ЭРС, тем более, что и в России, и в ЭРС в настоящее время кодирование причин смерти производится по МКБ-X.

Примером медицинской статистики очень высокого уровня может служить деятельность National

Center for Health Statistics USA (NCHS) [15], которую следует использовать в качестве прототипа для мо-

дернизации медицинской статистики в Российской Федерации.

Литература

1. Социальное положение и уровень жизни населения России. Госкомстат России. Официальное издание. Статистический сборник. М., 2002-453с. А также за 1998-2001 гг.
2. Global Status Report on Alcohol/ World Health Organization/ Geneva, 1999
3. Перова Н.В. Оганов Р.Г. Пути модификации пищевых жиров в антиатерогенной диете // Тер. Архив, 2004 №8, с.75-78.
4. Вишневский А.Г., Школьников В.М. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. - М., 1997. - 84с. (научные доклады/ Московский. Центр Карнеги; вып. 19).
5. Государственный доклад « О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году». МЗ России, РАМН. М., 2002.
6. Константинов В.В., Деев А.Д., Александри А.Л. и др. Алкоголь и смертность от основных неинфекционных заболеваний среди мужского населения / Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000/ Под ред. А. К. Демина. Российская ассоциация общественного здоровья. М. : 1998, с. 367-374.
7. Смертность населения Российской Федерации — 2002 г. (Статистические материалы Минздрава России) М., 2003 (и за 1991-2000 гг.).
8. Какорина Е.П. Роговина А.Г. Особенности возрастной структуры смертности населения России // Пробл. Соц. гигиены, здравоохран. и ист. мед. - 2001, №4, - с.18-24.
9. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харькова Т.Л. Ожидать быстрого снижения смертности в России не приходится // Вопросы статистики, 2003/11, с.13-27.
10. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 г. а также в . 1991, 1992, 1995, 1997, 1998, 1999 гг. (статистические материалы). — М. — Минздрав РФ.
11. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения в 2002 году - МЗ России. М., 2003, 56.
12. Демографический ежегодник России 2000: статистический сборник. Официальное издание— М.: Госкомстат России — 2002 (и за 1993-1999 гг.).
13. Российский статистический ежегодник. Статистический сборник. Официальное издание. -М. Госкомстат России 2002(и за 1994- 2001 гг.).
14. Стабилизация численности населения России (возможности и направления демографической политики). Коллектив авторов / Под общей редакцией Г.Н. Кареловой и Л.Л. Рыбаковского. — М. — 2001. — 262 с.
15. Yoon Y-H, Stinson., F.S., Yi H., Dufour M.C. /Accidental Alcohol Poisoning Mortality in the United States, 1996- 1998// Alcohol Research & Health - 2003, 27, 1, P. 110-118.

Поступила 21/09-2004