



Динамика мужской и женской смертности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации (2013-2022гг)

Семёнов В. Ю.¹, Самородская И. В.²

Цель. Анализ динамики стандартизованных коэффициентов смертности среди мужчин и женщин от болезней системы кровообращения (БСК) и отдельных нозологических групп, входящих в класс БСК, в 2013-2022гг.

Материал и методы. Использованы данные Росстата о среднегодовой численности населения и числе умерших по форме С51 "Смерти по полу и однолетним возрастным группам" на основе "Краткой номенклатуры причин смерти Росстата" в 2013-2022гг. Стандартизованные коэффициенты смертности (КСК) рассчитывались с помощью программного обеспечения с использованием Европейского стандарта населения методом прямой стандартизации.

Результаты. В динамике в РФ зарегистрировано снижение КСК от БСК, ишемической болезни сердца (ИБС), алкогольной кардиомиопатии (АКМП) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) среди мужчин и женщин с небольшим увеличением КСК во время пандемии COVID-19. Снижение КСК от инфаркта миокарда (ИМ) составило 35%. Смертность мужчин от БСК выше, чем женщин в 2 раза, от ИМ в 2,5 раза, от других острых форм ИБС в 3 раза, от АКМП в 4 раза. 40% КСК у мужчин и у женщин составляют хронические формы ИБС. Совокупная доля ИМ и ОНМК, на которые направлены региональные программы по снижению смертности от БСК, не превышает 20%.

Заключение. Выявленное практически двукратное превышение смертности от БСК у мужчин по сравнению с женщинами, свидетельствует о необходимости более активной профилактической работы среди мужского населения страны. При пролонгации региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует учитывать, что 80% в структуре смертности от БСК составляют причины, отличные от ИМ и ОНМК.

Ключевые слова: смертность от БСК, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, алкогольная кардиомиопатия, острое нарушение мозгового кровообращения.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия.

Семёнов В. Ю. * — д.м.н., профессор, зам. директора Института кардиохирургии им. В. И. Бураковского, ORCID: 0000-0002-0278-5652, Самородская И. В. — д.м.н., профессор, г.н.с., ORCID: 0000-0001-9320-1503.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
semenov.opora@gmail.com

АКМП — алкогольная кардиомиопатия, БСК — болезни системы кровообращения, ДФОИБС — другие формы ишемической болезни сердца, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, КНПСР — Краткая номенклатура причин смерти Росстата, МКБ — международная классификация болезней, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ППС — первоначальная причина смерти, РФ — Российская Федерация, КСК — стандартизованные коэффициенты смертности, ХИБС — хроническая ишемическая болезнь сердца, COVID-19 — новая коронавирусная инфекция.

Рукопись получена 07.08.2024

Рецензия получена 17.12.2024

Принята к публикации 08.02.2025



Для цитирования: Семёнов В. Ю., Самородская И. В. Динамика мужской и женской смертности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации (2013-2022гг). *Российский кардиологический журнал*. 2025; 30(5):6086. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6086. EDN STSCBP

Changes of male and female cardiovascular mortality in the Russian Federation over 2013-2022

Semenov V. Yu.¹, Samorodskaya I. V.²

Aim. To analyze the changes of standardized male and female cardiovascular mortality rates over 2013-2022.

Material and methods. Rosstat data on the mean annual population size and death rate according to C51 form "Deaths by sex and one-year age groups" based on the "Brief nomenclature of causes of death of Rosstat" in 2013-2022 were used. Standardized mortality rates (SMR) were calculated using software using the European population standard by the direct standardization.

Results. In the Russian Federation, a decrease in the SMR for cardiovascular diseases (CVDs), coronary artery disease (CAD), alcoholic cardiomyopathy (ACM) and acute cerebrovascular accident (CVA) was registered among men and women with a slight increase in the SMR during the COVID-19 pandemic. The decrease in the SMR for myocardial infarction (MI) was 35%. Mortality from CVDs in men is 2 times higher than in women, from MI — 2.5 times, from other acute forms of CAD — 3 times, from ACM — 4 times. In addition, 40% of the SMR in men and women are chronic CAD forms. The total proportion of MI and CVA, which are the target of regional programs to reduce cardiovascular mortality, does not exceed 20%.

Conclusion. The revealed almost twofold excess of cardiovascular mortality in men compared to women indicates the need for more active preventive work among the male population of the country. When extending regional programs to combat cardiovascular diseases, it should be taken into account that 80% of cardiovascular mortality rate is due to causes other than MI and stroke.

Keywords: cardiovascular mortality, myocardial infarction, coronary artery disease, alcoholic cardiomyopathy, acute cerebrovascular accident.

Relationships and Activities: none.

¹Bakulev National Medical Research Center for Cardiovascular Surgery, Moscow; ²Vladimirsky Moscow Regional Clinical Research Institute, Moscow, Russia.

Semenov V. Yu. * ORCID: 0000-0002-0278-5652, Samorodskaya I. V. ORCID: 0000-0001-9320-1503.

*Corresponding author:
semenov.opora@gmail.com

Received: 07.08.2024 **Revision Received:** 17.12.2024 **Accepted:** 08.02.2025

For citation: Semenov V. Yu., Samorodskaya I. V. Changes of male and female cardiovascular mortality in the Russian Federation over 2013-2022. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(5):6086. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6086. EDN STSCBP

Ключевые моменты

- Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) снижается в течение последних 10 лет.
- При этом она в 2 раза выше среди мужчин, чем среди женщин.
- Инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения составляют примерно 20% в структуре всех причин смерти от БСК.

Key messages

- Cardiovascular mortality has been decreasing over the past 10 years.
- Cardiovascular mortality is 2 times higher among men than among women.
- Myocardial infarction and cerebrovascular accident account for approximately 20% of all cardiovascular deaths.

Болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущей причиной смертности населения во многих странах мира, в т.ч. в Российской Федерации (РФ). В предыдущих статьях мы и другие авторы обращали внимание на то, что на стандартизованные коэффициенты смертности (КС) оказывают влияние множество факторов: экономические, экологические, образ жизни, доступность медицинской помощи и другие [1-3]. Существенное значение имеют особенности определения первоначальной причины смерти (ППС) и организация процессов кодирования ППС не только в разных странах, но и в регионах РФ [4-7]. Определённое значение для смертности от БСК имеет пол пациента [7, 8].

По мнению Сабгайда Т. П. и др., снижение смертности от БСК в большинстве субъектов РФ в период 2003-2021гг связано с реализацией региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9].

Однако при сопоставлении КС от цереброваскулярных и нервных болезней в 2013 и 2022гг выяснилось, что в ряде регионов РФ снижение КС от цереброваскулярных болезней происходило на фоне роста КС от класса нервных болезней [10]. Таким образом, в части регионов, видимо, имеет место изменение подходов к определению ППС, что обуславливает вариабельность региональных показателей смертности от отдельных причин.

Цель: провести анализ динамики КС среди мужчин и женщин от БСК и отдельных нозологических групп, входящих в класс БСК, в 2013-2022гг.

Материал и методы

По запросу ФГБУ "НМИЦ ПМТ" Минздрава России были получены данные Росстата о среднегодовой численности населения и числе умерших по форме С51 "Смерти по полу и однолетним возрастным группам" на основе "Краткой номенклатуры причин смерти Росстата" (КНПСР) в 2013-2022гг. КС рассчитывались с помощью программного обеспечения для ЭВМ "Расчёт и анализ показателей смертности и потерянных лет жизни в результате преждевремен-

ной смертности в субъектах Российской Федерации" (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ от 30.09.2016 № 201666114) с использованием Европейского стандарта населения методом прямой стандартизации на 100 тыс. населения. Внутри класса БСК для сравнения были отобраны следующие причины смерти: ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), хроническая ИБС (ХИБС), другие формы острой ИБС (ДФОИБС), алкогольная кардиомиопатия (АКМП), острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Попарные сравнения не применялись, поскольку вероятность случайного обнаружения статистически значимых различий между измеряемыми показателями составляет почти 100% [11]. Для оценки тенденций в динамике КС использованы относительные показатели (в %) по отношению к базовому периоду.

По каждой группе причин смерти за каждый год вычислялись КС. Расчеты и графический анализ данных проводились на базе пакетов прикладных программ SPSS 26.0, Microsoft Excel.

Результаты

В таблице 1 представлены КС от БСК. Как видно из таблицы, по сравнению с 2013г в последующие годы значения КС были ниже среди как мужчин, так и женщин. Однако в 2020-2021гг отмечалось увеличение КС по сравнению с 2019г. Соотношение КС мужской и женской смертности не изменилось — мужская смертность от БСК почти в 2 раза выше женской.

Тенденция показателей смертности от ИБС аналогична тенденции смертности от БСК в целом (табл. 2). При сопоставлении с 2013г во все последующие годы регистрировались более низкие значения КС среди как мужчин, так и женщин. В 2020-2021гг отмечалось увеличение КС по сравнению с 2019г. Соотношение КС мужской и женской смертности, также как и вклад ИБС в КС от БСК почти не изменились. Отмечалась небольшая вариация (1-2%) в течение указанного периода.

КС от ИМ (острого и повторного) представлены в таблице 3. При сопоставлении с 2013г все последующие годы регистрировались более низкие значения

Таблица 1

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от класса БСК в 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС БСК	Муж.	748,4	690,4	671,4	646,7	606,7	598,3	578,2	646,2	620,7	552,1
	Жен.	417,8	375,9	365,1	345	321,9	314,9	307,6	337,8	341,1	306,4
Соотношение муж./жен.		1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, СКС — стандартизованный коэффициент смертности.

Таблица 2

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от ИБС (I20-25) в 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС ИБС	Муж.	414,1	377,7	370,9	356,1	335,2	327,3	313,6	358,7	344,6	306,2
	Жен.	210,7	187,2	185,3	175,7	164,6	159,3	154,4	175,6	178,6	159,8
% от БСК	Муж.	55,30	54,70	55,20	55,10	55,20	54,70	54,20	55,50	55,50	55,50
	Жен.	50,40	49,80	50,80	50,90	51,10	50,60	50,20	52,00	52,40	52,20
Соотношение муж./жен.		2	2	2	2	2	2,1	2	2	1,9	1,9

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ИБС — ишемическая болезнь сердца, СКС — стандартизованный коэффициент смертности.

Таблица 3

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от ИМ (I21-22) в 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС от ИМ	Муж.	57,3	53,7	52,4	51,2	46,6	44,8	42,2	45,1	42,3	37,6
	Жен.	24,2	22,6	22,3	21,3	19,6	18,7	17,8	18,4	17,9	16,2
% от БСК	Муж.	7,60	7,80	7,80	7,90	7,70	7,50	7,30	7,00	6,80	6,80
	Жен.	5,80	6,00	6,10	6,20	6,10	5,90	5,80	5,40	5,20	5,30
Соотношение муж./жен.		2,4	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,4	2,3

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ИМ — инфаркт миокарда, СКС — стандартизованный коэффициент смертности.

Таблица 4

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от ДФОИБС (I20, I24.1-9) в 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС от ДФОИБС	Муж.	54,9	48,2	41,1	34,1	29,8	31,9	30	31,7	33	28,6
	Жен.	19,8	17	14,6	11,1	9,5	10,1	9,5	10,1	10,4	8,8
% от БСК	Муж.	7,30	7,00	6,10	5,30	4,90	5,30	5,20	4,90	5,30	5,20
	Жен.	4,70	4,50	4,00	3,20	2,90	3,20	3,10	3,00	3,00	2,90
Соотношение муж./жен.		2,8	2,8	2,8	3,1	3,1	3,2	3,1	3,1	3,2	3,2

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ДФОИБС — другие формы ишемической болезни сердца, СКС — стандартизованный коэффициент смертности.

Таблица 5

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от ХИБС (I25) в 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС от ХИБС	Муж.	302	275,8	277,4	270,8	258,8	250,5	241,4	281,9	269,3	240,1
	Жен.	166,6	147,7	148,4	143,3	135,6	130,5	127	147,1	150,4	134,8
% от БСК	Муж.	40,30	39,90	41,30	41,90	42,70	41,90	41,80	43,60	43,40	43,50
	Жен.	39,90	39,30	40,70	41,50	42,10	41,50	41,30	43,60	44,10	44,00
Соотношение муж./жен.		1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, СКС — стандартизованный коэффициент смертности, ХИБС — хроническая ишемическая болезнь сердца.

СКС, как среди мужчин, так и женщин. В отличие от БСК и ИБС в целом отмечалось более выраженное снижение СКС от ИМ по сравнению с 2013г (в 2022г почти на 35%). Однако снижение вклада СКС от ИМ

в смертность от БСК было не столь существенным: <1% у обоих полов. Соотношение СКС от ИМ мужчин и женщин почти не изменилось: мужская смертность превышала женскую почти в 2,5 раза.

В таблице 4 представлены СКС от "других форм острой ИБС" (ДФОИБС в КНПСР учитываются одной строкой коды I20, I24.1-9). Отмечалось небольшое увеличение СКС в 2020 и 2021гг по сравнению с 2019г, но в 2022г по сравнению с 2013г показатель уменьшился у мужчин почти на 50%, у женщин на 55%. Снижение вклада СКС от ДФОИБС в смертность от БСК оказалось более выраженным, чем снижение вклада от ИМ. Соотношение показателя

мужского и женского СКС увеличилось и, в отличие от БСК в целом, начиная с 2017г, мужская смертность превышала женскую более чем в 3 раза.

СКС от хронических форм ИБС у мужчин, также как и у женщин, возрос в 2020 и 2021гг по сравнению с 2019г, но в 2022г показатель уменьшился почти на 20% по сравнению с 2013г для обоих полов (табл. 5). Вклад ХИБС в смертность от БСК и у мужчин, и у женщин был выше, чем других форм ИБС.

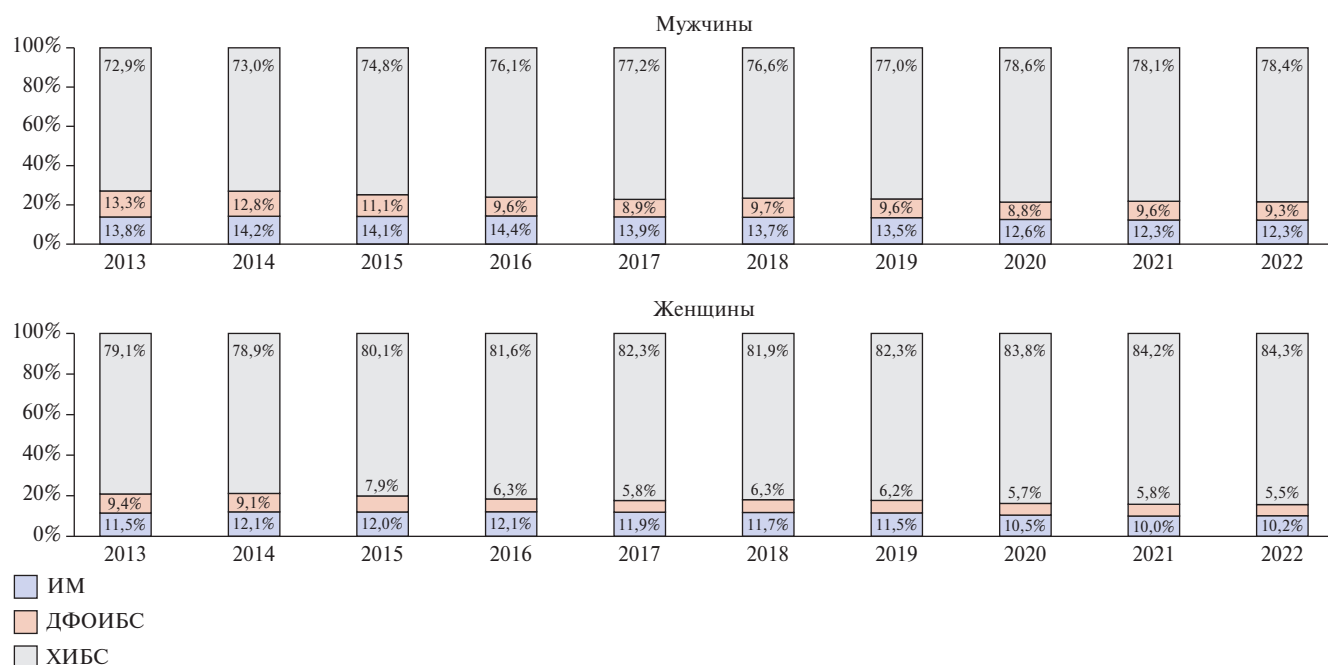


Рис. 1. Структура смертности от ИБС.

Сокращения: ИМ — инфаркт миокарда, ДФОИБС — другие формы ишемической болезни сердца, ХИБС — хроническая ишемическая болезнь сердца.

Таблица 6

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от АКМП в 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС от АКМП	Муж.	21	20,7	20,6	20,3	16,5	16	16,3	18	17,9	16,6
	Жен.	5,3	5,5	5,7	5,2	4,3	4	4,3	4,6	4,6	4,2
% от БСК	Муж.	2,80	3,00	3,10	3,10	2,70	2,70	2,80	2,80	2,90	3,00
	Жен.	1,30	1,50	1,60	1,50	1,30	1,30	1,40	1,40	1,30	1,40
Соотношение муж./жен.		4	3,7	3,6	3,9	3,8	4	3,8	3,9	3,9	4

Сокращения: АКМП — алкогольная кардиомиопатия, БСК — болезни системы кровообращения, СКС — стандартизованный коэффициент смертности.

Таблица 7

СКС (на 100 тыс. населения) в РФ от ОНМК (I60-64) 2013-2022гг

Год		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
СКС от ОНМК	Муж.	116,7	107,2	104,1	99,3	92,4	90,7	86	90,5	86,7	75,6
	Жен.	73,4	65,8	63,3	59,5	54,8	52,6	50,4	51,6	50,5	44,7
% от БСК	Муж.	17,60	17,50	17,30	17,30	17,00	16,70	16,40	15,30	14,80	14,60
	Жен.	15,60	15,50	15,50	15,40	15,20	15,20	14,90	14,00	14,00	13,70
Соотношение муж./жен.		1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, СКС — стандартизованный коэффициент смертности.

На рисунке 1 представлена структура мужской и женской смертности от ИБС. Доля ХИБС все годы значительно преобладала и в 2022г достигла 78,4% у мужчин и 84,3% у женщин. При этом доля ДФОИБС существенно снизилась, причём у женщин более выражено — в 1,7 раза. Доля смертности от ИМ снизилась незначительно.

В таблице 6 представлены СКС от АКМП. Отмечается тенденция снижения показателя до 2019г (на 24% у мужчин и на 19% у женщин). В 2020г произошло увеличение смертности от АКМП, более выраженное у мужчин, с последующим значительным снижением к 2022г. Вклад СКС от АКМП в смертность от БСК и у мужчин, и у женщин минимальный по сравнению с другими рассматриваемыми причинами смерти. Уровень СКС от АКМП у мужчин практически в 4 раза был выше, чем у женщин, за исключением 2014 и 2015гг.

В течение всего изучаемого периода отмечалась устойчивая тенденция к снижению СКС от ОНМК с небольшим повышением в 2020г (табл. 7). Показатель снизился у мужчин в 1,54 раза, а у женщин — в 1,64 раза. В отличие от большинства других изучаемых причин смертности от БСК, вклад ОНМК снизился на 3 и 1,9 процентных пункта, соответственно, даже несмотря на увеличение абсолютного значения в 2020г. Соотношение СКС мужчин и женщин характеризовалось незначительными колебаниями в пределах 1,6-1,8.

Обсуждение

Представленные результаты свидетельствуют о снижении СКС от БСК, ИБС, ОНМК с 2013 по 2019гг. Эта тенденция была нарушена в 2020-2021гг, что, возможно, связано с пандемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19). В начале пандемии были сокращены объёмы плановой медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, в т.ч. с БСК, что повлияло на смертность населения. Имеющиеся БСК стали дополнительными факторами риска смерти, также стало понятно, что COVID-19 вызывает артериальные и венозные тромбозы [12]. Однако впоследствии стало ясно (по данным обзора 30 исследований; 55 тыс. пациентов, 2020г), что средняя частота такого осложнения как, например, ОНМК составляет 1,74% [13]. До сих пор публикуются противоречивые данные о влиянии пандемии COVID-19 на риск смертельных кардиальных осложнений и изменении показателей сердечно-сосудистой смертности [7, 14, 15]. Вероятно, это также связано с проблемами выбора основной причины смерти. В "Методических рекомендациях по кодированию и выбору основного состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причины в статистике смертности, связанных с COVID-19", версия 2 (02.07.2021) приводятся несколько примеров постановки ППС: "У пациента с COVID-19, осложнённого, например, пневмонией и отеком лёгкого, развивается острый ИМ. В таких случаях, в соответ-

ствии с правилом МКБ-10, первоначальной причиной следует выбирать COVID-19"¹. При этом не ясно, как следует производить выбор ППС, если пациент уже имеет ИБС, особенно, если это пожилой человек с чрезмерной степенью коморбидности.

В целом за рассматриваемый период отмечена положительная динамика в снижении СКС как в целом от БСК, так и отдельных групп заболеваний, входящих в класс БСК. Однако, мы считаем, что это связано не только с реализацией государственной программы "Развитие здравоохранения", но и недостаточно четкими критериями установления причин смерти (например, от АКМП, хронических форм ИБС, церебральный атеросклероз и т.д.) [6, 7, 10, 16, 17]. Так, далеко не все специалисты согласны с тем, что АКМП может быть зарегистрирована как самостоятельная нозологическая единица и являться ППС. Многие исследователи указывают на то, что этанол является лишь триггером, поскольку не у всех лиц, потребляющих избыточное количество алкоголя, развивается АКМП [17, 18]. Несогласованность критериев диагностики и установления ППС при ряде нозологий приводит к "перебросу диагнозов" (например, вместо кода церебральный атеросклероз I67.2 или последствия перенесенного ОНМК — коды группы I69 — использовать коды из класса нервных болезней G93.4) из класса в класс и меняет не только структуру смертности от причин, но и величину СКС, о чем мы неоднократно указывали в опубликованных ранее работах. На эту же проблему указывают Timonin S, et al. (2021). Авторы отмечают, что в России и Норвегии значительные различия в показателях смертности и вкладе ИМ и ДФОИБС, вероятно, связаны с разными диагностическими критериями между этими двумя "состояниями". Авторы справедливо ставят вопрос: достаточны ли усилия экспертов по разработке формальных критериев причины смерти для того, чтобы сопоставлять показатели смертности от отдельных причин на основании данных медицинских свидетельств о смерти по странам [19].

То же самое касается хронических форм ИБС. В мире нет критериев установления в качестве ППС указанных в МКБ кодов ХИБС, нет единой позиции могут ли ППС быть хронические формы необструктивной или микрососудистой ИБС (например, без развития ИМ). [7, 20] На наш взгляд, этот вопрос требует широкого обсуждения и привлечения к обсуждению не только кардиологов, но и патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, поскольку доля ХИБС в структуре смертности от БСК составляет 40%.

Особого внимания заслуживают различия в СКС между мужчинами и женщинами. Причины таких различий были уже описаны в ряде статей, в т.ч. в недавно опубликованной обзорной статье Драпкиной О. М.

¹ https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/057/366/original/020702021_MR_COD_v2.pdf.

ПРЕДУКТАЛ® ОД 80_{мг}

Триметазидин 80 мг

Антиангинальное средство

В КАПСУЛАХ



**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ
НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ¹,²**

// Уменьшает

СИМПТОМЫ СТЕНОКАРДИИ¹,²

// Увеличивает

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ²

// Сохраняет

УРОВЕНЬ АТФ В КЛЕТКЕ²

Краткая информация по безопасности лекарственного препарата Предуктал® ОД

СОСТАВ*. 1 капсула с пролонгированным высвобождением содержит триметазидина дигидрохлорида 80 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ*.** У взрослых пациентов в качестве дополнительной терапии для симптоматического лечения стабильной стенокардии при неадекватном контроле или непереносимости антиангинальной терапии первой линии. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ*.** Внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки, утром во время завтрака. Оценка пользы от лечения должна быть проведена после трех месяцев приема препарата. Прием триметазидина следует прекратить, если за это время улучшения не наступило. **Пациенты с нарушением функции почек/пожилые пациенты:** у пациентов с умеренным нарушением функции почек (КК 30-60 мл/мин) рекомендуется снижение дозы наполовину, т.е. 1 таблетка, содержащая 35 мг триметазидина, утром во время завтрака. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ*.** Гиперчувствительность к действующему веществу или к любым вспомогательным веществам, входящим в состав лекарственного препарата. Болезнь Паркинсона, симптомы паркинсонизма, тремор, синдром «беспокойных ног» и другие связанные с ними двигательные нарушения. Тяжелая почечная недостаточность (КК <30 мл/мин). Период беременности и кормления грудью. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ*.** Предуктал® ОД не предназначен для купирования приступов стенокардии и не показан для начального курса терапии нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда на догоспитальном этапе или в первые дни госпитализации. В случае развития приступа стенокардии следует вновь оценить степень поражения коронарных артерий и при необходимости пересмотреть лечение. Триметазидин может вызывать или ухудшать симптомы паркинсонизма (тремор, акинезию, повышение тонуса), поэтому следует проводить регулярное наблюдение пациентов, особенно пожилого возраста. Могут отмечаться падения, связанные с неустойчивостью походки или артериальной гипотензией, особенно у пациентов, принимающих антигипертензивные препараты. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ*.** **ФЕРТИЛЬНОСТЬ И ЛАКТАЦИЯ*.** Не следует использовать. **УПРАВЛЕНИЕ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ, МЕХАНИЗМАМИ*.** Наблюдался случай головокружения и сонливости, что может повлиять на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ*.** Часто: головокружение, головная боль, боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, рвота, кожная сыпь, кожный зуд, крапивница, астеня. Редко: ощущение сердцебиения, экстрасистолия, тахикардия, артериальная гипотензия, ортостатическая гипотензия, которая может сопровождаться общим недомоганием, головокружением или падением, особенно при одновременном приеме антигипертензивных препаратов, «приливы» крови к коже лица. Частота неизвестна: симптомы паркинсонизма (тремор, акинезия, повышение тонуса), неустойчивость походки, синдром «беспокойных ног», другие связанные с ними двигательные нарушения, обычно обратимые после прекращения терапии, нарушения сна (бессонница, сонливость), вертиго, запор, острый генерализованный экзантематозный пустулез, ангионевротический отек, агранулоцитоз, тромбоцитопения, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит. **ПЕРЕДОЗИРОВКА*.** **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА*.** Триметазидин предотвращает снижение внутриклеточной концентрации аденозинтрифосфата (АТФ) путем сохранения энергетического метаболизма клеток в состоянии гипоксии. Антиишемический эффект достигается без сопутствующих гемодинамических эффектов. **ФОРМА ВЫПУСКА*.** По 10 капсул в блистер. По 3 или 6 блистеров в пачку картонную.

*Смотрите полную информацию о препарате в общей характеристике лекарственного препарата.

1. Glezer M., CHOICE-2 study investigators. The effectiveness of trimetazidine treatment in patients with stable angina pectoris of various durations: results from the CHOICE-2 study. Adv Ther. 2018;35:1103-1113. doi: 10.1007/s12325-018-0674-4.

2. Общая характеристика лекарственного препарата Предуктал® ОД. ЛП-№(000215)-(ГП-РУ). АО «Сервье». 125196, г. Москва, ул. Лесная, д. 7, этажи 7/8/9. Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Реклама

SERVIER

и Ким О.Т. [21]. То, что СКС у мужчин выше, чем среди женщин в значительной степени свидетельствует, что в целом умершие от БСК мужчины моложе женщин, что отражает причины более высокой смертности среди мужчин. А вот то, что доля АКМП и ДОФИБС в структуре смертности мужчин значительно выше, чем у женщин требует, вероятно, дополнительного анализа причин и их учета при составлении программ по снижению смертности.

Заключение

Выявленное практически двукратное превышение смертности от БСК у мужчин по сравнению

с женщинами, свидетельствует о необходимости более активной профилактической работы среди мужского населения страны. Одной из причин снижения смертности в изучаемый период могла явиться реализация региональных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При пролонгации указанных программ следует учитывать другие причины, т.к. ИМ и ОНМК в структуре смертности от БСК составляют 22% у мужчин и 15% у женщин.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Golubeva AA, Shibalkov IP. The analysis of the structure of mortality and its social and economic factors in several regions of the Siberian federal district. *Obschestvo: politika, ekonomika, pravo*. 2017;8:42-6. (In Russ.) Голубева А.А., Шибалков И.П. Анализ структуры смертности и социально-экономических факторов смертности в некоторых регионах Сибирского федерального округа. *Общество: политика, экономика, право*. 2017;8:42-6. doi:10.24158/pep.2017.8.9.
- Zubarev NYu. Some features of mortality factors in the Russian Federation. *Ekonomika i upravlenie: problemy, resheniya*. 2019;4(3):64-70. (In Russ.) Зубарев Н.Ю. Некоторые особенности факторов смертности населения в Российской Федерации. *Экономика и управление: проблемы, решения*. 2019;4(3):64-70.
- Berendeeva AB, Sizova OV. Analysis of factors of mortality of population in the labor age in the regions of the Russian Federation by the model of modeling. *Teoreticheskaya ekonomika*. 2020;4(64):11-24. (In Russ.) Берендеева А.Б., Сизова О.В. Анализ факторов смертности населения в трудоспособном возрасте в регионах Российской Федерации методом моделирования. *Теоретическая экономика*. 2020;4(64):11-24.
- Samorodskaya IV, Semenov VYu. Malignant neoplasms mortality rates in Moscow and Saint Petersburg in 2015 and 2018. *Sovremennaya onkologiya*. 2020;22(3):79-84. (In Russ.) Самородская И.В., Семёнов В.Ю. Смертность населения от злокачественных новообразований в Москве и Санкт-Петербурге в 2015 и 2018 годах. *Современная онкология*. 2020;22(3):79-84. doi:10.26442/18151434.2020.3.200192.
- Samorodskaya IV, Semenov VYu, Boitsov SA. The impact of medical and non-medical factors on population mortality: phenotype and behavioral factors. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(5):260-5. (In Russ.) Самородская И.В., Семёнов В.Ю., Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: генотипические, фенотипические и поведенческие факторы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):260-5. doi:10.32687/0869-866x-2018-26-5-260-265.
- Drapkina OM, Samorodskaya IV, Semenov VYu, Zairat'yants OV. comparative analysis of variability of mortality rates from various causes in the subjects of Russian Federation. *Russian Journal of Archive of Pathology*. 2020;82(3):31-7. (In Russ.) Драпкина О.М., Самородская И.В., Семёнов В.Ю., Зайрат'янц О.В. Сравнительный анализ вариативности показателей смертности от различных причин в субъектах Российской Федерации. *Архив патологии*. 2020;82(3):31-7. doi:10.17116/patol20208203131.
- Samorodskaya IV, Klyuchnikov IV, Shepel RN, et al. Regional variability of male and female mortality from three types of coronary artery disease: comparison of two periods 2017-2019 and 2020-2022. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(4):3984. (In Russ.) Самородская И.В., Ключников И.В., Шепель Р.Н. и др. Региональная вариативность мужской и женской смертности от трех форм ишемической болезни сердца (сравнение двух периодов 2017-2019 и 2020-2022 гг.). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(4):3984. doi:10.15829/1728-8800-2024-3984.
- Lilotkhia SH. Gender inequality and cardiovascular diseases. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(6):5873. (In Russ.) Лилотхия С.Х. Гендерно-половое неравенство и сердечно-сосудистые заболевания. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(6):5873. doi:10.15829/1560-4071-2024-5873.
- Sabgayda TP, Zubko AV, Semyonova VG. Effectiveness of the federal project "Fight against cardiovascular diseases" in the context of preventable causes of death in the Russian urban and rural settlements. *Voprosy upravleniya*. 2023;2(81):71-85. (In Russ.) Сабгайда Т.П., Зубко А.В., Семенова В.Г. Результативность федерального проекта "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями" в контексте предотвратимых причин в городских и сельских поселениях России. *Вопросы управления*. 2023;2(81):71-85. doi:10.22394/2304-3369-2023-2-71-85.
- Kakorina EP, Samorodskaya IV, Kotov SV. Mortality rates for men and women from cerebrovascular and nervous diseases in the regions of Russia in 2013 and 2022. *National Health Care*. 2024;5(1):49-57. (In Russ.) Какорина Е.П., Самородская И.В., Котов С.В. Показатели смертности мужчин и женщин от цереброваскулярных и нервных болезней в регионах России в 2013 и 2022 гг. *Национальное здравоохранение*. 2024;5(1):49-57. doi:10.47093/2713-069X.2024.5.1.49-57.
- Narkevich AN, Vinogradov KA, Grzhibovsky AM. Multiple comparisons in biomedical research: problem and solutions. *Human Ecology*. 2020;10(5):55-64. (In Russ.) Наркевич А.Н., Виноградов К.А., Гржибовский А.М. Множественные сравнения в биомедицинских исследованиях: проблема и способы решения. *Экология человека*. 2020;10(5):55-64.
- Kutina MA, Parshina SS. Hemocoagulation disorders in acute covid and postcovid period, features of their diagnosis: literature review. 2023;12:159-65. (In Russ.) Кутина М.А., Паршина С.С. Гемокоагуляционные нарушения в остром ковиде и постковидном периоде, особенности их диагностики: обзор литературы. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: естественные и технические науки*. 2023;12:159-65. doi:10.37882/2223-2966.2023.12.19.
- Siow I, Lee KS, Zhang JY, et al. Stroke as a Neurological Complication of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis of Incidence, Outcomes and Predictors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30(3):105549. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105549.
- Roth G, Vaduganathan M, Mensah G, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Cardiovascular Health in 2020. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(6):631-40. doi:10.1016/j.jacc.2022.06.008.
- Gill JR, DeJoseph ME. The Importance of Proper Death Certification During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;324(1):27-8. doi:10.1001/jama.2020.9536.
- Samorodskaya IV, Kakorina EP, Chernyavskaya TK. Mortality from alcoholic cardiomyopathy: evidence and statistical problems. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(11):5498. (In Russ.) Самородская И.В., Какорина Е.П., Чернявская Т.К. Смертность от алкогольной кардиомиопатии: фактические данные и проблемы статистического учета. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(11):5498. doi:10.15829/1560-4071-2023-5498.
- Andersson C, Schou M, Gustafsson F, et al. Alcohol Intake in Patients with Cardiomyopathy and Heart Failure: Consensus and Controversy. *Circ Heart Fail*. 2022;15(8):e009459. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.009459.
- Kobalava ZhD, Lazarev PV, Goncharov AS. A modern view on the pathogenesis, diagnosis and treatment of alcoholic cardiomyopathy. *Russian Journal of Cardiology*. 2019;11(1):164-72. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Лазарев П.В., Гончаров А.С. Современный взгляд на проблемы патогенеза, диагностики и лечения алкогольной кардиомиопатии. *Российский кардиологический журнал*. 2019;11(1):164-72. doi:10.15829/1560-4071-2019-11-164-172.
- Timonin S, Shkolnikov VM, Andreev E, et al. Evidence of large systematic differences between countries in assigning ischaemic heart disease deaths to myocardial infarction: the contrasting examples of Russia and Norway. *International Journal of Epidemiology*. 2021;dyab188. doi:10.1093/ije/dyab188.
- Samorodskaya IV, Shepel RN, Kakorina EP, Drapkina OM. Chronic coronary artery disease: aspects of recording and coding in clinical practice (results of a survey of physicians). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(5):4027. (In Russ.) Самородская И.В., Шепель Р.Н., Какорина Е.П., Драпкина О.М. Хронические формы ишемической болезни сердца: особенности учета и кодирования в клинической практике (результаты анкетирования врачей). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(5):4027. doi:10.15829/1728-8800-2024-4027.
- Drapkina OM, Kim OT. Sex and gender differences in health and disease. Part II. Clinical and medical-social. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(12):3831. (In Russ.) Драпкина О.М., Ким О.Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть II. Клиническая и медико-социальная. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(12):3831. doi:10.15829/1728-8800-2023-3831.