

**Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний как составляющая медико-демографической безопасности территории***Е.Э. Лайковская, О.П. Ковтун, З.Д. Бобылева**Правительство Свердловской области, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрова, Министерство здравоохранения Свердловской области, Екатеринбург*

Вопросы демографического развития являются одним из базовых факторов формирования социально-экономической стабильности общества. Многолетние наблюдения показывают, что кризисные явления в экономике негативно влияют на социальную стабильность и демографическое развитие. В течение последних 15 лет Россия испытывала демографический кризис. Начиная с 1992г. и по настоящее время в стране отмечается убыль населения, численность населения сокращалась до 600-800 тыс. человек в год.

За последние 15 лет наиболее серьезное ухудшение состояния здоровья наблюдается среди мужчин трудоспособного возраста, среди которых отмечается наибольший рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин, в основном связанных с нездоровым образом жизни и рискованными формами поведения.

В последние годы появилось понятие «демографическая безопасность», которое, в первую очередь, формируется на основе изучения таких характеристик как рождаемость, смертность, естественный прирост населения, брачность, разводимость, продолжительность жизни, миграционный прирост, миграционные потоки, возрастной состав, возрастная структура населения и т.д., значения которых обеспечивают или не обеспечивают процесс воспроизводства населения, а, следовательно, и социально-экономическое развитие общества [1]. Следуя определению понятия «безопасность», которое дано в Федеральном законе «О безопасности», под безопасностью понимается состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз [2]. Демографическая безопасность понимается как защищенность процесса жизни и непрерывного естественного возобновления поколений людей [3].

Для оценки и мониторинга ситуации в социально-демографической сфере была разработана комплексная методика диагностики социально-демографической безопасности территорий [1], которая позволяет отследить влияние различных факторов на ситуацию в социально-демографической и связанных с ней сферах, учесть взаимодействия между различными факторами, наметить программно-целевые мероприятия по нейтрализации отдельных угроз и осуществить их адресную привязку. Одним из важнейших разделов проблемы социально-демографической безопасности являются два блока: 1) воспроизводство населения и 2) состояние здоровья населения, который включает в себя анализ показателей здоровья, общей и первичной заболеваемости, изучение причин смертности, оценку состояния системы здравоохранения и др.

Интеграция данных блоков позволяет оценивать медико-демографическую составляющую безопасности, которая в большей степени находится в зоне ответственности системы здравоохранения и может стать инструментом для принятия стратегических и тактических решений при планировании развития отрасли.

Анализ потерь продолжительности жизни в России [4], позволил ранжировать основные причины преждевременной смертности мужчин: 1) ишемическая болезнь сердца у лиц старше 48 лет и нарушения мозгового кровообращения у лиц старше 50 лет; 2) смертность от внешних причин в возрасте от 20 до 60 лет (дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и случайные отравления в возрасте от 35 до

50 лет, убийства в возрасте от 25 до 45 лет, самоубийства в возрасте от 38 до 39 лет; 3) болезни органов дыхания в возрасте от 50 до 60 лет. Причем в трудоспособных возрастах основной причиной смерти у мужчин являются внешние причины смерти (несчастные случаи и насильственные приемы), на которые приходится примерно половина всех смертей. За ними следуют болезни системы кровообращения, на которые приходится примерно четверть смертей, и новообразования – около 10 процентов. Оставшаяся часть распределена между болезнями органов дыхания, пищеварения и прочими заболеваниями, а также неустановленными причинами смерти.

У женщин смертность в трудоспособном возрасте в три с половиной раза ниже, чем у мужчин, и в ней существенно меньший удельный вес приходится на внешние причины, доля болезней системы кровообращения и новообразований значительно выше, чем у мужчин.

Общие тенденции динамики смертности населения страны во многом определяет «сверхсмертность» людей трудоспособного возраста (более 30% умерших), среди которых около 80% составляют мужчины. Уровень мужской смертности в 3,5 раза выше уровня женской и в 2-4 раза выше, чем в развитых странах. Смертность мужчин в трудоспособном возрасте, по заключению Европейского бюро ВОЗ, в основном связана с рискованными формами поведения.

Этот факт определяет высокую значимость комплекса мероприятий по профилактике факторов риска развития заболеваний (в первую очередь, болезней системы кровообращения) в трудоспособных возрастах и формирования здорового образа жизни, начиная с детского возраста.

За последнее десятилетие в России и Свердловской области сложилась неблагоприятная ситуация, связанная с ростом заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Заболеваемость болезнями системы кровообращения в нашей стране значительно превышает показатели в странах Европейского Союза, Канаде, США и Японии. Показатель заболеваемости в России по этому классу неуклонно растет (в 1997 году - 11,08% в структуре общей заболеваемости взрослого населения, в 2007 году - 16,2%), и с 2006 года этот класс заболеваний занял первое место в структуре общей заболеваемости взрослого населения, оставаясь также одной из ведущих причин инвалидности и смертности. Сервическая заболеваемость болезнями системы кровообращения в России по данным Госкомстата с 2000 по 2007 год выросла на 53,2% (с 17,1 до 26,5 на 1000 населения).

В Свердловской области в структуре общей заболеваемости всего населения в течение многих лет болезни системы кровообращения занимают 2 место, уступая лишь болезням органов дыхания (включая острые респираторные заболевания). Их доля за 10 лет увеличилась с 8,0% в 1998 году до 11,7% в 2007 году.

Показатель заболеваемости в Свердловской области (рис. 1) по этому классу за десятилетний период вырос почти в 2 раза - на 97,1% (с 82,4 в 1998г. до 162,4 на 1000 населения в 2007г.) и превысил среднемноголетний уровень на 24,8%. В то время как показатель общей заболеваемости по всем классам болезней с 1998 года продемонстрировал рост на 34,2%, превысив в 2007 году среднемноголетний уровень на 12,5% (таблица 1).

## ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



**Рис. 1. Заболеваемость болезнями системы кровообращения в Свердловской области в 1998-2008гг. (на 1000 нас.)**

**Таблица 1**  
**Общая заболеваемость всего населения (на 1000 населения) по всем заболеваниям и доля болезней системы кровообращения в ее структуре в Свердловской области за период с 1998 по 2007 годы**

годы	Всего заболеваний	Болезни системы кровообращения	Доля в структуре заболеваемости, %
1998	1035,6	82,4	8,0
1999	1111,7	91,7	8,3
2000	1163,2	94,4	8,1
2001	1137,3	102,5	9,0
2002	1190,7	115,4	9,7
2003	1237,0	121,0	9,8
2004	1248,9	131,5	10,5
2005	1299,0	146,3	11,3
2006	1356,5	160,4	11,8
2007	1390,0	162,4	11,7
Среднеголетний показатель (1998-2007гг.)	1217,0	122,1	
Рост показателя 2007г. к среднеголетнему, %	+12,5	+24,8	

Отмечается рост заболеваемости населения (в основном, за счет взрослых) отдельными нозологическими формами болезней сердечно-сосудистой системы (рис.2). В структуре болезней органов кровообращения первое место занимает артериальная гипертония, и ее удельный вес увеличивается из года в год (от 30,7% в 1998г. до 41,2% в 2008г.). Данное заболевание не только заметно снижает качество жизни человека, но и является причиной целого ряда осложнений, приводящих к инвалидности и летальным исходам.



**Рис.2. Заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения в Свердловской области в 1998-2008гг. (на 1000 взрослого населения)**

В Свердловской области изменения в структуре заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы произошли с 2001 года. Если до 2000 года первое место среди нозологических форм занимала ишемическая болезнь сердца, то с 2001 году на первое место вышла артериальная гипертония. За пятилетний период (с 1997г. по 2001г.) общая заболеваемость артериальной гипертонией увеличилась в два раза, а цереброваскулярной болезнью - в 1,3 раза.

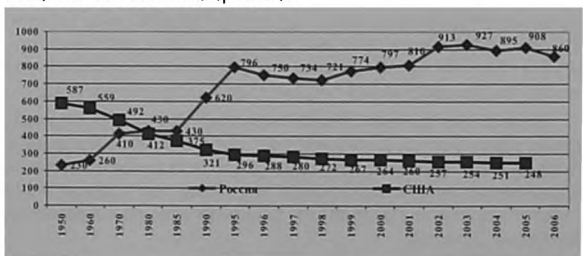
По данным ГОУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» в Свердловской области в структуре причин временной нетрудоспособности как по числу случаев, так и по числу дней в 2007 году болезни системы кровообращения занимали 4 место (9,5% и 11,4%, соответственно).

Средняя длительность случая временной нетрудоспособности от болезней системы кровообращения в 2007 году составила 18,8 дней у мужчин и 15,5 дней у женщин, что превышает средний показатель по всем заболеваниям у мужчин (14,2 дня) на 32,4% и у женщин (14,0 дней) на 10,7%. Обращает внимание тот факт, что одной из самых значимых по длительности нетрудоспособности причин является цереброваскулярная болезнь, в которую входят инсульты (33,4 дня у мужчин и 25,2 дня у женщин), и ишемическая болезнь сердца, включающая острый инфаркт миокарда (27,3 дня у мужчин и 21,2 дня у женщин).

Устойчивая тенденция к росту числа болезней системы кровообращения обуславливает высокий уровень инвалидизации (40,1% всех причин первичной инвалидности) и смертности (55,7% в структуре общей смертности). Показатель первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения составил 31,7 случая на 10 тыс. человек взрослого населения, показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - 8,16 случая на 1000 человек населения.

Потери населения в России и Свердловской области несравнимо выше аналогичных показателей в развитых странах. В 2007 году в России показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составил 834,0 на 100 тыс. населения. Во Франции, Бельгии, Нидерландах, Италии показатель менее 200 на 100 тыс. населения, менее 300 на 100 тыс. населения - в Германии, Великобритании, Дании, Канаде, Японии, Испании, Австрии, от 300 до 600 на 100 тыс. населения - в Польше, Португалии, Словении, Венгрии, Албании и Болгарии.

Показатель смертности от болезней системы кровообращения в США в 1995 году был ниже, чем в России в 1,5 раза, а в 2006 году - в 3,4 раза (в 1995г. - 375 в США и 430 на 100 тыс. населения в России, в 2006г. - 248 и 850 на 100 тыс. населения, соответственно). В то время как в 1950 году наблюдалась противоположная ситуация: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в США в 3,0 раза превышала российские показатели (687 и 230 на 100 тыс. населения, соответственно) (рис. 3).



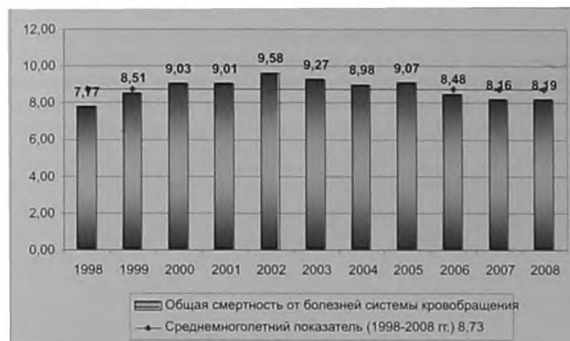
**Рис. 3. Динамика смертности от болезней системы кровообращения в России и США (стандартизованный показатель на 100 тыс. населения)**

В России и Свердловской области сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин общей смертности (на них приходится более половины всех смер-

тей). В структуре причин общей смертности населения России смертность от болезней системы кровообращения в 2008г. составила 56,8% (в 2007г. - 56,0%). На долю ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней - основных осложнений артериальной гипертонии - приходится соответственно 50,4 и 34,1% среди всех случаев смерти от сердечно-сосудистой патологии.

Проведенный анализ показал, что в 2007 году в Свердловской области всего умерло 64441 человек, из них от болезней системы кровообращения - 35899 человек (55,71%).

Показатели общей смертности в Свердловской области в 1998-2002гг. превышали среднероссийские, а, начиная с 2003 года - практически совпадают с российскими (рис. 4).



**Рис. 4. Смертность от болезней системы кровообращения в Свердловской области (на 1000 населения)**

На долю мужчин приходится 52,4% всех потерь и 42,9% потерь от болезней системы кровообращения, на долю женщин - 47,6% и 57,1%, соответственно (таблица 2).

**Таблица 2**

**Гендерные особенности общей смертности и смертности в трудоспособном возрасте от всех причин и от болезней системы кровообращения в Свердловской области в 2007 году**

Смертность	От всех причин				От болезней системы кровообращения				
	всего	мужчины	женщины		всего	мужчины	женщины		
	абс	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего населения	64441	33739	52,4	30702	47,6	35899	55,71	15386	42,9
в т.ч. в трудоспособном возрасте	19321	15401	79,7	3920	20,3	5304	27,45	4381	82,6
								923	17,4

Среди причин смертности в трудоспособном возрасте болезни системы кровообращения занимают второе место (в 2007 году - 27,45% в структуре причин смертности в трудоспособном возрасте). В 2007 году в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения умерло 5304 человека (14,8% от всех умерших по этой причине). Причем на долю мужчин приходится 82,6% (!) всех потерь от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте, на долю женщин - 17,4%.

Важнейшими управляемыми факторами, повышающими риск развития мозгового инсульта и инфаркта миокарда, считаются: артериальная гипертония, курение, гиподинамия, нарушения липидного обмена, сахарный диабет, патология сердца, патология магистральных артерий головы, гемостатические нарушения, злоупотребление алкоголем, прием оральных контрацептивов, стресс. К неуправляемым факторам, или маркерам риска, относятся: пол; возраст; этническая принадлежность; наследственность.

В настоящее время в Российской Федерации сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости артериальной гипертонией, являющейся одним из основных факторов риска развития инфарктов, инсультов и смертности населения от них.

Из эпидемиологических исследований известно, что стандартизованная по возрасту распространенность артериальной гипертонии с АД >140/90 в России составляет среди мужчин 39,2%, а среди женщин - 41,1%, а повышением АД >160/90 страдают от 15 до 25% взрослого населения. Результаты выборочного обследования населения показали, что общее количество больных артериальной гипертонией в возрасте 15 лет и старше достигает в России более 41,6 млн. человек, хотя, по данным официальной статистики, в стране зарегистрировано всего 7,2 млн. таких больных, в том числе 2,5 млн. больных ишемической болезнью сердца с гипертонией и 2,1 млн. больных цереброваскулярными болезнями (инсультами) с гипертонией [5, 6].

В 2007 году в Свердловской области зарегистрировано 287525 пациентов с артериальной гипертонией, что составляет только 6,5% от общей численности взрослого населения области, тогда как по данным эпидемиологических исследований, распространенность артериальной гипертонии среди взрослого населения в популяции может составлять до 25%. Невыявленная и, следовательно, некорректируемая артериальная гипертония является важнейшим фактором риска и основной причиной развития инфарктов и инсультов.

Рассматривая артериальную гипертонию в качестве фактора риска, можно считать его относительно управляемым за счет: 1) мер первичной профилактики, 2) улучшения организации выявления, ведения/лечения и вторичной профилактики пациентов с артериальной гипертонией и другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний в первую очередь на уровне первичного звена, а также - в условиях специализированной медицинской помощи, 3) доступности лекарственного обеспечения, 4) обеспечения доступности своевременной высокотехнологичной помощи с отработанным алгоритмом диагностики и оказания адекватной медицинской помощи пациентам при острых инфарктах и инсультах, 5) эффективной комплексной системы медико-социальной реабилитации и третичной профилактики.

Рост в 3,5 раза уровня заболеваемости взрослого населения Свердловской области артериальной гипертонией (с 23,0 на 1000 населения в 1998г. до 81,3 в 2007г.) обусловлен, прежде всего, улучшением процесса выявления и регистрации больных с артериальной гипертонией. Существенный вклад в раннюю диагностику артериальной гипертонии с 2004 года внесли мероприятия, проводимые в рамках совместной с ЦНИИОИЗ г.Москва программы управления качеством в здравоохранении по разделу «Артериальная гипертония». А в 2006-2008 годах дополнительный серьезный шаг был сделан благодаря диспансеризации населения в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Сложившаяся за последние годы в Российской Федерации и в Свердловской области эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом сердечно-сосудистых заболеваний, наносит серьезный ущерб здоровью населения, негативно влияет на экономическое развитие и в целом представляет угрозу безопасности страны. За год экономический ущерб, обусловленный временной и стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертностью по причинам артериальной гипертонии и её осложнений - ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней - составил по Свердловской области порядка 36 млн. рублей. Затраты, связанные с лечением и реабилитацией указанной категории пациентов, составляют дополнительно 66,6 млн. рублей.

Учитывая высокую распространенность артериальной гипертонии, а также особую тяжесть медицинских и социально-экономических последствий, она по праву была причислена к категории социально значимых заболеваний (Постановление Правительства РФ от 1.12.2004г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и

перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Мировой опыт показывает, что проблема людских и материальных потерь разрешима и основную роль в этом играет профилактическая деятельность. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в таких странах, как США, Канада, Финляндия, произошло не только вследствие улучшения качества лечения больных, а, главным образом, в результате активизации деятельности по предупреждению возникновения новых случаев заболевания. В 1960 - 1970 годах в этих странах на общегосударственном уровне начали проводить профилактические мероприятия, направленные на снижение риска возникновения артериальной гипертонии, вызываемой питанием с избыточным количеством насыщенного жира и поваренной соли, курением, злоупотреблением алкоголем, малоподвижным образом жизни, повышением холестерина в крови, сахарным диабетом и др.

По данным мониторинга артериальной гипертонии, проводимого в Российской Федерации, включая Свердловскую область, индивидуальными факторами риска являются низкая физическая активность - в 64 % случаев, курение - в 48 % случаев у мужчин, ожирение - в 35 % случаев у женщин и 20 % у мужчин, повышенный уровень холестерина в крови - в 11 % случаев, употребление алкоголя в 7 % случаев у мужчин и 2 % у женщин. Среди многочисленных факторов риска развития болезней системы кровообращения неустрашимыми являются лишь 4 (пол, возраст, наследственность, этническая принадлежность). Остальные (курение, злоупотребление алкоголем, избыточный вес, повышенное артериальное давление и т.д.) в той или иной степени поддаются управлению. При снижении влияния только трех из них (гипертонии, алкоголя, курения) можно сохранить 46% всех потерянных лет здоровой жизни [7].

Большинство факторов риска являются универсальными для развития неинфекционных заболеваний: низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная масса тела, курение, злоупотребление алкоголем, неумение справиться со стрессами. Важно разделять факторы, находящиеся в компетенции здравоохранения (развитие системы здравоохранения, качество и доступность медицинской помощи, раннее выявление заболеваний, вторичная и третичная профилактика, участие в первичной профилактике заболеваний), и факторы, выходящие за рамки компетенции здравоохранения. Использование только медицинских способов влияния на уровень смертности и сохранение здоровья населения малоэффективно. Подобный путь приводит к умеренному снижению уровня смертности и к значительному увеличению расходов на здравоохранение.

Наибольшего влияния на показатели смертности от управляемых причин можно добиться при применении мер первичной профилактики, изменении образа жизни. Наибольшего выигрыша можно добиться при снижении смертности мужчин от несчастных случаев травм и отравлений, болезней сердца и сосудов, онкологических заболеваний. Это требует значительных межведомственных усилий. Сформировались обширные группы населения, условия и образ жизни которых не совместимы со здоровым образом жизни. Решающий вклад в преждевременную смертность вносят неконтролируемая алкоголизация и потребление населением наркотических средств. Им сопутствуют болезни, связанные с поражением внутренних органов, снижение интеллектуального потенциала населения, травматизм, суициды, рост преступности и др.

Главная задача - значительное усиление профилактического направления, не столько за счет здравоохранения, но и за счет других субъектов профилактики. Стратегия массовой профилактики заключается в изменении образа жизни и факторов окружающей среды, связанных с заболеваниями, а также социальных и экономических детерминант. Реализация такой стратегии является задачей всех ветвей и уровней власти, при инициативной и каталитической роли здравоохранения.

Второе направление действий - выявление лиц с высоким риском заболевания, коррекция факторов риска, раннее лечение. Здесь роль здравоохранения преобладает.

И третье направление - вторичная и третичная профилактика, которая заключается в выявлении лиц с ранними стадиями заболевания, предупреждении рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений и проведении реабилитационных мероприятий. В этом секторе роль здравоохранения ведущая.

Оптимальные результаты получаются при сочетании всех трех направлений.

Необходимы информирование населения об артериальной гипертонии и ее последствиях; пропаганда здорового образа жизни; рекомендации по искоренению факторов риска. Проблема борьбы с артериальной гипертонией и ее последствиями требует взаимодействия и осуществления целенаправленных скоординированных действий органов законодательной и исполнительной власти федерального уровня и в субъектах РФ с органами местного самоуправления, организациями системы здравоохранения и гражданским обществом.

Внедрение национальных программ борьбы с артериальной гипертонией дало возможность в разных странах снизить заболеваемость инсультом на 30-40%. В Свердловской области разработаны и утверждены документы, направленные на улучшение ситуации с профилактикой и лечением артериальной гипертонии и ее осложнений, а именно: отраслевая программа "Профилактика и лечение артериальной гипертонии", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.05.2003г. №354-п и разработанная в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 17.07.2001г. №540 "О федеральной целевой программе "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации"; постановление Правительства Свердловской области от 12.07.2004 г. №640-ПП "Об утверждении Плана мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и лечения артериальной гипертонии в Свердловской области на период с 2004 по 2010 год" (Собрание законодательства Свердловской области, 2005, №7-1, ст. 1029).

Свердловская область включена в пилотный проект по созданию и обеспечению функционирования системы учета больных артериальной гипертонией и больных с ее осложнениями. С 2005 года ведется апробация регистра больных артериальной гипертонией в соответствии с положениями приказа Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 07.07.2005г. № 400 "Об обеспечении функционирования системы учета больных артериальной гипертонией и больных с ее осложнениями".

В рамках подпрограммы "Создание системы динамического контроля за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией" федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации" с июня 2006 года ведется II этап мониторинга артериальной гипертонии в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003г. № 440 "О разработке системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19-64 лет". Для осуществления II этапа мониторинга организован ряд мероприятий: проведены обучающие семинары совместно со специалистами Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию для 20 врачей общей практики, которые проводят исследования в муниципальных образованиях в Свердловской области, сформирована выборка населения для исследования - 6000 человек в возрастном диапазоне 19-64 года, издан совместный приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области от

29.11.2006г. № 984-п/01-05/521 "Об обеспечении функционирования системы динамического контроля за эпидемиологической ситуацией (мониторинга), связанной с артериальной гипертонией в Свердловской области".

В рамках областной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии» был проанализирован порядок работы по данному направлению, составлена блок-схема и разработан алгоритм оптимизации выявления и ведения больных с повышенным давлением на уровне участкового терапевта и врача общей врачебной практики. Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.01.2006г. №3-п утвержден территориальный стандарт "Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи больным артериальной гипертонией для первичного звена здравоохранения".

Отсутствие системы специального учета лиц с артериальной гипертонией для динамического наблюдения за ними создавало трудности для достоверной оценки распространенности заболевания и планирования организации помощи этому контингенту больных. С 2006 года проводится ежеквартальный сбор данных от муниципальных образований в Свердловской области, включающий в себя целевые индикаторы и показатели федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации". Анализ полученных данных показал, что выявляемость пациентов с артериальной гипертонией, число пациентов, находящихся под динамическим наблюдением, и число пациентов, обученных в школах здоровья для пациентов с артериальной гипертонией, возрастает.

В пяти пилотных территориях области были использованы алгоритмы диагностики и ведения пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе, внедрены система активного выявления и непрерывного медикаментозного лечения таких больных, автоматизированные системы учета и мониторинга пациентов с артериальной гипертонией. По итогам 2006 года в пилотных территориях в зоне обслуживания населения общими врачебными практиками в 1,5 раза увеличилось число взятых на диспансерный учет, среди пациентов группы диспансерного наблюдения в 1,4 раза увеличилось количество пациентов, у которых были достигнуты целевые уровни давления, в 2 раза снизилась госпитализация больных с гипертонией, в 1,5 раза – частота развития гипертонических кризов.

За период реализации в Свердловской области программ и проектов, направленных на раннее выявление и создание системы информирования и адекватной медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией в целом по Свердловской области отмечается характерная динамика показателей заболеваемости и смертности по классу болезней системы кровообращения. При росте общей заболеваемости отмечается снижение смертности (рис. 5), что подтверждает эффективность проводимых мероприятий.

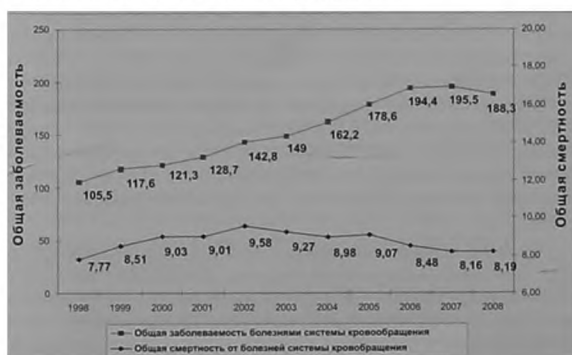


Рис. 5. Общая заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в Свердловской области с 1998 по 2008 гг. (на 1000 чел. населения)

Поэтапная реализация комплекса мер по профилактике и лечению артериальной гипертензии на уровне субъекта РФ позволит осуществить формирование региональной политики по борьбе с артериальной гипертонией и её осложнениями, внедрить в практику здравоохранения эффективные методы профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации пациентов, сократить число осложнений и неблагоприятных исходов от них.

Требуется активное продолжение работы по информированию населения о проблеме повышенного артериального давления и его последствий; выработке у больных необходимости и потребности изменения образа жизни, самоконтроля артериального давления, приверженности к лечению. Совершенствование данного направления с использованием современных профилактических и информационных технологий планируется в рамках Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2020 года.

Таким образом, профилактическая составляющая, в первую очередь по направлению предотвращения сердечно-сосудистой патологии, является серьезным вкладом в предотвращение потерь населения, а, следовательно, - в формирование медико-демографической безопасности на уровне субъекта Российской Федерации.

### Литература

1. *Комплексная методика оценки социально-демографической безопасности региона/Поднаучной редакцией акад. РАН А.И.Татаркина, д.э.н., профессора А.А.Куклина. Екатеринбург, 2007. 156 с.*
2. *Закон РФ "О безопасности" // Экономика и жизнь. 1994. № 12.*
3. *Геополитика и национальная безопасность: Словарь основных понятий и определений. М.: РАЕН, 1999.*
4. *Вишневский А., Школьников В. Смертность в России – главные группы риска и приоритеты действия. М.: Центр Карнеги, 1997.*
5. *Первый доклад экспертов научного общества по изучению артериальной гипертензии Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1). Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации // Клиническая фармакология и терапия. 2000. № 3. С.5-30.*
6. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 января 2003 года №4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации». Москва, 2003.*
7. *Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения // Научные труды Всероссийской научно-практической конференции. 30-31 мая 2006г. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. 296с.*