

ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА В ПОИСКАХ ОПТИМАЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ

(К 25-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ОБРАЗОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ)

С.А. Бойцов*, Р.Г. Оганов

14 марта 1988 г. министр здравоохранения СССР академик Е.И. Чазов подписал приказ о создании Всесоюзного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава СССР, основной задачей которого стала разработка и внедрение научно-обоснованных методов выявления и профилактики социально-значимых неинфекционных заболеваний. Центр был создан на базе Института профилактической кардиологии ВКНЦ АМН СССР, научные направления которого наиболее близко соответствовали задачам, стоящим перед вновь организованным Центром.

Широкомасштабные исследования, направленные на изучение эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и возможностей их профилактики на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях в организованных коллективах и среди свободно живущего населения, начались в СССР под руководством ВКНЦ АМН СССР, созданного в 1975 г., хотя отдельные эпидемиологические исследования (И.С. Глазунов, В.И. Метелица, Н.А. Мазур) проводились и раньше в Институте кардиологии АМН СССР. К этому времени в США и Европе уже были выполнены крупные эпидемиологические исследования (Фрамингемское, Семи стран) в ходе которых были разработаны методические основы подобных исследований, изучена распространенность факторов риска и их вклад в развитие ССЗ.



Сведения об авторах:

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, директор ГНИЦ ПМ, руководитель отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики того же центра
Оганов Рафаэль Гегамович – д.м.н., профессор, академик РАМН, в.н.с. ГНИЦ ПМ

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
prof-boytsov@mail.ru

Первым крупным эпидемиологическим исследованием в СССР стала кооперативная программа по изучению распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и факторов риска среди мужчин 20-59 лет в различных регионах страны (руководитель Г.С. Жуковский). Эта программа выполнялась в 12 городах (Москва, Киев, Таллин, Нальчик, Тбилиси, Баку, Ашхабад, Фрунзе, Алма-Ата, Новосибирск, Норильск, Якутск) с использованием методологии, принятой на международном уровне, что позволило сравнивать результаты, полученные в разных городах, между собой и с зарубежными странами. Среди обследованных были различные, в том числе и уникальные популяции, как, например, аборигены Чукотки, живущие на побережье и на континенте, что позволило более четко определить связь между особенностями образа жизни и распространенностью ИБС. Часть проспективных данных этого кооперативного исследования впоследствии была использована при разработке международной программы по оценке риска смерти от ССЗ (SCORE), соавтором которой является Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России.

С целью разработки технологий ранней профилактики ССЗ были начаты крупные исследования по изучению эпидемиологии и возможностей профилактики атерогенных дислипидемий и других предшественников атеросклероза среди детей и подростков (руководители Н.В. Перова и А.А. Александров). Так, было показано, что у детей 11-13 лет с генетической предрасположенностью липидный спектр отличается от такового у детей здоровых родителей более высокими уровнями холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов, отношения АпоВ/АпоА-1 и более низкими значениями холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП).

Благодаря этим исследованиям были определены процентильные распределения основных факторов риска среди детей и подростков разного возраста, а также показана возможность предупреждения появления факторов риска в этом возрасте. Длительные проспективные наблюдения позволили определить устойчивость факторов риска при взрослении подростков.

Изучение распространенности атерогенных дислипидемий и их связи с ССЗ (руководитель Н.В. Перова) практически заложили основы клинической липидологии в стране и позволили определить набор показателей, детерминирующих физиологическое состояние систем обмена липидов и углеводов, которые могут служить биомаркерами для диагностики нарушений и мишенями для их коррекции.

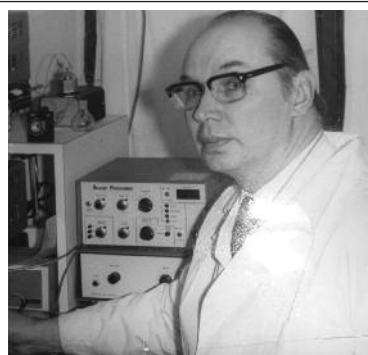
К концу 70-х г.г. прошлого века стало очевидным, что успех в борьбе с артериальной гипертензией (АГ) зависит не только и даже не столько от наличия эффективных препаратов, сколько от осведомленности населения о наличии повышенного артериального давления (АД), приверженности к регулярному



Академик АМН СССР Е.И. Чазов



Профессор И.С. Глазунов



Профессор В.И. Метелица



Профессор Г.С. Жуковский

лечению и достижения целевых уровней АД. В то же время вопросы практической реализации контроля АД, особенно на популяционном уровне, во многом оставались открытыми. Поэтому важная роль для решения этих проблем в СССР принадлежит кооперативной программе по контролю АД среди работающих мужчин 30-54 лет крупных промышленных предприятий 17 городов (руководитель А.Н. Бритов). Эта программа показала, что активное выявление лиц с АД, привлечение их к регулярному и эффективному лечению привело к снижению общей смертности на 17,3%, смертности от инсульта – на 48,4%, не смертельного инфаркта – на 23,9%. Опыт, накопленный в ходе выполнения этой программы, в дальнейшем был использован при разработке различных государственных документов и программ по борьбе с АД.

Для решения вопросов организации профилактики ССЗ в первичных службах здравоохранения большая заслуга принадлежит 5-летней кооперативной программе многофакторной профилактики ИБС, которая выполнялась в Москве, Каунасе, Минске, Фрунзе, Ташкенте, Харькове среди мужчин 40-59 лет (руководитель Л.В. Чазова).

Анализ программы в Москве показал, что благодаря активной немедикаментозной и медикаментозной профилактике удалось снизить смертность от ССЗ среди лиц, перенесших инфаркт миокарда на 38%, страдающих стенокардией – на 50%, имеющих 3 и более факторов риска, но без клинических признаков заболевания – на 55% по сравнению с группой пациентов, находившихся под обычным наблюдением участковых врачей. В последующем на основании данных этой программы была построена модель оценки риска хронических неинфекционных заболеваний (ОРИСКОН), которая сегодня внедряется в ряде государственных учреждений (руководитель А.М. Калинина). Сегодня опыт программы многофакторной профилактики ИБС оказывает неоценимую помощь при разработке и внедрении мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Совершенствование технологий вторичной профилактики ИБС и АД проводилось под руководством В.И. Метелицы совместно с кардиологами из Томска, Киева, Харькова, Эстонии, Узбекистана и других мест в рамках кооперативных программ по изучению эффективности антиангинальных и антигипертензивных препаратов. В этих программах широко использовались фармакокинетические и фармакодинамические методы, повторные тесты с физической нагрузкой, оценка эффективности по конечным точкам.

Под руководством Д.М. Аронова продолжались исследования по реабилитации больных ССЗ, при этом большое внимание уделялось эффективности программ физических тренировок различной интенсивности с оценкой результатов по жестким «конечным точкам».

Клинические исследования были направлены на совершенствование методов раннего выявления и лечения ИБС, для чего использовались и инвазивные методы, в частности, коронарография. Сотрудники клинического отдела В.П. Мазаев и Н.А. Грацианский одними из первых в СССР выполнили ангиопластику стенозированной коронарной артерии.

Важным событием и стимулом в развитии профилактической кардиологии явилось проведение в Москве в 1985 г. I Международной конференции по профилактической кардиологии, в которой приняли участие всемирно известные ученые Дж. Роуз, Д. Стамлер, Г. Блэкборн, Р. Леви, П. Пушка, К. Пиорала, З. Пиша и другие. Президентом конференции был Е.И. Чазов, практическая организация легла, в основном, на сотрудников Института профилактической кардиологии, что позволило им много общаться с зарубежными коллегами и обмениваться имеющимся опытом. После этой конференции сотрудники Института профилактической кардиологии, а затем Центра профилактической медицины приглашались для участия в разработке различных международных документов в области профилактики заболеваний и для выступлений на международных форумах.



Профессор Н.В. Перова



Профессор А.Н. Бритов



Профессор Д.М. Аронов



Профессор Л.В. Чазова



Профессор В.П. Мазаев

Опыт, накопленный в ходе выполнения эпидемиологических и профилактических кардиологических программ, позволил сотрудникам Центра выдвинуть совершенно новое в то время положение о целесообразности интегрированного подхода к профилактике сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, так как они имеют общие факторы риска (И.С. Глазунов). Это положение было активно поддержано Е.И. Чазовым, который в 1983 г. в журналах «Терапевтический архив» и «Бюллетень ВОЗ» опубликовал статью о проблемах профилактики с позиции специализации и интеграции, где обосновывал целесообразность интегрированного подхода.

Под влиянием этих предложений руководитель департамента ЕРБ ВОЗ Е.А. Лепарский создает программу СИНДИ (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). Первым координатором международной программы СИНДИ был назначен Институт профилактической кардиологии ВКНЦ АМН СССР, который выполнял эти функции до распада СССР.

В СССР, а затем и в Российской Федерации в программе СИНДИ (руководитель И.С. Глазунов) участвовали коллективы в 20 городах. Основными направлениями развития программы СИНДИ в России были:

- разработка политики и стратегии профилактики НИЗ. Подготовка и издание соответствующих документов. Первым таким документом был доклад «К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет — основные неинфекционные заболевания»;
- подготовка методических материалов и кадров для проведения эпидемиологических и профилактических программ;
- разработка и проведение мониторинга поведенческих факторов риска НИЗ;
- проведение кампаний по укреплению здоровья и профилактики НИЗ. В частности, кампании по борьбе с курением «Брось курить и победи»;
- реализация эпидемиологических и профилактических проектов.

В вышеупомянутых исследованиях названы только их руководители, но в то же время понятно, что в них участвовали многие сотрудники, которые и сегодня продолжают успешно развивать профилактическую медицину в России: А.М. Калинина, С.А. Шальнова, Р.А. Потемкина, С.Ю. Марцевич, Н.В. Погосова, М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов, В.А. Метельская, В.В. Константинов, Г.Я. Масленникова, А.Д. Деев, А.А. Александров, Е.В. Кокурина, Е.В. Бочкарева, И.А. Скрипникова, Д.В. Небиеридзе, М.Н. Мамедов, В.М. Горбунов и многие другие.



I Международная конференция по профилактической кардиологии, Москва, 1985 г.

Сотрудничество с республиками СССР, а после распада Союза — с регионами РФ осуществлялось, в основном, в рамках кооперативных программ, а также профильных комиссий Минздрава РФ. В выполнении эпидемиологических проектов активное участие принимали ученые из С-Петербурга (А.Н. Климов, В.А. Алмазов, Д.В. Шестов), Новосибирска (Ю.П. Никитин, В.В. Гафуров, Г.И. Симонова, К.Р. Седов), Томска (Р.С. Карпов), Тюмени (В.А. Кузнецов), Каунаса (З. Янушкевичус, В. Грабаускас), Киева (И.П. Смирнова), Краснодара (В.А. Габинский). Исследования по контролю артериальной гипертензии, многофакторной профилактике ИБС, интегрированной профилактики НИЗ возглавляли ученые Д.А. Глубоков, Э.Г. Волкова, О.Ф. Калёв (Челябинск), В.Г. Кавтарадзе (Тбилиси), К.Г. Адямян (Ереван), Л.Т. Малая (Харьков), М.М. Миррахимов (Фрунзе), А.М. Шургая (Новосибирск), Н.И. Дроздецкий, И.В. Фомин (Н.Новгород), К.И. Иванов (Якутск), Р.А. Касимов (Вологда), А.В. Баубинене (Каунас), Н.А. Андреев (Рига). Большинство из этих ученых возглавляли одновременно несколько проектов по эпидемиологии и профилактике.

Конечно, 90-ые годы в первую очередь нанесли удар по профилактическому направлению, но, тем не менее, Центру профилактической медицины удалось выжить и сегодня, продолжая совершенствовать то, что уже было сделано, интенсивно развиваются новые направления с использованием современных достижений науки и техники.

С 2003 г., когда уровень смертности населения от НИЗ имел максимальное значение за всю историю страны, наметилась вполне устойчивая тенденция снижения смертности от ССЗ. Наиболее вероятно, что основными причинами этого послужила экономическая и социальная стабилизация в обществе, что сопровождалось ростом доходов на душу населения и одновременно ростом расходов на здравоохранение, в том числе в рамках Национального проекта «Здоровье», стартовавшего в 2006 г. С этого времени в лечебной практике существенно увеличилась частота назначения статинов, ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов и антитромбоцитарных препаратов, и в настоящее время она соответствует уровню европейских стран. Следует, правда, отметить, что дозировка назначаемых препаратов, как правило, не отвечает необходимой для достижения целевых показателей, а комплаентность пациентов к терапии явно недостаточна, в том числе по причине отсутствия механизма лекарственного страхования. Безусловно, важную роль в снижении смертности от ССЗ сыграло увеличение количества операций по коронарному шунтированию и стентированию венечных артерий сердца (в том числе у больных с острым коронарным синдромом), но пока их



Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, Москва, 2011 г.



Академик РАМН Р.Г. Оганов

число явно не достигло необходимого уровня. Значимую роль в снижении смертности от ССЗ сыграла подпрограмма «Артериальная гипертензия» в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». В целом, как показал анализ, выполненный по методике ИМ-РАСТ (С.А. Шальнова, А.Д. Деев, 2011 г.), снижение смертности от ССЗ за период с 2003 по 2006 г.г. на 59,6% произошло за счет уменьшения степени выраженности факторов риска, и только на 29,4% – за счет лечебных мероприятий (11% причин, влияющих на снижение, не объяснимы). Среди факторов риска наибольшее влияние на уменьшение уровня смертности в стране оказали снижение популяционного давления (47,6%), изменение профиля курения (25,2%), снижение популяционного уровня холестерина (14,8%) и распространенности ожирения (15,8%).

С учетом накопленного 25-летнего собственного опыта Центра, а также большого международного опыта, закрепленного в документах ВОЗ, современная работа по профилактике НИЗ строится по принципу реализации трех стратегий – популяционной, стратегии высокого риска и вторичной профилактики. Популяционная стратегия предполагает повышение информированности населения о факторах риска НИЗ и мотивацию к ведению здорового образа жизни. Данная стратегия весьма эффективна, но результаты ее можно ожидать не ранее, чем через 5-10 лет. Затраты на мотивирование населения к ведению здорового образа жизни и обеспечение нормативно-правовой базы относительно невелики, но не прямые затраты государства и бизнеса на обеспечение условий для ведения здорового образа жизни могут быть весьма существенны. Стратегия высокого риска направлена на выявление в популяции людей с высоким риском НИЗ и коррекцию факторов риска. Данная стратегия, реализуемая главным образом через диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры населения, весьма затратна, но особенно важна в нашей стране для снижения смертности среди мужчин среднего возраста, и может дать весьма быстрый результат – через 3-4 года. Стратегия вторичной профилактики предполагает обеспечение качественного лечения людей, уже имеющих доказанные НИЗ, коррекцию их факторов риска и повышение мотивации пациентов к лечению. Эта стратегия достаточно эффективна и тоже может дать весьма быстрый эффект (через 3-4 года), но наиболее затратна, и до сих пор была практически единственной полноценно реализуемой стратегией в нашей стране. Очевидно, что только одновременная реализация всех трех стратегий позволит добиться значимого, быстрого и стабильного эффекта в снижении смертности от НИЗ.

Существенный импульс ускорения профилактики НИЗ в стране придала состоявшаяся в апреле 2011 г. в Москве Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, по итогам работы которой была принята декларация. Декларация четко обозначила, что профилактика и контроль НИЗ требуют регулирования и ре-

ализации широкого ряда многоуровневых и межсекторальных (межведомственных) мер, направленных на весь спектр детерминант НИЗ с целью создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни. Это включает в себя не только продвижение здорового образа жизни, но и обеспечение условий для его реализации посредством соответствующего законодательного, политического и экономического обеспечения, а также создания системы медицинских мер профилактики и выявления заболеваний на самой ранней стадии. В принятом документе подчеркивается, что эффективная профилактика и контроль НИЗ требуют согласованных действий правительства на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) в целом ряде секторов, таких как система здравоохранения, образование, энергетика, сельское хозяйство, спорт, транспорт и градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.

Отдельным образом надо отметить принятие 22 ноября 2011 г. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который создал реальную нормативную базу для организации широкомасштабных мер профилактики НИЗ в стране.

Задачи, которые в настоящее время стоят перед ГНИЦ, условно можно разделить на организационно-методические и научно-исследовательские. Среди организационно-методических задач, содержащих, безусловно, и научную компоненту, в первую очередь надо обозначить научно-методическое сопровождение процесса выполнения подпрограммы «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни» в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения на период 2013-2020 г.г.», которая в свое время была подготовлена при самом активном участии сотрудников Центра. Данная подпрограмма построена по принципу реализации двух первых стратегий профилактики НИЗ и включает в себя два основных блока. Первый блок – это информирование населения о факторах риска, мотивирование к ведению здорового образа жизни и обеспечение для этого условий, то есть реализация популяционной стратегии. По определению министра здравоохранения России В.И. Скворцовой, данное направление получило название «создание единой профилактической среды». Важной задачей настоящего времени является привлечение к процессу формирования здорового образа жизни представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, администрации муниципальных образований, образовательных структур, руководителей бизнеса, трудовых коллективов, системы медицинского и социального страхования, общественных организаций, религиозных конфессий через повышение их уровня информированности о проблеме НИЗ и способах ее решения. Координация всей этой работы в стране осуществляется под руководством Правительственной комиссии по охране здоровья граждан, возглавляемой премьер-министром Д.А. Медведевым. Но аналогичные



Профессор С.А. Бойцов

структуры должны быть созданы и в каждом субъекте Российской Федерации.

Второй блок подпрограммы предусматривает организацию новой модели диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения, разработанной при самом активном участии сотрудников Центра и нацеленной на раннее выявление преимущественно НИЗ и факторов риска их развития, а также их коррекцию. В процессе организации диспансеризации и профилактических осмотров одновременно решаются важнейшие задачи создания инфраструктуры медицинской профилактики (организация центров медицинской профилактики во всех субъектах и крупных городах Российской Федерации, создание отделений/кабинетов медицинской профилактики во всех поликлиниках и врачебных амбулаториях, укрепление центров здоровья и расширение их сети), а также повышения уровня знаний в области профилактики НИЗ у всех сотрудников существующих и вновь создаваемых структур. Повышение уровня знаний должно быть организовано в два этапа. На первом этапе необходимо быстро, в течение года организовать обучение указанных категорий сотрудников в рамках циклов тематического усовершенствования. Второй этап имеет более длительный характер и касается базовой подготовки врачей и среднего медицинского персонала, для чего необходимо произвести корректировку Федерального государственного образовательного стандарта, соответствующих учебных программ дипломной подготовки, а также обеспечить внесение в учебники внутренних болезней информации по профилактике НИЗ. Параллельно совместно с профессиональными обществами должно быть организовано своевременное обновление и продвижение в практику рекомендаций по профилактике НИЗ.

В задачи Центра по организационно-методическому сопровождению диспансеризации входит ее мониторинг и оперативный анализ, уточнение эффективности применяемых методов исследования (чувствительность, специфичность, безопасность, экономическая обоснованность) и состава специалистов, принимающих участие в диспансеризации, уточнение структуры и функций отделения/кабинета медицинской профилактики и функциональных связей всех участников диспансеризации (участковые врачи, отделения/кабинеты медицинской профилактики/центры здоровья), отработка технологии краткого и углубленного профилактического консультирования, а также оценка медико-экономической эффективности диспансеризации.

Реализация стратегии вторичной профилактики формально в подпрограмму Государственной программы «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни» не входит, поскольку она является содержанием других подпрограмм. Тем не менее, в задачи Центра входит научно-методическое сопровождение диспансерного наблюдения за пациентами с НИЗ как важнейшего элемента вторичной профилактики. В качестве отдельной задачи в рамках вторичной профилактики следует считать научное обоснование и внедрение профилактических мер в практику работы стационаров через организацию там кабинетов медицинской профилактики. Большим резервом медицинской профилактики являются также санаторно-курортные организации, где следует налаживать систематическую работу по диагностике и коррекции факторов риска НИЗ.

Эффективность государственной программы существенно может быть повышена, если ее реализация в субъектах Российской Федерации будет организована через посредство аналогичных программ в масштабах всех регионов страны. В течение первой половины 2013 г. сотрудниками Центра при организационной

поддержке Минздрава было организовано заслушивание представителей органов исполнительной власти и центров медицинской профилактики практически всех субъектов Российской Федерации о готовности региональных программ профилактики НИЗ. К настоящему времени эта работа завершена, и в субъектах Российской Федерации идет утверждение этих программ. Несмотря на то, что заслушивание проводилось неоднократно, в программах многих регионов все равно сохраняются основные типовые ошибки, такие как недостаточность механизмов межведомственного взаимодействия и нормативно-правовой базы для реализации программ, а также недостаточность финансирования. Обучение лиц, принимающих решение, и методическая помощь в преодолении указанных недостатков являются важными задачами в работе Центра в плане организации систематической работы по профилактике НИЗ через программные механизмы. Сюда же следует отнести задачи по организации программных действий на уровне муниципальных образований. В стране накоплен немалый опыт такой работы (в частности, в г.Электросталь в рамках программы CINDI, в Вологодской области, в Ступинском районе Московской области), но он требует обобщения и распространения на всю страну.

В рамках реализации Федеральной и региональных программ предстоит решение очень важной и непростой задачи по обеспечению выполнения одного из ключевых документов, обеспечивающих успешность действий по профилактике НИЗ, а именно – Федерального закона от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Данный закон является законом непрямого действия и требует целого ряда вторичных документов, которые должны быть подготовлены различными ведомствами. Мониторинг своевременности и качества этого процесса Центру следует считать своей отдельной задачей. При этом особое внимание Центра должно быть уделено методическому сопровождению работы по превращению всех медицинских учреждений страны в свободные от табачного дыма.

Важным аспектом организационно-методической деятельности Центра является продолжение активной работы по совершенствованию нормативной базы профилактики НИЗ. В ближайшее время должны быть осуществлены корректировка Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), а также разработаны Порядок профилактики хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, стандарт первичной медико-санитарной помощи пациентам по коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторных условиях.

Среди основных перспективных научных исследований в области профилактики НИЗ в первую очередь надо назвать продолжение работы по организации и проведению долговременного эпидемиологического мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний в субъектах Российской Федерации, различающихся по демографическим, экономическим и климато-географическим характеристикам. Данные мониторинга, во-первых, требуются для оценки хода реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации», а также для правильного выбора направления действий, как на уровне отдельных регионов, так и страны в целом. Результаты мониторинга позволят разработать инструмент эпидемиологического моделирования, то есть прогнозирования развития ситуации в отношении смертности от ССЗ и сравнения эф-

фективности различных моделей профилактического вмешательства. Очень сложным, достаточно затратным, но крайне необходимым делом является задача создания механизма длительного когортного наблюдения на базе эпидемиологического мониторинга как минимум двух различных по своим характеристикам регионов страны. В Ивановской области такая работа при поддержке регионального правительства уже началась.

Для регулярной оценки состояния работы по вторичной и первичной профилактике НИЗ в реальных условиях первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи предстоит не только продолжить, но и расширить практику ведения регистров. Помимо продолжающихся в настоящее время госпитальных регистров острого инфаркта миокарда и инсультов, а также поликлинического регистра сердечно-сосудистых заболеваний, следует в ближайшее время организовать госпитальный регистр хронической сердечной недостаточности, а также поликлинические регистры фибрилляции предсердий и старческой деменции.

В середине первого десятилетия нового века, как раз в период максимального подъема уровня смертности от ССЗ, в рамках проведенного сотрудниками Центра исследования КООРДИНАТА был показан очень высокий вклад фактора депрессии в смертность больных с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. В настоящее время в условиях социально-экономической стабилизации и снижения смертности от ССЗ очень важно вновь произвести оценку роли фактора депрессии в рамках исследования, аналогичного по задачам ранее проведенному.

Как говорилось выше, в 80-х г.г. прошлого столетия было показано, что благодаря активной немедикаментозной и медикаментозной профилактике в условиях поликлиники возможно достоверно и значительно снизить смертность среди лиц, имеющих доказанные ССЗ. Достаточно очевидно, что в настоящее время в период интенсификации профилактической работы также необходимо организовать и провести крупное исследование, которое позволило бы оценить эффективность диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения, а также образовательных программ в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Предварительный анализ показывает существенные колебания в уровне смертности от НИЗ в различных климато-географических зонах нашей страны с учетом времени года, что можно рассматривать как дополнительный резерв для ее снижения в случае выявления причин данного явления. В этих целях необходимо проведение исследований о связи смертности от НИЗ с заболеваемостью гриппом и острыми респираторными инфекциями, фактом прививки против гриппа, а также изучение особенностей уровня АД в зимнее и летнее время в регионах, относящихся к различным климато-географическим зонам.

До настоящего времени генетические факторы риска не подтвердили своей достаточной предсказательной способности. Однако обстоятельство, что фактор наследственности в отношении ССЗ, онкологических заболеваний и сахарного диабета относится

к факторам риска с весьма высоким уровнем доказательности, позволяет надеяться на сохранение перспективы получения хороших научных результатов в этом отношении. Перспективность данного направления безусловна, поскольку обнаружение генетических факторов риска позволит прогнозировать развитие НИЗ с самого раннего детства, а значит – персонифицированно и своевременно начинать применение превентивных мер. Особенные надежды в последнее время возлагаются на соединение результатов полногеномного или полноэкзомного секвенсирования с результатами ретроспективного и проспективного методов эпидемиологического мониторинга НИЗ с применением биоинформационных подходов для обсчета и анализа полученных данных. Перспективным направлением является также соединение данных эпидемиологических и эпигенетических исследований. Эпигенетика, учитывающая особенности структурного состояния гена вследствие метилирования ДНК и и/или деацетилирования гистонов, в свою очередь влияющих на уровень экспрессии генов, позволяет рассчитывать на значительное увеличение предсказательной способности генетических исследований. Методические возможности Центра позволяют в полной мере активно проводить все подобные исследования уже в настоящее время.

К области персонифицированной предсказательной медицины относятся также ранее начатые и активно продолжающиеся в Центре исследования по поиску комплекса маркеров, опирающихся на результаты метаболомики и липидомики, а также методов визуализации атеросклеротического поражения сонных артерий в целях определения факта, степени выраженности, стабильности и прогностической значимости атеросклеротического поражения коронарных артерий и магистральных артерий головы.

К отдельному направлению относятся также исследования по сопоставлению прогностической значимости процессов атерогенеза и сосудистого старения, в том числе ассоциированного с возрастными метаболическими изменениями и спецификой микробиома человека. Перспективными являются метагеномные исследования, изучающие генетический материал некультивируемых микробов, то есть с набором ДНК всех микроорганизмов, находящихся в кишечнике человека.

Кроме перечисленных выше научно-исследовательских задач в области профилактики НИЗ, непосредственно стоящих перед Центром в настоящее время, существует еще целый ряд нерешенных вопросов, к которым, вполне возможно, потребуются обращение в недалеком будущем. К этим вопросам в первую очередь относятся медикаментозная профилактика артериальной гипертензии и атеросклероза, а также оценка целесообразности и эффективности полипила для профилактики НИЗ. Более отдаленным, но тоже перспективным является изучение эффективности и безопасности вакцинирования для предупреждения развития АГ и атеросклероза.

Поступила: 01.08.2013

Принята в печать: 02.08.2013