

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮЛЬ  
АВГУСТ  
1971

4

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР  
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616.1—092

## СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Доктор мед. наук С. Я. Чикин*

*(Москва)*

Структура заболеваемости и смертности населения зависит от многих обстоятельств: от благосостояния тех или иных слоев населения и их общей культуры, уровня развития медицинской науки, степени доступности медицинской помощи, организации здравоохранения, условий труда, жилищных условий, качества питания и т. д. Учитывая это обстоятельство, можно сразу сказать, что в условиях капиталистического общества, где разным классам по-разному доступны материальные блага, структура заболеваемости и смертности среди различных социальных групп не будет идентичной. Однако, несмотря на очевидную значимость социальных факторов в заболеваемости и смертности населения, в ее поступательной трансформации имеют место определенные закономерности. В начале XX века все страны, даже развитые в экономическом отношении, захлестывала стихия инфекционных заболеваний (оспа, чума, холера, тифы, дизентерия, дифтерия, корь и т. д.), которая поражала огромные контингенты людей и уносила в могилы многих из них в молодом возрасте. В России, например, в 1913 г. умерло более 2 миллионов детей в возрасте до года, или 25% родившихся. Из каждого нового поколения до 5 лет выживало лишь 57% родившихся. Это прямо отражалось на средней продолжительности жизни человека, которая в дореволюционной России составляла всего лишь 32 года, во Франции — 47 лет, в США — 49, в Англии — 50 и т. д.

Вполне естественно, что в то время первое место как в структуре заболеваемости, так и смертности занимали инфекционные болезни. Заболевания же сердечно-сосудистой системы на фоне огромного количества заразных болезней не играли ведущей роли, так как в структуре общей численности населения преобладали люди молодого возраста.

Великая Октябрьская социалистическая революция в корне изменила отношение государства к здоровью народа в нашей стране. Помимо бесплатной медицинской помощи и постоянного улучшения благосостояния трудящихся, быстро начала расти сеть медицинских учреждений,

усилилась подготовка медицинских работников, в том числе и врачей. Все это не могло не отразиться на заболеваемости населения и его смертности. К началу 30-х годов в стране уже не было оспы, холеры, чумы, заметно снизилась заболеваемость и другими инфекционными болезнями. Тем не менее доля инфекционных болезней в общей заболеваемости населения и его смертности была все еще велика.

С каждым последующим годом в структуре заболеваемости и смертности населения все более падал удельный вес инфекционных и интенсивно повышался удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний. К 1940 г. в различных возрастных группах число умерших от сердечно-сосудистых заболеваний стало весьма значительным.

Великая Отечественная война изменила структуру заболеваемости и смертности населения. Однако уже в начале 50-х годов удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности вновь начал возрастать, что, естественно, привлекло к себе серьезное внимание клиницистов и организаторов здравоохранения.

О необходимости привлечения внимания ученых и работников практического здравоохранения к этой проблеме убедительно говорят изменившиеся показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за период с 1940 по 1966 г. по возрастно-половым группам в общей структуре смертности.

В табл. 1 показан удельный вес умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в общей смертности. На основании приведенных в ней данных можно сделать ряд важных выводов, имеющих большое теоретическое и практическое значение.

Т а б л и ц а 1

Число умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в городских поселениях по отношению к общему числу умерших по РСФСР (в процентах)

Возраст	1940 г.		1966 г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
10—14 лет	5,0	6,5	4,5	7,6
15—19	5,6	7,0	5,2	10,4
20—29	6,2	8,1	5,8	13,3
30—39	8,7	12,2	12,5	17,8
40—49	15,7	20,4	23,2	24,7
50—59	24,2	30,0	34,2	35,3
60—69	39,0	44,7	44,9	52,9
70 и более	46,9	51,2	63,0	75,1

В каждой последующей возрастной группе удельный вес смертности от сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается. Наиболее заметное увеличение его относительно предшествующей возрастной группы отмечается в 40—49 лет. Удельный вес смертности во всех возрастных группах у женщин выше, чем у мужчин. Если у мужчин за рассматриваемый период в трех первых возрастных группах (т. е. от 10 до 29 лет) смертность несколько сократилась, то у женщин этих же возрастных групп она возросла. Если у мужчин наиболее заметный рост отмечался в возрастных группах 30—39, 40—49 и 50—59 лет, то у женщин — в 15—19, 20—29 и 30—39 лет.

Таким образом, за последние два с половиной десятилетия в структуре смертности населения произошли разительные изменения. В последние годы в причинах смерти заметно возрос удельный вес заболеваний сердечно-сосудистой системы, включая ревматизм и сосудистые

поражения мозга (с 11,9% в 1940 г. до 35,3% в 1958 г. и 44,2% в 1967 г.).

При этом следует напомнить, что еще в 1940 г. в городах нашей страны смертность детей в возрасте до года от дифтерии была в 402 раза больше, чем в 1967 г., от скарлатины — в 347 раз, от коклюша — в 139 раз, от туберкулеза — в 77 раз, от кори — в 70 раз, от токсической диспепсии и колита — в 38 раз, от дизентерии — в 20 раз, от воспаления легких — в 7 раз и т. д.

Большой интерес представляют также данные об уровне смертности от различных сердечно-сосудистых заболеваний среди городского и сельского населения.

Значительное сокращение смертности от инфекционных заболеваний на селе за последние годы и одновременный рост смертности от сердечно-сосудистых болезней объясняются улучшением жилищно-бытовых условий жителей сельской местности, повышением их общей и санитарной культуры, лучшим медицинским обслуживанием. Все эти факторы имеют прежде всего социальную обусловленность и свидетельствуют о сближении условий жизни жителей города и села.

Вместе с тем эти проблемы требуют от ученых-кардиологов, а также терапевтов и педиатров внимательного их изучения, чтобы вооружить практических врачей необходимыми знаниями по профилактике, диагностике и лечению соответствующих групп больных. Что касается практических врачей, то главным для них в настоящее время является более планомерное и тщательное диспансерное наблюдение за этой группой больных и своевременное их превентивное лечение. В этом отношении у нас уже делается многое, однако еще далеко не всех больных по ряду нозологических единиц удастся взять под диспансерное наблюдение. Об этом говорят данные, приведенные в табл. 2.

Таблица 2

Охват диспансерным наблюдением сердечно-сосудистых больных (в %) в целом по РСФСР

Заболевания	Годы		
	1958	1968	1969
Ревматизм . . . . .	56,4	95,4	96,0
Грудная жаба и инфаркт миокарда .	42,8	72,1	71,8
Гипертоническая болезнь I ст. . .	53,6	85,2	85,6
Гипертоническая болезнь II ст. . .	48,2	50,2	51,9

Проведение профилактических мероприятий, связанных с ранним выявлением сердечно-сосудистых заболеваний, диспансерным наблюдением за такими больными, регулярная санация их и превентивное лечение, более целесообразное трудоустройство больных и т. д. позволяют, как показывает практика, в значительной степени сократить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Так, по городам РСФСР с 1953 по 1969 г. заболеваемость на каждую 1000 населения уменьшилась: ревматизмом — в 3,5 раза, гипертонической болезнью — в 2,1 раза, грудной жабой — в 1,3 раза. Что касается инфаркта миокарда, то заболеваемость им возросла в 1,6 раза.

Такая же тенденция прослежена и в сельской местности, где только за период с 1965 по 1969 г. заболеваемость ревматизмом сократилась в 1,7 раза, гипертонической болезнью — в 1,1 раза, а инфарктом миокарда — возросла в 1,4 раза.

Следует отметить, что в группе сердечно-сосудистых заболеваний как в городе, так и в сельской местности превалирует заболеваемость

гипертонической болезнью. Заболеваемость же инфарктом миокарда сельского населения почти в 5 раз ниже, чем городского.

Заболеваемость ревматизмом, гипертонической болезнью, грудной жабой (впервые диагностированными) с каждым годом снижается. Однако наряду с этим контингенты больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом дают небольшой рост в связи с увеличением общей численности населения. За последние годы обращаемость за медицинской помощью больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в городах РСФСР составляет 3,2—3,3% от всех обращений. Основная масса их — почти  $\frac{2}{3}$  (1,9%) — приходится на больных гипертонической болезнью (всех стадий). Затем идет ревматизм — 0,9%, грудная жаба — 0,3%, сосудистые поражения мозга при гипертонической болезни — 0,2% и инфаркт миокарда — 0,04%. Характерно, что впервые диагностированные заболевания из числа перечисленных составляли соответственно 0,4; 0,1; 0,04; 0,07 и 0,04%. Приведенные данные говорят о том, что больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями еще мало бывают в поликлиниках, а следовательно, диспансерное наблюдение за ними организовано пока недостаточно.

В целях охраны здоровья больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями органами здравоохранения создаются специализированные центры по кардиоревматологии, эндокринологии, гематологии и другим видам помощи. По состоянию на 1/1 1970 г. только на территории Российской Федерации функционировало 1842 кардиоревматологических отделения и кабинета. В составе терапевтических и хирургических коек выделены специализированные отделения и палаты для лечения кардиоревматологических больных. В 1969 г. в РСФСР было 5255 кардиоревматологических коек для взрослых и 1564 для детей.

В 1969 г. по РСФСР в институтах усовершенствования врачей, на факультетах усовершенствования при мединститутах и на курсах специализации на местных базах получил подготовку по кардиологии 1071 чел.

Немаловажное значение в дальнейшем снижении сердечно-сосудистых заболеваний имеет усиление научных исследований по профилактике, диагностике и лечению этих заболеваний. Вот почему на ближайшую пятилетку ученые нашей страны намечают изучение ряда серьезных проблем, связанных с разработкой и усовершенствованием методов лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

По проблеме атеросклероза ученые Казанского, Саратовского, Челябинского, Читинского и других медицинских вузов намечают изучить лечебный эффект и механизм действия медикаментозных средств, влияющих на обмен холестерина и кальция, проницаемость сосудистой стенки и состояние коагулирующих свойств крови. Будут изучены также различные препараты, замедляющие атеросклеротический процесс.

При дальнейшем изучении гипертонической болезни и вторичных гипертензий особое внимание будет уделено исследованиям центральной гемодинамики, регионарного кровообращения и микроциркуляции, разработке вторичной профилактики гипертонической болезни. Эти вопросы будут изучаться в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. Владимирского, Московском городском научно-исследовательском институте скорой помощи им. Склифосовского, а также в Красноярском, Куйбышевском, Казанском, Курском, Оренбургском, Рязанском и других медицинских вузах.

При исследовании коронарной недостаточности имеется в виду сосредоточить внимание ученых на нервно-гуморальной регуляции коронарного кровообращения, значении обменных и рефлекторных факторов нарушения коронарного кровотока, состоянии центральной и регионарной гемодинамики при инфаркте миокарда и на восстановительной терапии после него. Большое значение будет уделено также

изучению эффекта и механизма действия сосудорасширяющих препаратов. Изучение этих вопросов в той или иной мере найдет свое отражение почти во всех медицинских вузах РСФСР.

Не меньшее внимание будет уделено и проблеме сердечной недостаточности. При этом будет сделан акцент на изучении адаптационных механизмов кровообращения в физиологических и патологических условиях гемодинамики, микроциркуляции, водно-электролитного, липидного, фосфорно-кальциевого, витаминного обмена. Этой проблемой будут заниматься ученые 2-го Московского им. Н. И. Пирогова, Воронежского, Оренбургского медицинских институтов и других.

Наряду с медикаментозным лечением всех этих заболеваний в предстоящей пятилетке будут продолжены исследования и в области хирургического лечения их. Основное внимание при этом будет сосредоточено на изучении показаний к операции, усовершенствовании техники и методов самих операций, послеоперационном уходе за больными.

Нет сомнения в том, что сосредоточение внимания большого числа ученых на разработке этих проблем будет способствовать охране здоровья сердечно-сосудистых больных, продлению их трудоспособности и продолжительности жизни. Это имеет в настоящее время, пожалуй, первостепенное значение, так как удельный вес этих заболеваний, в связи с постепенным процессом постарения нашего населения, будет несомненно возрастать.

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время имеет большую значимость и для многих развитых в экономическом отношении капиталистических стран. Во многих из них в общей заболеваемости населения она является ведущей. Вот почему Всемирная Организация Здравоохранения уделяет все больше внимания этой проблеме. Так, в 1967 г. в Женеве состоялось совещание ВОЗ по двигательным тестам для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Квалифицированные специалисты в этой области Денолин (Бельгия), Фокс и Геллерштейн (США), Ланг-Андерсен (Норвегия) и другие проделали значительную работу, составив большой технический доклад, опубликованный в 1970 г. в Женеве. Авторы осветили в нем многие стороны этой проблемы, уделив особое внимание тестам для определения физической подготовленности, корреляции двигательных тестов с другими видами двигательной активности и ряд других вопросов<sup>1</sup>. Авторы пишут: «Одним из факторов, повышающих вероятность возникновения коронарной болезни, является изменение в привычной двигательной деятельности людей, т. е. в физической нагрузке, которой обычно подвергается человек во время работы и досуга...

Такое определение не включает влияния окружающей среды (жара, холод) и других факторов, таких, как эмоциональные реакции, которые накладываются на реакцию в ответ на рабочую нагрузку»<sup>2</sup>.

Если первая часть этого вывода (кстати, не столь уж важная, так как преобладающее число населения ведет размеренный и установившийся для них образ жизни) не вызывает возражений, то со второй его половиной согласиться трудно. Не учитывать эмоциональных факторов и влияния внешней среды на организм при сердечно-сосудистых заболеваниях — это значит подходить к изучению этиологии их односторонне. Невольно хочется напомнить, что еще 85 лет назад (в 1886 г.) проф. С. П. Боткин, выступая с речью на выпуске врачей Академии, сказал: «Понятие о болезни неразрывно связывается с ее причиной, которая исключительно всегда обуславливается внешней средой, действующей или непосредственно на заболевший организм, или через его ближайших или отдаленных родителей. Реакция орга-

<sup>1</sup> Двигательные тесты для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Доклад совещания ВОЗ. Женева, 1970.

<sup>2</sup> Там же, стр. 31.

низма на вредно действующее на него влияние внешней среды и составляет сущность больной жизни».

Однако нельзя принять и социально-гигиенические выводы ряда ученых капиталистических стран. Так, профессор кафедры социальной и профилактической медицины Манчестерского университета А. Смит в статье «Статистика заболеваемости»<sup>3</sup> пишет: «Во многих, если не в большинстве стран мира относительное значение инфекционных болезней снижается. Имеется сравнительно немного инфекционных болезней, борьба с которыми в принципе не давала бы удовлетворительных результатов, и во всех районах мира основная проблема в этой области сводится к вопросам более широкого и целесообразного использования имеющихся ресурсов и их наращивания. Профилактические меры почти без исключения дают более удовлетворительные результаты в борьбе с различными инфекционными заболеваниями, чем лечебные, и сейчас уже можно предвидеть то время, когда на земном шаре эти болезни будут практически ликвидированы».

С теоретической точки зрения с рассуждениями А. Смита можно согласиться, но в действительности дело обстоит далеко не так. Распространенность инфекционных заболеваний, особенно в странах Африки, Азии, Латинской Америки, еще очень велика. Так, в Мальгашской республике в 1964 г. было зарегистрировано 49,5 тыс. случаев малярии. 31,9 тыс. сифилиса, 26,5 тыс. дизентерии, 11,4 тыс. случаев лепры и т. д. Соответственно на 100 000 населения это составляло: 811,4; 526; 434,4 и 187 случаев.

Такое же большое количество различных инфекционных заболеваний регистрируется еще и поныне в большинстве стран Африки, Азии и Латинской Америки.

Если учесть, что в капиталистическом мире около 72% всего населения приходится на жителей развивающихся стран и лишь около 28% — на жителей развитых капиталистических стран, станет ясным, что вывод проф. А. Смита является преждевременным. Фактически в этих странах все еще высока заболеваемость многими инфекционными болез-

Таблица 3

**Удельный вес смертности от сердечно-сосудистых заболеваний  
в общей смертности (по данным за 1964 г.)<sup>4</sup>**

Страна	Всего умерших	В том числе от сердечно-сосудистых заболеваний <sup>5</sup>	Удельный вес их в общей смертности
Мальгашская республика . . . . .	102000	1402	1,4
Ирак . . . . .	26609 <sup>6</sup>	2224	8,4
Сирия . . . . .	23468	1982	8,5
Боливия . . . . .	33363	4479	13,4
Коста-Рика . . . . .	12269	969	7,9
Перу . . . . .	110088	3445	3,1
США . . . . .	1798051	882520	49,1
Канада . . . . .	145850	66089	45,3
Япония . . . . .	637067	235954	37,0
ФРГ . . . . .	644128	244670	38,0
Франция . . . . .	520033	161042	31,0
Венгрия . . . . .	100830	39446	39,1
Чехословакия . . . . .	134859	51426	38,1

<sup>3</sup> А. Смит. Статистика заболеваемости. Бюллетень Всемирной Организации Здравоохранения. Том 40, № 4, Женева, 1969, стр. 572.

<sup>4</sup> Данные приводятся по Третьему обзору состояния здравоохранения в мире (1961—1964). Женева, 1968 г.

<sup>5</sup> В число этих заболеваний включены: болезни сердца, сосудистые поражения центральной нервной системы, гипертоническая болезнь, ревматические болезни сердца.

<sup>6</sup> Данные за 1963 г.

ниями, при этом 72% населения капиталистического мира, проживающие в развивающихся странах, обладают только 17,4% общего национального дохода всех капиталистических стран, в то время как 28% населения, проживающие в развитых капиталистических странах, обладают 82,6% общего национального дохода. Иначе говоря, в развивающихся странах доход на душу населения в среднем равнялся 83 долларам в год, в то время как в экономически развитых капиталистических странах — 1037 долларам, или в 12,5 раза больше. Это во многом определяет социально-бытовые условия трудящихся, уровень развития здравоохранения и фактическую доступность медицинской помощи.

Вот как выглядит удельный вес смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в странах с разным уровнем экономического развития (табл. 3.).

Во всех развивающихся странах удельный вес смертности от сердечно-сосудистых заболеваний крайне незначителен (от 1,4% в Мальгашской республике до 3,1% в Перу и 13,4% в Боливии). Что же касается развитых в экономическом отношении капиталистических стран, то в структуре общей смертности населения сердечно-сосудистые заболевания занимают от 31% во Франции до 49,1% в США. Примерно такое же положение и в развитых в экономическом отношении социалистических странах. Естественно, что этот показатель находится в прямой зависимости от средней продолжительности жизни в приведенных странах. Там, где меньше средняя продолжительность жизни, меньше и показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и наоборот. Известно, например, что средняя продолжительность жизни в большинстве развивающихся стран и сегодня составляет 35—50 лет, в то время как в развитых в экономическом отношении странах она составляет 65—70 лет. Этот показатель находится в прямой пропорции и с количеством людей пожилого возраста в структуре населения. Чем ниже показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, тем меньше в стране людей пожилого возраста.

На основании всех приведенных данных можно сделать вывод, что удельный вес сердечно-сосудистых болезней в общей структуре заболеваемости и причин смертности среди населения обусловлен не биологическими особенностями того или иного народа, а социально-экономическими условиями, уровнем санитарной и общей культуры, степенью доступности медицинской помощи, возрастным составом населения и многими другими социальными причинами. Несмотря на успехи в области медицины, в том числе и в более глубоком познании сердечно-сосудистых заболеваний, их удельный вес в общей заболеваемости и причинах смертности, по-видимому, и дальше будет возрастать во всех странах.

По мере ликвидации эпидемий инфекционных заболеваний и увеличения средней продолжительности жизни в развивающихся странах будет увеличиваться число людей, страдающих сердечно-сосудистыми болезнями, что повлечет за собой и повышение относительной доли смертности от них. Что касается развитых в экономическом отношении стран, то в них, несмотря на уже высокий удельный вес этих заболеваний, возможно, и впредь будет иметь место тенденция к увеличению их по мере повышения эффективности мер борьбы со многими другими болезнями (онкологического характера, эндокринных, гриппа и т. д.), снижения травматизма. Отсюда вытекает один из важных выводов, что помимо научного изучения этих болезней необходимо всех такого рода больных взять под диспансерное наблюдение, чтобы они систематически или в нужный момент могли получить курс лечения или отдых, соблюдали режим труда, занимались лечебной физкультурой.

Систематический медицинский контроль позволит значительно продлить трудовую деятельность и жизнь человека. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний — одна из важных медицинских проблем человечества в будущем.