

© Е. Б. Исаков, 2017

УДК 616.1

Е. Б. Исаков

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карагандинский государственный медицинский университет (Караганда, Казахстан)

В статье представлены международные и отечественные данные по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний. Анализ заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в Казахстане демонстрирует их рост, который наблюдается и в странах Европы и Центральной Азии. Показаны индивидуальные особенности регионов, характеризующиеся определенным периодом социально-экономического развития. Влияние сердечно-сосудистых заболеваний на уровень здоровья населения всего мира заставляет сегодня все научное сообщество искать и находить новые пути для решения данной проблемы.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, эпидемиология, заболеваемость, смертность

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее серьезной проблемой здравоохранения для многих стран мира, в том числе и для Казахстана [4]. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) дают прогноз дальнейшего роста ССЗ, а также смертности от этих заболеваний как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный изменением демографических показателей (старение населения), ростом неинфекционных заболеваний (НИЗ) и особенностями образа жизни [25, 41]. Соответственно влияние ССЗ на уровень здоровья населения всего мира заставляет сегодня все научное сообщество искать и находить новые пути для решения данной проблемы. По статистике Национального института исследований сердца, легких и крови (National Heart, Lung and Blood Institute), каждый год от ССЗ умирают почти 815 тыс. американцев, от инсульта – 250 тыс. По подсчетам Американской ассоциации сердца, на лечение этих заболеваний ежегодно из экономики США тратится 420 млрд. долларов [20].

В Европе свыше 4,3 млн. смертей (48% всех смертей) и более 2,0 млн. смертей приходится на болезни системы кровообращения (БСК), которые регистрируются в 27 странах Европейского союза (42%) [5, 6]. Это более 800 000 человек старше 63 лет, которые ежегодно умирают от ССЗ, в том числе около 230 000 из них – в развитых Европейских странах [47]. У каждого пятого европейца исходом смерти является ССЗ, ежегодно умирают 15% женщин и 16% мужчин [45, 47]. В разных странах Европейского региона цифры статистики ССЗ резко варьируют. В частности, в странах Восточной и Центральной Европы смертность намного выше, чем в других государствах европейского региона. Самые низкие показатели смертности отмечаются в

Португалии, Испании, Франции, Италии, Нидерландах и Швейцарии [45]. В то же время данные проекта MONICA [7, 43] показывают, что смертность от ИБС снизилась примерно на 2/3 раза, благодаря уменьшению уровня заболеваемости и достижению контроля над факторами риска (прежде всего, курения) ишемической болезни сердца (ИБС), и только на 1/3 улучшилась выживаемость больных ИБС в связи с совершенствованием подходов к лечению данного заболевания, которую можно сегодня наблюдать в развитых Европейских странах. Это характеризует важность проводимых мероприятий первичной профилактики кардиоваскулярных заболеваний.

Для летальности характерна аналогичная ситуация. По данным MONICA [43], страны Центрального и Восточного региона Европы имеют высокую смертность от ИБС: в некоторых странах данного региона она несколько повысилась, хотя в целом отмечается тенденция к снижению, но гораздо медленными темпами, чем в Западном, Южном и Северном регионах Европы. Например, уровень летальности от острых коронарных событий в течение 28 сут. среди мужчин Москвы (РФ) в возрасте 35-65 лет выше на 50%, чем в Белфасте (Великобритания) или Каталонии (Испания). Так как на уровень летальности в эти сроки влияет не только тяжесть заболевания, но и точность диагностических тестов, качество оказываемых медицинских манипуляций, предполагается в ближайшее время сократить летальность от острых ССЗ за счет внедрения в практику новых диагностических критериев инфаркта миокарда (ИМ) с акцентом на важность определения тропонинового теста [15, 48].

Кардиоваскулярные заболевания, особенно ИБС, становятся эпидемически значимыми и для азиатских стран [9, 19]. Структура болезней системы кровообращения (БСК) сильно отличается в зависимости от регионов,

если в Индии смертность от мозгового инсульта (МИ) не превышала таковую от ИБС, то в Китае наблюдалась противоположная ситуация. По другим данным в Индии, где проживает почти 1/6 часть населения всего мира, генеральный регистр уровня заболеваемости Индии сообщает, что ИБС составила 17% от общего числа смертей и 26% смертей среди взрослого населения в 2001-2003 гг., а также до 23% от общего числа смертей и 32% смертей среди взрослого населения в 2010-2013 гг. Также исследователи сообщают об увеличении распространенности ИБС в течение последних 60 лет, с 1% до 9-10% среди городского населения и <1% до 4-6% – среди сельского. Используя более строгие критерии (клинические \pm Q волны) изучения распространенности ССЗ, реальные цифры колеблются в пределах 1-2% в сельской популяции и 2-4% среди городского населения [19].

Пороки развития сердца также являются серьезной проблемой в Китае, Индии и странах Африки, расположенных к югу от Сахары, но меньшей проблемой для азиатских стран и Латинской Америки [19]. Смертность от ССЗ часто является результатом отдельных выборочных исследований, чем данные показателей достоверного национального анализа. Различию показателей заболеваемости и смертности от ССЗ, возникающих в странах с низким и средним доходом населения, на межрегиональном и внутрирегиональном уровнях способствуют много факторов. В основном это связано с индивидуальными особенностями региона, характеризующимися определенным периодом социально-экономического развития, т.е. если в отдельных регионах еще наблюдалась эпидемия и дефицит питания, то другие переживали второй или даже третий переходный период либо, как это наблюдалось в некоторых частях Латинской Америки и Карибского бассейна, они даже находились на этапе четвертого эпидемиологического переходного периода [19].

По мнению ВОЗ, у жителей России и стран бывшего СНГ (Белоруссия, Казахстан, Кыргызстан), в частности у мужчин наблюдается низкая средняя продолжительность жизни [44]. Это наглядно демонстрирует тот факт, что при рождении у мужчин в России ожидаемая продолжительность жизни на 2-3 года меньше, чем в странах Южной Америки, и вероятность того, что 18-летний англичанин мужского пола доживет до 65 лет, в 3-4 раза выше, чем у жителя РФ этого же возраста [15, 44]. При этом по данным некоторых экспертов ВОЗ влияние факторов риска на рост смертности от БСК в Канаде, США и Нидерландах зна-

чительно выше среди мужчин, чем среди женщин, поэтому несмотря на отчетливые успехи в профилактике и лечении ССЗ в большинстве стран, в целом нельзя считать, что ситуация находится под контролем. По результатам центров исследования по управлению заболеваемости и профилактики (Centers for Disease Control and Prevention), такая высокая распространенность ССЗ, охватывающая все страны и континенты, приводит к снижению частоты средней продолжительности жизни на 10 лет, а также к длительной нетрудоспособности взрослого населения и требует колоссальных экономических затрат. Болезни системы кровообращения в 56,9% случаев являются причиной смерти в РФ, на территории Сибирского федерального округа (ФО) – в 50,5% случаев [22], за период 1990-2006 гг. в Сибири смертность от болезней системы кровообращения увеличилась до 60% и составила 760 случаев на 100 тыс. населения. Особую озабоченность специалистов вызывает проблема роста заболеваемости ИМ, являющимся дебютом ИБС, более чем в 50% случаев среди взрослого населения [31, 41]. В Российской Федерации показатели распространенности артериальной гипертензии (АГ) составляют 20-36% у мужчин и 28-40% у женщин. Стандартизированный возрастной показатель распространенности изолированного систолического артериального давления в России составляет 9,6% у мужчин и 7,7% у женщин [2, 28, 31, 34]. По мнению российских ученых, проводивших анализ экономических показателей, отражающих роль процессов в экономике, регистрируется значительное улучшение материально-бытовых условий и благосостояния населения, что влечет за собой значительное увеличение расходов на систему здравоохранения [2, 5, 15, 18, 25]. В связи с этим предполагается, что данные процессы обязательно изменят образ жизни человека и эффективность предоставления медицинской помощи, следствием чего будет дальнейшее снижение показателя смертности от неинфекционных заболеваний и, в первую очередь, от ССЗ, и увеличение общей продолжительности жизни, наблюдаемое после года [10, 15, 18, 22]. Результаты многих эпидемиологических исследований, проведенные российскими учеными, которые проанализировали результаты профилактических медицинских осмотров по данным официальных статистических отчетов в 2013 (19,4 млн.) и 2014 (22,2 млн.) гг., показали, что уровень распространенности ССЗ в 2013 и 2014 гг. составил 85,9 и 82,7 случая на 1 000 обследуемых соответственно. В эти годы были выявлены 50,0 и 46,2 случаев заболеваемости АГ, 17,1 и 16,1 случаев ИБС, 11,5 и 11,2

цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) соответственно. В 2013 и 2014 гг. большинство случаев кардиоваскулярных заболеваний были вызваны также АГ (58,4 и 57% соответственно). Доля ИБС составила 19,9 и 19,4%, ССЗ – 13,4 и 13,6% [13, 41]. Проведенный анализ подтверждает важность непрерывного мониторинга профилактического медицинского осмотра на уровне каждого конкретного медицинского учреждения первичной медико-санитарной помощи для улучшения ее качества и полноты диагностического обследования [2, 3, 13, 14, 15, 35].

В Кыргызстане у мужчин и женщин в возрасте 18-65 лет также наблюдается высокий уровень распространенности первичной АГ как среди сельской, так и городской популяции. Одной из причин столь высокого уровня распространенности АГ отмечают низкий уровень информированности людей об уровне высокого артериального давления среди населения как причине заболеваемости и факторе риска. Достоверных данных по уровню разницы знаний между сельскими и городскими жителями не обнаружено [25, 39]. По данным эпидемиологического исследования, определявшего уровень заболеваемости инсультом в Кыргызстане (г. Бишкек) методом регистра в 2012-2013 гг., всего в течение 2 лет зарегистрировано 3 200 новых случаев острых цереброваскулярных нарушений. Уровень заболеваемости инфарктом мозга на 1 000 населения составил 2,82, смертности – 1,18, летальности – 41,8%. Главным фактором риска развития инсульта явилась АГ (83,4-87,9%). В ходе исследования определены данные половых различий в частоте встречаемости факторов риска и этнической принадлежности. По данным результатов базы Европейского бюро «Здоровье для всех» ВОЗ (январь 2014 г.) уровень стандартизованного коэффициента смертности (СКС) от мозгового инсульта в Кыргызской Республике значительно выше, чем в странах Европейского союза, СНГ и Центральной Азии [38, 39]. Распространенность ИМ составила 6 793 случая среди населения в возрасте 27-87 лет, в том числе 76,25% – у мужчин и 23,75% – у женщин. Несмотря на снижение уровня госпитальной смертности при ИМ, выживаемость также остается на низком уровне; летальность практически ежегодно составляет в пределах 5% [38, 39].

Проспективное исследование по определению уровня распространенности АГ, проведенное в Узбекистане, показало, что распространенность АГ среди умерших лиц мужского пола составила 65,2%, женского – 60,2%. Выявлено, что узбекские мужчины и женщины в воз-

расте 20-59 лет в последнее десятилетие более чаще подвержены высокой АГ, и поведенческие факторы риска, такие как курение, дислипидемия, стресс, нерациональное питание, играют значительную роль в развитии АГ [29], также возрастает удельный вес ИБС [20, 29].

В Казахстане, как и во всем мире, наблюдается тенденция к росту заболеваемости от патологии сердечно-сосудистой системы, которую можно объяснить с одной стороны повышением качества скрининговых осмотров и улучшением выявляемости, а с другой стороны – снижением доступности и качества медицинского обслуживания [30, 42]. Уровень распространенности заболеваний системы кровообращения за период с 1989 по 2008 г. вырос почти в 10 раз – с 127,5 до 1204,3 случая на 100 тыс. населения. Особо следует отметить распространенность неинфекционных заболеваний среди сельского населения, где основной процент занимают болезни системы кровообращения [30]. С 1997 по 2009 г. в РК регистрировался рост заболеваемости гипертонией с 1147,89 до 1970,18 на 10 тыс. жителей. Распространенность АГ в Казахстане по различным данным колеблется в пределах 15-28%, причем как в городе, так и на селе наблюдается почти одинаковый уровень заболеваемости АГ, что можно сравнивать с международными данными [16]. В Казахстане зарегистрировано около 2 млн. человек, страдающих хроническими сосудистыми заболеваниями сердца [36] – 12% трудоспособных граждан страны. При этом казахстанские ученые утверждают, что официально представленные статистические данные занижены [11, 36]. По данным Н. Абдикалиева и соавт. реальная заболеваемость гипертонией в республике примерно в 10 раз выше официальных данных. Исследовательская работа, проведенная в Алматинской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях, выявила разницу в показателях. Так, по данным заболеваемость АГ в Алматинской области составляет 427,6 случая на 100 тыс. населения, а по данным исследования – 44 270 больных, то есть в 10 раз больше. Такая же ситуация и характерна и для других областей [15, 32].

Данные эпидемиологических исследований К. А. Алихановой и соавт. [17] показали, что в структуре заболеваемости взрослого населения лидирующие позиции также принадлежат болезням системы кровообращения, которые проявляются повышением артериального давления (7 801,4 случая на 100 тыс. взрослого населения). В сравнении с 2004 г. отмечен рост

заболеваемости АГ на 12,3% (на 856,9 случая на 100 тыс. населения). ИБС отмечают как ведущую причину смертности населения и ограничения трудоспособности в области среди БСК [17, 36]. В период 2000-2006 гг. показатель первичной заболеваемости ИБС увеличился в 2 раза – с 236,8 до 469,0 случаев на 100 тыс. населения. Считается, что 40% населения РК составляют жители сельских регионов. Значительная доля сельского населения проживает в условиях отсутствия современных средств связи и недостаточных транспортных коммуникаций, что во многом объясняет низкий уровень обращаемости и высокий уровень заболеваемости сельского населения в лечебно-профилактические учреждения. Жители села в 2,5 раза реже обращаются в учреждения здравоохранения, чем городские [3, 8, 26]. Все эти данные демонстрируют важную медико-социальную проблему, обусловленную ИБС в целом и ИМ в частности. Медицинская и социальная роль ИМ также связана с ростом уровня инвалидизации населения, а не только с высокой распространенностью и смертностью [25].

По данным Р. Т. Султанбекова, анализ смертности от ССЗ в РК, проведенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), показал, что коэффициент смертности населения вследствие БСК в Европейских странах в два раза ниже, чем в Казахстане [35]. Сегодня от ССЗ теряет свою перспективность и работоспособность самая молодая часть населения, также БСК являются причиной низкой продолжительности жизни и высокой смертности людей именно трудоспособного возраста. БСК занимают третью часть данного показателя, так, доля ССЗ составляет 36% среди мужчин в общей смертности населения в возрасте 25-63 года, а среди женщин аналогичные показатели – 41% [5, 31].

Около 89 млрд. тенге Министерство здравоохранения РК тратит ежегодно на решение проблемы ССЗ. Это приносит огромный социально-экономический ущерб Казахстану и приводит к большой нагрузке, ежегодно увеличивая бюджет системы здравоохранения, что в свою очередь ведет к непредусмотренным затратам государства. В связи с этим Правительством Республики Казахстан разработана и на протяжении последних 10-15 лет действует целевая Государственная программа в области здравоохранения по снижению смертности от БСК, которая постоянно совершенствуется новыми целевыми задачами, направленными на повышение эффективности профилактической деятельности медицинских организаций и повышение приверженности

граждан республики к ведению здорового образа жизни. Так, в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.» [1, 23] населению оказывается кардиологическая, интервенционная и кардиохирургическая помощь на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и стационарозамещающем уровне. Несмотря на постоянное развитие и совершенствование кардиохирургической и кардиологической помощи в Республике Казахстан, благодаря чему удалось добиться снижения смертности от этих болезней, показатели до сих остаются неутешительными [11, 23]. Лечебно-диагностические инновации, вмешательства, применяющиеся в кардиологии и кардиохирургии, не способны сегодня привести к полному выздоровлению, а могут только улучшить качество и продолжительность жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бремя БСК и диабета уменьшает валовый внутренний продукт (ВВП) до 7% за счет преждевременной смертности в странах с низким и средним уровнем дохода на душу населения, к которым относится Казахстан. Это вызывает необходимость дальнейшего изучения закономерностей формирования заболеваемости и разработки механизмов снижения уровня заболеваемости, инвалидности и смертности населения вследствие заболевания АГ, ИБС в целом, и в частности ИМ. В России экономический ущерб смертности от БСК оценивается в 3% от ВВП страны, что сравнимо с затратами государства на здравоохранение [22]. По данным шкалы смертности ВОЗ (2008), стандартизированная по возрасту смертность (30-70 лет) от БСК в Казахстане составляет 650 на 100 тыс. населения в сравнении с 66 на 100 тыс. населения в Италии. Высокая стандартизированная смертность по возрасту от БСК в Казахстане встречается особенно часто у мужчин – 859 на 100 тыс., однако и показатели смертности женщин (546 на 100 тыс.) в несколько раз превышают аналогичные показатели в странах Европы и Северной Америки [6, 10, 35].

Эпидемиология распространенности ССЗ в Республике Казахстан вызывает сегодня опасения не только у врачей-кардиологов, кардиохирургов, но и в целом у всей общественности. По прогнозам ВОЗ, около 23,6 миллионов человек умрет от ССЗ к 2030 г., главным образом, от цереброваскулярных заболеваний и заболеваний сердца, которые могут стать единственными основными причинами смерти [5, 17, 37]. Однако данные К. К. Давлетова и соавт. показывают, что в последние годы в РК

отмечается значительное снижение показателя общей смертности от БСК – с 535,5 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 316,0 на 100 тыс. населения в 2011 г., при этом показатели заболеваемости БСК не снижаются и даже возрастают [10, 33]. Проблема в том, что показатели заболеваемости БСК в Казахстане не отражают истинной заболеваемости, так как оцениваются в основном по обращаемости населения за медицинской помощью, а показатели смертности от БСК не стандартизированы по возрасту, как это принято в международной кардиологии и эпидемиологии [6, 23, 37]. Инфаркт миокарда как острая форма ИБС остается основной причиной роста показателя смертности, а также заболеваемости, который вырос в 2,9 раза с 13,4 (2000 г.) до 38,6 (2006 г.) на 100 тыс. населения и имеет тенденцию к увеличению с годами как среди женщин, так и среди мужчин. Однако во всех группах с возрастом, в частности у мужчин, и лиц с меньшим достатком этот показатель преобладает [27, 42]. В течение жизни симптоматическое развитие риска заболеваний системы кровообращения составляет в пределах 50-52% среди мужчин и около 40% среди женщин (по данным Framingham Heart Study). Рост сердечно-сосудистых заболеваний остается очень большой проблемой и будет наращивать свою значимость в дальнейшем, несмотря на увеличение объема знаний по эпидемиологии клинически значимых проявлений атеросклероза [17, 27, 41]. Многие ученые считают, что для европейской популяции шкала SCORE обладает большей точностью, и есть уверенность в высказывании, что в ближайшие 10 лет можно умереть от любого осложнения атеросклероза, если постоянно придерживаться прогнозирования 10-летнего фатального сердечно-сосудистого риска. Высоким риском смерти от ССЗ считается превышение уровня 5% и более в течение 10 лет или если он составляет 5% в возрасте 60 лет и старше [14, 27]. Если рассматривать тенденцию к распространенности и смертности от ССЗ в разрезе областей, то уровень заболеваемости от ССЗ с каждым годом растет, а уровень смертности, в частности, от ИБС, имеет тенденцию к снижению. По данным С. Абсеитовой за период 1990-2006 гг. показатели заболеваемости ССЗ в Южно-Казахстанской области увеличились в 3 раза с 990,7 до 3092,5 на 100 тыс. населения. При этом наибольший рост отмечен в 2002 и 2004 гг., когда были проведены массовые профилактические осмотры населения. Из этого следует, что статистические данные не всегда отражают истинные показатели распространенности БСК. Заболеваемость АГ по сравне-

нию с 2000 г. (294,4) в 2006 г. увеличилась в 4,8 раза до 1 414,8 на 100 тыс. населения. Раннее выявление АГ является одним из путей предотвращения инвалидности, а также преждевременной летальности от ССЗ, так как АГ является одним из приоритетных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, в частности, церебрального инсульта и ИМ [1].

Анализ заболеваемости ИБС, проведенный в разрезе областей Н. А. Тауболдиновой [37], показал, что в Жамбылской области с показателем 846,2 случая на 100 тыс. населения регистрируются наиболее высокие уровни распространения, далее по убыванию – Северо-Казахстанская (504,1 случая), Алматинская (462,2 случая), Южно-Казахстанская (445,9 случая), Атырауская (434,0 случая) области [6, 37]. Болезни, обусловленные сосудистым поражением головного мозга, чаще встречались у населения Северо-Казахстанской области (305,5 случая), в Жамбылской (285,4 случая), Павлодарской (277,0 случая), Западно-Казахстанской (217,5 случая) и Костанайской (200,4 случая) областях [21]. Наиболее высокие цифры острого ИМ регистрировались у населения Северо-Казахстанской области (137,7 случая на 100 тыс. населения), Восточно-Казахстанской области (105,9 случая), Акмолинской (89,9 случая), Карагандинской (85,4 случая) и Павлодарской (58,3 случая) областей [6].

По данным Г. Джунусбековой, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане снизилась с 530 в 2007 г. до 218 на 100 тыс. населения в 2013 году [12]. По мнению Е. Молдаханова, причиной такого снижения смертности от ССЗ могут быть различия в сборе и анализе статистической информации разных стран. Так, отмечено, что на протяжении последнего десятилетия показатели смертности от БСК в РК были ниже, чем в других странах СНГ, а также в США, однако в мире, и в том числе в странах СНГ, распространенность и смертность от ССЗ имеет разные уровни колебания. В пределах даже одной страны в отдельных регионах, например в РК, показатели заболеваемости и смертности от ССЗ значительно различаются [21]. Так, наиболее высокий уровень смертности от БСК в 2011 г. регистрировался в Акмолинском регионе с показателем 163,74 случая на 100 тыс. населения, при республиканских данных – 100,27 случая, на втором месте была Павлодарская область (158,18 случая), на третьем – Восточно-Казахстанская область (155,17 случая), далее Северо-Казахстанская (147,16 случая) и Жамбылская (115,48 случая) области [36]. Причин таких различий достаточно много

– это может быть обусловлено как субъективными, связанными с критериями оценки сердечно-сосудистой патологии и системой учета случаев, так и объективными факторами, связанными с различной распространенностью заболеваний [31]. В США и Японии данные статистики, основанные на документах, подтверждающих факт смерти, показатели смертности от ИБС у больных в возрасте 30-69 лет в 1998 г. различались почти в 5-6 раз. Однако использование единых критериев оценки показателя причин смертности от ИБС среди мужчин в Японии были в 4,7 раза ниже, а среди женщин – в 3,9 раза ниже, чем в США. Принципы регистрации случаев смерти, указание причин смерти принятыми способами при заполнении свидетельств о смерти легли в основу полученных различий официальных статистических данных двух стран [11, 31].

В Казахстане уровень смертности от ССЗ в последние годы вырос до 50-55% среди всех причин смертности, в США – до 36,3% [1, 23]. Анализ смертности от БСК в Казахстане за последние 10 лет показал снижение в 2,3 раза – 420,22 случая на 100 тыс. жителей в 2001 г. против 181,32 случая в 2010 г. [10, 37]. Динамика снижения смертности от ИБС в Казахстане наблюдается благодаря внедрению новых инновационных методов управления, профилактики, диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности, с использованием коронарографии, стресс-эхокардиографии, чреспищеводной электрической стимуляции предсердий и других современных лечебно-диагностических манипуляций [23, 37]. Самые высокие показатели смертности от ИБС в 2011 г. в Казахстане зарегистрированы в Акмолинской области с показателем 163,74 случая на 100 тыс. населения, тогда как республиканский показатель находится на уровне 100,27 случая. Далее по убыванию высокий уровень смертности отмечен в Павлодарской области (158,18 случая), в Восточно-Казахстанской области (155,17 случая), Северо-Казахстанской (147,16 случая) и в Жамбылской (115,48 случая) областях [1, 6, 37].

Таким образом, результаты клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют о значительном распространении ССЗ. Вместе с тем в литературе имеются данные, которые позволяют судить о распространённости БСК в мире, в том числе в Казахстане, учитывая особенности по регионам, по месту жительства (город, село), по гендерному типу, а также наличию сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ССЗ. В то же время отсутствуют исследования по изучению профилактических технологий на уровне первичной медико-социальной помощи. Несмотря на разви-

тие приоритетных направлений в кардиологической и кардиохирургической службе и внедрение инновационных лечебно-диагностических технологий, направленных на улучшение индекса здоровья пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в целом ситуация остается по-прежнему неконтролируемой, так как из года в год уровни заболеваемости, инвалидности, а также смертности от БСК в некоторых регионах нашей страны остаются на высокими. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего мониторинга и анализа эпидемиологической ситуации по ССЗ в Казахстане, разработки мероприятий по совершенствованию мер первичной и вторичной профилактики ССЗ с учетом основных факторов риска их развития.

ЛИТЕРАТУРА

1 Абсеитова С. Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области. Областной кардиологический центр, г. Шымкент, Казахстан // <http://www.cardiocenter.kz>

2 Александрова Г. А. Заболеваемость взрослого населения России в 2011 г. /Г. А. Александрова, Г. С. Лебедев //Стат. матер. – М., 2012. // <http://www.mednet.ru>

3 Алибекова А. А. Влияние физической активности на качество жизни людей пожилого возраста /А. А. Алибекова, Ж. А. Калматаева //Центрально-Азиатский науч.-практ. журн. по общественному здравоохранению. – 2014. – №2. – С. 6-13.

4 Атарбаева В. Ш. Повышение качества подготовки специалистов – приоритетное направление кафедры кардиологии и ревматологии АГИУВ /В. Ш. Атарбаева, Т. М. Абдирова, А. К. Джусипов //Вестник АГИУВ. – 2011. – №4. – С. 5.

5 Ахмедова З. М. Эпидемиология и социально-гигиенические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний среди подростков Республики Дагестан: Автореф: дис. ...канд. мед. наук. – М., 2006. – 38 с.

6 Бермагамбетова Г. Н. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей стран СНГ //Вестник КАЗНМУ. – 2013. – №1. – С. 71.

7 Бойцов С. А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира //Профилактическая медицина. – 2013. – №16(5). – С. 9-19.

8 Горбась И. М. Эпидемиологические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний /И. М. Горбась, И. П. Смирнова // <http://medbe.ru/materials/profilaktika-serdtsa-i-sosudov/epidemiologicheskie-aspekty-serdechnososudistykh-zabolevaniy/>

- 9 Гупта Р. Тенденции в области лечения коронарных сосудов сердца и эпидемиология заболеваний в Индии /Р. Гупта, И. Мохан, Дж. Нарула //Глобус здоровья. – 2016. – №82 (2). – С. 307-315.
- 10 Давлетов К. К. Анализ стандартизированной смертности от болезней системы кровообращения в 2008-2012 гг. в Казахстане /К. К. Давлетов, С. Ф. Беркинбаев //Евразийский журнал внутренней медицины. – 2014. – №1. – С. 28-34.
- 11 Джайнакбаев Н. Т. О необходимости разработки организационно-управленческой модели ПСМП сельского здравоохранения Алматинской области /Н. Т. Джайнакбаев, А. Р. Рыскулова //Терапевт. вестн. – 2012. – №1. – С. 11.
- 12 Джунусбекова Г. <http://bnews.kz>
- 13 Диспансеризация определенных групп взрослого населения: Метод. рекомендации /С. А. Ипатов, П. В. Калинина, А. М. Вергасова. – М., 2015. – 111 с.
- 14 Долгалев И. В. Динамика и прогностическая значимость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний //http://www.dissercat.com/content/dinamika-i-prognosticheskaya-znachimost-faktorov-riska-serdechno-sosudistykh-zabolevanii-sem#ixzz4XEuDhQSP
- 15 Звезда Н. В. Ожидаемая продолжительность жизни в России факторы, влияющие на нее /Н. В. Звезда, Л. В. Иванова //Вопр. статистики. – 2015. – №7. – С. 10-20.
- 16 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения: Стат. сборник /Г. Н. Бермагамбетова, Р. Г. Брозовская, А. К. Бекжанова и др. – Астана; Алматы, 2011. – С. 57-58.
- 17 Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Карагандинской области /К. А. Алиханова, Т. О. Аbugалиева, В. А. Жакипбекова, Б. К. Омаркулов //Фундаментальные исследования. – 2013. – №9. – С. 804-809.
- 18 Коваленко Д. Б. Научно обоснованные подходы к эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии на популяционном уровне» <http://www.dissercat.com/content/nauchno-obosnovannye-podkhody-k-epidemiologicheskoi-situatsii-po-arterialnoi-gipertonii-na-p#ixzz4XFCqMVHy>
- 19 Литвинчук С. Заболеваемость в Японии. Сердечно-сосудистые заболевания в странах с низким и средним уровнями доходов //Medicine Review. – 2009. – №4 (09). – С. 6-11.
- 20 Мирхамидова С. М. Особенности распространенности сердечно-сосудистых заболеваний /С. М. Мирхамидова, Н. Б. Ботирова, С. А. Камбарова //Молодой ученый. – 2016. – №21. – С. 73-76.
- 21 Молдаханов Е. Статистика сердечно-сосудистых заболеваний //https://prezi.com/fimfmpusadyw/copyof/?utm_source=twitter&utm_medium=landing-share
- 22 Научная платформа «профилактическая среда» //http://www.gnicpm.ru/UserFiles/prof_sreda_bazis_posl_variant.pdf
- 23 Ногаева М. Г. Распространенность болезней системы кровообращения в Республике Казахстан /М. Г. Ногаева, С. А. Тулеутеева //Медицина. – 2014. – №10. – С. 13-16.
- 24 Оганов Р. Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний трудоспособного населения России /Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – №3. – С. 12-13.
- 25 Ощепкова Е. В. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000-2011 гг. /Е. В. Ощепкова, Ю. Е. Ефремова, Ю. А. Карпов //Терапевт. арх. – 2013. – №4. – С. 4-10.
- 26 Паскаль А. В. Научное обоснование организации медико-социальной помощи сельскому населению: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2007. – 38 с.
- 27 Попова И. С. Позитивная динамика здоровья населения: поведенческие модели //Социология медицины. – 2006. – №1. – С. 3-6.
- 28 Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль /С. А. Шальнова, А. Д. Девев, О. В. Вихирева и др. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №2. – С. 3-7.
- 29 Распространенность артериальной гипертензии, факторов риска и их связь со смертностью (проспективное исследование) /Р. Д. Курбанов, И. О. Митропольская, Р. Ш. Мамутов, Г. Х. Ярмухамедова //Сб. тр. конф. «Совершенствование профилактики, диагностики и лечения основных сердечно-сосудистых заболеваний и оптимизация работы кардиослужбы». – Ташкент, 2003. – С. 53-55.
- 30 Распространенность и структура ССЗ в г. Семей /А. К. Мусаханова, А. Ж. Байбусинова, Н. М. Елемесова и др. //Наука и здравоохранение. – 2014. – №5. – С. 7-9.
- 31 Самородская И. В. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных странах //Здравоохранение. – 2009. – №7. – С. 49-55.
- 32 Сердечно-сосудистые заболевания, крупная эпидемия XXI века Пресс-релиз, 2013 <http://www.medlinks.ru/article>
- 33 Стандартизация показателей заболеваемости и смертности как основа для корректного сравнения разных регионов /К. К. Давлетов, С. Ф. Беркинбаев, Б. Б. Амиров и др. //Медицина. – 2015. – №6. – С. 2-5.

34 Стрельченко О. В. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского Федерального округа в 2012 году //Сб. статистических и аналитических материалов. – Новосибирск: Офсет, 2013. – Вып. 12. – С. 332 с.

35 Султанбеков Р. Т. Достижения и проблемы кардиологической службы Алматинской области /Р. Т. Султанбеков, А. Х. Исабекова, А. Т. Мусагалиева //Терапевт. вестн. – 2012. – №1. – С. 7.

36 Тауболдинова Н. А. К вопросу о заболевании сердечно-сосудистой системы среди населения РК //Вестник КАЗНМУ. – 2013. – №1. – С. 80.

37 Тауболдинова Н. А. Современное состояние распространенности сердечно-сосудистых заболеваний //Вестник КАЗНМУ. – 2013. – №1. – С. 73.

38 Тургумбаева Ж. Д. Структура заболеваемости и факторы риска мозгового инсульта в г. Бишкек по данным регистра /Ж. Д. Тургумбаева, К. У. Акынбеков, Д. Д. Тургумбаев // Вестн. Каз. Нац. мед. ун-та. – 2015. – №3. – С. 92-96.

39 Турсалиева Д. К. Распространенность АГ и ее факторов риска у городского и сельского населения Кыргызстана с оценкой эффективности дифференцированных обучающих программ для вторичной профилактики: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Бишкек, 2005. – 24 с.

40 Чазова И. Е. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Российской популяции больных АГ // Кардиология – 2014. – Т-54, №10. – С.4–6.

41 Шестаков В. П. Научное обоснование системы оценки и контроля качества медико-социальной реабилитации инвалидов: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2008. – 56 с.

42 Эпидемиологическое исследование влияния радиации на здоровье жителей Семипалатинского региона /Т. Огиу, С. Кобаяси, С. Кусуми и др. //Центрально-Азиатский науч.-практ. журн. по общественному здравоохранению. – 2008. – №1. – С. 11-18.

43 Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease /H. Tunstall-Pedoe, K. Kuulasmaa, M. Mahonen et al. //Lancet. – 1999. – V. 353. – P. 1547-1557.

44 Glenn T. Центр СМИ ВОЗ. Мировая статистика здравоохранения 2014г.: значительный рост продолжительности жизни // <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru>

45 Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 212 p.

46 Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva: World Health Organization; 2011. www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas.../en/

47 <http://medbe.ru/materials/obshchee/statistika-serdechno-sosudistykh-zabolevaniy-v-evrope>

48 On behalf of the Joint ESC/ACC/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction /K. Thygesen, J. S. Alpert, H. D. White et al. //Eur. Heart. J. – 2007. – V. 28 (20). – P. 2525-2538.

REFERENCES

1 Abseitova S. R. Sovremennoe sostojanie problemy serdechno-sosudistykh zabolevanij v Juzhno-Kazahstanskoj oblasti. Oblastnoj kardiologicheskoj centr, g. Shymkent, Kazahstan //http://www.cardiocenter.kz

2 Aleksandrova G. A. Zabolevaemost' vzroslogo naselenija Rossii v 2011 g. /G. A. Aleksandrova, G. S. Lebedev //Stat. mater. – M., 2012. //http://www.mednet.ru

3 Alibekova A. A. Vlijanie fizicheskoj aktivnosti na kachestvo zhizni ljudej pozhilogo vozrasta /A. A. Alibekova, Zh. A. Kalmataeva // Central'no-Aziatskij nauch.-prakt. zhurn. po obshhestvennomu zdravoohraneniju. – 2014. – №2. – P. 6-13.

4 Atarbaeva V. Sh. Povyshenie kachestva podgotovki specialistov – prioritetnoe napravlenie kafedry kardiologii i revmatologii AGIUV /V. Sh. Atarbaeva, T. M. Abdirova, A. K. Dzhusipov // Vestnik AGIUV. – 2011. – №4. – P. 5.

5 Ahmedova Z. M. Jepidemiologija i social'no-gigienicheskie aspekty serdechno-sosudistykh zabolevanij sredi podrostkov Respubliki Dagestan: Avtoref: dis. ...kand. med. nauk. – M., 2006. – 38 p.

6 Bermagambetova G. N. Smertnost' ot serdechno-sosudistykh zabolevanij sredi zhitelej stran SNG //Vestnik KAZNМУ. – 2013. – №1. – P. 71.

7 Bojcov S. A. Mehanizmy snizhenija smertnosti ot ishemicheskoj bolezni serdca v raznyh stranah mira //Profilakticheskaja medicina. – 2013. – №16(5). – P. 9-19.

8 Gorbas' I. M. Jepidemiologicheskie aspekty serdechno-sosudistykh zabolevanij /I. M. Gorbas', I. P. Smirnova //http://medbe.ru/materials/profilaktika-serdtsa-i-sosudov/epidemiologicheskie-aspekty-serdechnososudistykh-zabolevaniy-/

9 Gupta R. Tendencii v oblasti lechenija koronarnyh sosudov serdca i jepidemiologija zabolevanij v Indii /R. Gupta, I. Mohan, Dzh. Nar-

- ula //Globus zdorov'ja. – 2016. – №82 (2). – P. 307-315.
- 10 Davletov K. K. Analiz standartizirovannoj smernosti ot boleznej sistemy krovoobrashhenija v 2008-2012 gg. v Kazahstane /K. K. Davletov, S. F. Berkinbaev //Evrasijskij zhurnal vnutrennej mediciny. – 2014. – №1. – P. 28-34.
- 11 Dzhajnakbaev N. T. O neobходимosti razrabotki organizacionno–upravlencheskoj modeli PSMP sel'skogo zdravoohraneniya Almatinskoj oblasti /N. T. Dzhajnakbaev, A. R. Ryskulova // Terapevt. vestn. – 2012. – №1. – P. 11.
- 12 Dzhunusbekova G. <http://bnews.kz>
- 13 Dispanserizacija opredelennyh grupp vzroslogo naselenija: Metod. rekomendacii /S. A. Ipatov, P. V. Kalinina, A. M. Vergazova. – M., 2015. – 111 p.
- 14 Dolgalev I. V. Dinamika i prognosticheskaja znachimost' faktorov riska serdechno-sosudistykh zabojevanij //http://www.dissercat.com/content/dinamika–i–prognosticheskaja–znachimost–faktorov–riska–serdechno–sosudistykh–zabojevanii–sem#ixzz4XEuDhQSP
- 15 Zvezdina N. V. Ozhidaemaja prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii faktory, vlijajushie na nee /N. V. Zvezdina, L. V. Ivanova //Vopr. statistiki. – 2015. – №7. – P. 10-20.
- 16 Zdorov'e naselenija Respubliki Kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdravoohraneniya: Stat. sbornik /G. N. Bermagambetova, R. G. Brozovskaja, A. K. Bekzhanova i dr. – Astana; Almaty, 2011. – P. 57-58.
- 17 Izuchenie rasprostranennosti zabojevanij serdechno-sosudistoj sistemy sredi naselenija Karagandinskoj oblasti /K. A. Alihanova, T. O. Abugaliev, V. A. Zhakipbekova, B. K. Omarkulov //Fundamental'nye issledovanija. – 2013. – №9. – P. 804-809.
- 18 Kovalenko D. B. Nauchno obosnovannye podhody k jepidemiologicheskoj situacii po arterial'noj gipertonii na populacionnom urovne» <http://www.dissercat.com/content/nauchno-obosnovannye-podhody-k-epidemiologicheskoj-situacii-po-arterialnoj-gipertonii-na-p#ixzz4XFCqMVHy>
- 19 Litvinchuk S. Zabojevaemost' v Japonii. Serdechno-sosudistye zabojevanija v stranah s nizkim i srednim urovnjami dohodov //Medicine Review. – 2009. – №4 (09). – P. 6-11.
- 20 Mirhamidova S. M. Osobennosti rasprostranennosti serdechno-sosudistykh zabojevanij /S. M. Mirhamidova, N. B. Botirova, S. A. Kambarova // Molodoj uchenyj. – 2016. – №21. – P. 73-76.
- 21 Moldahanov E. Statistika serdechno-sosudistykh zabojevanij //https://prezi.com/fimfmpusadyw/copyof/?utm_source=twitter&utm_medium=landing-share
- 22 Nauchnaja platforma «profilakticheskaja sreda» //http://www.gnicpm.ru/UserFiles/prof_sreda_bazis_posl_variant.pdf
- 23 Nogaeva M. G. Rasprostranennost' boleznej sistemy krovoobrashhenija v Respublike Kazahstan /M. G. Nogaeva, S. A. Tuleutaeva // Medicina. – 2014. – №10. – P. 13-16.
- 24 Oganov R. G. Smernost' ot serdechno-sosudistykh i drugih hronicheskikh neinfekcionnykh zabojevanij trudosposobnogo naselenija Rossii /R. G. Oganov, G. Ja. Maslennikova // Kardiologuljarnaja terapija i profilaktika. – 2002. – №3. – P. 12-13.
- 25 Oshhepkova E. V. Zabojevaemost' i smernost' ot infarkta miokarda v Rossijskoj Federacii v 2000-2011 gg. /E. V. Oshhepkova, Ju. E. Efremova, Ju. A. Karpov //Terapevt. arh. – 2013. – №4. – P. 4-10.
- 26 Paskal' A. V. Nauchnoe obosnovanie organizacii mediko-social'noj pomoshhi sel'skomu naseleniju: Avtoref. dis. ...d-ra med. nauk. – M., 2007. – 38 p.
- 27 Popova I. S. Pozitivnaja dinamika zdorov'ja naselenija: povedencheskie modeli // Sociologija mediciny. – 2006. – №1. – P. 3-6.
- 28 Rasprostranennost' arterial'noj gipertonii v Rossii: informirovannost', lechenie, kontrol' /S. A. Shal'nova, A. D. Deev, O. V. Vihireva i dr. // Profilaktika zabojevanij i ukreplenie zdorov'ja. – 2001. – №2. – P. 3-7.
- 29 Rasprostranennost' arterial'noj gipertenzii, faktorov riska i ih svjaz' so smernost'ju (prospektivnoe issledovanie) /R. D. Kurbanov, I. O. Mitropol'skaja, R. Sh. Mamutov, G. H. Jarmuhamedova //Sb. tr. konf. «Sovershenstvovanie profilaktiki, diagnostiki i lechenija osnovnykh serdechno-sosudistykh zabojevanij i optimizacija raboty kardiologuljarnykh». – Tashkent, 2003. – P. 53-55.
- 30 Rasprostranennost' i struktura SSZ v g. Semej /A. K. Musahanova, A. Zh. Bajbusinova, N. M. Elemesova i dr. //Nauka i zdravoohranenie. – 2014. – №5. – P. 7-9.
- 31 Samorodskaja I. V. Serdechno-sosudistye zabojevanija: principy statisticheskogo ucheta v raznykh stranah //Zdravoohranenie. – 2009. – №7. – P. 49-55.
- 32 Serdechno-sosudistye zabojevanija, krupnaja jepidemiya XXI veka Press–reliz, 2013 <http://www.medlinks.ru/article>
- 33 Standartizacija pokazatelej zabojevaemosti i smernosti kak osnova dlja korrektnogo sravnenija raznykh regionov /K. K. Davletov, S. F. Berkinbaev, B. B. Amirov i dr. //Medicina. – 2015. – №6. – P. 2-5.
- 34 Strel'chenko O. V. Osnovnye pokazateli zdorov'ja naselenija i zdravoohraneniya Sibirskogo Federal'nogo okruga v 2012 godu //Sb. statisticheskikh i analiticheskikh materialov. – Novosibirsk: Ofset, 2013. – Vyp. 12. – 332 p.

35 Sultanbekov R. T. Dostizhenija i problemy kardiologicheskoy sluzhby Almatinskoy oblasti /R. T. Sultanbekov, A. H. Isabekova, A. T. Musagalieva // *Terapevt. vestn.* – 2012. – №1. – P. 7.

36 Tauboldinova N. A. K voprosu o zabolevanijah serdechno-sosudistoj sistemy sredi naselenija RK // *Vestnik KAZNMU.* – 2013. – №1. – P. 80.

37 Tauboldinova N. A. Sovremennoe sostojanie rasprostranennosti serdechno-sosudistyh zabolevanij // *Vestnik KAZNMU.* – 2013. – №1. – P. 73.

38 Turgumbaeva Zh. D. Struktura zabolevaemosti i faktory riska mozgovogo insulta v g. Bishkek po dannym registra /Zh. D. Turgumbaeva, K. U. Akynbekov, D. D. Turgumbaev // *Vestn. Kaz. Nac. med. un-ta.* – 2015. – №3. – P. 92-96.

39 Tursalieva D. K. Rasprostranennost' AG i ee faktorov riska u gorodskogo i sel'skogo nasele-nija Kyrgyzstana s ocenкой jeffektivnosti differencirovannyh obuchajushih programm dlja vtorichnoj profilaktiki: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Bishkek, 2005. – 24 p.

40 Chazova I. E. Rasprostranennost' faktorov riska serdechno-sosudistyh zabolevanij v Rossijskoj populjacii bol'nyh AG // *Kardiologija* – 2014. – Т-54, №10. – P. 4-6.

41 Shestakov V. P. Nauchnoe obosnovanie sistemy ocenki i kontrolja kachestva mediko-social'noj reabilitacii invalidov: Avtoref. dis. ...d-ra med. nauk. – M., 2008. – 56 p.

42 Jepidemiologicheskoe issledovanie vlijaniya radiacii na zdorov'e zhitelej Semipalatinskogo

regiona /T. Ogiu, S. Kobajasi, S. Kusumi i dr. // *Central'no-Aziatskij nauch.-prakt. zhurn. po obshhestvennomu zdavoohraneniju.* – 2008. – №1. – P. 11-18.

43 Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease /H. Tunstall-Pedoe, K. Kuulasmaa, M. Mahonen et al. // *Lancet.* – 1999. – V. 353. – P. 1547-1557.

44 Glenn T. Centr SMI VOZ. Mirovaja statistika zdavoohranenija 2014g.: znachitel'nyj rost prodolzhitel'nosti zhizni // <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru>

45 Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva: World Health Organization, 2011. – 212 p.

46 Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. – Geneva: World Health Organization; 2011. www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas.../en/

47 <http://medbe.ru/materials/obshchee/statistika-serdechno-sosudistyx-zabolevanij-v-evrope>

48 On behalf of the Joint ESC/ACC/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction /K. Thygesen, J. S. Alpert, H. D. White et al. // *Eur. Heart. J.* – 2007. – V. 28 (20). – P. 2525-2538.

Поступила 03.04.2017

Ye. B. Iskakov

EPIDEMIOLOGY OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)

The article presents international and domestic data on the epidemiology of cardiovascular diseases. The analysis of morbidity from cardiovascular diseases in Kazakhstan shows their growth, which is also observed in the countries of Europe and Central Asia. Individual characteristics of the regions are shown, characterized by a certain period of socio-economic development. The impact of cardiovascular diseases on the level of health of the world's population makes today, the entire scientific community, look for and find new ways to solve this problem.

Key words: cardiovascular diseases, epidemiology, mortality, morbidity

Е. Б. Ысқақов

ЖҮРЕК-ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті (Қарағанды, Қазақстан)

Мақала жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) эпидемиологиясы бойынша халықаралық және отандық деректерді ұсынады. Еуропа және Орталық Азияда байқалатын ЖҚА аурушандығының сараптамасы Қазақстанда олардың өсуін көрсетеді. Аймақтардың әлеуметтік-экономикалық дамуымен белгілі бір кезеңімен сипатталатын жеке ерекшеліктерін көрсетеді.

Бүгін, әлемде халықтың денсаулығына жүрек-қан тамыр ауруларының әсері, бүкіл ғылыми қоғамдастықты нақты мәселені шешуге жаңа мүмкіндік жолдарын іздеуге және табуға итермелейді.

Кілт сөздер: жүрек-қан тамырлар аурулары, эпидемиология, аурушандық, өлім-жітім