

О.В. Курченко, к.м.н., А.М. Бойко, ООО «ОмниФарма Киев», г. Киев

# Почему украинцы умирают рано: основная причина и возможный путь борьбы за продолжительность жизни



О.В. Курченко



А.М. Бойко

По прогнозу экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2016 год, средняя ожидаемая продолжительность жизни в Украине составляла 71,3 года; ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в соответствии с данными отечественной статистики, – 76,3 года для женщин, 66,3 – для мужчин. Следует отметить, что в странах с высоким уровнем доходов населения аналогичный показатель находится на уровне приблизительно  $\geq 80$  лет. Как ни прискорбно это признавать, но наши соотечественники умирают на 10-15 лет раньше своих сверстников в Европе, Северной Америке, Японии, Австралии и т. д. В списке ВОЗ, ранжированном по продолжительности жизни, Украина занимает совсем не почетное 104-е место, пропустив вперед такие страны, как Суринам, Бангладеш, Гватемалу и Вануату [1].

По официальным данным Государственной службы статистики Украины [2] (табл. 1), основной причиной смерти украинцев являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Более того, число летальных исходов вследствие заболеваний системы кровообращения в 2 раза превышает количество смертей от всех других причин! Две трети смертей наступает именно из-за кардиоваскулярных катастроф.

Означают ли эти показатели, что в Украине сложились крайне неблагоприятные природные или генетические условия, которые детерминируют низкую продолжительность жизни и высокую смертность вследствие ССЗ? Отнюдь. Доступные данные свидетельствуют, что заболевания системы кровообращения – бич подавляющего количества стран мира, в том числе и государств с высоким социально-экономическим уровнем развития [3]. Вероятнее всего, причины следует искать в несовершенной системе профилактики этой группы заболеваний, неудовлетворительном врачебном ведении пациентов, плохой мотивации каждого человека к персональной ответственности за свою жизнь.

Рейтинг стран Европы по показателю смертности в результате ССЗ (на 100 тыс. населения) представлен на рисунке 1 [15].

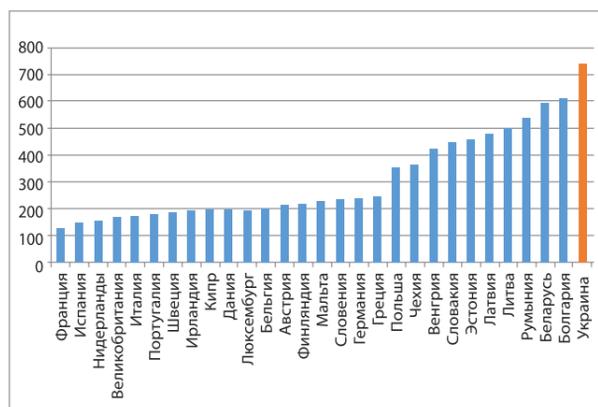


Рис. 1. Рейтинг стран Европы по показателю смертности в результате ССЗ (на 100 тыс. населения) в 2006 г.

В ходе многочисленных научных исследований были получены убедительные ответы на вопрос: каковы основные причины возникновения болезней системы

Заболевания	Количество умерших, тыс. чел.	Доля в структуре причин смерти, %
Патология системы кровообращения	425,6	67,3
Новообразования	83,9	13,3
Внешние причины смерти	40,1	6,3
Болезни органов пищеварения	25,2	4,0
Болезни органов дыхания	14,8	2,3
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	11,0	1,7
Другие причины	31,7	5,0
<b>Всего умерших</b>	<b>632,3</b>	<b>100</b>

кровообращения? Так, под эгидой ВОЗ в 21 стране на четырех континентах с середины 1970-х до середины 1990-х годов прошлого века проводился мониторинг тенденций и детерминант заболеваний системы сердца и сосудов MONICA (Multinational MONItoring of trends and determinants in CARDiovascular disease) [6].

В качестве ключевых причин ССЗ определены:

- увеличенное содержание холестерина (ХС) в крови;
- курение;
- повышенный уровень систолического артериального давления;
- избыточная масса тела.

Исследователями было также установлено, что тенденция к даже незначительному снижению уровня ХС существенно влияет на уменьшение сердечно-сосудистого риска [6].

Важно отметить, что и украинскими учеными была проделана большая работа в этом направлении. В 2009 г. ведущее профильное научно-исследовательское учреждение страны – ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско НАМН Украины» – совместно с ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» и рядом других лечебных учреждений провели масштабное исследование, посвященное оценке профиля факторов риска развития ССЗ в городской популяции. Так как подобного рода исследования, как правило, весьма недешевы, 8 компаний, производящих лекарственные средства и диетические добавки, проявив социальную ответственность, оплатили все финансовые расходы (в частности, на лабораторные анализы и технические потребности). Компания «ОмниФарма Киев» гордится тем, что также выступила спонсором данного проекта [7].

По результатам исследования было установлено, что среди городского населения в возрасте 30-69 лет распространенность гиперхолестеринемии (повышенный уровень ХС) составляет 69,4% (62,3% у мужчин и 71,8% у женщин); при этом отмечалась следующая корреляция: в более старших популяционных группах распространенность гиперхолестеринемии была еще более высокой [7].

Стоит обратить особое внимание на тот факт, что обнаруженные угрожающие уровни распространенности среди населения гиперхолестеринемии статистически сопоставимы с показателями заболеваемости украинцев ССЗ и числом ассоциированных с кардиоваскулярной патологией летальных исходов. Следовательно, можно сделать вывод, что коррекция уровня ХС лекарственными препаратами и другими предназначенными для этого средствами способна значительно улучшить прогноз и продлить жизнь украинским пациентам с ССЗ. Но как обстоят дела в реальности?

Обратимся к еще одним статистическим данным. В 2015 г. в мировой рейтинг ТОП-100 лекарственных препаратов (в нем оценивается суммарный объем продаж) вошли 4 препарата для снижения концентрации ХС с общим объемом реализации >10,6 млрд долларов США [4].

В Украине их популярность значительно ниже. Поэтому можно с уверенностью утверждать, что причина более раннего (в сравнении с жителями многих других стран) ухода из жизни наших соотечественников кроется не в нашей генетической уникальности и плохой экологии, а в том, что мы, в отличие от цивилизованного мира, не применяем все методы и способы борьбы с основной причиной сердечно-сосудистых катастроф. Знаем, но не делаем.

«Статины – очень простые препараты: вы принимаете их раз в день, и они оказывают сильный эффект... Статины снижают не только уровень ХС, но и вероятность инфаркта, инсульта и ССЗ. Они являются настоящим достижением современной медицины», – говорит доктор Патрик МакБрайд, магистр общественного здравоохранения, директор Программы превентивной кардиологии и клиники холестерина при Школе медицины и здравоохранения Висконсинского университета (США) [9].

Может быть, наша отечественная система здравоохранения недоотягивает до международного уровня и врачи недооценивают важность приема гиполипидемических препаратов пациентами из групп риска? Категорически нет. Почти 6 лет назад Ассоциация кардиологов Украины в рамках XII Национального конгресса кардиологов приняла единые методические рекомендации (читай – протокол ведения) по ведению пациентов с различными дислипидемиями, включая гиперхолестеринемии [10]. Сейчас любой врач-кардиолог, осуществляющий амбулаторный прием в районной поликлинике, четко знает, какие показатели уровня ХС в лабораторном анализе требуют от врача рекомендовать пациенту коррекцию питания, диету с добавлением проверенной диетической добавки либо назначить длительную (а иногда и постоянную) терапию лекарственными препаратами.

Но придерживаются ли этих рекомендаций пациенты? Повышенный уровень ХС ведь «не болит», всегда находится какой-то аргумент: нет времени, очень хлопотно, слишком дорого...

В рамках XIII Национального конгресса кардиологов (2012) было отмечено, что только 2-3% (!) пациентов, которым врач обоснованно назначил пожизненный прием гиполипидемических препаратов, выполняют предписанные рекомендации и принимают терапию. Остальные же не придерживаются врачебных рекомендаций.

Причины смерти	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Заболевания системы кровообращения	62,5	63,4	63,0	63,6	65,2	66,6	66,3	65,8	66,5	67,3
Новообразования	11,7	11,9	11,8	11,8	12,5	12,7	13,4	14,0	13,9	13,3
Внешние причины смерти	9,0	8,5	8,7	8,1	6,9	6,3	6,4	6,3	6,1	6,3
Патология органов пищеварения	4,1	4,0	4,4	4,7	4,3	3,8	3,8	4,2	4,2	4,0
Болезни органов дыхания	3,6	3,3	3,3	3,1	3,0	2,8	2,7	2,6	2,5	2,3
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	2,2	2,2	2,2	2,3	2,1	2,1	2,1	2,1	1,9	1,7
Другие причины	7,0	6,7	6,7	6,4	6,0	5,6	5,4	5,0	4,8	5,0

Более того: 69% пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ) в связи с критическим атеросклерозом сосудов сердца, либо вовсе не применяли назначенные препараты, либо принимали их частично/курсами при острой необходимости постоянной ежедневной терапии [11].

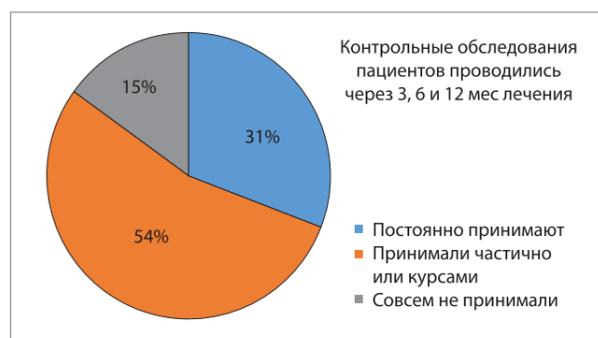


Рис. 2. Показатели комплаенса пациентов к терапии статинами после АКШ по результатам ретроспективного анализа, выполненного Е.И. Митченко и соавт. [16, 17]

Получается, что умереть на 10-15 лет раньше – проще и дешевле. Очень высокий уровень смертности украинцев вследствие кардиоваскулярных катастроф объясняется тотальной безответственностью по отношению к собственному здоровью, а значит – и к своей жизни. Безответственностью, в том числе, и перед врачом, который за копейечную зарплату назначил больному правильную и необходимую терапию. Безответственностью перед собой и своими близкими. Кардинальным образом изменить эту ситуацию можно только путем пересмотра отношения к самому себе.

В 2011 г. компания «ОмниФарма Киев» предложила украинскому фармацевтическому рынку новинку – комплекс ФитоСтатин. В его состав входит поликозанол – стандартизированный растительный экстракт, обладающий способностью снижать уровень ХС. Важными характеристиками поликозанола, производимого из сахарного тростника (*Saccharum officinarum*), являются изученный в ходе клинических исследований механизм действия, хорошая эффективность и минимальный риск побочных эффектов [12]. В Украине ФитоСтатин изучался в работах под руководством ведущих специалистов ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины».

Было установлено, что сочетанное использование ФитоСтатина 10 мг с аторвастатином 10 мг позволяет быстрее, в сравнении с монотерапией аторвастатином, достичь целевых показателей уровня ХС и других липидных фракций плазмы крови, избежать повышения дозы химически синтезированного статина, что сопряжено с возможным уменьшением вероятности побочных реакций, присущих данному классу препаратов [13].

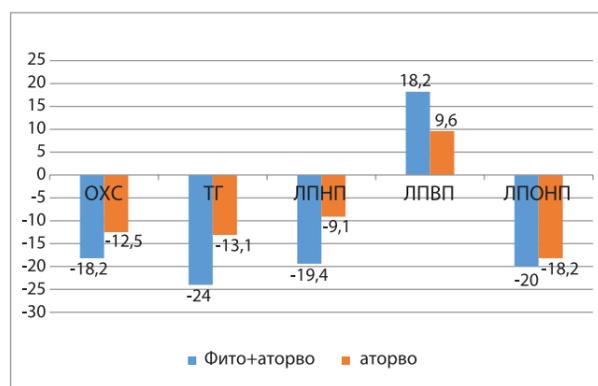


Рис. 3. Изменения липидного спектра в динамике в группах приема ФитоСтатина и аторвастатина и монотерапии аторвастатином, % [12]

В 2012-2013 гг. компания «ОмниФарма Киев», понимая, что самое главное в борьбе с повышенным уровнем ХС – это первичное его выявление и последующий регулярный биохимический контроль, заключила договор с сетью медицинских лабораторий «Синэво». В каждую упаковку растительного средства ФитоСтатин начали вкладывать сертификат на бесплатное определение уровня ХС в лабораториях «Синэво». Двух упаковок (60 дней приема) достаточно, чтобы не тратя лишних денег, самостоятельно убедиться в эффективности ФитоСтатина или совместно с врачом прийти к выводу о выборе между повышением дозы или комбинированной терапией с лекарственными препаратами.

Будучи социально ответственной компанией, «ОмниФарма Киев» не повышала цены на ФитоСтатин, направляя на оплату определения гражданами Украины уровня ХС часть собственной прибыли,

Таблица 3. Динамика изменений показателей липидного спектра на фоне приема в течение 12 нед аторвастатина в комбинации с ФитоСтатином в сравнении с монотерапией аторвастатином

Показатели	1-я группа			2-я группа		
	Исходно	Через 6 нед	Через 12 нед	Исходно	Через 6 нед	Через 12 нед
ОХС	5,5±0,3	5,4±0,5	4,5±0,2 (-18,2%)	5,6±0,2	5,3±0,2	4,9±0,2 (-12,5%)
ТГ	2,5±0,4	2,2±0,3	1,9±0,3 (-24,0%)	2,3±0,1	2,0±0,4	2,0±0,2 (-13,1%)
ЛПНП	3,1±0,1	3,1±0,5	2,5±0,3 (-19,4%)	3,3±0,3	3,2±0,2	3,0±0,3 (-9,1%)
ЛПВП	1,10±0,21	1,13±0,20	1,3±0,11 (+18,2%)	1,15±0,12	1,25±0,20	1,26±0,2 (+9,6%)
ЛПОНП	1,2±0,2	1,0±0,2	1,0±0,1 (-20,0%)	1,1±0,1	1,1±0,2	0,9±0,2 (-18,2%)

Примечание: ОХС – общий ХС; ТГ – триглицериды; ЛПНП – липопротеины низкой плотности; ЛПВП – липопротеины высокой плотности; ЛПОНП – липопротеины очень низкой плотности.

чтобы шанс проконтролировать содержание ХС получили как можно больше ответственных пациентов.

Мы рады, что за последние годы большое число украинцев воспользовалось этой возможностью; что, несмотря на падение курса гривны по отношению к твердым валютам и необходимость закупать дорогостоящее импортное сырье, сумели обеспечить доступную стоимость ФитоСтатина и продолжить реализацию программы бесплатного мониторинга уровня ХС.

Поскольку результаты анализов (особенно повторных) нам известны (без раскрытия персональных данных пациентов), мы владеем большой статистической базой, позволяющей озвучить несколько тезисов [14].

- В исследовании принимали участие 592 человека (441 (74,5%) женщина и 151 (25,5%) мужчина), которые получали ФитоСтатин в рекомендуемых врачом дозах.

- За весь период исследования у 75,1% участниц было зарегистрировано статистически значимое снижение концентрации ХС в плазме крови до среднего уровня  $6,25 \pm 0,09$  ммоль/л, что было на 11,6% выше, чем в группе мужчин ( $5,27 \pm 0,11$  ммоль/л;  $p < 0,001$ ).

- У 93,4% пациентов-мужчин было выявлено достоверное снижение концентрации ХС до уровня  $5,27 \pm 0,11$  ммоль/л в сравнении со статистической нормой ( $p < 0,001$ ). Лишь в 6,6% случаев содержание ХС в плазме крови у мужчин было зарегистрировано на уровне  $8,18 \pm 0,31$  ммоль/л, что на 3,7% выше, чем у женщин ( $p > 0,05$ ).

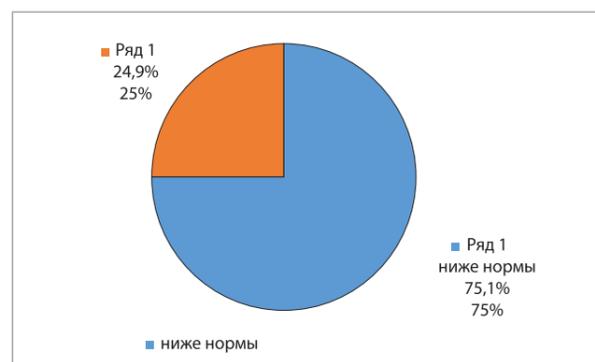


Рис. 4. Удельный вес женщин с уровнем ХС ниже статистической нормы

- При анализе динамики уровня ХС у женщин во время повторных анализов было выявлено, что его значение на начальном этапе исследования составляло в среднем  $6,62 \pm 0,34$  ммоль/л.

- При повторной оценке концентрации ХС у женщин (в среднем со 2-го по 60-й день приема растительного средства ФитоСтатин) было выявлено снижение данного показателя до  $6,06 \pm 0,37$  ммоль/л (в среднем на 8,5% меньше от исходного уровня;  $p < 0,05$ ).

- В период с 91-го по 120-й день приема ФитоСтатина уровень ХС в группе женщин составил  $6,14 \pm 1,1$  ммоль/л, что статистически сопоставимо с показателями предыдущего периода ( $p > 0,05$ ), но в среднем на 14,1% ниже статистической нормы ( $p < 0,05$ ).

- Со 121-го по 180-й день после приема ФитоСтатина средний уровень ХС у женщин составил  $6,17 \pm 0,57$  ммоль/л, достоверной разницы с предыдущим периодом не зафиксировано ( $p > 0,05$ ).

- После 180-го дня приема ФитоСтатина уровень ХС у пациентов равнялся  $5,22 \pm 0,42$  ммоль/л, что в среднем на 27% ниже границы статистической нормы (различия статистически достоверны,  $p < 0,001$ ).

- При анализе динамики содержания ХС у мужчин на фоне первичного приема ФитоСтатина было установлено, что уровень ХС при первом исследовании составлял в среднем  $5,24 \pm 0,48$  ммоль/л, что статистически значимо ниже нормы ( $p < 0,05$ ).

- В период с 60-го по 120-й день приема ФитоСтатина уровень ХС в группе мужчин составил  $4,53 \pm 1,2$  ммоль/л, что статистически значимо ниже показателя за предыдущий

период ( $p < 0,05$ ) и в среднем на 36,6% ниже медианы общепринятой нормы ( $p < 0,05$ ).

На основании данных пациентов, принимающих ФитоСтатин и обратившихся по бесплатным сертификатам для оценки концентрации ХС в крови в сеть лабораторий «Синэво» в 2016 г., как в группе женщин, так и у мужчин было выявлено статистически значимое снижение уровня ХС в плазме крови в сравнении со среднестатистической нормой. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что длительный и систематический прием ФитоСтатина достоверно способствует нормализации уровня ХС пациентов.

Не желая мириться с ситуацией «досрочной» смерти сотен тысяч наших соотечественников из-за их безответственного отношения к собственному здоровью, мы заявляем:

1. Каждый взрослый и сознательный украинский гражданин старше 30 лет должен регулярно контролировать уровень ХС и определять липидный профиль крови не реже одного раза в год.

2. При повышенном содержании ХС и/или при дислипидемии необходимо обратиться к врачу.

3. При пограничных уровнях ХС и/или дислипидемии следует изменить образ жизни, соблюдать диету и принимать биологически активные продукты для контроля концентрации ХС, которые имеют доказательную базу (например, ФитоСтатин).

4. При чрезмерно повышенном уровне ХС по рекомендации врача необходимо ежедневно применять лекарственные препараты или комбинировать их с растительным средством ФитоСтатин с целью снижения дозы химически синтезированных гиполипидемических препаратов, уменьшения риска побочных эффектов и более быстрого достижения целевых значений ХС.

5. При умеренно повышенном уровне ХС возможной тактикой является прием ФитоСтатина в рекомендуемых дозах, соблюдение диеты, регулярный контроль липидного профиля.

Мы обязаны контролировать уровень холестерина, чтобы сохранить здоровье и жить дольше.

Список литературы находится в редакции.

**ФітоСтатин®** полікозанол  
контролюємо рівень холестерину, щоб ЖИТИ ДОВШЕ

- Доведене зниження холестерину
- Високий рівень безпеки при тривалому прийомі - без пошкоджуючого впливу на печінку або м'язи

Дізнайтесь більше на веб-сайті:  
[www.omnifarma.com.ua](http://www.omnifarma.com.ua)

Добавка дієтична. Виробник: ТОВ «ОМНІФАРМА КІЇВ» +38 044 577 38 38 (39, 40)  
ОМНІФАРМА натуральні засоби з доведеною ефективністю