

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Хасанова Р.Р., Середкина Е.А.

**Обзор зарубежных и отечественных исследований по
проблемам предотвратимой смертности населения**

Москва 2020

Аннотация. В настоящее время Россия находится на пути перехода к сложному этапу, который характеризуется естественной убылью населения страны. На фоне снижающегося потенциала рождаемости из-за немногочисленного поколения женщин, снижение смертности является важным способом снижения естественной убыли населения. До настоящего времени разработано несколько подходов к оценке и классификации заболеваний, летальный исход от которых может быть отнесен к преждевременной смертности. Их различия объясняются не только тем, что они основываются на разных версиях системы кодирования Международной классификации болезней (МКБ), но и тем, что в более поздних версиях рассматривался расширенный список заболеваний. Целью данной работы является анализ и систематизация существующих исследований предотвратимой смертности.

Хасанова Р.Р., старший научный сотрудник лаборатории исследований демографии, миграции и рынка труда ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Середкина Е.А., младший научный сотрудник лаборатории исследований демографии, миграции и рынка труда ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2019 год

Содержание

Введение	4
1 Обзор зарубежных исследований, посвященных проблеме предотвратимой смертности.....	5
2 Обзор отечественных исследований по проблеме предотвратимой смертности	28
Заключение	40
Список использованных источников	41

Введение

Указом Президента РФ от 07.05.2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» поставлена задача по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения при рождении и по повышению ожидаемой продолжительности здоровой жизни, снижению смертности населения от новообразований, болезней системы кровообращения, населения в трудоспособном возрасте и т.д. [1]. Пути решения данных задач должны основываться на имеющихся резервах сокращения смертности населения и, в первую очередь, снижения предотвратимой смертности.

В широком смысле концепция «предотвратимой смертности» относится ко всем тем случаям смерти, которых могла бы избежать система здравоохранения посредством профилактики и/или лечения с учетом современных медицинских знаний и технологий. В настоящее время для Европейского региона экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) был установлен возраст, до которого должно доживать большинство людей при существующих на данный момент условиях и возможностях систем здравоохранения – 70 лет. Соответственно, все смерти, произошедшие до указанного возраста, считаются преждевременными. По данным 2018 года в России доля смертности от предотвратимых причин по методике ВОЗ (умершие до 70 лет) в 2018 году составляет 45% (среди мужчин 62%, среди женщин 30%).

Анализ зарубежной литературы показал, что разработанные на рубеже 1970-х годов концепция и методология оценки предотвратимой смертности, ставшие попыткой найти способ борьбы с растущими расходами системы здравоохранения на фоне незначительных улучшений показателей здоровья населения, оказалась весьма эффективными при решении разнообразных задач в области здравоохранения и снижения смертности. Исследования и концепция с годами претерпевала изменения. Целью данной работы является анализ и систематизация существующих исследований предотвратимой смертности.

1 Обзор зарубежных исследований, посвященных проблеме предотвратимой смертности

Концепция предотвратимой смертности берет свое начало в новаторской работе группы по предотвратимым и управляемым заболеваниям, возглавляемой Дэвидом Рутштейном из Гарвардской школы медицины в 1970-е годы, в которой вводится понятие «излишней преждевременной смерти» как нового показателя для измерения и оценки качества медицинской помощи [1]. Кроме того, учитываются случаи предотвратимой заболеваемости и инвалидности. Медицинское обслуживание определяется в самом широком смысле как профилактика, лечение и уход, включая услуги всех медицинских и смежных медицинских работников, учреждений и лабораторий, ресурсы правительственных, добровольных и социальных учреждений и ответственность самого лица. В статье был предложен список (на основе 8-ой версии системы кодирования Международной классификации болезней (МКБ)), состоящий из 91 «сигнального» состояния, при которых в случае оказания своевременной и эффективной медицинской помощи, смерть не наступит преждевременно. Когда в связи с указанными состояниями возникало заболевание, или если одно из них приводило к инвалидности, преждевременной смерти, этот случай включался в отрицательный индекс измерения качества медицинского обслуживания, свидетельствуя о его низком уровне, а также о необходимости дальнейшего изучения и возможного изменения. В 1977 и в 1980 годах, предложенный в исследовании список преждевременных заболеваний, инвалидности и смерти был пересмотрен с учетом достижений в области медицины, а также изменений в кодах МКБ (9-ая редакция) [2], [3]. Эти списки легли в основу практически всех последующих исследований по предотвратимой смертности.

Впервые концепция предотвратимой смертности была применена на уровне населения для анализа региональных различий в смертности в Англии и Уэльсе в 1974-1978 гг. в работе Чарлтона Дж.Р. и др. [4]. Кроме того, были введены такие термины как «предотвратимые смерти» и «[состояния], поддающиеся медицинскому вмешательству». Для отражения различных аспектов здравоохранения (таких, например, как первичная медицинская и санитарная помощь) на основе списка, представленного в работе Рутштейна, было отобрано 14 групп заболеваний (Таблица

1.1). При этом перечень состояний был сужен только до тех, которые можно предотвратить посредством медицинского вмешательства, исключая те состояния, которые, в основном, зависят от профилактики, например, рак легких. Кроме того, для каждого состояния были установлены возрастные ограничения, в пределах которых каждая причина считалась потенциально предотвратимой, чаще всего это возрастной интервал от 5 до 64 лет. При этом исключались те состояния, при которых в пятилетних возрастных группах в Англии и Уэльсе было менее 200 случаев смерти.

Таблица 1.1 – Предотвратимые причины смерти, Чарлтон и др.

Причина смерти	МКБ-8	МКБ-9	Возраст	Медицинские услуги	Вмешательство
Гипертоническая болезнь ¹	400-404	401-405	5-64	<i>Первичная медицинская помощь, больница</i>	Выявление случаев заболевания, антигипертензивные препараты
Рак шейки матки	180	180	5-64	Первичная медицинская помощь, больница, <i>социально-ориентированное здравоохранение</i> , гистологические исследования	Скрининговое обследование, хирургия, лучевая терапия
Пневмония и бронхит	480-486, 490	480-486, 490	5-49	<i>Первичная медицинская помощь, больницы</i>	Антибиотики, раннее выявление осложнений
Туберкулез (кроме силикотуберкулёза) ²	011-019	010-018	5-64	Программы общественного здравоохранения, <i>первичная медицинская помощь</i> , больница	Иммунизация, отслеживание контактов, антибиотики
Астма	493	493	5-49	<i>Первичная медицинская помощь, больница</i>	Терапия, экстренная медицинская помощь
Хроническая ревматическая болезнь сердца	393-398	393-398	5-44	<i>Первичная медицинская помощь, больница</i>	Выявление случаев заражения стрептококком, антибиотики, профилактика
Острое респираторное заболевание	460-466, 470-474	400-466, 470-474	5-49	<i>Первичная медицинская помощь, больница</i>	Раннее выявление осложнений, антибиотики
Бактериальные инфекции ³	004, 034, 320, 381-383, 390-392, 680-686, 710, 720	004, 037, 320-322, 382-384, 390-392, 680-686, 711, 730	5-64	<i>Первичная медицинская помощь, программы общественного здравоохранения, больница</i>	Раннее выявление осложнений, антибиотики
Болезнь Ходжкина	201	201	5-34	Первичная медицинская помощь, <i>больница, гистологические исследования</i>	Выявление случаев заболевания, химио- и лучевая терапия
Грыжа брюшной полости	550-553	550-553	5-64	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев заболевания, проведение операций до

¹ Впоследствии в сочетании с цереброваскулярной болезнью (МКБ-8,9: 430-438; возраст 35-64);

² Силикотуберкулёз исключен из МКБ-8; не выделены в отдельную категорию в МКБ-9;

³ Несоответствие кодов: МКБ-8 034 = стрептококковая ангина, МКБ-9 037= столбняк; нет объяснений авторов

Продолжение таблицы 1.1

					осложнений
Острый и хронический холецистит	574-575	574-575.1	5-64	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев заболевания, проведение операций до осложнений
Аппендицит	540-543	540-543	5-64	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев заболевания, проведение операций до осложнений
Материнская смертность	630-678	630-676	10-44		
Анемия/железодефицитная анемия	280-281	280-281	5-64	<i>Первичная медицинская помощь, больница, гистологические исследования</i>	Выявление случаев заболевания, лабораторные исследования
Перинатальная смертность	-	-			

Примечание – По Чарлтону [4].

Пойколайнен К. и Эскола Ю. также использовали концепцию «предотвратимой смертности» для оценки эффективности воздействия системы здравоохранения и медицинских услуг на показатели смертности [5]. В исследовании были проанализированы тенденции, наметившиеся в Финляндии в 1969-1981 гг. Перечень состояний, приведенный в данной работе, также основан на списке Рутштейна и включает в себя 22 состояния или группы состояний, в том числе пять причин перинатальной смерти (Таблица 1.2). Подобно работе Чарлтона Дж. Р., в перечень состояний, рассматриваемых как предотвратимые посредством медицинского обслуживания, входят следующие: рак шейки матки, туберкулез, гипертоническая болезнь и астма. При этом исключались некоторые заболевания, например, рак легких, профилактика которых, по мнению авторов, зависела в большей степени от усилий, предпринимаемых вне медицинских учреждений. Верхняя граница возрастных интервалов для большинства состояний составила 65 лет, но для некоторых заболеваний, например, астма и диабет, она была снижена до 50 лет. Отмечая достижения в области здравоохранения последних лет, Пойколайнен и Эскола отдельно проанализировали группу, состоящую из семи «частично предотвратимых» состояний, среди которых ишемическая болезнь сердца, менингит и немеланомный рак кожи. В последующем исследовании, посвященном сравнению 25 развитых стран, перечень состояний, предотвратимых посредством медицинской помощи, был дополнен до 70, перечень частично предотвратимых – до 20, что помогло в значительной мере расширить концепцию «предотвратимой смертности» [6]. Отличительной особенностью списка непродотвратимых состояний, предложенных авторами, является то, что в него вошли цереброваскулярные заболевания, хотя в работе Чарлтона они относятся к предотвратимым, посредством медицинского вмешательства. Также в отличие от других работ, Пойколайнен и Эскола отнесли хроническую ревматическую болезнь сердца к частично предотвратимым заболеваниям, однако авторы не привели причины, объясняющие такое разделение.

Таблица 1.2 - Предотвратимые причины смерти: Пойколайнен К., Эскола Ю. [5]

Причина смерти	МКБ-8 (А-список)	Возраст	1986	1988
Предотвратимы посредством медицинской помощи				
Инфекционные заболевания (1986)	A1-12, 16-17,20, 22-26,34-38, 42, 78, 119, 123	0-64	+	
Инфекционные заболевания (1988)	A1-20, 22-26, 28, 31,33-43, 119, 123	0-64		+
Злокачественное новообразование шейки матки	A55	0-64	+	+
Сахарный диабет	A64	0-49	+	+
Зоб, тиреотоксикоз, авитаминоз и дефицит питательных веществ	A62, 63, 65	0-64	+	+
Эпилепсия	A74	0-64	+	+
Воспалительные заболевания глаз, катаракта, глаукома	A75-78	0-64		+
Активная ревматическая лихорадка	A80	0-64	+	+
Гипертоническая болезнь	A82	0-64	+	+
Венозный тромбоз и эмболия	A87	0-64		+
Острые респираторные инфекции: грипп, пневмония	A89-92	0-49	+	+
Бронхит, эмфизема и астма	A93	0-49	+	+
Гипертрофия миндалин: эмпиема и абсцесс легкого	A94-95	0-49/64		+
Заболевания зубов и тканей, служащих опорой для протеза	A97	0-49		+
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	A98	0-64	+	+
Гастрит и дуоденит	A99	0-64		+
Аппендицит	A100	0-64	+	+
Кишечная непроходимость и грыжа	A101	0-64	+	+
Желчнокаменная болезнь и холецистит	A103	0-64	+	+
Острый нефрит	A105	0-64		+
Болезни мочеполовой системы	A107-110	0-64		+
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	A112-118	0-64	+	+
Заболевания кожи; артрит и спондилит; ревматизм	A120, 121, 122	0-64		+
Волчья пасть и заячья губа	A129	0-64		+
Родовая травма и тяжелые роды	A131	0	+	+
Патологическое состояние плаценты и пуповины	A132	0	+	
Гемолитическая болезнь	A133	0	+	+
Аноксические и гипоксические состояния	A134	0	+	+

Продолжение таблицы 1.2

Другие причины перинатальных осложнений и смертности	A135	0	+	(1)
Частично предотвратимы посредством медицинской помощи				
Менингококковая инфекция	A19	0-64	+	(2)
Другие бактериальные/вирусные заболевания, все другие инфек. и паразитарные болезни	A21, 29, 44	0-64		+
Злокачественное новообразование полости рта и глотки	A45	0-64	+	+
Злокачественное новообразование гортани	A50	0-64	+	
Злокачественное новообразование кожи	A53	0-64	+	+
Доброкачественные и неуточненные новообразования	A61	0-64		+
Другие эндокринные и метаболические заболевания	A66	0-64		+
Другие заболевания крови и кроветворных органов	A68	0-64		+
Менингит	A72	0-64	+	+
Другие болезни нервной системы и органов чувств	A79	0-64		+
Хроническая ревматическая болезнь сердца	A81	0-64	+	+
Ишемическая болезнь сердца; другие болезни сердца	A83-84	0-64	(3)	+
Другие болезни системы кровообращения	A88	0-64		+
Другие болезни дыхательной системы	A96	0-64		+
Другие болезни пищеварительной системы	A104	0-64		+
Другие болезни мочеполовой системы	A111	0-64		+
Другие заболевания опорно-двигательного аппарата	A125	0-64		+
Симптомы и другие слабовыраженные состояния	A137	0-64		+

Примечание

- 1 Частично предотвратимо посредством медицинской помощи
- 2 Поддается медицинской помощи, см. выше
- 3 Только ИБС.

В начале 1980-х годов был создан проект согласованных действий ЕС в области здравоохранения и предотвратимой смертности. Результатом работы стало издание «Атласа предотвратимых смертей» в 1988 году [7], с последующими обновлениями, [8], [9]. В сборниках была принята концепция предотвратимой смертности, представленная в работе «Географические различия в смертности от условий, поддающихся медицинскому вмешательству в Англии и Уэльсе» [4]. В

первом издании и первом томе второго издания было определено 17 групп заболеваний, которые можно эффективно лечить и предотвращать с помощью медицинского вмешательства (Таблица 1.3). Под медицинским вмешательством понимается первичная медико-санитарная помощь, помощь, оказываемая в больнице, и профилактические медицинские услуги (например, скрининг, иммунизация). Также вводились возрастные ограничения (от 5 до 64) для большинства состояний, за исключением кори и респираторных заболеваний (1-14), столбняка (0-64), рака шейки матки и цирроза печени (15-64), коклюша (0-14), остеомиелит (1-64) и состояние матери (без ограничения по возрасту). Описанная в атласах методика и система индикаторов, характеризующих возможность избежать или предотвратить указанные состояния, используется многими европейскими странами в качестве важного инструмента для оценки эффективности деятельности систем здравоохранения.

«Атласы» иллюстрируют географическое распределение различных показателей предотвратимой смертности, таких как: потерянные годы потенциальной и здоровой жизни, стандартизованное отношение смертности. Базовый список болезней, которые могут привести к преждевременной смерти, включает в себя следующие: аппендицит, язву желудка, рак молочной железы, рак шейки и тела матки, цереброваскулярную и гипертоническую болезнь, болезнь Ходжкина, все респираторные болезни, туберкулез и др.

Совершенно иной подход к измерению предотвратимой смертности был предложен группой исследователей из Австралии [10]. Рассматривалось в целом население мира, и для каждой возрастной и гендерной группы определялась страна с наименьшим риском смертности в этой конкретной возрастно-гендерной группе. Этот риск смертности затем рассматривается как неизбежный уровень смертности. Таким образом, был создан профиль неизбежного риска для всех возрастных и гендерных групп в гипотетической «эталонной/контрольной» стране. Произведение численности населения в поло-возрастной группе конкретной страны и риска смерти от эталонного распределения дает число неизбежных смертей в этой стране. Наконец, разница между фактическим числом смертей и числом рассчитанных неизбежных смертей дает число смертей, которых можно было бы избежать в этой стране, если бы она располагала таким же количеством ресурсов и использовала их так же эффективно, как и страна-образец [11].

Таблица 1.3 – Предотвратимые причины смерти: Атлас предотвратимой смертности Европейского сообщества

Причина смерти	МКБ - 9	Возраст	1988/91	1993	1997	Медицинские услуги	Вмешательство
Инфекционные заболевания							
Брюшной тиф	001	5-64	+			<i>Программы общественного здравоохранения, первичная медицинская помощь, больница</i>	Выявление случаев заболевания, иммунизация, лечение осложнений
Коклюш	033	0-14	+				
Столбняк	037	0-64	+				
Корь	055	1-14	+				
Остеомиелит	720	1-64	+				
Кишечная инфекция	001-009	0-14		+		<i>Программы общественного здравоохранения, первичная медицинская помощь, больница</i>	Выявление случаев заболевания, иммунизация, лечение осложнений
Туберкулез	010-018,137	5-64	+		+	<i>Программы общественного здравоохранения, первичная медицинская помощь, больница</i>	Скрининговое обследование, раннее выявление случаев заболевания, иммунизация, отслеживание контактов, антибиотики
Злокачественное новообразование молочной железы	174	25-64		+		<i>Программы общественного здравоохранения, скрининговое обследование в возрасте 50-64 года, первичная медицинская помощь, больница</i>	Выявление случаев заболевания, скрининговое обследование, лучевая терапия, химиотерапия
Злокачественное новообразование кожи	173	35-64		+		<i>Программы общественного здравоохранения, первичная медицинская помощь, больница</i>	Первичная профилактика, выявление случая заболевания, хирургия, лучевая терапия
Злокачественное новообразование шейки матки ⁴	180	35-64	+		+	<i>Социально-ориентированное здравоохранение, первичная медицинская помощь, больница</i>	Скрининговое обследование, цитология, хирургия, лучевая терапия
Злокачественное новообразование шейки матки и тела матки*	179, 180, 182	15-64	+		+	<i>Социально-ориентированное здравоохранение, первичная медицинская помощь, больница</i>	Скрининговое обследование, цитология, хирургия, лучевая терапия

Продолжение таблицы 1.3

⁴совпадение из-за возможных различий в практике кодирования: в некоторых странах рак шейки матки может быть включен в коды 179 и 182

Злокачественное новообразование яичка	186	0-64		+		Программы общественного здравоохранения, первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случая заболевания, хирургия, химиотерапия, лучевая терапия
Болезнь Ходжкина	201	5-64	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i> , гистологические исследования	Выявление случаев заболевания, химиотерапия, лучевая терапия
Лейкемия	204-208	0-44		+		<i>Больница</i>	Химиотерапия, лучевая терапия, пересадка костного мозга
Хроническая ревматическая болезнь сердца	393-398	5-44	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев заболевания стрептококком, антибиотики, профилактика, операция по замене клапана
Ишемическая болезнь сердца	410-414,4 29.2	35-64		+	+	<i>Первичная медицинская помощь</i> , <i>больница</i> , воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение	Первичная профилактика
Гипертоническое и цереброваскулярное заболевание	401-405, 430-438	35-64	+		+	<i>Первичная медицинская помощь</i> , <i>больница</i>	Выявление случаев заболевания, антигипертензивные препараты, лечение осложнений гипертонической болезни
Все респираторные заболевания	460-519	1-14	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Раннее выявление осложнений, антибиотики
Астма	493	5-44	+		+	<i>Первичная медицинская помощь</i> , <i>больница</i>	Экстренная медицинская помощь, ранняя постановка на учет после выявления астматического состояния
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	531-534	25-64		+	+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Противоязвенные препараты, операции при осложнениях
Аппендицит	540-543	5-64	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев, хирургия

Продолжение таблицы 1.3

Грыжа брюшной полости	550-553	5-64	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев, проведение операций до появления осложнений
Желчнокаменная болезнь и холецистит	574-575.1, 576.1	5-64	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Выявление случаев, проведение операций до появления осложнений
Врожденные сердечно-сосудистые аномалии	745-747	1-14		+		<i>Больница</i>	Лекарственные препараты, хирургия
Материнская смертность (все случаи)	630-676	Все возраста	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Дородовая помощь, акушерская помощь

Продолжение таблицы 1.3

Перинатальная смертность	Все случаи и	Меньше 1 недели + мертворождения	+		+	Первичная медицинская помощь, <i>больница</i>	Дородовая помощь, акушерская помощь, педиатрическая помощь новорожденным
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких	162	5-64	+			Воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение	Первичная профилактика
Цирроз печени	571	15-74	+			Воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение	Первичная профилактика, лечение алкоголизма
Дорожно-транспортное происшествие	E810-825	Все возраста	+			Травматологическая больница, экстренная медицинская помощь, воспитание сознательного отношения к здоровью и санитарное просвещение	Первичная профилактика, экстренная медицинская помощь

Примечание - Атлас предотвратимой смертности Европейского сообщества [10].

В исследованиях Регнара Вестерлинга [12], [13], [14] были четко разграничены причины, предотвратимые посредством медицинского вмешательства, а именно вторичной профилактики и лечения (т.н. состояния «поддающиеся лечению») и предотвратимые причины, которые находятся вне прямого контроля служб здравоохранения (т.н. «предотвратимые» состояния) (Таблица 1.4). Указанное различие использовалось также в работе Рутштейна и его коллег, однако Вестерлинг впервые сравнил две группы этих причин и проверил этот подход эмпирически, используя данные о причинах смерти Швеции в 1974-1985 годах, что позволило получить интересные результаты. Например, у мужчин, смертность от поддающихся лечению состояний, по сравнению с общей смертностью, снизилась значительно. То же самое можно сказать и о предотвратимой смертности обоих полов, при исключении рака легкого. Отмечается, что полученные данные по некоторым причинам смерти следует интерпретировать с осторожностью. Например, в случае с пневмонией, могли быть учтены люди с ослабленным иммунитетом (больные раком). Но этого можно избежать благодаря, существующим в Швеции, правилам о сборе дополнительной информации, если в свидетельстве о смерти людей в возрасте до 80 лет в качестве основной причины указывается пневмония. Кроме того, акцентируется внимание на том, что показатели смертности от предотвратимых причин варьируются в зависимости от возрастной группы и от пола. Автор считает, что исследования тенденций в предотвратимой смертности могут выступать в качестве гипотез о влиянии служб здравоохранения на общественное здравоохранение и его эффективности.

Таблица 1.4 - Предотвратимые причины смерти: Вестерлинг Р.

Причина смерти	МКБ-9	1993 ⁵	1996*
Показатели медицинского обслуживания			
Злокачественное новообразование толстой кишки, кроме прямой кишки	153	+	+
Злокачественное новообразование прямой кишки и ректосигмоидного соединения	154	+	+
Злокачественное новообразование шейки матки	180	+	+
Болезнь Ходжкина	201		+
Диабет	250		+
Менингит, бактериальный	320		+
Хроническая ревматическая болезнь сердца	393-398		+

⁵ Возрастной диапазон 1993 года: 0-64 лет; 1996 года: 21-64 лет.

Продолжение таблицы 1.4

Гипертоническая и цереброваскулярная болезнь	401-405, 430-438	(1)	+
Хронический бронхит и эмфизема	491, 492	+	+
Пневмония, кроме вирусной	ICD 8: 481, 486	+	
Астма	493	+	+
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	531, 532	+	+
Аппендицит, грыжа брюшной полости, желчнокаменная болезнь и холецистит	540-543, 550-553, 574-575.1, 576.1		+
Врожденные пороки сердца	МКБ-8: 746	+	
Некоторые случаи перинатальной смертности	МКБ-8: 760-778	+	
Показатели политики в области здравоохранения			
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких	162	+	+
Цирроз печени	571	+	+
Дорожно-транспортные происшествия	E810-E825	+	+
Злокачественные новообразования пищевода	150		+
Другие			
Самоубийство и самоповреждение, включая травмы, нанесенные случайно или умышленно	E950-E959, E980-E989		+
Злокачественное новообразование молочной железы	174		+

Примечание

- 1 Только цереброваскулярное заболевание.
- 2 По Вэстерлингу Р. [33].

В работе Лоренцо Симонато и др. [15] был выбран несколько иной подход. Предотвратимые причины смерти были разделены на три группы (Таблица 1.5). В первую группу вошли причины, поддающиеся первичной профилактике, т.е. органам здравоохранения и социальной политике. К ней отнесли причины, этиология которых частично обусловлена факторами образа жизни, например употребление алкоголя и/или табака, а также профессиональными факторами риска. Данная группа включает в себя случаи смерти от травм и отравлений, влияние на которые частично оказывают различные социальные и правовые меры (безопасность дорожного движения, политика по профилактике и снижению уровня преступности и т.д.). Во вторую группу вошли причины, поддающиеся раннему выявлению и лечению. К ней относятся причины, смерти от которых можно предотвратить путем своевременного выявления заболевания в сочетании с адекватным и эффективным лечением, а именно: рак молочной железы и шейки матки, рак кожи. В третью группу вошли причины, смерти от которых можно избежать путем улучшения лечения и медицинской помощи. К данной группе отнесли инфекционные заболевания,

предотвратить смертность от которых, можно путем иммунизации и лечения антибиотиками. Кроме того, в данную группу вошли причины, требующие медицинского и/или хирургического вмешательства, такие как гипертония и аппендицит. Смерть от таких причин может быть связана с рядом мероприятий: точной диагностикой, транспортировкой в больницу, адекватным и своевременным медицинским и хирургическим лечением.

В исследовании также были выявлены тенденции, как в общей, так и в предотвратимой смертности для европейских мужчин и женщин в возрасте от 5 до 64 лет в пятилетние периоды с 1955-1959 гг. по 1990-1994 гг. Стоит отметить, что межрегиональных различий было выявлено немного. Так, среди женщин Южной Европы в период 1955-1959 гг. наблюдался самый высокий показатель по предотвратимой смертности, а к последнему периоду (1990-1994 гг.) - самый низкий показатель. Женщины стран Северной Европы имели самые высокие показатели в большинстве более поздних из рассмотренных периодов по общей предотвратимой смертности. Среди мужчин наибольшее сокращение общей предотвратимой смертности было отмечено в Северной Европе, причем самые низкие показатели наблюдались в последние три периода времени (1980-1984 - 1990-1994 годы). В течение всего периода исследования снижение смертности от причин, предотвратимых посредством первичной профилактики, было более значительным в Северной и Центральной Европе, чем в Скандинавских странах или в Южной Европе. За весь рассмотренный период наиболее резкое снижение смертности из трёх групп предотвратимой смертности наблюдалось в третьей группе - причинах смерти, которых можно избежать благодаря улучшению лечения и медицинского обслуживания.

Таблица 1.5 - Предотвратимые причины смерти: Симонато Л. и др.

Причина смерти	МКБ-7	МКБ-8	МКБ-9
Группа 1 Причины, смерти от которых можно избежать с помощью первичной профилактики			
Злокачественные образования верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта	140-150, 161	140-150, 161	140-150, 161
Злокачественные новообразования печени	155	155	155.0
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких	162-163	162	162
Злокачественные новообразования мочевого пузыря	181	188	188
Нарушения кровообращения	330-334	430-438	430-438

Продолжение таблицы 1.5

головного мозга			
Хронические заболевания печени и цирроз	581	571	571
Травмы и отравления	800-999	800-999	800-999
Группа 2 Причины, смерти от которых можно избежать путем раннего выявления и лечения			
Злокачественные новообразования кожи (меланомные и немеланомные)	190-191	172-173	172-173
Злокачественные новообразования молочной железы	170	174	174
Злокачественные новообразования шейки матки	171	180	180
Злокачественные новообразования матки	172-174	182	179, 182
Группа 3 Причины, смерти от которых можно избежать путем улучшения лечения и медицинского обслуживания			
Инфекционные и паразитарные заболевания	001-138	001-136	001-139
Злокачественные новообразования яичка	178	186	186
Болезнь Ходжкина	201	201	201
Лейкемия	204	204-207	204-208
Хроническая ревматическая болезнь сердца	410-416	393-398	393-398
Гипертоническая болезнь	440-447	400-404	401-405
Болезни органов дыхания	470-527	460-519	460-519
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	540-541	531-533	531-533
Аппендицит	550-553	540-543	540-543
Грыжа брюшной стенки	560-561, 570	550-553, 560	550-553
Желчнокаменная болезнь или другие расстройства желчного пузыря	584-585	574-575	574-575.1
Материнская смертность	640-689	636-678	630-676

Примечание – По Л. Симонато и др. [15].

Авторы отмечают, что более существенному снижению смертности от предотвратимых причин способствуют такие факторы, как улучшение питания, снижение веса, отказ от курения и ограничение потребления алкоголя. Кроме того, важную роль играет сокращения социального и экономического неравенства между людьми, уменьшение вредного воздействия условий труда и ликвидация дифференцированного доступа к скринингу. Политика по снижению потребления табака относится к числу наиболее эффективных, с точки зрения затрат, мер по улучшению здоровья населения и должна рассматриваться как отвечающая национальным интересам отдельных стран. Авторы считают необходимым продолжать усилия по выявлению производственных и природных канцерогенов, регулированию воздействия и выбросов этих веществ в окружающую среду [15].

Также следует обеспечить всеобщий доступ женщин к программам скрининга по выявлению рака молочной железы и шейки матки. В Таблице 1.6 представлены группы предотвратимых причины смерти по МКБ 10.

Таблица 1.6 - Предотвратимые причины смерти: Симонато Л. и др.

Причины и классы причин	Код по МКБ-10
1 группа	
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00-C14
Злокачественные новообразования пищевода	C15
Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков	C22
Злокачественное новообразование гортани	C32
Злокачественное новообразование трахеи, бронхов, легких	C33, C34
Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки	C30, C31C37-C39
Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
Злокачественные новообразования других и неуточненных мочевых органов	C65, C66, C68
Субарахноидальное кровоизлияние	I60
Внутричерепные и другие внутричерепные кровоизлияния	I61-I62
Инфаркт мозга	I63
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	I64
Другие цереброваскулярные болезни	I67-I69
Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз)	K70
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	K74
Другие болезни печени	K71-K73, K75-K76
КЛАСС XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	S00-S09, T00-T98
2 группа	
Злокачественная меланома кожи	C43
Другие злокачественные новообразования кожи	C44
Злокачественные новообразования грудной железы	C50
Злокачественные новообразования шейки матки	C53
Злокачественные новообразования других и неуточненных частей матки	C54, C55
3 группа	
Злокачественные новообразования предстательной железы	C61
Злокачественные новообразования других мужских половых органов	C60, C62, C63
Болезнь Ходжкина	C81
Неходжкинская лимфома	C82-C85
Лейкемия	C91-C95
Хронические ревматические болезни сердца	I05-I09
Гипертоническая	I11- I13, I10, I15
Язва желудка	K25
Язва двенадцатиперстной кишки	K26
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	K35-K38
Грыжи	K40-K46
Желчно-каменная болезнь (холелитиаз)	K80

Продолжение таблицы 1.6

Холецистит	K81
КЛАСС I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-A99, B00-B99
КЛАСС X. Болезни органов дыхания	J00-J99
КЛАСС XV. Осложнения беременности, родов и послеродового периода	O00-O99

Мартин Тобиас и Гари Джексон усовершенствовали этот подход, не классифицируя каждое условие как полностью «предотвратимое» посредством первичной, вторичной или третичной профилактики, а путем разделения причин между этими тремя категориями, используя метод «экспертного консенсуса» [16]. Предотвратимые причины были разделены на три подкатегории, представляющие различные уровни вмешательства в рамках системы здравоохранения (Таблица 1.7). Таким образом, каждому состоянию, которое считается «предотвратимым», присваивались относительные веса, отражающие масштаб его потенциальной предотвратимости в каждой категории. Например, относительные пропорции предотвратимости по мерам первичной, вторичной или третичной профилактики, определенным для гипертонической болезни, были определены как 0,3, 0,65 и 0,05, соответственно. Таким образом, согласно этому определению, гипертония считается в значительной степени, поддающейся вторичным профилактическим мерам. В результате анализа литературы, учитывая достигнутый прогресс в области здравоохранения с начала 1980-х годов, Тобиас и Джексон значительно расширили число состояний, смерти от которых потенциально можно «избежать». Их окончательный список включает 56 состояний или групп состояний, 24 из которых считались в основном «предотвратимыми» посредством первичной профилактики (предотвращение развития состояния). 16, главным образом, при вторичной профилактике (раннее выявление и вмешательство, предназначенные для задержки прогрессирования заболевания или рецидива) и 16 с помощью третичной профилактики (снижение летальности с помощью медицинского или хирургического вмешательства). Они также повысили верхнюю границу возрастного интервала с 65 до 75 лет, чтобы отразить рост ожидаемой продолжительности жизни (75 лет - ожидаемая продолжительность жизни в Новой Зеландии при рождении в начале 2000-х годов), а также улучшение кодирования причин смерти для пожилых людей.

Однако, в отличие от «традиционной» концепции предотвратимой смертности, более широкая концепция, используемая М. Тобиасом и Г. Джексон, была предназначена, главным образом, для измерения теоретического масштаба возможного улучшения здоровья населения [16]. Таким образом, полезность этого

показателя в качестве измерителя качества современного здравоохранения несколько ограничена.

В результате исследования Тобиаса и Джексона было выявлено, что гендерные различия в смертности в Новой Зеландии в значительной степени были обусловлены заболеваниями и травмами, поддающимися первичной профилактике, причем наибольший вклад внесла ишемическая болезнь сердца [16]. Начиная с 1981 года, тенденция к снижению предотвратимой смертности среди мужчин была более резкой, чем среди женщин, что позволило сократить значительные различия между полами. Это отражает изменения, которые произошли в показателях смертности от ИБС. Этнический разрыв в предотвратимой смертности также был значительным: в 1996-1997 годах показатели смертности среди маори и жителей тихоокеанских островов были в 2,5 раза выше европейских. По мнению авторов, наибольшие возможности для сокращения этнического разрыва имеются в области первичной профилактики – сокращения различий в социально-экономическом положении и образе жизни (курение, питание, физическая активность).

Таблица 1.7 - Предотвратимые причины смерти: Тобиас М., Джексон Г.

Рассматриваемые состояния	МКБ-9	Первично предотвратимые	Вторично предотвратимые	Третично предотвратимые
Диарейные заболевания	001-999	0,7 ⁶	0.1	0.2
Туберкулёз	010-018, 137	0.6	0.35	0.05
Дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, гемофильная инфекция, корь, краснуха	032-033, 037, 045, 320.0, 055-056, 320.0, 771.0, 771.3	0.9	0.05	0.05
ВИЧ/СПИД	42	0.9	0.05	0.05
Гепатит А, В, С, D, E; первичный рак печени	070, 155	0.7	0.1	0.2
Сифилис, гонорея и другие ЗППП, внематочная беременность	090-099, 614.0-614.5, 614.7-616.9, 633	0.8	0.1	0.1
Другие инфекционные заболевания: бруцеллёз и другие зоонозы, стрептококк, малярия, менингит, врождённые	023-031, 034-6, 084, 771.1-2, 771.4-9, 320, 320.1-9, 770.0,	0,3	0.4	0.3
Рак губы, меланома, другой рак кожи	140, 172, 173	0.6	0.1	0.3

⁶ Доля в каждой категории.

Продолжение таблицы 1.7

Рак желудка	151	0.4	0.2	0.4
Колоректальный рак	153-154	0.4	0.5	0.1
Злокачественные новообразования полости рта, глотки, гортани	141, 143-6, 148-9, 161	0.8	0.1	0.1
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких	162	0.95	-	0.05
Рак груди	174	0.15	0.35	0.5
Рак шейки матки	180	0.3	0.5	0.2
Рак матки	179, 182	0.1	0.4	0.5
Рак яичка	186	-	0.3	0.7
Рак глаз	190	-	-	1
Рак щитовидной железы	193	0.1	0.2	0.7
Болезнь Ходжкина	201	-	0.1	0.9
Лимфоидный лейкоз	204	0.05	0.05	0.9
Доброкачественные опухоли	210-234	-	-	1
Воспаление щитовидной железы, тиреотоксикоз, гипотиреоз	240-242, 244	0.1	0.7	0.2
Врожденный гипотиреоз, САН-врожденная гиперплазия надпочечников, фенилкетонурия, галатоземия	243, 255.2, 270.1, 271.1	-	0.8	0.2
Диабет	250	0.3	0.5	0.1
Дефицит питания, включая анемию	260-9, 280, 281	1	-	-
Психоз, алкоголизм, повреждения сердца, желудка или печени вследствие употребления алкоголя	291, 303, 305.0, 425.5, 535.3, 571.0-5	0.9	-	0.1
Эпилепсия	345	-	0.9	0.1
Средний отит и мастоидит	381-383	0.1	0.7	0.2
Острая ревматическая лихорадка, заболевания сердечно-сосудистой системы	390-398	0.3	0.6	0.1
Гипертоническая болезнь	401-405, 437.2	0.3	0.65	0.05
Ишемическая болезнь сердца	410-414	0.5	0.25	0.25
Внутричерепное кровоизлияние или окклюзия	431, 433, 434, 436	0.3	0.5	0.2
Респираторные инфекции, включая пневмонию и грипп	460-466, 480-487	0.4	0.5	0.1
Хронический бронхит и эмфизема	490-492, 496	0.8	0.1	0.1
Астма	493	0.1	0.7	0.2

Продолжение таблицы 1.7

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	531-534	0.05	0.75	0.2
Аппендицит	540-543	-	-	1
Непроходимость кишечника и грыжа	550-553, 560	-	-	1
Болезнь желчного пузыря	574-576.9	0.2	-	0.8
Острая почечная недостаточность	584	0.1	0.2	0.7
Осложнения беременности	630-632, 634-676	0.2	0.5	0.3
Кожные, костные и суставные инфекции	680-686, 711, 730	0.2	0.5	0.3
Врожденные аномалии головного и спинного мозга	740-742	0.6	0.2	0.2
Врожденные пороки сердца, пищеварительной или мочеполовой систем, костно-мышечные аномалии	743-746.6, 746.8-747.9, 749-757	0.1	0.2	0.7
Недоношенность, низкая масса тела при рождении, респираторные заболевания от недоношенности	764-765, 769, 770.7	0.5	0.1	0.4
Родовая травма и асфиксия	767-768, 770.1, 772.0, 772.3	0.1	0.4	0.5
Другие перинатальные состояния: респираторные заболевания, гемолитическое заболевание, желтуха и др.	766, 769, 770.2-6, 770.8-9, 772.1-2, 772.4-9, 773-779	0.3	0.2	0.5
Внезапная детская смертность	798.0	1	-	-
Дорожно-транспортный травматизм	E810-829	0.6	-	0.4
Отравление	E850-869	0.6	-	0.4
Падения в искусственные водоемы и утопления	E883.0, E910.5, E910.6	0.8	-	0.2
Падения с игрового оборудования, спортивные травмы	E884.0, E884.5, E886.0, EE917.0, E927	0.6	-	0.4
Ожоги и ошпаривания	E890-899	0.8	-	0.2
Утопление	E910-910.4, E910.7-910.9, E984	0.8	-	0.2
Самоубийство	E950-959, E980-989	0.6	0.3	0.1
Осложнения при лечении	E870-879	-	0.2	0.8

Примечание – По Тобиасу М., Джексону Г. [16].

В работе Нольте Э. и МакКи М. был проведен анализ эмпирических исследований по предотвратимой смертности [17]. В обзор вошло более 70 исследований, что позволило авторам обобщить имеющиеся по этой теме выводы до 2004 года. Все рассмотренные исследования условно можно разделить на три группы: в первую вошли работы, посвященные странам с высоким уровнем дохода,

при этом некоторые из них касались ситуации в бывших социалистических странах. Во вторую группу вошли исследования, посвященные географическим различиям в предотвратимой смертности. Значимая связь была выявлена между социально-экономическими условиями в регионе (к ним относятся образование, уровень безработицы и доходов и т.д.) и уровнем предотвратимой смертности, слабая связь между предотвратимой смертностью и качеством медицинских услуг. В третью группу вошли исследования, посвященные социально-демографическим изменениям. Они показывают, что социально незащищенные и уязвимые группы подвержены более высокому риску смерти от условий, которых можно избежать. Исследования, посвященные анализу временных тенденций, вошли в четвертую группу. В основном, они свидетельствуют о последовательном снижении предотвратимой смертности с течением времени, которое выражено более отчетливо, чем снижение общей смертности. Было выявлено, что показатели предотвратимой смертности снижались гораздо быстрее в последнее десятилетие 20-го века и в начале 2000-х годов. В частности, благодаря началу более широкого использования внутрисердечных катетерных устройств – важного диагностического инструмента для ИБС, произошло значительное снижение предотвратимой смертности от ИБС [18].

Несколько исследований показали, что во Франции самые низкие показатели предотвратимой смертности, в то время как Великобритания и США относятся к числу стран с самыми высокими показателями, хотя за последние годы им удалось значительно снизить этот показатель. Страны, которые присоединились к ЕС в 2004 году, продемонстрировали значительные улучшения в отношении смертности от излечимых заболеваний с 2004 года, и это несмотря на значительное ухудшение показателей здоровья населения в начале переходного периода [19].

Поскольку предотвратимая смертность представляет собой смертельные случаи, которые не должны происходить при оказании своевременной и эффективной медицинской помощи, различия в её качестве или дифференцированный доступ к ней для разных групп населения можно рассматривать как социально-демографическое и/или экономическое неравенство. Исследования в этой области в основном касаются стран с историческим этническим неравенством, а также стран, в которых наблюдается значительный рост численности мигрантов. Более ранние исследования изменения в уровне смертности

по расовым признакам в Соединенных Штатах показали устойчивую значительную разницу между белым и небелым населением. Как резюмировали Нольте Э. и МакКи М., в 1980-х годах предотвратимые/амenable показатели смертности от отдельных причин были в три – девять раз выше для афроамериканцев, чем для белых американцев (в 2,6 раза выше для рака шейки матки и в 8,9 раза выше для туберкулеза) [17].

В исследовании Стирбу И. подтверждается несколько более высокий риск общей предотвратимой смертности среди мигрантов в Нидерландах (относительный риск 1,3) с относительным риском более 3 для всех инфекционных заболеваний и более 1,7 для ряда хронических состояний, включая астму, диабет и нарушения мозгового кровообращения [20]. Большая часть этнических различий объясняется демографическими и социально-экономическими характеристиками мигрантов по отношению к коренным голландцам.

Отмечается, что большинство исследований, посвященных проблеме предотвратимой смертности, основано на данных, полученных из национальных реестров смертности [19]. И только в некоторых используются регулярно собираемые административные данные о медицинском обслуживании (например, данные о выписках, полученные в больницах). Одним из важных критических замечаний касаясь исследований является то, что ни в одном из них концепция предотвратимой смертности не использовалась в качестве показателя для оценки медицинской помощи и результативности системы здравоохранения, как это было предложено в исследовании Рутштейна и др.

Во многих исследованиях отмечалось, что причины смерти, относимые к предотвратимым, в разных странах отличаются. По мнению Макенбаха Дж. и его коллег причиной этому является различия во взглядах на предотвратимость смерти от конкретных условий, а также вариации частот смерти от той или иной причины [21]. В связи с чем некоторые авторы включают причины смерти, которые являются наиболее значимой проблемой для определенного региона, например, сахарный диабет и менингит для Новой Зеландии. В то время для других регионов отдельные причины могут быть исключены ввиду их низкой распространенности, например астма и гипертония в Гренландии

Согласно экспертному докладу Всемирного банка, вышедшему в 2005 году, такие факторы как высокое содержание холестерина в крови, высокое артериальное

давление, курение обуславливают более 75% смертей в России. Отечественными учеными такой вывод был поставлен под сомнение, поскольку многочисленные исследования говорят о крайне высокой доле смертей от внешних, в частности, от насильственных причин, особенно среди мужчин. Такая характеристика выделяет Россию, как среди развитых стран, так и среди стран со схожим уровнем экономического развития.

2 Обзор отечественных исследований по проблеме предотвратимой смертности

В настоящее время в России существуют значительные резервы сокращения потерь в области здоровья и смертности. Оценки этих резервов дают различные результаты, поскольку их авторы придерживаются разных критериев и методик оценки. Отмечается, что, в частности, для применения европейского подхода в формировании групп управляемых причин смертности, а также возрастных границ для предотвратимых причин в российских реалиях необходима корректировка. На сегодняшний день большинство европейских исследований основано на классификации предотвратимости, состоящей из трех уровней профилактики [22]. Первичная профилактика направлена на уменьшение подверженности населения факторам риска, обусловленными поведенческими и профессиональными особенностями. Кроме того, она способствует снижению частоты травм и опасных состояний и летальных исходов. По оценке ВОЗ с помощью первичной профилактики можно предотвратить следующие причины смерти: сердечно-сосудистые заболевания; злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки, злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков; травмы, отравления и некоторые другие внешние причины; инфаркт мозга; хронические болезни печени, верхних дыхательных путей, легких и пищеварительного тракта. Диагностика заболеваний, выявление на ранних стадиях различных опасных состояний и скрининг и другие составляющие относятся к вторичной профилактике. Смертность от таких причин как: меланома, злокачественные новообразования кожи; рак шейки и неуточненных частей матки и рак молочной железы можно предотвратить благодаря вторичной профилактике. Третий уровень профилактики заключается в обеспечении адекватного и качественного лечения. К причинам смерти, которые можно предотвратить с помощью третичной профилактики по оценкам ВОЗ относятся злокачественные новообразования мужских половых органов; лейкемия; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; грыжи; осложнения беременности, родов и послеродового периода; болезни органов дыхания; некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Михайлова Ю.В. отмечает, что для снижения показателей предотвратимой смертности от большинства внешних причин, необходимы не затраты системы здравоохранения, а значительные усилия всего общества, такие как снижение криминогенной обстановки, уменьшение социально-экономической дифференциации и в целом и т.д. [23]. Что же касается системы здравоохранения, то здесь выделяется два уровня: 1) уровень ответственности системы здравоохранения; 2) уровень межсекторального взаимодействия.

Предлагается классификация причин смерти в зависимости от необходимости участия различных структур в их предотвращении [23] (Таблица 2.1). По мнению автора, такая классификация, в отличие от европейской, больше соответствует российским реалиям. В отличие от зарубежных исследователей, в России каждая причина предотвратимой смертности считается лишь частично предотвратимой. При этом отмечается, что критерии предотвратимости конкретной причины должны быть соизмеримы с возможностями регионального здравоохранения и пересматриваться по мере развития медицины, появлении новых технологий лечения и изменении социально-экономического положения населения. По мнению региональных экспертов, степень предотвратимости разных причин смерти различается, что объясняется существующими особенностями социально-экономического развития регионов, криминогенной обстановкой, эффективностью, и качеством работы региональных систем здравоохранения.

Первые места среди всех предотвратимых причин смерти занимают, главным образом, причины экзогенного характера, обусловленные рискованными поведенческими факторами и условиями жизни. Это заболевания, вызванные злоупотреблением алкоголя, отравлением, травмами и др.

Отечественные эксперты расходятся во мнении с европейскими коллегами в вопросах предотвратимости смертей от злокачественных новообразований молочной железы у женщин и злокачественных новообразований мочеполовой сферы у мужчин и женщин. Европейские эксперты считают, что эти заболевания могут быть полностью предотвратимы благодаря раннему выявлению и своевременному началу лечения. Однако большинство российских экспертов считает, что в настоящих условиях предупреждение смертности от этих причин за счет раннего выявления не решаема, а посредством улучшения качества диагностики и лечения можно предотвратить не более 50% смертей [24].

В группу «А» вошли те причины смерти, профилактика которых может быть реализована только силами системы здравоохранения, к ним относятся: злокачественные новообразования молочной железы, шейки матки, мужских половых органов, кожи; хронические ревматические болезни сердца; грыжи; язва желудка, двенадцатиперстной кишки, холецистит и др. Такое объединение причин смерти объясняется, прежде всего, тем, что прогноз таких заболеваний зависит от доступности медицинской помощи и медицинских препаратов, в целом, квалификации врачей, а также усилий и способности больного по контролю своего заболевания. При этом вышеперечисленные факторы видятся более значимыми, чем предупреждение возникновения этих заболеваний.

Группа «Б» включает в себя причины, профилактика которых возможна при участии учреждений здравоохранения с привлечением других ведомств и общественных организаций. К ним относятся: злокачественные образования трахеи, бронхов и легкого; инфаркт мозга; гипертоническая болезнь; болезни органов дыхания; осложнения беременности, родов и послеродового периода. В профилактике причин смерти данной группы важное место занимает активная позиция населения страны, не только в плане наблюдения за собственным здоровьем, но и здоровьем окружающих. В связи с чем необходимо знать и уметь определять признаки и симптомы различных состояний, угрожающих жизни, а также иметь навыки оказания первой помощи. Также подчеркивается важность создания условий труда, отвечающих всем требованиям безопасности, обеспечить благоприятную для жизнедеятельности экологическую обстановку и массовый доступ к спортивно-оздоровительным учреждениям.

Группу «С» образуют причины смерти, реализация профилактических мер которых возможна при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья. В эту группу вошли следующие причины: внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния; алкогольная болезнь печени; инфекционные и паразитарные болезни; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов и др. Для предупреждения смертности от причин, входящих в эту группу, необходима разработка политики в области общественного здоровья (продуманная алкогольная политика; поощрение здорового образа жизни и повышение ценности здоровья; усиление ответственности зараженных за осознанное

причинение вреда здоровью окружающих и т.д.), а также политических мер по борьбе с бедностью.

Таблица 2.1 - Соответствие групп предотвратимых причин смерти, объединенных по субъектам управления предотвратимыми причинами смерти (группы «А», «В», «С»), группам, объединенным по уровню профилактики (группы 1, 2, 3) и список мероприятий по предотвращению смертности населения

(По Михайловой Ю.В., Сабгайда Т.П., Антонюк В.В и Евдокушкиной Г.Н.)

Причина смерти	Номер группы по европейской классификации	Мероприятия
<u>Группа «А»</u> Возможность реализации профилактических мероприятий только силами системы здравоохранения		
Злокачественные новообразования молочной железы	2	✓ Повышение квалификации медицинских работников первичного звена, обеспечение необходимого качества оказания медицинской помощи, соблюдение протоколов ведения больных; ✓ Диспансерное наблюдение групп риска по хроническим заболеваниям (злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, сахарный диабет и т.п.); ✓ Улучшение организации работы скорой и неотложной помощи населению; ✓ Обучение населения знаниям о признаках и симптомах заболеваний, требующих немедленного обращения за медицинской помощью; ✓ Обучение пациентов навыкам безопасного поведения при хроническом заболевании; ✓ Организация медико-психологической адаптации хронических больных к изменению ситуации в состоянии здоровья
Злокачественные новообразования шейки матки	2	
Злокачественные новообразования мужских половых органов	3	
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	1	
Злокачественные новообразования кожи	2	
Хронические ревматические болезни сердца	3	
Язва желудка	3	
Язва двенадцатиперстной кишки	3	
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	3	
Холецистит	3	

Продолжение таблицы 2.1

<u>Группа «В»</u> Возможность реализации профилактических мероприятий учреждениями здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья		
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого	1	✓ Обеспечение преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями в ведении больных с хроническими заболеваниями и травмами; ✓ Диспансеризация групп риска заболевания социальными и профессиональными заболеваниями; ✓ Улучшение оснащенности медицинских учреждений; ✓ Развитие возможности для реабилитации больных и инвалидов; ✓ Развитие геронтологической службы; ✓ Иммунизация разных групп населения; ✓ Обучение всех групп населения навыкам здорового образа жизни и безопасного поведения; ✓ Борьба за создание здоровых условий труда и быта населения, организация условий для активного отдыха; ✓ Борьба с переносчиками инфекционных и паразитарных болезней; ✓ Повышение эффективности контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований и норм в части охраны атмосферного воздуха, питьевой воды, условий труда, быта и отдыха; ✓ Организация допуска к профессиональной деятельности, связанной с повышенной опасностью для работника и окружающих; ✓ Организация профилактического лечения и целевого оздоровления
Инфаркт мозга	1	
Гипертоническая болезнь	3	
КЛАСС X. Болезни органов дыхания	3	
КЛАСС XV. Осложнения беременности, родов и послеродового периода	3	
<u>Группа «С»</u> Возможность реализации профилактических мероприятий учреждениями здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья		
Субарахноидальное кровоизлияние	1	✓ Профилактика алкоголизма, наркомании; ✓ Борьба с курением, гиподинамией, несбалансированным питанием населения; ✓ Создание условий и расширение возможностей населения по формированию и ведению
Внутричерепные кровоизлияния или инфаркт	1	

Продолжение таблицы 2.1

Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	1	здорового образа жизни; ✓ Обеспечение санитарной безопасности воды, пищевых продуктов, среды обитания; ✓ Обеспечение равного доступа разных групп населения к медицинской помощи; ✓ Увеличение социальной помощи уязвимым группам населения; ✓ Организация выявления и лечения больных социально опасными заболеваниями
Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)	1	
КЛАСС I. Инфекционные и паразитарные болезни	3	
КЛАСС XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	1	

За период с 1989 по 2005 годы наибольшая флуктуация заметна в смертности от причин группы «С». Смертность мужчин от причин этой группы в 6,5 раз выше, чем от причин группы «В», и в 12 раз выше, чем от причин группы «А». Это объясняется отсутствием сбалансированной государственной политики в области общественного здоровья.

Все региональные программы, направленные на снижение смертности населения, традиционно нацелены на снижение общих показателей смертности от причин смерти, вносящих основной вклад в общую структуру смертности. Однако реальная возможность предотвратимости смертей от этих причин не учитывается. В связи с этим, необходимо ввести методологию предотвратимой смертности в регионах страны, а также применять единые методы оценки показателей предотвратимой смертности, что позволит проводить межрегиональное сравнение результатов программ в России.

После проведения исследований, касающихся темы предотвратимой смертности, в России в 2001 году был составлен список предотвратимых причин смерти в зависимости от пола и возраста, учитывающий отечественную специфику [24]. Для большинства причин смерти возрастной интервал составил от 5 до 64 лет, однако для некоторых причин он был снижен до 0-64 года (пневмония) или повышен до 35-64 лет (злокачественные новообразования молочной железы, шейки матки и сахарный диабет (Таблица 2.2).

Таблица 2.2 - Минимальный список предотвратимых причин смерти в России в конце 1990-х гг. по Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н.

Причина смерти	Тип населения	Возраст
Туберкулез органов дыхания	Оба пола	5-64
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого	Оба пола	5-64
Злокачественные новообразования молочной железы	Женщины	15-64
Злокачественные новообразования шейки матки	Женщины	15-64
Острый инфаркт миокарда	Все население	35-64
Пневмония	Все население	0-64
Язва желудка	Все население	5-64
Язва 12-перстной кишки	Все население	5-64
Сахарный диабет	Все население	35-64
Дорожно-транспортные происшествия	Все население	Все возраста
Самоубийства	Все население	Все возраста
Убийства	Все население	Все возраста
Случайные отравления алкоголем	Все население	Все возраста

Несмотря на то, что причины, указанные в этом списке, входят в аналогичные перечни в других странах, особенностью российского списка было то, что среди основных причин выделили следующие: самоубийства, убийства и случайные отравления алкоголем.

Исследователи отмечают, что по сравнению с началом 1990-х годов, к середине 2000-х годов наблюдалось значительное увеличение смертности лиц трудоспособного возраста во всех классах причин смерти (кроме новообразований), при этом наибольшая доля приходилась на отравления, инфекции и травмы. В наблюдаемой ситуации сверхсмертности в молодых возрастах невозможно использовать европейский подход к определению возрастных интервалов для оценки предотвратимой смертности (70 лет).

Для оценки предотвратимости смертности от отдельных причин используется метод экспертных оценок отдельно для каждого субъекта РФ. Но такие исследования были проведены не во всех регионах, в масштабах всей страны используют общие показатели смертности населения в возрасте от 5 до 64 лет от причин, отнесенных к предотвратимым. Анализ мер профилактики основных причин смертности населения России показал, что для реализации конкретных мер по улучшению первичной профилактики необходимо участие различных

государственных структур и ведомств. Кроме того, зачастую нужно внести изменения в государственную политику в области охраны здоровья населения. Помощь государственных ведомств нужна также и для улучшения качества вторичной и третичной профилактики. (Таблица 2.1)

Основанная на методах управления, классификация причин предотвратимой смертности может служить в качестве основы для разработки плана снижения смертности от предотвратимых причин в регионах РФ. Для проведения сравнительного анализа предотвратимой смертности между регионами, предотвратимые потери оценивались как разница между смертностью населения всего федерального округа и наименьшей смертностью в округе по каждой причине в отдельности. После была рассчитана доля этой причины в общей смертности мужчин и женщин в возрасте 5-64 года. Авторами были выявлены значительные территориальные различия в уровнях предотвратимой смертности населения ФО России, что отражает существующие региональные социально-экономические особенности [24].

В целом по стране, вклад причин, относящихся к группе «А» (зависящих от эффективности деятельности систем здравоохранения), в общее число смертей невелик. Так, в европейской части страны предотвратимые потери женского населения Центрального и Северо-западного округов были наиболее значительными, что могло свидетельствовать о проблемах с доступностью медицинских услуг и уровнем их качества в указанных регионах.

Неоднозначная ситуация видится для причин группы «В», которые зависят как от эффективности деятельности системы здравоохранения, так и от социально-экономических факторов. Был выявлен минимальный вклад предотвратимых потерь в общую смертность населения обозначенного возрастного интервала в Южном округе, что является довольно спорным показателем. Дифференциация потерь мужского населения, в отличие от женского, не сильно выражена территориально. Но при этом доля предотвратимых смертей среди мужчин выше, чем среди женщин (исключение составляет Дальневосточный округ). Исследователи связывают это с большей зависимостью смертности женщин от социально-экономической поддержки охраны здоровья.

Для причин группы «С», зависящих от эффективности деятельности системы здравоохранения, от социально-экономических факторов и от государственной

политики по охране здоровья населения, территориальные различия в смертности мужчин и женщин не выражены. Самый значительный вклад предотвратимых потерь от причин группы «С» в смертность населения отмечается для жителей Сибирского и Дальневосточного округов, поскольку к негативному воздействию поведенческих факторов риска добавляется влияние неблагоприятных природно-климатических условий. Что же касается гендерных различий, то доля предотвратимых смертей среди мужчин также несколько выше, чем среди женщин.

По вкладу предотвратимых смертей в общее число смертей населения прослеживается специфика Южного и Приволжского округов. Она выражается в меньшем влиянии факторов рискованного поведения (в т.ч. наличие вредных привычек у населения) на смертность мужчин и женщин Южного округа, и значительном влиянии этих факторов на смертность населения Приволжского округа.

На основании полученных результатов авторы делают вывод о том, что наблюдаемые избыточные потери населения Приволжского и Сибирского округов связаны, во многом, с неадекватным политическим управлением или отсутствием эффективной политики по охране здоровья. Кроме того, замеченная значительная территориальная изменчивость вклада предотвратимых смертей женского населения в общую смертность подтверждает целесообразность использования именно предотвратимую смертность женщин в качестве индикатора деятельности системы здравоохранения [24].

Улучшение качества медицинского обслуживания без изменения государственной политики в отношении общественного здоровья не сможет значительно повлиять на снижение уровня смертности населения от определенной группы причин. Поддержка социальной защищенности населения и экономического благосостояния при условии повышения качества оказания медицинской помощи может привести к сокращению смертности от причин типа «В», которые стали причиной 24% потерянных лет потенциальной жизни трудоспособного населения в 2005 г. Только из-за недостаточного качества оказания медицинской помощи и имеющихся недоработок в системе здравоохранения произошло 10% потерь потенциальной жизни трудоспособного населения [25].

Отмечается, что во время кризисов в социально-экономической сфере, в смертности женщин наблюдались более негативные тенденции (большая часть

которых приходилась на предотвратимые причины), чем в мужской смертности. На данный факт, по указанию российских исследователей, к сожалению, не обращается должного внимания при выработке государственной политики в области здравоохранения [25]. Это объясняется тем, что основной проблемой видится в настоящее время сверхсмертность мужского населения.

Для того, чтобы разработать политику по снижению предотвратимой смертности на региональном уровне, необходимо провести качественную оценку региона и выявить тренды предотвратимой смертности. В качестве критериев такой оценки предлагаются следующие: направленность смертности (её рост или снижение за рассматриваемый период); темпы изменения смертности, как от предотвратимых, так и от не предотвратимых причин. Здесь важно выделить этапы предотвратимости. Первый этап характеризуется ростом смертности от всех причин; второй – начало сокращения смертности от предотвратимых причин, при этом данный процесс происходит быстрее, чем сокращение смертности от не предотвратимых причин; на третьем этапе происходит снижение смертности от всех причин. Сабгайда Т.П. и Михайлов А.Ю. отмечают, что в большинстве регионов РФ с начала 2000-х годов начинается второй этап предотвратимости [25].

Существует и противоположная точка зрения: Сабгайда Т.П. отмечает, что определяющим фактором уровня предотвратимой смертности в регионе не является уровень его экономического развития, поскольку уровень смертности это, прежде всего, индикатор эффективности качества деятельности органов здравоохранения [26]. Наряду с этим, немаловажную роль играют жизненный уклад и тип хозяйствования некоторых народностей РФ.

Оценить территориальную вариацию смертности от предотвратимых причин довольно сложно, поскольку в регионах зачастую отличается качество кодирования причин смерти и имеющихся данных по смертности. Поэтому для сопоставления используются нормированные показатели, такие как доля смертности населения определенного возрастного интервала от предотвратимых причин в общей смертности населения в этих возрастах.

В результате анализа региональных особенностей предотвратимой смертности удалось выявить следующее. В большинстве регионов общий тренд мужской смертности от предотвратимых причин является убывающим. В результате улучшения социально-экономических условий наблюдалось снижение доли

предотвратимой смертности. Отмечается, что в зависимости от того, были ли предприняты дополнительные усилия в области общественного здравоохранения, могла увеличиться скорость снижения предотвратимой смертности. Явно указать на такого рода изменения могут сильные расхождения наблюдаемого и прогнозируемого уровней смертности.

Так, в ряде регионов (Адыгея, Дагестан, Мурманская, Костромская, Смоленская области и т.д.) ожидалось снижение предотвратимой смертности мужского населения от причин, зависящих от качества медицинской помощи, однако произошло увеличение смертности от причин I класса. В Мурманской, Костромской и Смоленской областях наблюдалось снижение смертности от предотвратимых причин II и III классов. Сабгайда Т.П. считает, что такой результат свидетельствует о наличии слабых мест в области здравоохранения указанных регионов, например, «...о недостаточном оснащении медицинских учреждений кадрами, оборудованием и медикаментами, но и о недостатках в работе по повышению квалификации медицинских работников и внедрению новых медицинских технологий» [26]. Отмечается, что активные усилия правительства Калининградской области в отношении улучшения системы здравоохранения дали свои результаты – заметно снизилась смертность от предотвратимых причин. Результаты подобных исследований могут стать основой для рекомендаций по формированию региональной политики по снижению смертности от предотвратимых причин. Кроме того, они могут помочь оценить эффективность предпринятых мер.

Предлагается использование показателей состояния здоровья населения, включающим такие области как: образ жизни населения и деятельность институтов, имеющих отношение к укреплению здоровья, воздействие условий жизни и др. [27]. Поскольку снижение предотвратимых потерь здоровья рассматривается в качестве сферы ответственности органов местного самоуправления, данный показатель может выступать в качестве оценки эффективности их деятельности.

По мнению экспертов, профилактика факторов риска, обусловленных поведением человека, может предупредить 30-70% случаев заболеваний и травм [27]. Для предотвращения смертности наиболее значимую роль, по мнению экспертов, играют своевременность и качество оказания медицинской помощи, которые обуславливают 45-55% вероятных летальных случаев. Отмечается, что по

сравнению с европейским подходом, суммарный вклад поведенческих и социально-экономических факторов в предотвратимости заболеваемости, инвалидности и смертности в российском подходе оказывается намного выше. Ведущая роль в формировании здоровья населения остается за здравоохранением, при этом, значимая часть приходится на фактор условий жизни населения.

Концепция предотвратимости также применима к совершенствованию психиатрической помощи детскому населению [28]. Поскольку предотвратимость заболеваемости, инвалидности и смертности детей может обуславливать многие проблемы, как в экономической, так и в социальной сфере жизни всего общества. При этом, в России в данной области есть значительный резерв. Наибольшее снижение показателей предотвратимой смертности после 2005 года наблюдалось среди детей, наименьшее – среди населения среднего трудоспособного возраста [29]. Кроме того, по данным исследований, у детей в большем проценте возможно предотвращение именно тяжелых групп инвалидности [28]. В качестве основных компонентов предотвратимости указываются: уровень жизни семьи, реабилитационный потенциал семьи, доступность медицинских и реабилитационных услуг, региональные особенности их предоставления и др. Наиболее сложной задачей видится предотвращение заболеваемости детей.

Заключение

Таким образом, разработанные на рубеже 1970-х годов концепция и методология оценки предотвратимой смертности, ставшие попыткой найти способ борьбы с растущими расходами системы здравоохранения на фоне незначительных улучшений показателей здоровья населения, оказалась весьма эффективными при решении разнообразных задач в области здравоохранения и снижения смертности. Расчет и анализ уровня предотвратимой смертности в стране поможет оценить вклад системы здравоохранения, изменения образа жизни населения в динамику смертности. В то же время показатель смертности от предотвратимых причин может продемонстрировать слабые места системы здравоохранения и служить индикатором ее работы как на федеральном, так и на региональном уровнях, расставить приоритеты при формировании политики здравоохранения.

Список использованных источников

1. Rutstein D.D., Berenberg W., et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method//New England Journal of Medicine. - 1976. – Vol. 294, No. 11. - P. 582-588.
2. Rutstein D.D., Berenberg W., et al. Measuring the quality of medical care: revision of tables of indexes//New England Journal of Medicine. - 1977. -Vol. 297, No. 9. - P.508.
3. Rutstein D.D., Berenberg W., et al. Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes//New England Journal of Medicine. – Vol. 302, No. 20. - P. 1146.
4. Charlton J.R.H, Hartley R.M., et al. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales//Lancet. - 1983. – Vol. 1, No. 8326. - P.691-696.
5. Poikolainen K, Eskola J. The effect of health services on mortality: Decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-1981//Lancet. – 1986. – Vol. 1. – P. 199-202.
6. Poikolainen K, Eskola J. Health services resources and their relation to mortality from causes amenable to health care intervention: a cross-national study//International Journal of Epidemiology. – 1988. - Vol.17, Issue 1. – P. 86–89.
7. European Community Atlas of Avoidable Death, 1st edition. - Oxford, Oxford University Press. – 1988. - P. 311.
8. European Community Atlas of Avoidable Death, 2nd edition. - Oxford, Oxford University Press. – 1991. - P. 376.
9. European Community Atlas of Avoidable Death, 3rd edition. - Oxford, Oxford University Press. - 1997.
10. Tang K. K., Chin J.T.C., et al. Avoidable mortality risks and measurement of wellbeing and inequality//Journal of Health Economics. - 2008. – Vol. 27, No. 3. - P. 624-641.
11. Tang K.K., Petrie D., et al. Measuring health inequality with realization of potential life years (RePLY)//Health Economics. - 2009. - No 18(S1). - P. 55-75.
12. Westerling R. «Avoidable» causes of death in Sweden 1974-1985//Qual Assur Health Care. - 1992. – Vol.4, No.4. - P.319-328.

13. Westerling R. Trends in "avoidable" mortality in Sweden, 1974-1985//Journal of Epidemiology and Community Health. - 1992. – No. 46. - P. 489-493.
14. Westerling R. Indicators of “Avoidable” Mortality in Health Administrative Areas in Sweden 1974–1985//Scandinavian Journal of Public Health. - 1993.- Vol. 21, Issue 3. - P. 176-187.
15. Simonato L., Ballard T., Bellini P., Winkelmann R. Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention//Journal of Epidemiology and Community Health. – 1998. – Vol. 52, No. 10. – P. 624-630.
16. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-1997//Australian and New Zealand Journal of Public Health. - 2001. – Vol.25, Issue 1. - P. 12-20.
17. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London, The Nuffield Trust, 2004. - P.139.
18. Schwierz Ch., Wübker A. Determinants of Avoidable Deaths from Ischaemic Heart Diseases in East and West Germany//Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen. - Ruhr Economic Papers No. 119, - 2009. - P.19.
19. Castelli A., Nizalova O. Avoidable Mortality: What it Means and How it is Measured//CHE Research Paper 63. - Discussion Paper. - 2011. P.45.
20. Stirbu I, Kunst AE, Bos V., Mackenbach J.P. Differences in avoidable mortality between migrants and the native Dutch in The Netherlands//BMC Public Health. - 2006. - No. 6. - P. 78.
21. Mackenbach J.P., Bouvier-Colle M.H., Jouglu, E. ‘Avoidable’ mortality and health services: a review of aggregate data studies//Journal of Epidemiology and Community Health. – 1990. – Vol. 44, Issue 2. – P. 106–111.
22. Моисеев П.И., Машевский А.А., Скалыженко А.П. Преждевременная и предотвратимая смертность: обзор литературы//Онкологический журнал. – 2011. – Т. 5, №4 (20). – С.112-117.
23. Михайлова Ю.В. Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России//Федеральный справочник «Здравоохранение в России». - Том №10. - URL: <http://federalbook.ru/news/analitics/05.03.2010-2.html> (дата посещения 16.04.2019).

24. Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н. Предотвратимая смертность населения//Демографические перспективы России/Под ред. академика Осипова Г.В. и проф. Рязанцева С.В. – М.: Экон-Информ, 2008. - С. 373-395.
25. Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю. Новые подходы к оценке предотвратимой смертности в России//Народонаселение. - 2009. - №3. - С.115-123.
26. Сабгайда Т.П. Методология предотвратимой смертности для анализа региональных особенностей здравоохранения//Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья» населения. – 2010. – №4(16). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/247/30/lang.ru/> (дата обращения 18.03.2019).
27. Стародубов В.И., Кондракова Э.В., Иванова А.Е. Предотвратимость потерь здоровья – критерий оценки деятельности органов местного самоуправления//Сибирское медицинское обозрение. – 2009. - №5. – С. 94-97.
28. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Яковлева Т.В., Менделевич Б.Д. Предотвратимость потерь здоровья детского населения - эффективная ресурсосберегающая стратегия в здравоохранении//Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. - №4(16). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/245/30/lang.ru/> (дата обращения 18.03.2019).
29. Сабгайда Т.П. Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России//Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2013. - №5(33). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/505/30/> (дата обращения 19.03.2019).