

РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2021 г. А. Е. Иванова^{а,*}, В. Г. Семёнова^{а,**}, Т. П. Сабгайда^{а,***}

^а Институт демографических исследований
Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

*E-mail: ivanova-home@yandex.ru

**E-mail: vika-home@yandex.ru

***E-mail: tsabgaida@mail.ru

Поступила в редакцию 12.05.2021 г.

После доработки 12.05.2021 г.

Принята к публикации 02.06.2021 г.

В статье обсуждаются подходы к оценке роли здравоохранения в сокращении смертности в России с позиции контроля управляемых причин. С опорой на концепцию предотвратимой смертности проанализированы тенденции региональной вариативности смертности, её нозологических и гендерных особенностей в 2000–2019 гг. Выявленные закономерности свидетельствуют: о существенном вкладе медицины и здравоохранения в снижение преждевременного сокращения продолжительности жизни населения, целесообразности разработки региональной классификации списка предотвратимых причин смертности, решающей роли профилактики и оздоровления образа жизни населения молодых и средних возрастов в последние два десятилетия на фоне медленного наращивания возможностей клинической медицины в диагностике и лечении болезней.

Ключевые слова: предотвратимая смертность, эффективность здравоохранения, продолжительность жизни, причины смерти.

DOI: 10.31857/S086958732109005X

В период переживаемой Россией, как и всем миром, пандемии COVID-19, значимость клинической медицины и здравоохранения как социального института не вызывает сомнений. Однако в настоящее время здравоохранение вынуждено осуществлять свои функции в экстраординарном, мобилизационном режиме, который со спадом пандемии неизбежно будет отменён. Какова роль здравоохранения в сохра-

нении здоровья и продолжительности жизни в “мирное время”?

Чтобы адекватно оценить эффективность работы здравоохранения как социального института, в 1976 г. Д. Рутштейном и его коллегами была предложена концепция предотвратимой смертности [1], основанная на определении причин смерти, от которых люди при современном развитии медицины умирать не должны. В соответ-



ИВАНОВА Алла Ефимовна — доктор экономических наук, заведующая отделом здоровья и самосохранительного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН. СЕМЁНОВА Виктория Георгиевна — доктор экономических наук, главный научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН. САБГАЙДА Тамара Павловна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения ИДИ ФНИСЦ РАН.

ствии с этой концепцией масштаб смертности от предотвратимых причин и вклад её в общую смертность, а также темпы снижения предотвратимой смертности служат критериями оценки уровня здравоохранения.

Многочисленные исследования в мире показали, что реализованные в практике управления здравоохранением идеи Д. Рутштейна позволили существенно повысить эффективность инвестиций в охрану здоровья населения. Концепция получила признание, когда были выявлены опережающие темпы снижения смертности от причин, отнесённых к предотвратимым, по сравнению с последствиями остальных заболеваний, а также общей смертности [2–4]. Безусловное достоинство концепции — в количественных критериях, позволяющих оценивать ситуацию, опираясь на объективные данные, не зависящие от конъюнктурных обстоятельств.

Все потери от причин, отнесённых к предотвратимым, делятся на 3 группы, отражающие стадийность процесса: на первой стадии (первая группа) — это причины, смертность от которых может быть предупреждена мерами первичной профилактики; на второй (вторая группа) — своевременным выявлением заболевания, то есть качеством диагностики; на третьей стадии (третья группа) — адекватным лечением и медицинской помощью.

По мере роста продолжительности жизни критерии предотвратимости, а, следовательно, и причины, отнесённые к предотвратимым, как и возраст предотвратимой смертности, менялись [5–10]. В 2004 г. Е. Нолте и М. Макки [11] составили новый список причин с доказанным влиянием на смертность от них служб здравоохранения с учётом достижений в области медицинских знаний и технологий в странах Евросоюза в 1980–1990-х годах. Предыдущие списки причин смерти, составленные Дж. Карлтоном с соавторами [5] и Дж. Макенбахом с соавторами [6], были изменены. В обновлённом списке они стали характеризоваться как поддающиеся лечению причины (“amenable” или “treatable”). Для России, в соответствии со средней продолжительностью жизни в нашей стране, как показано одним из авторов данной статьи, наиболее адекватна классификация, основанная на более широкой оценке предотвратимых смертей и более широких детерминантах общественного здоровья, таких как поведение, образ жизни, социально-экономический статус и факторы окружающей среды [12].

При анализе предотвратимой смертности российского населения в период после 1989 г., включивший этап кризиса и начавшийся этап социального оздоровления, отечественными исследователями было показано, что смертность в кризисных социально-политических и экономи-

ческих условиях растёт более быстрыми темпами, чем снижается при улучшении условий жизни населения [13–16].

В ходе проведённых исследований [17–19] удалось выявить, что в настоящее время как в России, так и в постиндустриальных странах наиболее значима 1-я группа причин предотвратимой смертности, то есть тех, которые можно предупредить профилактическими мерами, так как они формируются за счёт поведенческих факторов риска — от травм и отравлений до рака трахеи, бронхов и лёгкого. Однако было бы явным преувеличением возлагать ответственность за потери такого рода на здравоохранение, поскольку в большей степени они определяются уровнем, стилем и качеством жизни населения. В этой ситуации здравоохранению отводится роль скорее информационная и образовательная. Было установлено, что самые большие различия между странами в тенденциях смертности связаны с причинами, полностью или частично поддающимися первичной профилактике [20]. Заметные различия в уровне предотвратимой смертности между районами европейских городов связаны с социальной депривацией населения [21].

Представляется, что наиболее объективно эффективность здравоохранения может оцениваться масштабами потерь и динамикой смертности от причин второй и третьей группы, обусловленных своевременной диагностикой заболеваний и качеством лечения. В настоящем исследовании, охватывающем по временной протяжённости два первых десятилетия XXI в., оцениваются резервы снижения смертности в России, обусловленные именно эффективностью здравоохранения, прежде всего клинической медицины. Мы опирались на данные Росстата и их интегративной оценки на базе фактографической автоматизированной информационно-справочной системы (ФАИСС) “Потенциал”. Предотвратимые причины смертности классифицировали с использованием системы, предложенной в соответствующем Европейском атласе [8] (табл. 1). Согласно ей, смертность населения от указанных причин относится к предотвратимой в возрасте до 65 лет.

Общие тенденции предотвратимой смертности. В последние два десятилетия динамика продолжительности жизни населения России характеризуется двумя периодами: в 2000–2003 гг., когда последствия кризиса, обусловленного дефолтом 1998 г., ещё не были исчерпаны, её показатели снизились на 0.5 года в мужской и 0.4 года в женской популяции. А вот последовавшие за 2003 г. полтора десятилетия отмечены наиболее длительным за последние 55 лет позитивным трендом: к 2019 г. продолжительность жизни выросла на 9.7 года в мужской и 6.3 года в женской популяции, достигнув 68.3 и 78.2 года соответственно

Таблица 1. Классификация причин смерти в соответствии со стадиями предотвратимости

№	Причины смерти	Код по МКБ-10
Причины, потери от которых могут быть предотвращены мерами первичной профилактики (первая группа)		
1	Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00-C14
2	Злокачественные новообразования пищевода	C15
3	Злокачественные новообразования печени и внутripечёчных желчных протоков	C22
4	Злокачественные новообразования гортани	C32
5	Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, лёгких	C33, C34
6	Злокачественные новообразования других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки	C30, C31, C37-C39
7	Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
8	Злокачественные новообразования других и не уточнённых мочевых органов	C65, C66, C68
9	Субарахноидальное кровоизлияние	I60
10	Внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния	I61-I62
11	Инфаркт мозга	I63
12	Инсульт, не уточнённый как кровоизлияние или инфаркт	I64
13	Другие цереброваскулярные болезни	I67-I69
14	Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)	K70
15	Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	K74
16	Другие болезни печени	K71-K73, K75-K76
17	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	S00-S99, T00-T98
Причины, потери от которых могут быть предотвращены своевременным выявлением заболеваний (вторая группа)		
1	Злокачественная меланома кожи	C43
2	Другие злокачественные новообразования кожи	C44
3	Злокачественные новообразования молочной железы	C50
4	Злокачественные новообразования шейки матки	C53
5	Злокачественные новообразования других и не уточнённых частей матки	C54, C55
Причины, потери от которых могут быть предотвращены улучшением лечения и медицинской помощи (третья группа)		
1	Злокачественные новообразования предстательной железы	C61
2	Злокачественные новообразования других мужских половых органов	C60, C62, C63
3	Болезнь Ходжкина	C81
4	Неходжкинская лимфома	C82-C85
5	Лейкемия	C91-C95
6	Хронические ревматические болезни сердца	I05-I09
7	Гипертоническая болезнь	I11- I13, I10, I15

Таблица 1. Окончание

№	Причины смерти	Код по МКБ-10
8	Язва желудка	K25
9	Язва двенадцатиперстной кишки	K26
10	Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	K35-K38
11	Грыжи	K40-K46
12	Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	K80
13	Холецистит	K81
14	Инфекционные и паразитарные болезни	A00-A99, B00-B99
15	Болезни органов дыхания	J00-J99
16	Осложнения беременности, родов и послеродового периода	O00-O99

(рис. 1). Таким образом, реперной точкой, годом смены тенденций смертности российского населения в 2000–2010-е годы, стал 2003 г.

Следует отметить, что в начале 2000-х годов темпы негативных тенденций смертности в “возрасте предотвратимости” (до 65 лет) кратно превышали таковые в старших возрастах, составив в мужской популяции 7.7% против 2.6%, в женской – 8.2% против 1.4%. Однако после 2003 г. ситуация зеркально изменилась: темпы снижения смертности населения в возрасте до 65 лет значительно превышали таковые в старших возрастах, составив 49.3% против 34.4% у мужчин и 43.5% против 34.6% у женщин. Таким образом, можно констатировать, что рост продолжительности жизни в этот период был обусловлен в первую очередь населением детского и трудоспособного возрастов (рис. 2).

Важно отметить, что даже в период негативного тренда продолжительности жизни (2000–2003 гг.) темпы роста предотвратимой смертно-

сти оказались меньшими, чем темпы роста общих потерь как в мужской, так и в женской популяции, составив 4.2% против 7.7% у мужчин и 7.3% против 8.2% у женщин соответственно. Более того, в эти годы темпы роста смертности от причин, которых можно избежать с помощью клинической медицины, оказались кратно меньшими по сравнению не только с общей смертностью, но и с совокупной предотвратимой смертностью, составив 2.7% у мужчин и практически не увеличившись у женщин (рост показателей всего 0.1%) (рис. 3).

После 2003 г. динамика изменилась: и в мужской, и особенно в женской популяции темпы снижения потерь, обусловленных медицинским компонентом, уступали позитивным трендам совокупной предотвратимой смертности, составив соответственно 49.2% против 54% у мужчин и 29.7% против 47.9% у женщин. При этом если у мужчин темпы снижения совокупной предотвратимой смертности заметно опережали таковые для общей смертности (54% против 49.3%), а темпы сокращения смертности, предотвратимой усилиями клинической медицины, составили 49.2%, то есть были всего на 0.1% ниже темпов снижения общей смертности, то у женщин ситуация развивалась по несколько иному сценарию. С одной стороны, предотвратимая смертность снижалась быстрее общей смертности (47.9% против 43.5%), с другой – темпы снижения смертности, обусловленной медицинским компонентом, составили 29.7%, то есть уступали таковым и для предотвратимой, и для общей смертности.

Интересно, что если у мужчин вариабельность вклада медицинской составляющей предотвратимой смертности в общую на протяжении многих лет нашего исследования была довольно незначительной (от 12.6% в 2004 г. до 13.8% в 2011 г.), то у женщин показатели варьировали от 16.6%

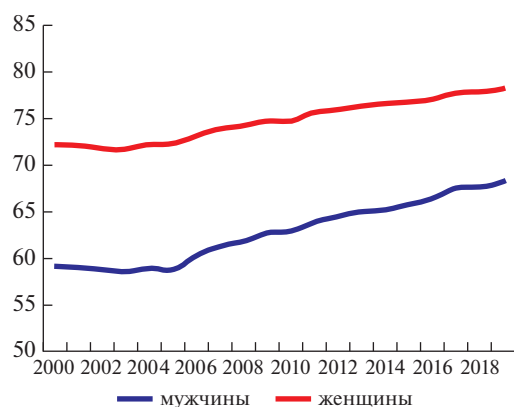


Рис. 1. Динамика продолжительности жизни населения России в 2000–2010-е годы

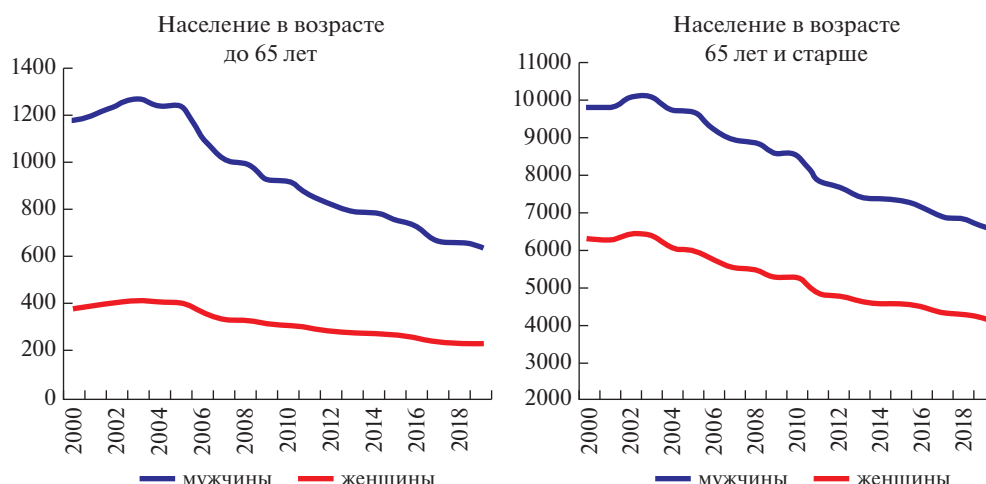


Рис. 2. Динамика смертности населения России в возрастах до и после 65 лет в 2000–2010-е годы (стандартизованный коэффициент на 100 000 человек)

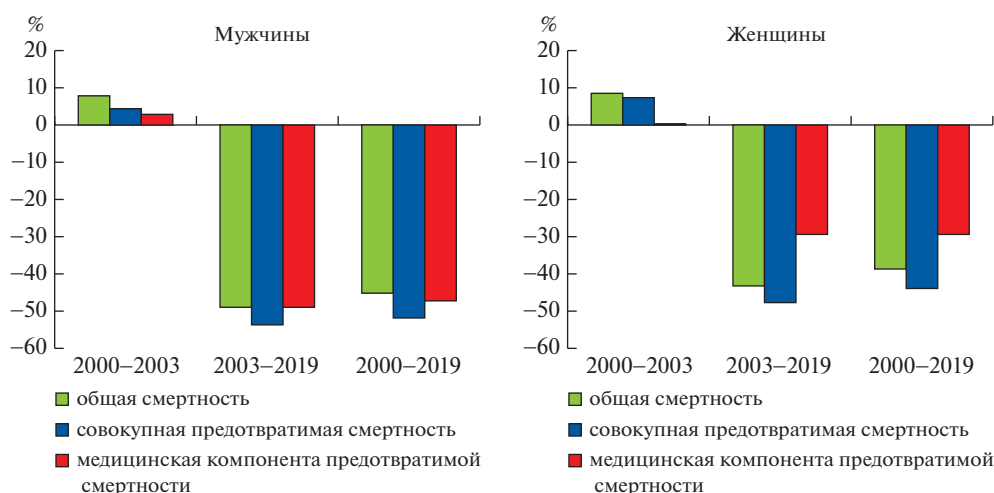


Рис. 3. Темпы изменения общей, предотвратимой смертности и смертности, обусловленной деятельностью клинической медицины, населения России в возрасте до 65 лет в 2000–2010-е годы, %

(2003–2004 гг.) до 21.3% (2017 г.). Нами отмечена гендерная синхронность динамики вклада медицинского компонента в общую смертность до 2011 г., после чего эти тренды у мужчин и женщин разошлись: до 2017 г. у мужчин наблюдалось снижение, у женщин – рост показателя. Только в последние два года исследования вклад медицины и в мужскую, и в женскую смертность снизился (до 12.9% и 20.6% соответственно) (табл. 2).

Заболевания и причины смерти, предотвратимые в результате своевременной диагностики и качественного лечения. Из данных, приведённых в таблицах 1, 3 и 4, следует, что потери, обусловленные медицинским компонентом предотвратимой смертности, вызываются следующими патологиями: новообразования (меланома и другие злокачественные опухоли кожи, лейкемия, болезнь

Ходжкина и неходжкинская лимфома, а также рак грудной железы, шейки и других частей матки у женщин, предстательной железы и других половых органов у мужчин), болезни системы кровообращения (хронические ревматические болезни сердца и гипертония), органов дыхания (в целом) и пищеварения (язва желудка и 12-перстной кишки, аппендицит, холелитиаз и холецистит, грыжи), инфекционные болезни (в целом), а также осложнения беременности, родов и послеродового периода у женщин.

В 2000–2003 гг. негативные тенденции предотвратимой смертности, обусловленной медицинской составляющей, характеризовались рядом особенностей. Так, и в мужской, и в женской популяциях снижалась смертность от предотвратимых болезней органов пищеварения (на 14.9% и 9.1% соответственно), у мужчин – от инфекцион-

Таблица 2. Резервы снижения смертности населения России в возрасте до 65 лет за счёт потерь, предотвратимых деятельностью медицины и здравоохранения

Годы	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек (европейский стандарт)				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
2000	1180.6	383.2	159	68.6	13.5	17.9
2001	1209.2	393.9	156	66.8	12.9	17.0
2002	1248.8	405.7	163.8	68.5	13.1	16.9
2003	1271.3	414.6	163.3	68.7	12.8	16.6
2004	1242.0	404.8	156.5	67.3	12.6	16.6
2005	1240.3	402.7	160.1	67.6	12.9	16.8
2006	1102.6	365.3	141.5	63	12.8	17.2
2007	1017.6	338.6	133.2	61.4	13.1	18.1
2008	995.1	332.5	132.9	60.4	13.4	18.2
2009	933.1	317.4	128	61.4	13.7	19.3
2010	920.2	313.9	123.1	58.5	13.4	18.6
2011	864.5	297.3	119.4	58.5	13.8	19.7
2012	824.2	286.9	110.2	55.6	13.4	19.4
2013	794.3	276.3	105.9	55.5	13.3	20.1
2014	789.2	274.3	103.7	54.9	13.1	20.0
2015	757.8	267.0	100.6	54.3	13.3	20.3
2016	727.5	256.8	97.6	53.5	13.4	20.8
2017	670.2	240.4	88.5	51.1	13.2	21.3
2018	664.3	239.4	86.5	50.3	13.0	21.0
2019	644.5	234.1	83	48.3	12.9	20.6

ных (на 0.7%), у женщин — от предотвратимых сердечно-сосудистых болезней (на 13.4%). Количественные показатели смертности от предотвратимых онкологических патологий были стабильными у мужчин и практически стабильными (рост 0.3%) у женщин (см. табл. 3, 4).

После 2003 г., на фоне снижения показателей во всех группах предотвратимых причин у мужчин, в женской популяции наблюдался рост смертности от инфекционных болезней почти на 40%¹. Если иметь в виду итоги прошедших 20 лет в целом, то за этот период отмечено снижение потерь от всех групп предотвратимых причин, у женщин исклю-

чением оказались инфекционные болезни, смертность от которых выросла более чем в 1.5 раза.

Разброс в темпах изменений смертности от рассмотренных предотвратимых причин достигает больших величин. При этом наибольшая инерция как при негативных, так и при позитивных

¹ Источником роста инфекционной смертности явился ВИЧ, потери от которого возросли и у мужчин, и у женщин. Но у мужчин они были компенсированы снижением смертности от туберкулёза, и общие итоги динамики инфекционной смертности у них оказались позитивными. Тогда как у женщин из-за существенно более низкой смертности от туберкулёза, в сравнении с мужчинами, позитивная динамика потерь от этой инфекции не компенсировала роста смертности от ВИЧ.

Таблица 3. Нозологический профиль медицинского компонента предотвратимой смертности мужского населения России в 2000–2010-е годы (на 100 тыс. мужчин возрастной категории от 0 до 64 лет, стандартизованный коэффициент, европейский стандарт; %)

Причины смерти	2000		2003		2019	
	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%
Злокачественная меланома кожи	1.2	0.8	1.5	0.9	1.3	1.6
Другие злокачественные новообразования кожи	0.6	0.4	0.5	0.3	0.3	0.4
Злокачественные новообразования грудной железы	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Злокачественные новообразования предстательной железы	3.0	1.9	3.1	1.9	3.3	4.0
Злокачественные новообразования других мужских половых органов	0.8	0.5	0.8	0.5	0.5	0.6
Болезнь Ходжкина	1.1	0.7	1	0.6	0.5	0.6
Неходжкинская лимфома	1.8	1.1	1.9	1.2	2	2.4
Лейкемия	4.0	2.5	3.8	2.3	2.7	3.3
Онкологические болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	12.8	8.1	12.8	7.8	10.7	12.9
Хронические ревматические болезни сердца	4.3	2.7	3.5	2.1	0.5	0.6
Гипертоническая болезнь	19.3	12.1	21.1	12.9	9.8	11.8
Сердечно-сосудистые болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	23.6	14.8	24.6	15.1	10.3	12.4
Язва желудка	4.3	2.7	3.7	2.3	2.5	3.0
Язва двенадцатиперстной кишки	2.7	1.7	2.3	1.4	2	2.4
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Грыжи	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.4
Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2
Холецистит	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Болезни органов пищеварения, предотвратимые деятельностью клинической медицины	8.1	5.1	6.9	4.2	5.2	6.3
Инфекционные болезни	45.2	28.4	44.9	27.5	31	37.3
Болезни органов дыхания	69.3	43.6	74.1	45.4	25.8	31.1
Медицинская компонента предотвратимой смертности	159	100.0	163.3	100.0	83	100.0

сдвигах в мужской и женской популяциях характерна, как правило, для онкологических заболеваний, наибольшая лабильность — для болезней органов дыхания и сердечно-сосудистых патологий, смертность от которых снизилась за 20 лет соответственно в 2.3 и 2.7 раза у мужчин и в 5.4 и 2.3 раза у женщин.

Эти изменения не могли не сказаться на структуре медицинского компонента предотвратимой смертности: из данных, приведённых в таблицах 3 и 4, следует, что за прошедшее 20-летие в мужской и женской популяциях наблюдалось снижение значимости сердечно-сосудистых болезней — с 14 до 12.4% у мужчин и с 14.1 до 3.7% у

Таблица 4. Нозологический профиль медицинского компонента предотвратимой смертности женского населения России в 2000–2010-е годы (на 100 тыс. женщин возрастной категории от 0 до 64 лет, стандартизованный коэффициент, европейский стандарт; %)

Причины смерти	2000		2003		2019	
	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%	На 100 тыс. человек	%
Злокачественная меланома кожи	1	1.5	1.1	1.6	1	2.1
Другие злокачественные новообразования кожи	0.4	0.6	0.3	0.4	0.1	0.2
Злокачественные новообразования грудной железы	17.3	25.2	17.3	25.2	12	24.8
Злокачественные новообразования шейки матки	5	7.3	5.2	7.6	5.7	11.8
Злокачественные новообразования других и неуточнённых частей матки	3.5	5.1	3.5	5.1	2.9	6.0
Болезнь Ходжкина	0.6	0.9	0.6	0.9	0.2	0.4
Неходжкинская лимфома	0.9	1.3	1	1.5	1	2.1
Лейкемия	2.9	4.2	2.7	3.9	1.8	3.7
Онкологические болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	31.6	46.1	31.7	46.1	24.7	51.1
Хронические ревматические болезни сердца	3.9	5.7	3	4.4	0.4	0.8
Гипертоническая болезнь	5.8	8.5	5.4	7.9	1.4	2.9
Сердечно-сосудистые болезни, предотвратимые деятельностью клинической медицины	9.7	14.1	8.4	12.2	1.8	3.7
Язва желудка	0.7	1.0	0.6	0.9	0.7	1.4
Язва двенадцатиперстной кишки	0.4	0.6	0.4	0.6	0.5	1.0
Болезни червеобразного отростка (аппендикса)	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.0
Грыжи	0.4	0.6	0.4	0.6	0.3	0.6
Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	0.5	0.7	0.4	0.6	0.3	0.6
Холецистит	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.0
Болезни органов пищеварения, предотвратимые деятельностью клинической медицины	2.2	3.2	2	2.9	1.8	3.7
Инфекционные болезни	8.3	12.1	9.3	13.5	12.9	26.7
Болезни органов дыхания	16.1	23.5	16.6	24.2	6.9	14.3
Осложнения беременности и родов	0.7	1.0	0.7	1.0	0.2	0.4
Медицинский компонент предотвратимой смертности	68.6	100.0	68.7	100.0	48.3	100.0

женщин, обусловленное сдвигами 2010-х годов, а также болезней органов дыхания — с 43.6% до 31.1% у мужчин и с 23.5% до 14.3% у женщин. Это снижение происходило на фоне роста вклада но-

вообразований — с 8.1% до 12.9% у мужчин и с 46.1% до 51.1% у женщин и особенно инфекционных болезней — с 28.4% до 37.3% у мужчин и с 12.1% до 26.7% в 2019 г. у женщин. Несколько

выросла и доля болезней органов пищеварения — с 5.1% до 6.3% у мужчин, с 3.2% до 3.7% у женщин.

Таким образом, в период с 2000 по 2019 г. принципиальное отличие медицинского компонента предотвратимой смертности у мужчин и женщин сохранилось и проявилось очень отчетливо: в женской популяции потери формируются более чем наполовину (51.1%) за счёт онкологических заболеваний, что выглядит вполне предсказуемым, поскольку в этот блок входит рак грудной железы, который, если исключить внешние причины, лидирует среди причин смертности женщин в возрасте до 65 лет. Тогда как у мужчин в 2019 г. вклад онкологии в предотвратимую смертность составил 12.9%.

Ещё одна особенность: если в 2000 г. вклад предотвратимых сердечно-сосудистых патологий в мужской и женской популяциях практически не различался (14.8 и 14.1% соответственно), то к концу 2010-х годов различия оказались кратными (12.4% против 3.7%). Нельзя также не отметить рост значимости инфекционных болезней, вследствие чего в мужской популяции они с большим отрывом заняли 1-е место среди медицинских причин, в женской — передвинулись с 4-го на 2-е место. Ранг болезней органов дыхания, наоборот, снизился (с 1-го до 2-го места у мужчин и со 2-го до 3-го места у женщин). Тем не менее общим вектором эволюции медицинского компонента предотвратимой смертности в мужской и женской популяциях служит рост значимости эндогенных патологий, к которым, безусловно, относятся новообразования.

Региональные особенности предотвратимой смертности. В России отмечаются существенные региональные различия предотвратимой смертности, обусловленной медицинскими факторами: в 4.4 раза в мужской популяции (от 39.6 на 100 тыс. мужчин возрастной категории от 0 до 65 лет в Дагестане до 174.2 в Кемеровской области соответственно) и в 4.6 раза — в женской (от 27.6 на 100 тыс. женщин возрастной категории от 0 до 65 лет в Липецкой области до 126.7 в Чукотском автономном округе соответственно). Существенным представляется и разброс вклада медицинской составляющей предотвратимой смертности в общие потери населения в возрасте до 65 лет (от 7.1% у мужчин в Магаданской области и 12.4% у женщин Республики Алтай до 20.2% у мужчин в Кемеровской области и 30.5% у женщин Чукотского автономного округа).

Отметим, что несмотря на очевидные различия в структуре медицинской компоненты предотвратимой смертности мужчин и женщин, обусловленных объективными факторами, региональный её профиль обладает несомненным

гендерным сходством, о чём свидетельствует коэффициент ранговой корреляции, составивший в 2019 г. 0.83². Более того, гендерным подобием характеризуется и региональный профиль вклада медицинского компонента в общую смертность населения в возрасте до 65 лет (в 2019 г. составил 0.78) (табл. 5).

Говоря об ареале благополучия — четверти российских территорий с минимальным уровнем смертности, предотвратимой благодаря клинической медицине, следует выделить население Москвы, республик Дагестан, Мордовия, Кабардино-Балкария, Калмыкия, Марий Эл, Чувашия, Ямало-Ненецкого автономного округа, Ставропольского края, Липецкой, Белгородской, Московской, Воронежской, Тамбовской, Кировской, Рязанской, Пензенской, Архангельской, Вологодской и Калужской областей, мужчин Мурманской области и женщин республик Саха (Якутия), Алтай, Татарстан, Ханты-Мансийского автономного округа, Краснодарского края, Орловской и Брянской областей (см. табл. 5).

К ареалу неблагополучия — четверти российских территорий с высокой предотвратимой смертностью, зависящей от эффективности клинической медицины, следует отнести г. Севастополь, республики Крым и Тыва, Чукотский автономный округ, Алтайский, Красноярский, Пермский и Приморский края, Кемеровскую, Иркутскую, Курганскую, Новосибирскую, Свердловскую, Челябинскую, Оренбургскую, Тюменскую (без автономных округов) и Самарскую области (население в целом), а также мужчин Хакасии, Хабаровского края, Амурской, Омской, Ленинградской областей, Еврейской автономной области и женщин Бурятии, Забайкальского и Камчатского края, Тверской, Сахалинской и Магаданской областей. (Заметим, что Магаданская область довольно неожиданно вошла в четверть российских территорий с минимальным уровнем предотвратимой смертности среди мужчин.)

Таким образом, за редким исключением, ареал благополучия формируется за счёт европейских, ареал неблагополучия — за счёт азиатских регионов России. Крайне интересной представляется

² Ранговая корреляция — метод корреляционного анализа, отражающий отношения переменных, упорядоченных по возрастанию (убыванию) их значения. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена используется для выявления и оценки тесноты связи между двумя рядами сопоставляемых количественных показателей. В том случае, если ранги показателей, упорядоченных по степени возрастания или убывания, в большинстве случаев совпадают (большему значению одного показателя соответствует большее значение другого показателя), делается вывод о наличии прямой корреляционной связи. Если ранги показателей имеют противоположную направленность (большему значению одного показателя соответствует меньшее значение), то говорят об обратной связи между показателями. <https://medstatistic.ru/methods/methods9.html>

Таблица 5. Региональный профиль медицинского компонента предотвратимой смертности и её вклад в общую смертность населения в возрасте до 65 лет регионов России в 2019 г.

Территории	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек, европейский стандарт				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Российская Федерация	644.5	234.1	83	48.3	12.9	20.6
Москва	418.8	166.9	47.8	35.2	11.4	21.1
Санкт-Петербург	498.6	202.9	67.1	48.6	13.5	24.0
Севастополь	611.5	232.9	103.4	58.8	16.9	25.2
Республики						
Адыгея	591.2	201.8	86.7	38.4	14.7	19.0
Алтай	780.1	279.2	77.4	34.7	9.9	12.4
Башкортостан	686.4	244.6	82	43.8	11.9	17.9
Бурятия	786.2	314.8	74.9	58.4	9.5	18.6
Дагестан	299.2	128.1	39.6	29.3	13.2	22.9
Кабардино-Балкария	430.8	159.3	58.3	37	13.5	23.2
Калмыкия	569.9	169.5	58.6	29	10.3	17.1
Карачаево-Черкесия	482.6	157.6	82.1	38	17.0	24.1
Карелия	798.4	283.2	80.8	41.8	10.1	14.8
Коми	785.3	281.6	71.5	44.8	9.1	15.9
Крым	682.2	252.2	99.2	56.1	14.5	22.2
Марий Эл	700.8	211.4	60.8	32	8.7	15.1
Мордовия	584.8	196.4	54.9	36.2	9.4	18.4
Саха (Якутия)	660	242.8	65.5	33.3	9.9	13.7
Северная Осетия	550.5	165.4	74.4	40.8	13.5	24.7
Татарстан	565.6	184.6	65.8	36.6	11.6	19.8
Тыва	927.1	431.3	128.6	64.6	13.9	15.0
Удмуртия	688.1	225.4	79.9	40.7	11.6	18.1
Хакасия	798.3	290.8	95.1	43.6	11.9	15.0
Чувашия	686.1	202.4	60.9	29.9	8.9	14.8
Края						
Алтайский	731.8	275.7	135.5	61.1	18.5	22.2
Забайкальский	921.3	347.8	89	60.5	9.7	17.4
Камчатский	781.6	295.1	70.4	55.1	9.0	18.7
Краснодарский	612.5	210.1	70.5	36.9	11.5	17.6

Таблица 5. Продолжение

Территории	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек, европейский стандарт				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Красноярский	757.1	292.1	99.4	61.2	13.1	21.0
Пермский	785.6	276.1	119.2	63.7	15.2	23.1
Приморский	789.1	311.5	104.4	63.4	13.2	20.4
Ставропольский	537	200.2	55.3	37.7	10.3	18.8
Хабаровский	887.6	320.8	94.8	48.2	10.7	15.0
Области						
Амурская	910.2	359.5	102.6	50.7	11.3	14.1
Архангельская	740.8	257.8	63.4	38	8.6	14.7
Астраханская	613.2	224.7	83.8	38.5	13.7	17.1
Белгородская	574.3	194.2	52.9	31.4	9.2	16.2
Брянская	752.1	240.8	81.3	36.9	10.8	15.3
Владимирская	748.9	257.2	76.2	39.4	10.2	15.3
Волгоградская	600.8	212.5	79.9	42	13.3	19.8
Вологодская	769.6	245.2	63.8	35.9	8.3	14.6
Воронежская	637.2	211.9	54.6	34.7	8.6	16.4
Ивановская	739.1	274.3	73.9	49.5	10.0	18.0
Иркутская	878.4	347.3	147.3	86.5	16.8	24.9
Калининградская	611.8	231.4	65.2	47.4	10.7	20.5
Калужская	745.3	242.7	63.9	37.3	8.6	15.4
Кемеровская	862.5	338.5	174.2	87.8	20.2	25.9
Кировская	684.4	225	58.9	29.9	8.6	13.3
Костромская	693.6	248.2	73.2	45.5	10.6	18.3
Курганская	792.3	263.7	143.6	61.9	18.1	23.5
Курская	721.2	228.9	69.1	41.5	9.6	18.1
Ленинградская	674.6	240.3	95.1	50.5	14.1	21.0
Липецкая	636.2	214.2	51.4	27.6	8.1	12.9
Магаданская	888.4	315.6	63.2	63.6	7.1	20.2
Московская	601.2	219.8	54.4	38.2	9.0	17.4
Мурманская	729.9	276.4	63.5	48.5	8.7	17.5
Нижегородская	728.4	239.4	81.6	42	11.2	17.5
Новгородская	866.2	301	86.1	44.7	9.9	14.9

Таблица 5. Окончание

Территории	Общая смертность		Медицинский компонент предотвратимой смертности		Вклад медицинского компонента в общую смертность	
	Стандартизованный коэффициент на 100000 человек, европейский стандарт				%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Новосибирская	684.3	265.1	126	62.6	18.4	23.6
Омская	674.1	252.2	98.4	48	14.6	19.0
Оренбургская	710.1	262.9	111.7	59	15.7	22.4
Орловская	682.9	227.9	74.3	33.4	10.9	14.7
Пензенская	639.1	212.5	62.9	31.8	9.8	15.0
Псковская	806.9	316.5	69.5	45.6	8.6	14.4
Ростовская	600.9	227.9	87.2	47.9	14.5	21.0
Рязанская	667.2	218	60.6	32.5	9.1	14.9
Самарская	683.3	249.9	104	56.4	15.2	22.6
Саратовская	653.6	234.8	84.4	51.7	12.9	22.0
Сахалинская	810.4	310.8	81.6	54.4	10.1	17.5
Свердловская	744	261.2	118	60.9	15.9	23.3
Смоленская	747.9	270	73.3	43.8	9.8	16.2
Тамбовская	651.4	204.2	57.3	31	8.8	15.2
Тверская	775.4	289.7	91.9	58.3	11.9	20.1
Томская	685.9	257.7	90.6	43	13.2	16.7
Тульская	727.5	255.6	71.7	46.2	9.9	18.1
Тюменская (без АО)	656.3	241.9	106.1	55.7	16.2	23.0
Ульяновская	654.7	232.6	82.2	45.8	12.6	19.7
Челябинская	721.6	266.6	113.9	64.6	15.8	24.2
Ярославская	702	240.2	71.1	39.1	10.1	16.3
Автономии						
Еврейская АО	945.3	389.6	102.5	52.2	10.8	13.4
Ханты-Мансийский АО	491.9	171.6	71.5	35.3	14.5	20.6
Ямало-Ненецкий АО	452.1	166.6	54.7	30.5	12.1	18.3
Чукотский АО	933.9	414.9	148.3	126.7	15.9	30.5

ситуация, складывающаяся в Тюменской области, автономные округа которой (Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский) оказались в ареале благополучия, в то время как основная территория области — в ареале неблагополучия.

Обсуждая концепцию предотвратимой смертности в её приложении к России, выделим несколько моментов, вытекающих из специфики нашей страны как таковой, в частности, её огромную гетерогенность не только в географическом,

социально-экономическом, но и в медико-демографическом аспекте. Об этом свидетельствует очень значительный разброс продолжительности жизни населения российских регионов (от 77.1 года у мужчин республики Дагестан и 82.2 года у жительниц Москвы до 62.7 у мужчин и 72.5 лет у женщин в Тыве), составивший 14.4 и 9.7 года — чуть ли не целую демографическую эпоху³. А ведь Всемирная организация здравоохранения указывает, что продолжительность жизни служит интегральным критерием, характеризующим не только состояние здоровья населения, но и уровень жизни, а также качество медицинской помощи в том или ином регионе.

Из приведённых данных следует, что оценка ситуации в целом по нашей стране не может быть универсальной для всех её регионов, и критерии работы здравоохранения, применимые к Москве, явно неактуальны для Тывы. Отсюда можно сделать вывод, что для России крайне важна региональная классификация причин, входящих в число предотвратимых, с учётом местных приоритетов здоровья и возможностей здравоохранения, и выделения причин, смертность от которых предотвратима деятельностью служб здравоохранения.

Наряду с необходимостью региональной классификации нам представляется важной оценка вклада медицинских факторов в предотвратимую смертность. Напомним, что первая и наиболее крупная доля потерь относится к сфере профилактики и определяется не столько работой здравоохранения, так как в значительной степени формируется за счёт внешних причин, сколько деятельностью целого комплекса социальных институтов. Из этого следует, что по мере роста социального благополучия в стране значимость первой группы причин должна снижаться, что, как следствие, приведёт к увеличению значимости медицинской составляющей в предотвратимой общей смертности.

Третье обстоятельство относится к оценке онкологических заболеваний как предотвратимых. Безусловно, клиническая онкология в последние десятилетия совершила огромный прорыв в диагностике и лечении злокачественных новообразований, однако нельзя забывать, что этиология раковых заболеваний до конца не исследована. В старческом возрасте они зачастую обусловлены дистрофическими процессами. В возрасте до 65 лет возникновение и формирование патологии, а также прогноз не всегда определяются ранней диагностикой и адекватным лечением. Поэтому в случае онкологических заболеваний в на-

стоящее время более корректно было бы говорить не о полной их элиминации, но о степени предотвратимости этих патологий.

Таким образом, как представляется, позитивные процессы будут определяться общим снижением смертности, обусловленной медицинскими факторами, на фоне роста значимости (но не уровня!) эндогенных патологий, прежде всего новообразований, и снижения доли экзогенных заболеваний, к которым относятся все остальные болезни, смерть от которых предотвратима.

* * *

В заключение нашего анализа необходимо обратить внимание на следующие обстоятельства.

Первое. Предотвратимая смертность населения России, обусловленная деятельностью клинической медицины, в 2000–2010-е годы снизилась на 47.8% у мужчин и на 29.6% у женщин, уступая, особенно заметно у женщин, темпам сокращения общей смертности, продемонстрировавшей более чем 2-кратное снижение в мужской и женской популяциях. По сути, это означает, что предотвратимая смертность снижалась преимущественно за счёт оздоровления образа жизни населения.

Второе. Динамика медицинской составляющей предотвратимой смертности характеризовалась более инерционным развитием, нежели общей смертности: так, темпы её роста в период действия негативных тенденций, касающихся средней продолжительности жизни, и темпы снижения в период позитивных трендов оказались ниже темпов соответствующих изменений общей смертности населения в возрасте до 65 лет. Таким образом, клиническая медицина, как показывает опыт, оказывается достаточно устойчивой в кризисные периоды, но требует продолжительного периода для восстановления и тем более наращивания своего потенциала.

Третье. Структура медицинских факторов предотвратимой смертности на протяжении двух десятилетий исследования характеризовалась выраженной гендерной спецификой: если у мужчин потери в значительной мере определялись инфекционными болезнями и болезнями органов дыхания, то у женщин — новообразованиями. Это, в свою очередь, определило и различия в динамике медицинского компонента предотвратимой смертности: судя по темпам изменения показателей, мужчины более остро реагировали и на негативные, и на позитивные изменения.

Четвёртое. Происшедшие в 2000–2010-е годы изменения в структуре медицинской составляющей предотвратимой смертности характеризовались разнонаправленными векторами: с одной стороны, наблюдался рост значимости новообра-

³ Показатели Ингушетии, средняя продолжительность жизни населения которой, по официальным данным, в 2019 г. составила 81.5 у мужчин и 89.5 года у женщин, из анализа исключены как очевидно недостоверные.

зований — патологий эндогенных, не связанных напрямую с внешними факторами, с другой — рост вклада безусловно экзогенных инфекционных болезней (особенно у женщин).

Пятое. В течение всего периода исследования вклад медицинских компонентов в общую смертность в женской популяции был существенно выше, чем у мужчин. Согласно международным критериям, по состоянию на 2019 г., резервы сокращения общей смертности российского населения, обусловленные эффективностью медицины и здравоохранения, составляют 12.9% у мужчин и 20.6% у женщин в возрасте до 65 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rutstein D.D., Berenberger W., Chalmers T.C. et al. Measuring the quality of medical care // N. Engl. J. Med. 1976. V. 294. P. 582–588.
2. Charlton J.R.H., Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention // Br. Med. J. 1986. V. 292. P. 295–300.
3. Westerling R. Trends in “avoidable” mortality in Sweden, 1974–1985 // J. Epidemiol. Community Health. 1992. V. 46. № 5. P. 489–493.
4. Kjellstrand C.M., Kovithavongs C., Szabo E. On the success, cost and efficiency of modern medicine: an international comparison // J. Intern. Med. 1988. V. 24. P. 3–14.
5. Charlton J.R., Hartley R.M., Silver R., Holland W.W. Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable Medical Intervention in England and Wales // Lancet. 1983. V. 26. P. 691–696.
6. Mackenbach J.P., Bouvier-Colle M.H., Jouglu E. “Avoidable” mortality and health services: a review of aggregate data studies // J. Epidemiol. Community Health. 1990. V. 44. P. 106–111.
7. Westerling R. “Avoidable” causes of death in Sweden 1974–85 // Int. J. Qual. Assur Health Care. 1992. V. 4. № 4. P. 319–328.
8. The European Community atlas of “avoidable deaths” / Holland W.W. (ed). Commission of the European Communities Health Services Research. Series 9. Oxford: Oxford University Press, 1993.
9. Westerling R. Decreasing gender differences in “avoidable” mortality in Sweden // Scand. J. Public Health. 2003. V. 31. № 5. P. 342–349.
10. Simonato L., Ballard T., Bellini P. et al. Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention // J. Epidemiol. Community Health. 1998. V. 52. P. 624–630.
11. Nolte E., McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
12. Сабгайда Т.П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 3. С. 116–122.
13. Михайлова Ю.В., Шестаков М.Г., Соболева Ю.В. и др. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа // Экономика здравоохранения. 2008. № 2. С. 37–42.
14. Стародубов В.И., Кондракова Э.В., Иванова А.Е. Предотвратимость потерь здоровья населения — критерий оценки деятельности органов местного самоуправления // Сибирское медицинское обозрение. 2009. № 5. С. 94–98.
15. Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю. Новые подходы к оценке предотвратимой смертности в России // Народнонаселение. 2009. № 3. С. 115–122.
16. Сабгайда Т.П., Аксёнова Е.И., Евдокушкина Г.Н. Предотвратимая смертность населения трудоспособного возраста // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции / Ред. С.В. Рязанцев, Т.К. Ростовская. Сер. “Демография. Социология. Экономика.” М.: ООО “Экон-Информ”, 2019. С. 127–131.
17. Рубцова И.Т. Опыт типизации муниципальных образований Краснодарского края на основе социально-экономических факторов развития // Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конференции “Управление здравоохранением в современных условиях: проблемы и поиски решений”. Краснодар, 2006. С. 194–197.
18. Предотвратимая смертность в России и пути её снижения / Ред. Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. М.: ЦНИИОИЗ, 2006.
19. Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н., Кондракова Э.В. Предотвратимая смертность населения // Демографические перспективы России / Ред. Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев. М.: Экон-Информ, 2008. С. 373–394.
20. Treurniet H.F., Boshuizen H.C., Harteloh P.P.M. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends // J. of Epidemiol. Community Health. 2004. V.58. P. 290–295.
21. Hoffmann R., Borsboom G., Saez M. et al. Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study // Int. J. Health Geogr. 2014. V. 13. № 8. <http://www.ij-healthgeographics.com/content/13/1/8>