

Потерянные годы потенциальной жизни от болезней системы кровообращения экономически активного населения Российской Федерации в 2013-2019 годах

Самородская И. В.¹, Семёнов В. Ю.²

Цель. Анализ динамики потерянных лет потенциальной жизни (ПГПЖ) от болезней системы кровообращения (БСК) экономически активного населения России в 2013-2019 гг.

Материал и методы. ПГПЖ рассчитывали по методу, используемому в отчетах "Глобальное бремя болезней", в возрасте 15-72 года, за 2013-2019 гг. Необходимые данные получены из годовых отчетов Росстата. Не стандартизованный ПГПЖ рассчитывали по формуле: $YPLL = \sum D_i \times a_i$; D_i — абсолютное число умерших в возрастном интервале i ; a_i — недожитые годы. Расчёт проведен в отношении всех причин смерти, отдельно для БСК, ишемических болезней сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), цереброваскулярных болезней, кровоизлияний и инсультов, других БСК.

Результаты. В 2013-2019 гг. отмечается уменьшение ПГПЖ от всех причин, включая БСК. В 2013 г. ПГПЖ составили 14918,7 лет на 100 тыс. экономически активного населения, в 2019 г. — 12199,9 лет; при БСК 4471,6 и 3748,1 лет, соответственно. ПГПЖ от ИБС снизился на 21,5%, от ИМ — на 23,9%, от кровоизлияний и инсультов на 17%. Темп снижения ПГПЖ в 2014 г. по сравнению с 2013 г. составил 0,9%. Далее темп снижения возрастал, достигнув максимума 7,6% в 2017 г. по сравнению с 2016 г. Различия в ПГПЖ от всех причин и БСК между мужчинами и женщинами почти трёхкратные, при ИМ (4,4 раза), при ИБС (3,8 раза). Вклад БСК в структуру ПГПЖ от всех причин составлял максимально 30,8% в 2018 г. Вклад ИБС в структуру ПГПЖ от БСК снизился с 48,0% в 2013 г. до 44,9% в 2019 г. Вклад ИМ в ПГПЖ от БСК у мужчин (в 2019 г. по 8%) меньше вклада алкогольной и неуточненной кардиомиопатии (13,6%), а у женщин 5,6% и 11,4%, соответственно. Данные о смертях при пороках сердца отсутствуют.

Заключение. Изменение показателей ПГПЖ от отдельных причин, входящих в класс БСК, происходит неравномерно (по годам и полу). ИМ, смертность от которого является одним из ключевых показателей целевых программ снижения смертности, оказывает меньшее влияние на уровень ПГПЖ, чем кардиомиопатии, включая алкогольную. Для снижения смертности и ПГПЖ в экономически активном возрасте необходима коррекция целевых программ.

Ключевые слова: потерянные годы потенциальной жизни, болезни системы кровообращения, инфаркт миокарда, алкогольная кардиомиопатия.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва; ²ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Минздрава России, Москва, Россия.

Самородская И. В. — г.н.с., д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-9320-1503, Семёнов В. Ю.* — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-0278-5652.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): semenov.opora@gmail.com

БСК — болезни системы кровообращения, ВВП — валовой внутренний продукт, ИБС — ишемические болезни сердца, ИМ — инфаркт миокарда, КМП — кардиомиопатия, ППС — первоначальная причина смерти, ПГПЖ — потерянные годы потенциальной жизни, РФ — Российская Федерация, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ЦВБ — цереброваскулярные болезни.

Рукопись получена 26.10.2020

Рецензия получена 20.11.2020

Принята к публикации 05.12.2020



Для цитирования: Самородская И. В., Семёнов В. Ю. Потерянные годы потенциальной жизни от болезней системы кровообращения экономически активного населения Российской Федерации в 2013-2019 годах. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(5):4161. doi:10.15829/1560-4071-2021-4161

Years of potential life lost from cardiovascular diseases of the economically active Russian population in 2013-2019

Samorodskaya I. V.¹, Semenov V. Yu.²

Aim. To analyze the changes in years of potential life lost (YPLL) from cardiovascular diseases (CVDs) of the economically active Russian population in 2013-2019.

Material and methods. YPLL was estimated according to the Global Burden of Disease reports at the age of 15-72 years for 2013-2019. The required data were obtained from the annual reports of Federal State Statistics Service. Non-standardized YPLL was estimated using the following equation: $YPLL = \sum D_i \times a_i$, where D_i is the absolute number of deaths at age i , a_i — years not lived. The calculation was carried out for all-cause mortality and separately for CVDs (coronary artery disease (CAD), myocardial infarction (MI), cerebrovascular diseases, bleeding and strokes, and other CVDs).

Results. In 2013-2019, there is a decrease in YPLL from all causes, including CVDs. In 2013, YPLL amounted to 14,918,7 years per 100,000 economically active population, while in 2019 — 12199,9 years; from CVDs — 4471,6 and 3748,1 years, respectively. YPLL from CAD decreased by 21,5%, from MI — by 23,9%, from bleeding and strokes — by 17%. The rate of YPLL decline in 2014 compared to 2013 was 0,9%. Further, the rate of decline increased, reaching a maximum of 7,6% in 2017 compared to 2016. The differences in YPLL from all causes and CVDs between men and women are almost threefold, as well as from MI and CAD — 4,4 and 3,8 times, respectively. The contribution of CVDs to YPLL from all causes

amounted to a maximum of 30,8% in 2018. The contribution of CAD to YPLL from CVDs decreased from 48,0% in 2013 to 44,9% in 2019. The contribution of MI to YPLL from CVDs in men (in 2019, 8%) is less than the contribution of alcoholic and unspecified cardiomyopathy (13,6%), while in women — 5,6% and 11,4%, respectively. There are no data on deaths from heart defects.

Conclusion. The change in the YPLL from specific CVD causes occurs unevenly (by year and sex). MI, deaths from which is one of the key parameters of targeted mortality reduction programs, has a smaller effect on the YPLL level than cardiomyopathy, including alcoholic. To reduce mortality and YPLL at the economically active age, it is necessary to correct target programs.

Keywords: years of potential life lost, cardiovascular diseases, myocardial infarction, alcoholic cardiomyopathy.

Relationships and Activities: none.

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow;

²A. N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery, Moscow, Russia.

Samorodskaya I. V. ORCID: 0000-0001-9320-1503, Semenov V. Yu. * ORCID: 0000-0002-0278-5652.

*Corresponding author: semenov.opora@gmail.com

Received: 26.10.2020 Revision Received: 20.11.2020 Accepted: 05.12.2020

For citation: Samorodskaya I. V., Semenov V. Yu. Years of potential life lost from cardiovascular diseases of the economically active Russian population in 2013-2019. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(5):4161. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4161

В течение последних 30 лет в мире всё больше используется показатель “потерянные годы потенциальной жизни” (ПГПЖ), который, как и показатель смертности, позволяет оценить потери здоровья населения [1]. Но в отличие от коэффициента смертности, который констатирует число умерших в расчете на численность населения, ПГПЖ позволяет учесть возраст умерших.

Международные сравнения данных 195 стран за 1990-2017гг показывают, что во многих странах (Японии, Франции, Канаде, Великобритании, Китае, Мексике, Аргентине и др.) ПГПЖ постоянно снижаются. При этом в ряде стран (Россия, Украина, США и др.) нет устойчивой динамики [2]. Например, в Японии показатель ПГПЖ постоянно снижался с 10518,0 в 1990г до 6346,6 в 2017г (минимальный в мире уровень), во Франции с 13669,0 до 7646,5, в Великобритании с 14551,4 до 8781,4, соответственно. В Российской Федерации (РФ) показатели составляли 25557,6, 33836,8, 28028,7, 20766,1.

Анализ ПГПЖ среди лиц трудоспособного возраста позволяет оценить потери для экономики страны и может являться основой для проведения экономического обоснования эффективности мер по снижению смертности от конкретных заболеваний [3]. Это особенно актуально для системы здравоохранения России при современных подходах к её финансированию.

В России выполняются исследования по оценке показателей смертности и ПГПЖ, но их результаты практически не находят применения. Следует отметить, что авторы различных исследований использовали разные подходы к оценке ПГПЖ: отдельные заболевания, классы заболеваний; разные возрастные группы и т.д.

Наибольшие потери ПГПЖ в возрасте 0-86 лет в РФ обусловлены ишемической болезнью сердца (ИБС) — 11402, острыми нарушениями мозгового кровообращения — 6189, дорожно-транспортными происшествиями — 1431 на 100 тыс. населения. В экономически развитых странах первые три места по величине ПГПЖ занимают ИБС, рак лёгких и острые нарушения мозгового кровообращения [4].

ПГПЖ от болезней системы кровообращения (БСК) в РФ в 2010г в абсолютном выражении составили у мужчин от 7593 в Республике Ингушетия до 444406 в Московской области (в Москве — 422408), у женщин от 2735 в Республике Ингушетия до 116382 в Москве (в Московской области — 98709). ПГПЖ привели к недополучению валового регионального продукта от 21,7% в Чукотском АО до 7,4% в Москве [5].

В 2016г экономический ущерб от БСК в России составил 3,2% валового внутреннего продукта (ВВП), >90% потерь обусловлены смертями в экономически активном возрасте [6].

Цель: анализ динамики потерянных лет потенциальной жизни от БСК экономически активного населения России в 2013-2019гг.

Материал и методы

ПГПЖ рассчитывали на основе метода, используемого в отчетах “Глобальное бремя болезней” (Global Burden of Disease) [7]. Оценка потерянных лет жизни выполнена в возрастном интервале 15-72 года. Согласно определению Международной организации труда, население в возрасте 15-72 года относится к экономически активному возрасту. Федеральная служба государственной статистики рассчитывает численность безработных в процентах как отношение численности безработных к численности экономически активного населения (занятых и безработных) в возрасте 15-72 лет соответствующего возраста согласно “Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения” (утверждена приказом Минэкономразвития России, Минздравсоцразвития России, Минфина России, Росстата от 10.04.2012 № 192/323н/45н/113). В исследовании не применяли метод стандартизации, т.к. не проводилось сравнение ПГПЖ по странам и регионам, когда требуется один из применяемых в мире стандартов. Использован нестандартизованный показатель, т.к. он наиболее точно отражает вклад каждой причины в структуру смерти популяции.

Источником информации о числе умерших и численности населения служили представленные по запросу годовые отчеты Росстата, содержащие статистические формы С41 “Смерти по полу и однолетним возрастным группам”. На основании полученных данных за 2013-2019гг определены ПГПЖ по формуле: $ПГПЖ = \sum D_i \times a_i$, где: D_i — абсолютное число умерших в возрастном интервале i , a_i — недожитые годы, с последующим расчетом на 100 тыс. населения 15-72 года. Расчёт проведен в отношении всех причин смерти, а также отдельно для БСК, ИБС, инфаркт миокарда (ИМ), цереброваскулярные болезни (ЦВБ), кровоизлияния и инсульты, другие БСК (кроме ИБС и ЦВБ, в т.ч. алкогольной кардиомиопатии (КМП)). Расчёт выполнен с помощью программного обеспечения (номер государственной регистрации программы для ЭВМ 216661114).

Таблица 1

Динамика ПГПЖ (15-72 года, все население)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Все причины	14918,7	14778,8	14414,6	13763,8	12712,9	12566,2	12199,9
БСК	4471,6	4353,3	4234,9	4122,1	3871,9	3871,8	3748,1
ИБС	2144,1	2044,4	1968,2	1905,9	1778,8	1771,5	1682,9
В т.ч. инфаркт миокарда	359,8	348,3	338,4	332,8	303,1	296,9	273,8
Другие формы острой ИБС	568,1	524,1	452,6	389,5	341,8	365,1	347,7
ЦВБ	945,4	922,2	914,8	895,4	849,8	843,3	813,7
В т.ч. кровоизлияния и инсульты	778,6	754,7	749,7	728,6	685,6	673,6	642,9
Другие БСК	1382,0	1386,7	1352,0	1320,8	1243,3	1256,9	1251,5
В том числе:							
Алкогольная КМП	367,9	378,6	369,6	353,8	284,1	275,4	287,1
КМП неуточненная	255,0	235,9	207,4	198,0	212,2	194,6	172,1

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ИБС — ишемические болезни сердца, КМП — кардиомиопатия, ЦВБ — цереброваскулярные болезни.

Таблица 2

Динамика ПГПЖ (15-72 года, мужчины)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Все причины	17624,3	17374,1	16759,1	15941,9	14627,5	14391,6	13922,2
БСК	5305,6	5152,0	4988,6	4873,8	4571,6	4574,6	4408,4
ИБС	2678,3	2550,6	2444,1	2366,9	2206,8	2190,2	2073,4
В т.ч. инфаркт миокарда	464,5	445,1	432,4	428,5	388,8	378,4	349,5
Другие формы острой ИБС	723,3	669,2	574,1	497,2	436,7	465,3	438,7
ЦВБ	1006,1	979,3	973,2	961,0	912,2	907,9	878,5
В т.ч. кровоизлияния и инсульты	831,8	804,0	800,7	784,5	737,2	729,9	696,5
Другие БСК	1621,2	1622,1	1571,3	1546,0	1452,5	1476,5	1456,6
В том числе:							
Алкогольная КМП	458,3	464,8	445,3	433,8	348,0	429,5	350,2
КМП неуточненная	304,6	282,3	247,3	238,6	257,0	235,7	205,7

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ИБС — ишемические болезни сердца, КМП — кардиомиопатия, ЦВБ — цереброваскулярные болезни.

Таблица 3

Динамика ПГПЖ (15-72 года, женщины)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Все причины	5834,8	5766,7	5765,3	5558,4	5219,6	5197,0	5042,1
БСК	1728,8	1668,9	1637,3	1577,9	1487,9	1478,5	1434,3
ИБС	712,3	669,6	651,5	630,8	590,5	591,6	561,8
Инфаркт миокарда	106,5	104,9	101,4	96,9	89,5	89,3	80,8
Другие формы острой ИБС	176,8	158,3	139,3	117,2	102,4	109,7	107,0
ЦВБ	466,1	451,1	444,6	427,9	406,2	399,4	380,1
Кровоизлияния и инсульты	381,0	367,0	361,7	346,0	326,5	314,8	298,1
Другие БСК	550,5	548,2	541,3	519,3	491,2	487,5	492,3
В том числе:							
Алкогольная КМП	123,3	122,2	122,0	121,9	97,5	98,8	98,9
КМП неуточненная	96,8	87,7	77,5	71,9	75,9	69,3	63,0

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ИБС — ишемические болезни сердца, КМП — кардиомиопатия, ЦВБ — цереброваскулярные болезни.

Результаты

Как видно из таблиц 1-3, в динамике отмечается уменьшение показателя ПГПЖ как от всех причин, так и от БСК. Если в 2013г ПГПЖ составили почти

15 тыс. лет на 100 тыс. экономически активного населения, то в 2019г — 12,2 тыс. лет, а при БСК 4,5 тыс. и 3,75 тыс. лет, соответственно. То есть ПГПЖ от всех причин снизились на 18,2%, а от БСК — на

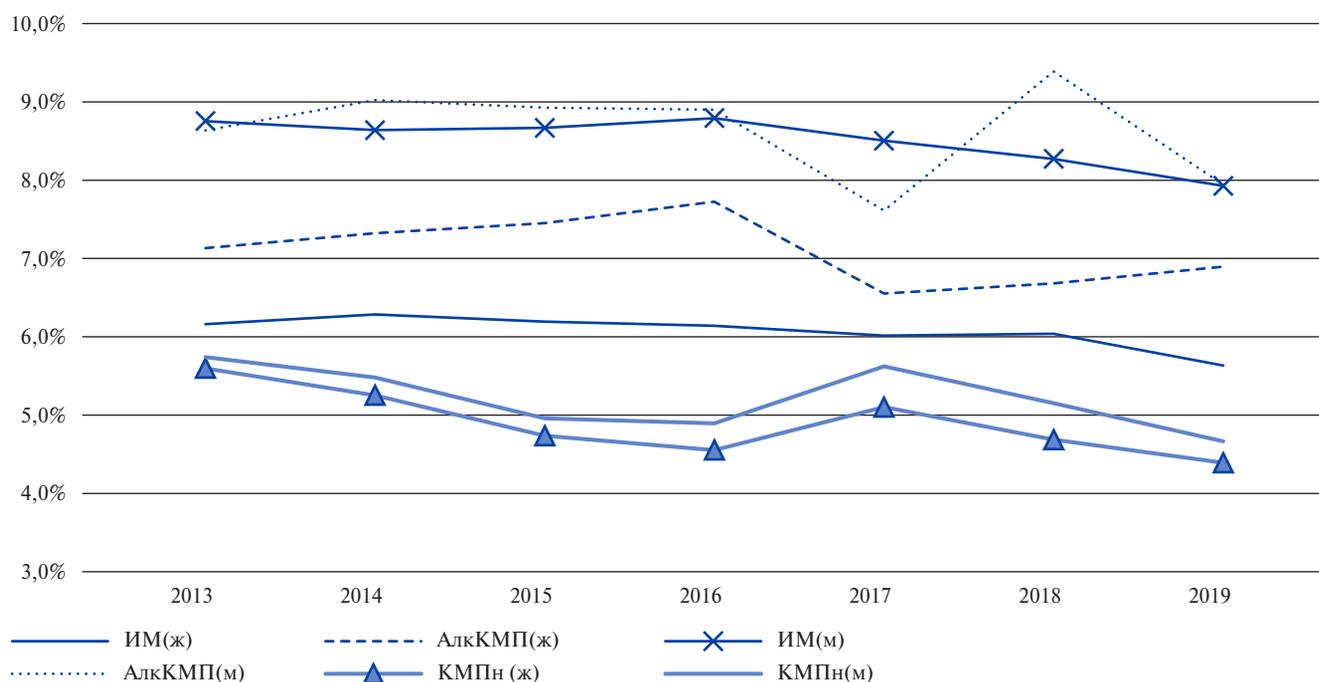


Рис. 1. ПГПЖ от ИМ, алкогольной и неуточненной КМП среди мужского и женского населения в возрасте 15-72 года.

Сокращения: АлкКМП — алкогольная кардиомиопатия, ж — женщины, ИМ — инфаркт миокарда, КМПн — кардиомиопатия неуточненная, м — мужчины.

16,2%. При этом ПГПЖ от ИБС снизились на 21,5%, от ИМ — на 23,9%.

Наиболее значимая разница в ПГПЖ между мужчинами и женщинами отмечена при ИМ (4,2-4,4 раза в разные годы) и при ИБС (3,7-3,8 раза), наименьшие — при ЦВБ, кровоизлияниях и инсультах (2,2-2,3 раза). В 2019г по сравнению с 2013г различия при ИМ и ИБС несколько уменьшились, а при ЦВБ и кровоизлияниях и инсультах возросли.

Вклад БСК в структуру ПГПЖ от всех причин составлял от минимального 29,4% в 2015г до максимального 30,8% в 2018г (у мужчин минимум 29,7% в 2014г, максимум 31,8% в 2018г; у женщин 28,4% в 2015, 2016, 2019гг и 29,6% в 2013г).

Вклад ИБС в структуру ПГПЖ от БСК постепенно снижался с 48,0% в 2013г до 44,9% в 2019г (у мужчин с 50,5% до 47,0%, у женщин с 41,2% до 39,2%, соответственно, с небольшими изменениями в течение изучаемого периода).

Вклад ЦВБ возрос с 21,1% в 2013г до 21,9% в 2017г с последующим незначительным снижением до 21,7% в 2019г (у мужчин 19,0% в 2013г, максимум 20,0% в 2017г и 19,9% в 2019г; у женщин 27,0% в 2013 и 2014гг; 27,3% в 2017г и снижение до 26,4% в 2019г).

Несмотря на значительно более высокие ПГПЖ среди мужчин, чем среди женщин как от ИБС, так и ЦВБ, вклад этих двух групп причин в ПГПЖ существенно различался. У мужчин в 2013г ИБС составляли 50,5%, у женщин 41,2%. В то же время доля ЦВБ была выше у женщин (27,0%), чем у мужчин (19,0%). К 2019г различия несколько снизились до 8 процентных пунк-

тов при ИБС (47,0% и 39,2%, соответственно) и 6,6 процентных пунктов при ЦВБ (19,9% и 26,5%).

Вклад ИМ в ПГПЖ от ИБС у мужчин (17,3%) был на 16,1% выше, чем у женщин (14,9%) в 2013г, увеличившись до 17,4% в 2019г (16,9% вклад ИМ в ПГПЖ от ИБС у мужчин и 14,4% у женщин). Показатели ПГПЖ от других острых форм ИБС (как и вклад ПГПЖ от этой причины) превышают показатели ПГПЖ от ИМ у мужчин в 2013г — 27,0%; у женщин 24,8%, в 2019г, соответственно, 21,2% и 19%.

Менее значимые различия отмечаются по вкладу кровоизлияний и инсультов в ПГПЖ от ЦВБ: 82,7% и 81,8% в 2013г и 79,3% и 78,4% в 2019г, соответственно (0,9 процентных пункта в оба года).

Обращает внимание, что доля ПГПЖ от ИМ в структуре БСК у мужчин практически равна доле от алкогольной КМП, а с учетом КМП неуточненных превышает ее (рис. 1). У женщин уровень ПГПЖ и вклад алкогольной КМП в ПГПЖ от БСК превышает показатели ПГПЖ от ИМ. Роль алкогольной КМП в смертности населения требует специального изучения и разработки специальных мероприятий в региональных программах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Следует отметить, что в 2014г по сравнению с 2013г темп снижения ПГПЖ был незначительным (0,9% для обоих полов по всем причинам). В последующие годы темп снижения по отношению к предыдущему году резко возрос до 7,6%(!) в 2017г (табл. 4). В 2018г темп снижения показателя ПГПЖ от всех причин вновь резко снизился до 1,2% с некоторым ростом в 2019г

Таблица 4

Динамика изменений показателя ПГПЖ по отношению к предыдущему году и нарастающим итогом (в %)

Причина	Год	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 по отношению к 2013
Все причины		-0,9	-2,5	-4,5	-7,6	-1,2	-2,9	-18,2
БСК		-2,6	-2,7	-2,7	-6,1	0	-3,2	-16,2
ИБС		-4,7	-3,7	-3,2	-6,7	-0,4	-5,0	-21,5
Инфаркт миокарда		-3,2	-2,8	-1,0	-8,9	-2,0	-7,8	-23,9
Другие формы острой ИБС		-7,7	-13,6	-13,9	-12,3	+6,8	-4,8	-38,8
ЦВБ		-2,5	-0,8	-2,1	-5,1	-0,8	-3,5	-13,9
Кровоизлияния и инсульты		-3,1	-0,7	-2,8	-5,9	-1,8	-4,6	-17,4
Другие БСК		-0,3	-2,5	-2,3	-5,9	-1,1	-0,4	-9,4
Алкогольная КМП		+2,9	-2,4	-4,3	-19,7	-3,1	+4,2	-22
КМП неуточненная		-7,5	-12,1	-4,5	+7,2	-8,3	-11,6	-22,5

Сокращения: БСК — болезни системы кровообращения, ИБС — ишемические болезни сердца, КМП — кардиомиопатия, ЦВБ — цереброваскулярные болезни.

до 2,9%. Динамика показателя ПГПЖ от БСК была несколько иной: более выраженное снижение в 2014г по сравнению с 2013г и менее выраженное уменьшение в 2017г. В 2018г показатель ПГПЖ не изменился по сравнению с 2017г. Темп снижения уровня ПГПЖ от ИБС и ИМ в 2014г был более выраженным, однако в дальнейшем в отличие от всех причин и БСК он снизился и вновь резко возрос в 2017г. Обращает внимание диспропорциональное снижение ПГПЖ от ИМ и от других острых форм ИБС (табл. 4).

Наиболее значимое сокращение показателя ПГПЖ за весь исследуемый период отмечено у мужчин при ИМ — на 24,8% в 2019г по сравнению с 2013г. Среди одногодичных периодов сравнения самое выраженное снижение отмечено у женщин от ИМ — на 9,5% в 2019г по сравнению с 2018г.

Обсуждение

Продолжительность жизни и смертность населения во многом зависят от уровня экономического развития страны. На уровень смертности также оказывают влияние экономические кризисы, но в меньшей степени и в зависимости от его глубины. Так, в России кризисы 2008-2014гг не оказали негативного влияния на показатели смертности от всех причин, за исключением увеличения смертности от причин, ассоциированных с употреблением наркотиков и алкоголя [8]. ВВП России снизился в долларовом выражении с 2289,244 млрд долл. в 2013г до 1610,381 млрд долл. в 2019г, а начиная с 2014г уровень доходов населения в РФ постоянно снижался вплоть до 2018г [9, 10]. Тем не менее, показатель ПГПЖ в течение 2013-2019гг снижался, особенно выражено с 2014 по 2017г. Создается впечатление, что экономический кризис в РФ, сокращение ВВП и падение доходов населения не повлияли на тренд к снижению уровня ПГПЖ. Но такое несоответствие требует специального изучения.

В целом влияние БСК на ПГПЖ менее выражено по сравнению с влиянием на показатели смертности

населения 15-72 года: БСК в ПГПЖ в 2013 и 2019гг — 30,0% и 30,7%; смертность от БСК — 40,6% и 39,5%, соответственно. Причина в том, что БСК страдают преимущественно лица старшего возраста, что снижает вклад БСК в уровень ПГПЖ. И именно поэтому важно оценивать не только показатели смертности, но и ПГПЖ с целью выявления тех причин, которые наиболее значимы в относительно молодых возрастах.

Динамика разных показателей ПГПЖ в конкретные годы может быть связана с различными причинами. Например, в рассматриваемый период в большинстве субъектов РФ реализовывались региональные программы борьбы с ССЗ, которые также, видимо, сказались на показателях ПГПЖ от БСК. Весь 2018г органы управления здравоохранением и профильные главные внештатные специалисты всех субъектов РФ были заняты разработкой и согласованием с Минздравом России Паспортов региональных проектов и региональных программ борьбы с ССЗ в рамках реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Видимо, это отвлекло их внимание от текущей работы, что привело к снижению темпов уменьшения показателей ПГПЖ в 2018г по сравнению с 2017г, тогда как именно 2017г был годом наиболее интенсивного сокращения потерь потенциальной жизни россиян.

Практически все государственные Программы борьбы с ССЗ и клинические рекомендации для врачей акцентируют внимание врачей на профилактику развития атеросклеротических сердечно-сосудистых событий, в первую очередь ИМ и инфаркта мозга. Однако, как свидетельствуют представленные данные, их доля в структуре смертности и ПГПЖ в экономически активном возрасте не является лидирующей. Подавляющее число случаев смертей от ИБС — это случаи смерти, не связанные с ИМ. С одной стороны, такие результаты могут свидетельствовать об эффективности борьбы с факторами риска развития БСК и их осложнений, широким исполь-

зованием высокотехнологических методов лечения. С другой стороны, в экономически активном возрасте в структуре ПППЖ преобладают другие причины (алкогольная и другие КМП, пороки сердца, миокардиты). Так, на основе анализа первоначальной причины смерти (ППС) в России за период 1960-2010гг указано, что более четверти смертей 15-29-летних и почти половина 30-59-летних обусловлены алкогольной КМП (код МКБ-10 I42.6), и не менее четверти потерь трудоспособного населения — неуточненной КМП (код МКБ-10 I42.9) [3].

Безусловно, существуют проблема с определением ППС в соответствии с правилами МКБ и последующим кодированием. Нельзя исключить гиподиагностику ИМ или кодирование случая смерти как “другие острые формы ИБС” в целях недопущения увеличения смертей от ИМ. С другой стороны, такая причина, как “другие острые формы ИБС”, может свидетельствовать об алкоголь-ассоциированной ППС, и это требует дальнейшего тщательного изучения, поскольку от этого зависит формирование государственной политики и программ по снижению смертности. О влиянии процесса кодирования может свидетельствовать диспропорциональные изменения ПППЖ от ИМ, “других острых форм ИБС” и КМП. Вполне вероятно, что этот факт был замечен контролирующими органами, т.к. в 2018г снижение ПППЖ регистрировалось как от ИМ, так и от других острых форм ИБС, но увеличился показатель ПППЖ от алкогольной КМП.

С нашей точки зрения следует полностью согласиться с позицией канадских исследователей с необходимостью мониторинга ПППЖ и более тесного увязывания с программами и инициативами, направленными на укрепление здоровья и профилактику хронических заболеваний [11].

Ограничения исследования. Основными ограничениями исследования являются 1) наличие в МКБ-10 наименований причин смерти, которые отсутствуют

в качестве клинического диагноза (“атеросклероз”, “атеросклеротическая болезнь сердца”, “хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная” и т.д.); 2) наличие в Краткой номенклатуре причин смерти Росстата групп причин, объединяющих несколько кодов МКБ (например, пороки сердца объединены с миокардитами, перикардитами, частично с кодами сердечной недостаточности). Это также ограничивает возможности корректного сопоставления данных и принятия обоснованных управленческих решений: в региональных программах борьбы с ССЗ практически отсутствуют задачи по организации медицинской помощи этим категориям больных, которая существенным образом отличается от лечения атеросклеротических заболеваний.

Заключение

Изменение показателей ПППЖ от отдельных причин происходит неравномерно (по годам, причинам и полу). На протяжении 2013-2019гг показатели ПППЖ в экономически активном возрасте среди мужчин значительно превышают ПППЖ среди женщин. Существенную роль (более значимую, чем ИМ) в ПППЖ и у мужчин, и у женщин играет алкогольная и неуточненная КМП; другие острые формы ИБС, что требует дополнительных исследований, основанных на регистрах и обезличенных персонифицированных данных о случаях смерти. Кроме того, данные Росстата не содержат информации о смертности от патологии клапанов сердца, которая существенно влияет на смертность в относительно молодых возрастах. Наличие программ, направленных на снижение смертности от указанных причин, может оказать существенный вклад в снижение ПППЖ.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Egunsola O, Raubenheimer J, Buckley N. Variability in the burden of disease estimates with or without age weighting and discounting: A methodological study. *BMJ Open*. 2019;9:e027825. doi:10.1136/bmjopen-2018-027825.
- GBD Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Ivanova AE, Golovenkin SE, Suldin SA. Preventable health loss associated with myocardial infarction. *Socialnie aspekty zdoroviya naseleniya*. 2013;33(5). (In Russ.) Иванова А.Е., Головенкин С.Е., Сульдин С.А. Предотвратимость потерь здоровья при инфаркте миокарда. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2013;33(5). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/504/30/lang,ru/>.
- <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- Korobitsyn BA, Kuklin AA, Nikulina NL. Damage of main mortality causes for the Russian Federation regions and evaluation of the priorities in life expectancy increase. *Narodonaselenie*. 2014;3(65):42-56. (In Russ.) Коробицын Б.А., Куклин А.А., Никулина Н.Л. Ущерб от основных причин смертности для субъектов Российской Федерации и оценка приоритетов по увеличению продолжительности жизни. *Народонаселение*. 2014;3(65):42-56.
- Synkova M, Synkov M, Isakov L, et al. Potential Years of Life Lost accordingly to premature death from acute coronary syndrome. *Vrach*. 2019;30(1):32-5. (In Russ.) Синькова М., Синьков М., Исаков Л. и др. Потерянные годы потенциальной жизни при преждевременной смерти от острого коронарного синдрома. *Врач*. 2019;30(1):32-5. doi:10.29296/25877305-2019-01-05.
- Protocol for the global burden of diseases, injuries, and risk factors study (GBD). http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/March2020_GBD%20Protocol_v4.pdf.
- Semenov VY, Samorodskaya IV, Drapkin OM. Comparison of death rates due to three groups of causes in the Russian Federation during the 2014-2016 economic crisis. *Profylakticheskaya meditsina*. 2019;22(2):25-31. (In Russ.) Семёнов В.Ю., Самородская И.В., Драпкина О.М. Сравнение показателей смертности от трёх групп причин в Российской Федерации в условиях экономического кризиса 2014-2016 годов. *Профилактическая медицина*. 2019;22(2):25-31. doi:10.17116/profmed20192202125.
- Russia's GDP by year: 1991-2020. (In Russ.) ВВП России по годам: 1991 — 2020. <http://global-finances.ru/vvp-rossii-po-godam/>.
- Gordievich TI, Ruzanov PV. Standard of living and dynamics of population's income. *Omskiy nauchniy vestnik. Seria Obschestvo. Istoriya. Sovremennost'*. 2020;5(1):127-33. (In Russ.) Гордиевич Т.И., Рузанов П.В. Уровень жизни и динамика доходов населения. *Омский научный вестник. Серия Общество. История. Современность*. 2020;5(1):127-33. doi:10.25206/2542-0488-2020-5-1-127-135.
- Maximova K, Rozen S, Springett J, Stachenko S. The use of potential years of life lost for monitoring premature mortality from chronic diseases: Canadian perspectives. *Can J Public Health*. 2016;107(2):e202-e204. doi:10.17269/cjph.107.5261.