

СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В РОССИИ И В СТРАНАХ ОЭСР: ОЦЕНКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ ПОТЕРЬ И УСЛОВИЯ ИХ СНИЖЕНИЯ

© В. В. Юмагузин*, М. В. Винник

Институт демографии, Национальный исследовательский университет –
«Высшая школа экономики»
Россия, 101000 г. Москва, ул. Мясницкая, 20.

Тел.: +7 (495) 772 95 90.

*Email: vyumaguzin@hse.ru

В статье представлен анализ демографических потерь от основных классов причин смерти в России, Республике Башкортостан и в странах ОЭСР. На основе анализа чисел умерших, а также потерянных лет потенциальной жизни (ПППЖ) показано место внешних причин в структуре общей смертности в этих регионах. Если число умерших от внешних причин до возраста 70 лет у обоих полов в период 1992–2012 гг. занимало второе место, а число смертей во всех возрастах переместилось на третье место с 2006 г., то величина ПППЖ до возраста 70 лет, по крайней мере, с 1990 г. всегда была наибольшей. Приведены особенности расчета показателя ПППЖ согласно методологии Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Рассмотрены основные условия снижения смертности от внешних причин: формирование витального поведения у населения, создание безопасной окружающей среды, увеличение финансирования системы здравоохранения. Также в работе показаны аналитические возможности Матрицы Хэддона в классификации и ограничении основных факторов риска смерти от внешних причин на примере самоубийств.

Ключевые слова: внешние причины смерти, смертность в России, потерянные годы потенциальной жизни, Матрица Хэддона, самоубийства.

Введение

В России существующие приоритеты в системе здравоохранения формируются исходя из общего числа смертей от того или иного класса болезней. Поскольку число смертей от болезней системы кровообращения, новообразований выше, чем число смертей от внешних причин, то основные усилия государства направлены на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и рака: строятся современные кардиологические и онкологические центры, ежегодно проводятся крупные конференции и симпозиумы по данным вопросам и т.д. В то же время потери лет потенциальной жизни в возрасте до 70 лет от внешних причин, наоборот, оказываются наибольшими в связи с ранним возрастом смерти от этих причин, а потери лет потенциальной жизни от болезней системы кровообращения и новообразований – гораздо ниже ввиду их более высокого среднего возраста смерти. Однако даже в существующих направлениях по снижению смертности от внешних причин не хватает системного подхода. С одной стороны, среди всех внешних причин в качестве приоритетных выступают в основном задачи снижения смертности от дорожно-транспортного травматизма [9], а с другой стороны, многие меры направлены на снижение последствий внешних воздействий, а не на их профилактику и ограничение.

Цель

Сфокусировать внимание общества на проблеме смертности от внешних причин: показать, что преждевременные потери в годах потенциальной жизни от смертности от внешних причин наибольшие, и предложить меры по снижению этой смертности.

Методы

Ограничение и контроль факторов риска смерти в развитых странах привели к пониманию, что смерти могут быть предотвратимы. Так, появились понятия «предотвратимая» и «преждевременная» смертность. Смерть считается преждевременной, если она наступила до определенного возраста, сначала такой предельный возраст принимали за 65 лет, впоследствии, с ростом ожидаемой продолжительности жизни граница

преждевременной смертности также увеличивалась, и сейчас некоторые развитые страны в качестве предельного возраста считают 75 лет. В нашей работе, как и в методологии Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), мы будем принимать его за 70 лет. На оценке этого возрастного порога основан расчет показателя потерянных лет потенциальной жизни (ПППЖ) (англ. Potential Years of Life Lost, PYLL). ПППЖ показывает число лет, которое можно было бы прожить гипотетически до определенного возраста (например, 70 лет), если бы удалось избежать смертности от какой-либо причины до достижения указанного возраста. Его расчет сводится к тому, что число умерших до возраста 70 лет умножается на количество не дожитых до этого возрастного порога лет:

$$\text{ПППЖ} = \sum_i D_i \cdot a_i$$

где D_i – число умерших в возрастном интервале i ,
 a_i – недожитые годы в возрастном интервале i .

При этом

$$a_i = T - \bar{x}_i$$

где T – верхний предельный возраст до которого рассчитывается дожитие, в нашем случае равный 70 годам, \bar{x} – середина соответствующего интервала i , в пятилетних возрастных интервалах $\bar{x}_i=2.5$, в возрасте 1–4 года $\bar{x}_i = 2$, в возрасте до 1 года $\bar{x}_i=0.5$ при допущении, что числа умерших в этих возрастных интервалах распределены равномерно

Поскольку показатель ПППЖ зависит от половозрастной структуры населения, то для корректного международного сравнения и анализа динамических трендов необходимо использовать коэффициент ПППЖ, стандартизованный по возрасту. Стандартизация прямым способом выражается формулой:

$$\text{ПППЖ}_t = \sum_{x=0}^{T-1} (T-x) \cdot (d_{xt}/p_{xt}) \cdot (P_x/P_n) \cdot 100000$$

где x – возраст смерти,

d_{xt} – число умерших в возрасте x в изучаемой территории,

p_{xt} – численность изучаемой популяции в возрасте x в период t ,

Таблица 1

Стандарт населения ОЭСР			
Возраст	Стандарт населения ОЭСР по [7]	Возраст	Стандарт населения ОЭСР 2010 по [17]
0	0.017543	0	0.0128
1–4	0.068298	1–4	0.0504
5–9	0.087394	5–9	0.0616
10–14	0.089710	10–14	0.0620
15–19	0.092488	15–19	0.0662
20–24	0.088596	20–24	0.0677
25–29	0.084409	25–29	0.0701
30–34	0.082379	30–34	0.0694
35–39	0.068138	35–39	0.0717
40–44	0.063002	40–44	0.0710
45–49	0.060101	45–49	0.0711
50–54	0.059007	50–54	0.0660
55–59	0.054918	55–59	0.0598
60–64	0.042070	60–64	0.0540
65–69	0.041947	65–69	0.0421
Всего	1.000000	70–74	0.0358
		75–79	0.0288
		80–84	0.0213
		85+	0.0182
		Всего	1.0000

P_x – численность стандартной популяции в возрасте x .

При этом P_n определяют по-разному:

Так, согласно документу «Методические рекомендации...» – это численность стандартной популяции в возрасте до 70 лет [7], поэтому стандарт населения ОЭСР (P_x/P_n , или доля населения возрастных групп в численности населения) в этом документе отличается от стандарта населения ОЭСР, применяемого для расчета ПГПЖ по методологии самой ОЭСР [17] (табл. 1). В нашей работе мы будем использовать методологию ОЭСР, поэтому обозначим в качестве P_n численность стандартной популяции во всех возрастах [17].

Стоит отметить, что в дальнейших расчетах ОЭСР не приводит к единице население в возрасте до 70 лет, а использует доли, приведенные в табл. 1.

Далее в статье под ПГПЖ будет пониматься стандартизованный по возрасту коэффициент ПГПЖ.

Результаты и их обсуждение

Недооценка демографических потерь от смертности от внешних причин при анализе чисел умерших

В докладах ООН [5, 12], Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) [13], ВОЗ [2, 3, 14, 18], Всемирного банка [10] отмечается, что опыт развитых стран свидетельствует о том, что воздействие внешних причин можно предотвратить и ограничить, и поэтому такие воздействия не являются случайностью. Так, в процессе установления контроля над внешними причинами в развитых странах, смерти от них все более перераспределяются в сторону старших возрастов. В то же время в России и в Республике Башкортостан (РБ) в частности смертность от этих причин характерна для мужчин и женщин в трудоспособных возрастах и поэтому обуславливает наибольшие потери лет потенциальной жизни в возрасте до 70 лет (табл. 2). Важно отметить, что те классы болезней, или конкретные заболевания, которые приводят к наибольшим потерям в показателе человеко-лет, должны обозначаться как приоритетные. К этой категории в первую очередь относится XX класс «Внешние причины заболеваемости и смертности»

Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

И в РБ, и в среднем по России потери от преждевременной смертности от внешних причин в терминах ПГПЖ наибольшие, а у мужчин в РБ превышают даже суммарные потери от болезней системы кровообращения и новообразований. В то же время, распределение чисел умерших в возрасте до 70 лет отодвигает внешние причины смерти в России и РБ на второе место у мужчин, и на третье – у женщин (табл. 3). Если в России в 2012 г. доля внешних причин в структуре ПГПЖ составляла 32.5% у мужчин и 21.1% у женщин, то в структуре смертности – только 23% и 13% соответственно. Наоборот, доля болезней системы кровообращения в структуре ПГПЖ составляла 27.7% и 23% у мужчин и женщин, а в структуре причин смерти доли достигали 37.9% и 37% соответственно.

В период 1992–2012 гг. число умерших до возраста 70 лет от внешних причин у обоих полов занимало второе место после числа смертей от болезней системы кровообращения. Общее же число умерших от внешних причин у обоих полов уступило второе место смертям от новообразований с 2006 г., переместившись на третье. Вместе с тем число потерянных лет потенциальной жизни от внешних причин, по крайней мере, начиная с 1990 г. всегда превосходило потери от других основных классов причин смерти. Это связано с тем, что показатель ПГПЖ учитывает возраст смерти, и в нашей стране средний возраст смерти от внешних причин гораздо ниже, чем средний возраст смерти от болезней системы кровообращения или новообразований, при этом в РБ эти показатели ниже среднероссийских (рис. 1). Разница в среднем возрасте смерти от болезней системы кровообращения и внешних причин в РБ в 2012 г. составляла почти 25 лет у мужчин и 30 лет у женщин. Свидетельствует ли это о благополучии в области смертности от болезней системы кровообращения или о неблагополучии в области смертности от внешних причин? Сравнение с Германией показывает, что разница между Германией и РБ в среднем возрасте смерти от болезней системы кровообращения составляет 10–13 лет, а в среднем возрасте смерти от внешних причин – 22–30 лет. Таким образом, нельзя говорить о благополучной ситуации в первом случае, во втором же случае картина неблагополучия становится более выразительной.

В России и РБ ПГПЖ выше не только в сравнении с Германией, но в сравнении с любой другой страной ОЭСР (рис. 2). Превышение ПГПЖ в России над аналогичными показателями в Мексике – страной с наихудшим показателем ПГПЖ среди всех стран ОЭСР – составляло 1.8 раза у мужчин и 1.2 раза у женщин, при этом превышение ПГПЖ в связи с высокой смертностью от внешних причин составило 1.8 раза у мужчин и 2.3 раза у женщин.

Страны ОЭСР, которые сравнительно недавно прошли эпидемиологический переход (после 1990-х гг.), имеют большие потери лет потенциальной жизни особенно от болезней системы кровообращения, внешних причин и инфекционных заболеваний, чем страны, завершившие этот переход раньше (с 1980-х гг.). При этом в России и в РБ, потери от этих классов причин смерти наибольшие, что свидетельствует об архаичности структуры смертности и незавершенности эпидемиологического перехода.

В Швеции, где в настоящее время наблюдаются одни из самых низких значений ПГПЖ, до 1972 года ПГПЖ от внешних причин рос, что было связано с увеличением смертности от «болезней цивилизации», неблагоприятных

Таблица 2

Стандартизованные коэффициенты ПГПЖ в возрасте до 70 лет по причинам смерти и полу в РБ, России и Германии, 2012 г., на 100 тыс. человек

Причины смерти	Мужчины			Женщины		
	РФ	РБ	Германия	РФ	РБ	Германия
Все причины смерти	15904	17687	3767	5821	6294	2108
Инфекционные и паразитарные болезни	849	721	70	303	231	40
Новообразования	1646	1412	984	1111	1009	826
Болезни системы кровообращения	4413	4572	695	1340	1405	261
Болезни органов дыхания	758	1161	119	239	422	69
Болезни органов пищеварения	1061	940	255	478	472	109
Внешние причины	5164	6473	682	1227	1376	233
Другие причины	2013	2410	961	1123	1379	570

Источник: расчеты автора по данным [11, 20], за стандарт принято население ОЭСР 2010.

Таблица 3

Число умерших в возрасте до 70 лет по причинам смерти и полу в РБ, России и Германии, 2012 г., человек [9, 20]

Причины смерти	Мужчины			Женщины		
	РФ	РБ	Германия	РФ	РБ	Германия
Все причины смерти	597703	17714	123562	262373	7322	67165
Инфекционные и паразитарные болезни	22573	538	2160	7574	158	1277
Новообразования	92588	2093	43972	66590	1520	32856
Болезни системы кровообращения	226344	6588	30254	97145	2753	11429
Болезни органов дыхания	29818	1244	5835	8525	380	3251
Болезни органов пищеварения	39397	946	9210	22373	567	4137
Внешние причины	137301	4738	11346	33985	1003	3888
Другие причины	49682	1567	20785	26182	940	10327

условий труда и т.д. Среди основных факторов риска внешних причин выделяют пренебрежение собственным здоровьем, нарушение техники безопасности, рисковое поведение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, недостаточность физических упражнений, а также небезопасные условия труда, отдыха и поездок [12, 14, 16]. Благодаря принятию различных программ по улучшению здоровья и снижению смертности, городскому планированию и другим мерам к 2013 г. удалось сократить ПГПЖ от внешних причин в 2.3 раза (рис. 3).

Условия снижения смертности от внешних причин

Ввиду большого числа внешних воздействий и факторов риска, которые могут привести к ранней смерти, сложно выделить только одно ведомство, которое отвечало бы за снижение смертности от внешних причин. Вместе с тем эксперты ВОЗ считают, что «главную роль в этой работе должен играть сектор здравоохранения –

медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение, причем не только в предоставлении помощи и поддержки жертвам, но и в применении к решению проблем насилия и травматизма уникальных моделей общественного здравоохранения» [8]. Министерство здравоохранения должно выступать в качестве координатора усилий различных ведомств в общей деятельности по созданию профилактической среды [12, 14].

Профилактика травматизма и насилия должна быть нацелена как на формирование витального поведения у населения, так и на создание безопасной физической и социальной среды [12].

Формирование витального поведения у населения

Витальное поведение – это система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни. Предотвращению смертности от внешних причин способствует привитие культуры

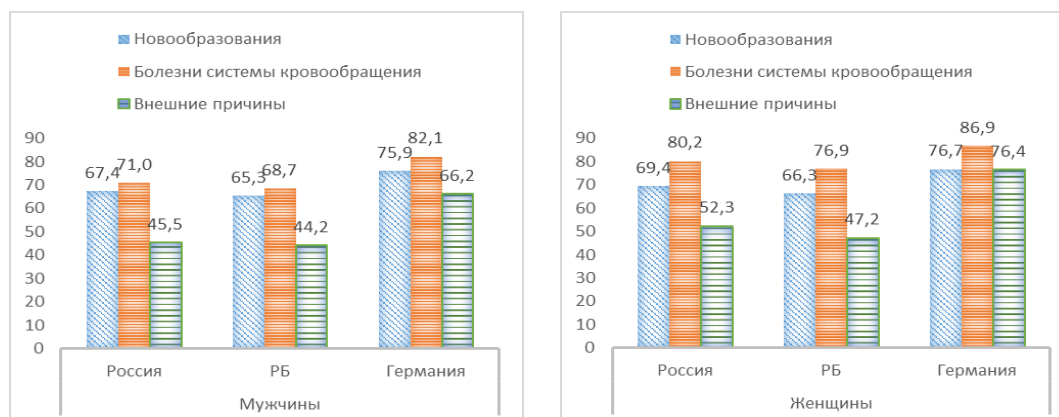


Рис. 1. Средний возраст смерти от новообразований, болезней системы кровообращения и внешних причин в РБ, России и Германии, 2012 г., лет, расчеты авторов по данным [11, 20].

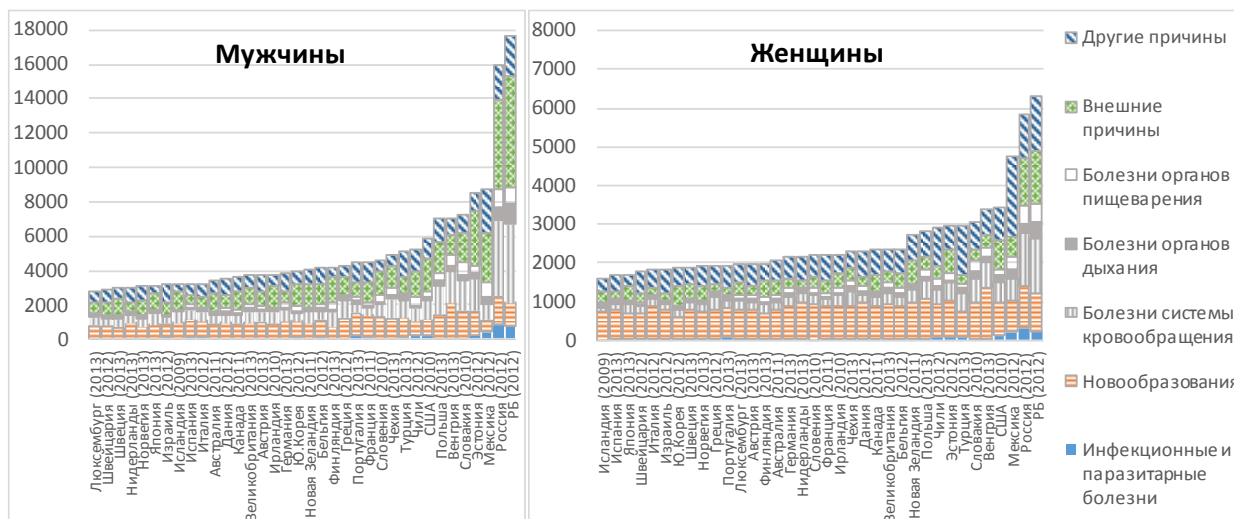


Рис. 2. Современная структура ПГПЖ в странах ОЭСР, России и РБ (в скобках указан год с последними данными), лет на 100000 населения, [19], расчеты авторов по данным [11].

употребления спиртных напитков, отказ от использования наркотических веществ, преодоление рискованного и конфликтного поведения, соблюдение правил техники безопасности. Следует особенно подчеркнуть о важности проведения грамотной алкогольной политики, так как последствия злоупотребления алкоголем не ограничиваются несчастными случаями от отравлений алкоголем. Злоупотребление алкоголем может быть причиной наступления других видов травматической смертности: транспортных несчастных случаев, случайных утоплений и падений, несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени, повышения риска насильственного разрешения конфликта, кроме того, повышается вероятность смерти и от других классов причин: болезней системы кровообращения, пищеварительной системы и др.

Политика по формированию самосохранительного поведения должна быть ориентирована как на все общество в целом, так и на определенные социальные группы (по полу и возрасту, территории проживания, по степени риска). Она должна также учитывать возможные мотивации в этих социальных группах. Для одних – это карьерные устремления, для вторых – религиозные убеждения, для третьих – подражание примеру эталонных групп или отдельных личностей [6]. Учет этих

особенностей позволит увеличить скорость проникновения жизнеспасающих ценностей и сделать здоровый образ жизни модным, престижным. Такая политика должна вестись постоянно – в семье, в школе, в трудовых коллективах, в обществе в целом, большую роль в этом деле играют СМИ, религиозные объединения.

В настоящее время некоторые вопросы самосохранительного поведения рассматриваются в школах на уроках биологии, основ безопасности жизнедеятельности, обществознания, физической культуры. Однако высокий уровень травматической смертности в молодых возрастах показывает, что этого недостаточно и необходимо внедрение уроков здорового образа жизни в стандарт обучения в младших и средних классах, а также изменение условий и методик преподавания существующих предметов. С целью повышения интереса и мотивации со стороны учащихся такие занятия, возможно, следует проводить не на территории школы, а, например, в университетских лабораториях, автомобильных городках и т.п. [16].

Создание безопасной окружающей среды

Создание более безопасных физических и социальных окружающих условий является одним из ключевых усилий, которые должно прилагать государство с

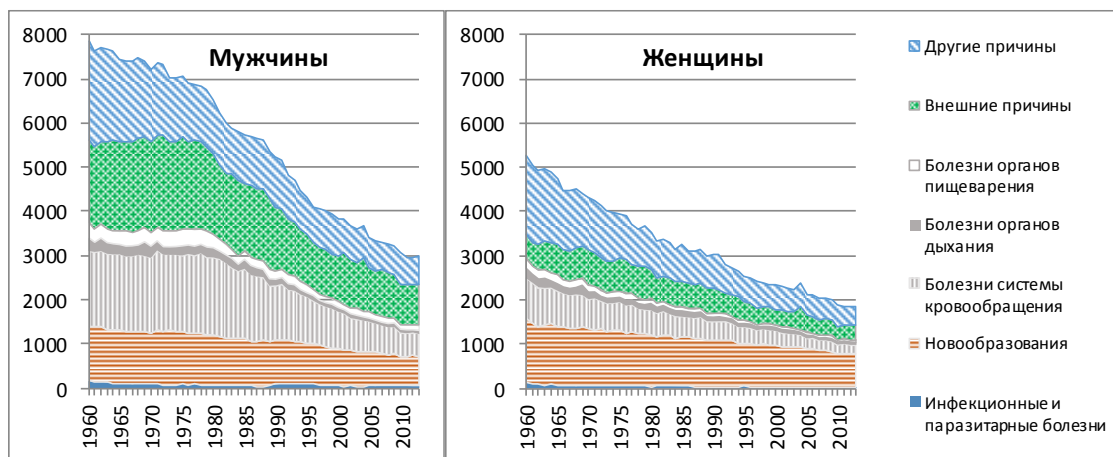


Рис. 3. Структура ПГПЖ в Швеции, 1960–2013 гг., лет на 100000 населения, [19].

целью снижения смертности от внешних причин. Важным является проведение исследований, направленных на оценку безопасности изделий, зданий, техники, дорожной инфраструктуры и т.д. для жизни и здоровья человека.

Меры по созданию безопасной среды могут включать, например, проектирование более безопасных дорог, городской среды, жилья, детских площадок и продукции, и в целом обеспечение максимальной безопасности в повседневной деятельности людей [14]. Такие мероприятия можно классифицировать в зависимости от обстановки, в которой возможны случаи травматизма, к примеру, на работе, дома, на дороге. Так, к мероприятиям, которые способствуют снижению производственного травматизма, следует отнести развитие системы управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), внедрение систем сертификации менеджмента производства, своевременная диагностика, ремонт и замена оборудования, использование средств коллективной и индивидуальной защиты, соблюдение техники безопасности, создание благоприятного климата в коллективе. Все эти меры должны быть подкреплены экономическими, законодательными, социальными и иными стимулами.

Программы посещения на дому и обучения родителей, нацеленные на бедные семьи с одним родителем, снижают межличностное насилие в дальнейшей жизни. Внедрение тары, которую не способны открыть дети, позволяет уменьшить детскую смертность от отравлений; обустройство помещений дымовой сигнализацией – снизить смертность от пожаров [14].

Программы по снижению смертности от транспортных несчастных случаев включают создание более безопасной техники, изменение инфраструктуры с целью оптимизации транспортных потоков. Безусловно положительное стремление региональных властей стимулировать передвижение пешком или на велосипеде в качестве реальной альтернативы автомобильному транспорту может привести к увеличению риска дорожно-транспортного травматизма, если не будет проводиться политика по обеспечению безопасности всех участников движения. Так, необходимо отделение уязвимых участников

дорожного движения путем непосредственного отделения их от высокоскоростных участников дорожного движения путем создания выделенных пешеходных, велосипедных дорожек и ограждение их защитным барьером [1], кроме того, необходимо требование обязательного использования велошлемов [14]. В одном из докладов ВОЗ приводится успешный пример Финляндии, где была принята национальная программа езды на велосипеде, позволившая на 75% сократить число случаев гибели велосипедистов [14].

В целом, меры, направленные на снижение и устранение этих факторов риска, а также сами факторы удобно классифицировать и анализировать по времени возникновения происшествия (до происшествия, во время и после) с помощью матрицы Хэддона [15]. На первой фазе необходимы предупреждающие меры, на второй – меры, снижающие травматизм и вероятность смерти, на третьей – меры, связанные с лечением и реабилитацией, а также анализ причин, приведших к несчастному случаю. Например, меры борьбы с самоубийствами и самоповреждения можно классифицировать следующим образом (табл. 4).

Данный подход показывает, что контроль над факторами риска должен быть на всех стадиях происшествия. Поскольку внешние причины смерти практически полностью относятся к предотвратимым смертям большую роль в ограничении факторов риска играют профилактические мероприятия, в особенности комплекс мер первичной профилактики [16].

Мероприятия по формированию здорового образа жизни, созданию безопасной среды труда и отдыха требуют адекватных финансовых затрат, без которых добиться успехов невозможно. Если в период 2009–2004 гг. наблюдался рост финансирования российского здравоохранения в 1.5 раза, то в последующий период 2009–2013 гг. – снижение в 1.1 раза, в целом же расходы остаются крайне низкими. В России в 2013 г. доля общих расходов ВВП на здравоохранение составляла 6.5% против 9% в странах ОЭСР [19]. При этом важно учитывать, что и сам ВВП в ОЭСР значительно превышает российский показатель. Поэтому различие в расходах в абсолютном выражении колоссально: в 2013 г. в России они составили 1653, а в ОЭСР вдвое выше – более 3400 долларов США по паритету покупательской способности

Таблица 4

Планирование мер для предупреждения самоубийств и самоповреждений, минимизации их тяжести и ликвидации последствий [14, 15]

Фаза		
До	Во время	После
Ограничение доступа к таким средствам, как огнестрельное оружие, угарный газ в газовой плите, пестициды и другие вредные вещества; Снижение потребления алкоголя и незаконных психоактивных субстанций; Обеспечение раннего выявления и лечения групп риска; Программы по развитию социальных навыков у детей и подростков, инвалидов; Предотвращение нежелательной беременности; Снижение уровня насилия в семье; Школы молодых родителей; Программы патронажа на дому; Организация социальной поддержки; Переобучение безработных, пожилых; Программы по борьбе со стрессом; Формирование адекватного отношения к жизни и смерти; Повышение социального единства общества; Снижение бедности и социальной изоляции.	Возможность оперативно сообщить о происшествии в службу спасения; Дестигматизация суицидентов и людей, испытывающих психологические проблемы; Наличие Телефонов Доверия и Телефонов Здоровья.	Наличие реабилитационных центров; Наличие сети суицидологических учреждений (суицидологических кабинетов); Программы лечения жертв насилия; Создание травматологических центров на базе больниц; Анализ причин, способствовавших самоубийствам.

сти в расчете на одного человека. В то же время эксперты ВОЗ предупреждают о том, что усилия по укреплению систем здравоохранения без качественной оценки и мониторинга смертности могут привести к нерациональному использованию мощностей и растрачиванию ресурсов [4], т.е. прежде чем распределять ресурсы, необходимо проведение исследований с целью выявления приоритетных направлений, определения эффективных мер борьбы с рисками внешних причин смерти.

Выводы

Приоритеты в системе здравоохранения должны формироваться не только исходя из чисел умерших, но также с учетом потерь, выраженных в годах потенциальной жизни. Использование показателя ППЖ более оправдано, поскольку в его расчете учитываются не только числа умерших, но также возраст смерти, а значит потери, обусловленные причинами, от которых погибают меньше людей, но в молодом возрасте, получают адекватную оценку [7].

Поскольку величина потерянных лет потенциальной жизни от внешних причин смерти в России сопоставима с суммарными потерями от болезней системы кровообращения и новообразований, а в Республике Башкортостан и вовсе их превышает, необходимо признать снижение смертности от внешних причин одной из самых актуальных задач в российском обществе. Стандартизованные ППЖ от смертности от внешних причин в Республике Башкортостан выше, чем в среднем по России в 1.3 раза у мужчин и 1.1 раза у женщин, а в сравнении с Германией превышение многократно возрастает и достигает 9.3 и 5.9 раза соответственно. В целом структуру смертности и в РБ, и в России можно охарактеризовать как архаичную, не соответствующую структуре смертности в развитых странах.

Важно изменить существующий подход системы здравоохранения в борьбе с внешними причинами, а именно направить его, прежде всего, на ограничение факторов риска и профилактику травматизма и насилия, а не на борьбу с их последствиями. При этом ключевым условием успешности реализуемых мероприятий и программ является осознание гражданами ответственности за сохранение своего собственного здоровья и повышение ответственности органов власти за создание безопасной окружающей среды.

В данной научной работе использованы результаты проекта «Демографические тенденции в России и в странах ОЭСР: сравнительный анализ и выводы для политики», выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2015 году.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. Всемирная организация здравоохранения, 2004. 259 с. [Интернет]. URL: www.who.int/publications/list/9241562609/ru/ (Дата обращения 9.03.2013).
2. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008. 45 с. [Интернет]. URL: whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_NMH_VIP08.01_rus.pdf (Дата обращения 9.06.2013).
3. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2013. Всемирная организация здравоохранения, 2013.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2010. 205 с.
5. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации 2013. «Устойчивое развитие: вызовы Рио» / Под ред. С. Н. Бобылева. М.: ООО «РА ИЛЬФ», 2013. 202 с.
6. Клупт М. А. Демография регионов Земли. СПб.: Питер, 2008. 347 с.
7. Методические рекомендации по использованию показателя «Потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ) для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. М.: РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ», 2014. 32 с. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov_2010/kadry2014/sessiya/metod.pdf (Дата обращения 1.07.2015).
8. Предупреждение травматизма и насилия: методическое руководство для министерств здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2007. 35 с.
9. Программа реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009–2012 годы. М. Кремль, 2008
10. Рано умирать... Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Всемирный банк, 2006. 176 с.
11. Российская база данных по рождаемости и смертности. Центр демографических исследований Российской экономической школы, Москва, Россия. URL: demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (Дата обращения 1.07.2015).
12. Россия перед лицом демографических вызовов. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации, 2008. М. 2009. 208 с.
13. Смертность подростков в Российской Федерации. М.: ООО «БЭСТ-принт»; 2010. 64 с.
14. Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы и что можно сделать. Резюме. Всемирная организация здравоохранения, 2006. 26 с.
15. Юмагузин В. В. Матрица Хэддона как инструмент снижения смертности от внешних причин // В кн.: XV апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: в 4-х книгах / Отв. ред.: Е. Г. Ясин. Кн. 3. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2015. С. 92–101.
16. Юмагузин В. В., Винник М. В. Факторы смертности от внешних причин и пути ее снижения: опыт экспертного интервью // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2014. №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/595/30/lang/ru/> (Дата обращения 1.07.2015).
17. Causes of mortality. OECD Health Statistics 2014. Definitions, Sources and Methods. [cited 2015 May 9] Available from: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=638c2ac2-5f0f-41ef-b2d9-2cfa1fd56429>
18. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. France, 2009, World Health Organization.
19. Organisation for Economic Co-operation and Development DataBase (OECD) [cited 2015 May 9] Available from: <http://stats.oecd.org/>
20. World Health Organization Mortality DataBase (WHO MDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [cited 2015 May 9] Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html

Поступила в редакцию 31.07.2015 г.

MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES IN RUSSIA AND IN THE OECD COUNTRIES: ASSESSMENT OF PREMATURE LOSS AND CONDITIONS OF THEIR REDUCTION

© V. V. Yumaguzin*, M. V. Vinnik

*The Institute of Demography
National Research University «Higher School of Economics»
20 Myasnitskaya St., 101000 Moscow, Russia.*

Phone: +7 (495) 772 95 90.

**Email: vyumaguzin@hse.ru*

The analysis of the demographic losses from the main causes of death in Russia, in the Republic of Bashkortostan and in OECD countries is presented in the article. Based on analysis of the numbers of deaths and potential years of life lost (PYLL), there was shown the position of external factors in the structure of total mortality in these regions. Although the number of deaths from external causes in both sexes before age 70 was on the 2nd place in 1992–2012 and in all ages one became on the 3rd place since 2006, in terms of PYLL premature loss from these causes had become the biggest threat to public health at least since 1990. There were specified peculiarities of calculation of the PYLL according to the methodology of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). The basic conditions of the reduction of mortality from external causes are considered: the formation of vital behaviors among the population, creating a safe environment, an increase in expenditure on health care. Because almost all of the external causes of death are preventable, preventive measures play a major role in the limiting of risk factors, so Russian health system approach should be aimed not only on treatment but first of all on prevention. In addition, there were shown the analytical capabilities of the Haddon Matrix in the classification of the main factors of risk of death from external causes on the example of the suicide.

Keywords: *external causes of death, mortality in Russia, potential years of life lost, Haddon matrix, suicide.*

Published in Russian. Do not hesitate to contact us at bulletin_bsu@mail.ru if you need translation of the article.

REFERENCES

1. Vsemirnyi doklad o preduprezhdenii dorozhno-transportnogo travmatizma. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2004. 259 pp. [Internet]. URL: www.who.int/publications/list/9241562609/ru/ (Data obrashcheniya 9.03.2013).
2. Vsemirnyi doklad o profilaktike det-skogo travmatizma. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2008. 45 pp. [Internet]. URL: whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_NMH_VIP08.01_rus.pdf (Data obrashcheniya 9.06.2013).
3. Doklad o sostoyanii bezopasnosti dorozhnogo dvizheniya v mire 2013. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2013.
4. Doklad o sostoyanii zdavookhraneniya v Evrope, 2009 g. Zdorov'e i sistemy zdavookhraneniya. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2010.
5. Doklad o chelovecheskom razvitii v Rossiiskoi Federatsii 2013. «Ustoichivoe razvitie: vyzovy Rio» [The report on human development in the Russian Federation 2013. "Sustainable development: Rio challenges"]. Ed. S. N. Bobyleva. Moscow: OOO «RA IL'F», 2013.
6. Klupt M. A. Demografiya regionov Zemli [Demography of the regions of the Earth]. Saint Petersburg: Piter, 2008.
7. Metodicheskie rekomendatsii po ispol'zovaniyu pokazatelya «Poteryannye gody potentsial'noi zhizni» (PGPZh) dlya obosnovaniya prioritnykh problem zdorov'ya naseleniya Rossii na federal'nom, regional'nom i munitsipal'nom urovnyakh. Moscow: TsNIOIZ, 2014. 32 pp. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/kadry2014/sessiya/metod.pdf
8. Preduprezhdenie travmatizma i nasiliya: metodicheskoe rukovodstvo dlya ministerstv zdavookhraneniya. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2007.
9. Programma realizatsii prioritnogo natsional'nogo proekta «Zdorov'e» na 2009–2012 gody. M. Krem', 2008
10. Rano umirat'... Problemy vysokogo urovnya zabolevaemosti i prezhdevremennoi smertnosti ot neinfektsionnykh zabolevanii i travm v Rossiiskoi Federatsii i puti ikh resheniya. Vsemirnyi bank, 2006.
11. Rossiiskaya baza dannykh po rozhdemosti i smertnosti. Tsentr demograficheskikh issledovaniy Rossiiskoi ekonomicheskoi shkoly, Moscow: Rossiya. URL: demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (Data obrashcheniya 1.07.2015).
12. Rossiya pered litsom demograficheskikh vyzovov. Doklad o razvitii chelovecheskogo potentsiala v Rossiiskoi Federatsii, 2008 [Russia facing the demographic challenges. The report on human development in the Russian Federation, 2008]. M. 2009.
13. Smertnost' podrostkov v Rossiiskoi Federatsii [Mortality rate of adolescents in the Russian Federation]. Moscow: OOO «BEST-print»; 2010.
14. Travmatizm i nasilie v Evrope. V chem vazhnost' etoi problemy i chto mozjno sdelat'. Rezyume. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya, 2006.
15. Yumaguzin V. V. V kn.: XV aprel'skaya mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva: v 4-kh knigakh. Ed.: E. G. Yasin. Kn. 3. Moscow: Izdatel'skii dom NIU VShE, 2015. Pp. 92–101.
16. Yumaguzin V. V., Vinnik M. V. Faktory smertnosti ot vneshnikh prichin i puti ee snizheniya: opyt ekspertnogo interv'yu. Elektronnyi nauchnyi zhurnal «Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya». 2014. No. 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/595/30/lang.ru/> (Data obrashcheniya 1.07.2015).
17. Causes of mortality. OECD Health Statistics 2014. Definitions, Sources and Methods. [cited 2015 May 9] Available from: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=638c2ac2-5f0f-41ef-b2d9-2cfa1fd56429>
18. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. France, 2009, World Health Organization.
19. Organisation for Economic Co-operation and Development DataBase (OECD) [cited 2015 May 9] Available from: <http://stats.oecd.org/>
20. World Health Organization Mortality DataBase (WHO MDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [cited 2015 May 9] Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html

Received 31.07.2015.