Смертность и потерянные годы жизни в результате преждевременной смертности от болезней системы кровообращения

Бойцов С. А., Самородская И. В.

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Москва, Россия

DALYs (Disability And Life-Year Lost; потерянные годы жизни в результате преждевременного наступления смерти и инвалидности) — важный показатель здоровья населения. Первым этапом оценки DALY служит оценка потерянных годов жизни (ПГЖ) в результате преждевременного наступления смерти.

Цель. Определить возрастную-половую структуру смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в РФ; потерянных лет жизни (ПЛЖ) в результате преждевременной смерти от БСК; сравнить показатели “число ПЛЖ на 100 тыс. населения” в субъектах РФ.

Материал и методы. Данные Росстата о населении и числе умерших от БСК в годичных возрастных категориях по полу за 2012 г. Для каждой возрастной категории рассчитаны показатели смертности от БСК и ПГЖ в результате преждевременной смерти.

Результаты. Относительный риск смерти от БСК среди мужчин значительно выше, чем среди женщин в возрасте 30–62 лет; максимальные показатели добавочного риска смерти (на 100 тыс.) отмечены в возрастных группах 60–90 лет. Доля умерших от БСК в возрасте <60 лет среди мужчин — 30%, среди женщин — 8,4%; >80 лет — 18,8% и 48,2%, соответственно. Доля смертей от БСК

от общего числа смертей в 2012г составила 55,4%; в то же время доля ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК в общем числе ПЛЖ в результате преждевременной смертности от всех причин составила 38%; для мужчин — 36%, для женщин — 42%. На 100 тыс. населения показатель ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК в целом для РФ составил 9797; среди мужского населения — 13211,9 и 6854,2 среди женского населения; варьируя в субъектах РФ от 2058 до 10889 среди женщин и от 3350 до 22122 среди мужчин.

Заключение. Необходимы дополнительные исследования для уточнения причин значительно более высокого риска смерти у мужчин по сравнению с женщинами в экономически активных возрастах и значительных различий между регионами в ПГЖ на 100 тыс. населения.

Ключевые слова: смертность, потерянные годы жизни, болезни системы кровообращения.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13 (2): 4–11

Поступила 10/12–2013

Принята к публикации 22/01–2014

Mortality and lost years of life as a result of cardiovascular premature deaths

Boitsov S. A., Samorodskaya I. V.

State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia

Aim. Disability and Life-Year Loss (DALYs) is an important healthcare indicator. The first step in DALYs estimation is the measurement of lost years of life due to premature death. To explore the age-sex related statistics of cardiovascular (CV) deaths in Russian Federation (RF); lost years of life (LYL) due to premature death; and to compare those in different regions of RF with the parameter by 100 thousands of population.

Material and methods. Russian Statistic Agency (RosStat) data on population and mortality by age intervals and gender for the year 2012. For each age interval the values of CVM and LYL were calculated.

Results. The relative risk of cardiovascular death is much higher in men than in women at the age 30–62; maximum of additional death risk (by 100 thousands) is in age groups of 60–90 years. The portion of those

who died from CVD at <60 y.o. is 30% in men and 8,4% in women; at >80 y.o. — 18,8% and 48,2%, respectively. The portion of CVM from total mortality in 2012 is 55,4%; at the same time LYL proportion from the entire premature deaths was 38% (36% for men and 42% for women). LYL due to premature CD death was 9797 by 100 thousands in RF in general (13211,9 in men and 6854,2 in women with the variety in different regions from 2058 to 10889 in women and from 3350 to 22122 in men, by 100 thousands).

Conclusion. Further investigation required to clarify higher risk for men in economically active ages and significant regional variability in LYL.

Key words: mortality, lost years of life, cardiovascular diseases.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2014; 13 (2): 4–11

DALYs — Disability And Life-Year lost, БСК — болезни системы кровообращения, ГБ — глобальное бремя болезней, ПГЖ — потерянные годы жизни, ПЛЖ — потерянных лет жизни, ФР — факторы риска.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел. моб.: 8 (985) 224-60-50; тел. сл.: 8 (495) 224-60-50,

e-mail: samor2000@yandex.ru; prof.boytsov@gmail.com

[Бойцов С. А. — директор, Самородская И. В. — руководитель лаборатории изучения прикладных вопросов демографии и экономики здравоохранения в аспекте профилактики ХНИЗ].

Потерянные годы жизни (ПГЖ), в результате преждевременной смертности — один из важных показателей здоровья населения, является составной частью показателя DALYs (Disability And Life-Year Lost или Disability adjusted life year, ПГЖ в результате преждевременного наступления смерти и инвалидности). Один год DALYs равен одному потерянному году здоровой жизни. Результаты первого исследования Глобального бремени болезней (ГББ) были опубликованы в рамках Отчета о мировом развитии (World Development Report) в 1993г [1]. В этом исходном исследовании были получены оценки по 107 заболеваниям, 483 последствиям заболеваний (не смертельные последствия для здоровья), восьми регионам и пяти возрастным категориям [2]. Используемые в первом исследовании формулы для оценки DALYs вызвали горячие споры, были представлены веские аргументы против весовых коэффициентов и вычетов, в связи с чем в исследованиях ГББ эта формула больше не используется. Как отмечается в докладе 2010г “Подход исследования глобального бремени болезней является планомерной научной попыткой количественной оценки сравнительной величины потери здоровья, вызываемой заболеваниями, травмами и факторами риска (ФР), связанными с возрастом, полом и географическим положением страны для определенных моментов времени” [3]. В рамках указанного исследования выполнена оценка преждевременной смертности и инвалидности, вызванных 291 видом заболеваний и травм, 1160 последствиями этих заболеваний (прямые последствия заболеваний и травм), а также 67 ФР для 20 возрастных категорий и обоих полов в 1990, 2005 и 2010гг по 187 странам и 21 региону. Перечень анализируемых заболеваний и ФР был определен экспертным путем специалистами, участвующими в проведении анализа. Исследователи указывают, что для анализа были использованы данные, собранные в ходе опросов населения, включая ФР хронических неинфекционных заболеваний, компоненты рациона питания.

В качестве первого шага оценки ГББ определяют количество потерянных лет жизни (ПЛЖ) в результате преждевременной смерти. В отечественных научных журналах за последние годы опубликованы результаты исследований, в т.ч. региональных, оценивающих потери от преждевременной смерти за счет онкологических, психических заболеваний, суицидов, а также болезней системы кровообращения (БСК) [4–7]. В то же время не проводились исследования, анализирующие смертность и потери от БСК в разных возрастных категориях мужского и женского населения, их оценка на 100 тыс. населения.

Цель данного исследования — оценить возрастно-гендерную структуру смертности от БСК

в РФ; определить число ПЛЖ в результате преждевременной смерти от БСК, в т.ч. в экономически активном возрасте; сравнить субъекты РФ по числу потерянных лет жизни на 100 тыс. населения.

Материал и методы

Для анализа использованы данные Росстата о численности мужского и женского населения в годичных возрастных категориях в РФ, числе умерших мужчин и женщин от БСК в годичных возрастных категориях в РФ и ее субъектах. Для каждой возрастной категории рассчитаны показатели смертности от БСК и ПГЖ в результате преждевременной смерти. ПГЖ рассчитывали на основе метода, использованного в отчете “Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств, направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013” (www.healthmetricsandevaluation.org). Точкой отсчета для ПЛЖ в данном отчете являлся показатель: 86 лет — ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) женщин в Японии. Оценка ПЛЖ в экономически активном возрасте выполнена в соответствии с возрастными категориями 15–72 года, указанными в “Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения” (утверждена приказом Минэкономразвития России, Минздравсоцразвития России, Минфина России, Росстата от 10 апреля 2012г N 192/323н/45н/113).

Рис. 1 Доля смертей от БСК в общем количестве смертей в отдельных возрастных категориях (2012г).

Рис. 2 Смертность от БСК (0–20 лет) в годичных возрастных категориях мужчин и женщин РФ (2012г).

Примечание: по оси Y коэффициент смертности на 100 тыс.; по оси X возрастная категория населения.

Рис. 3 Смертность от БСК (21–90 лет и выше) в годичных возрастных категориях мужчин и женщин РФ (2012г).

Примечание: по оси Y коэффициент смертности на 100 тыс.; (логарифмическая шкала); по оси X возрастная категория населения.

Рис. 4 Структура смертей по возрастным интервалам среди мужчин и женщин (по оси Y%).

Рис. 5 Структура ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК среди мужчин и женщин РФ (%).

Для сравнения ПЛЖ в результате преждевременной смерти от БСК в субъектах РФ показатели рассчитаны на 100 тыс. населения.

Результаты

На рисунке 1 представлена доля смертей от БСК в общем количестве смертей от всех причин в различных возрастных категориях мужчин и женщин.

Доля смертей от БСК от общего числа смертей в 2012г составила 55,4%: среди мужчин — 48,5%, среди женщин — 62,6%. Эта доля минимальна в возрасте <1 года. Следует сразу отметить, что врожденные пороки сердца не входят в класс БСК и кодируются в группе врожденных аномалий и пороков развития. С возрастом доля сердечно-сосудистых смертей в общем числе умерших от всех причин значительно увеличивается. До 20 лет доля смертей от БСК среди мужчин и женщин практически одинакова, в возрастной категории 20–29 лет доля смертей от БСК среди женщин выше, чем среди мужчин. В возрасте 30–70 лет доля смертей от БСК выше среди мужчин, но в возрасте 70–90 лет среди женщин доля смертей от БСК в структуре смертности опять становится выше, чем среди мужчин и составляет >70%, такая же доля смертей от БСК регистрируется среди мужчин в возрасте >90 лет.

Для наглядности на рисунках 2–3 представлены показатели смертности от БСК (на 100 тыс.) среди мужчин и женщин в РФ в годичных возрастных категориях за 2012 г.

В детских возрастных категориях 0–15 лет максимальная смертность от БСК в возрасте <1 года (среди мужского пола — 7,5 на 100 тыс. детей соответствующего возраста, среди женского — 5,1). В возрастных категориях 1–15 лет смертность значительно ниже, чем среди детей <1 года, минимальный показатель в возрасте 6 лет: среди мужского пола — 0,4 на 100 тыс. населения, среди женского — 0,6.

В дальнейшем смертность возрастает, среди мужчин показатели смертности в возрастных категориях 21–23 лет в 2,0–2,3 раза выше, чем среди

Таблица 1

Риски смерти среди мужского населения по сравнению с женским в разных возрастных интервалах

Риски	0–9 лет	10–19 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	80–89 лет	≥90 лет
Относительный риск	1,31	1,71	2,83	3,50	3,56	3,42	2,70	1,71	1,13	0,88
Добавочный риск (на 100 тыс.)	0,4	1,6	17,3	85,2	236,3	593,3	1154	1964	1064	-2190

Таблица 2

Число ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК (на 100 тыс. населения каждой возрастно-гендерной группы)

На 100 тыс.	0–9 лет	10–19 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	80–86 лет
Мужчины	152,8	267,8	1606,3	6061,2	13341,4	25992,6	40842,5	54881,5	29570,9
Женщины	116,3	157,7	571,1	1731,1	3744,3	7510,7	14777,1	30388,0	21784,9
Все население	135,0	214,1	1095,1	3866,8	8349,6	15795,0	25296,9	38238,2	23744,9

женщин, в возрастных категориях 24–30 лет выше в 2,5–3 раза; в 30–49 лет превышение составляет от 3,2 до 4,1 (максимальное превышение в возрасте 34 лет — 4,1 раза).

В возрасте 51–60 лет показатели смертности среди мужчин выше, чем среди женщин более чем в 3 раза (3,3–2,2), с возраста 62 года отношение показателей смертности среди мужчин к показателям смертности среди женщин плавно уменьшается от 3 до 1 и после 90 лет это соотношение составляет 0,9.

В таблице 1 представлены относительные и добавочные риски мужской смертности по отношению к женской смертности от БСК в 10-летних возрастных интервалах.

На рисунке 4 представлена возрастная структура смертей среди мужчин и женщин.

В 2012г среди всех умерших доля лиц >80 лет составила 35%, среди женщин — 48,2%, а среди мужчин только 18,8%. Доля умерших в возрасте <60 лет составила среди мужчин — 30%, среди женщин — 8,4%. Таким образом, следует ожидать, что максимальное число потерянных лет жизни в результате преждевременной смерти приходится среди мужчин на экономически активный возраст. Смертность от БСК в экономически активном возрасте составила 367,1 на 100 тыс. населения в экономически активном возрасте (среди женщин — 233,5; среди мужчин — 517,3).

В 2012г общее число ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК в РФ составило 14043869, из них 8766558 (62,4%) в результате смерти мужчин и женщин 5277311 (37,6%). Доля ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК в общем числе ПЛЖ в результате преждевременной смертности от всех причин (36864309) составила 38%: для мужчин — 36%, для женщин — 42%. На рисунке 5 показана структура ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК среди мужчин и женщин РФ. Различия в возрастной структуре смертности и ПГЖ частично обусловлены возрастным ограничением (86 лет) при расчете показателя ПГЖ в результате преждевременной смерти. Доля умерших от БСК >86 лет, не учтенных при оценке ПЛЖ, составляет среди мужчин 6,2%, среди женщин — 23,4%.

ПГЖ в результате преждевременной смертности от БСК в возрасте 0–15 лет в общем числе ПЛЖ среди мужчин составляют 0,22%, среди женщин — 0,25%. Основные потери среди мужчин отмечаются в возрастных категориях <70 лет — ~ 80%; среди женщин ПГЖ в возрасте 15–70 лет составляют 54%. Доля ПЛЖ в экономически активном возрасте (15–72 лет) от общего числа ПЛЖ составила среди мужчин 84,4%, среди женщин 61,2%. Максимальная доля ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК среди женщин отмечается в возрастном интервале 71–80 лет; среди мужчин 51–60 лет.

На 100 тыс. населения показатель ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК в целом для РФ составил 9797; среди мужского населения — 13211,9 и 6854,2 среди женского населения. В экономически активном возрасте (15–72 года) этот показатель для мужчин составляет 14351 на 100 тыс. населения в экономически активном возрасте; для женщин — 5640. В таблице 2 представлены потери в результате преждевременной смерти на 100 тыс. населения соответствующих возрастных категорий среди мужчин и женщин.

Во всех возрастных периодах число ПЛЖ среди мужчин значительно превышает число ПЛЖ в результате преждевременной смертности от БСК среди женщин.

В таблице 3 представлены показатели на 100 тыс. населения в субъектах РФ и процент ПЛЖ в экономически активном возрасте (15–72 года) среди мужчин и женщин. Среди женского населения максимальные потери в результате преждевременной смертности от БСК на 100 тыс. населения зарегистрированы в Чукотском АО (10123), Еврейской АО (10889), Тверской (10310), Псковской (10371), Новгородской (10168); минимальные — в республиках Дагестан (2058), Ингушетия (2156), Ханты-Мансийском автономном округе — Югра (3761), Ямало-Ненецком автономном округе (3192). Среди мужского населения максимальные потери на 100 тыс. населения зарегистрированы в Новгородской (20891), Тверской (19288), Курской (17069), Орловской (17123) областях, Хабаровском крае (17612), Республике Карелия (17607), Еврейской АО (17236).

Обсуждение

Целых ряд отечественных исследований было посвящено сверхсмертности мужчин, особенно в трудоспособном возрасте, за последние 3 десятилетия [8–12]. Полученные результаты также свидетельствуют о значительном превышении показателей смертности от БСК среди мужчин по сравнению с аналогичными показателями среди женщин в молодом и, так называемом, среднем возрасте; это превышение также имеет место и в более старших возрастах 60–90 лет. В детском возрасте эти показатели почти сопоставимы, а в возрасте >90 показатели смертности от БСК среди мужчин выше, чем среди женщин. Почти 70% всех смертей от БСК можно отнести к предотвратимой смертности, учитывая существующую парадигму о развитии подавляющего большинства БСК за счет ФР, связанных с образом жизни и предотвращения смертей в возрасте <80 лет за счет профилактических и современных лечебных мероприятий. На основании полученных данных очевидно, что наибольший вклад в ПГЖ вносит преждевременная смерть мужчин

Таблица 3

ПГЖ в результате преждевременной смертности от БСК на 100 тыс. населения и доля потерь в экономически активном возрасте (15–72 года) среди мужчин и женщин

Регион	ПГЖ на 100 тыс. (женщины)	% в эконо. активном возрасте женщины	ПГЖ на 100 тыс. (мужчины)	% в эконо. активном возрасте мужчины
Алтайский край	7414	65,1	13567,7	85,7
Амурская область	9348,7	71,8	16161,1	88,4
Архангельская область	7400,1	64,7	15321,8	85,6
Астраханская область	6879,7	60,6	12329,3	84,3
Белгородская область	7463,8	54,2	14761,8	78,3
Брянская область	8050,9	55,6	16842,5	79,9
Владимирская область	9335,6	59,9	17833,2	84,0
Волгоградская область	6351	57,4	12600,8	81,9
Вологодская область	7505,1	60,2	15939,1	84,2
Воронежская область	7642,4	57,3	16046,0	81,9
г. Москва	4524,9	59,8	9179,2	83,4
г. Санкт-Петербург	6530,7	62,8	12875,1	85,4
Еврейская автономная область	10889,5	75,8	17236,1	91,2
Забайкальский край	8038,1	73	13286,4	89,6
Ивановская область	6542,6	58,3	12248,6	82,4
Иркутская область	7939,8	71,2	15111,1	87,9
Кабардино-Балкарская Республика	4842,3	53,3	8725,2	77,6
Калининградская область	7449,6	65,2	13885,5	85,7
Калужская область	8437,4	58,6	16101,7	82,6
Камчатский край	8127,2	76,5	16768,8	91,4
Карачаево-Черкесская Республика	4636,2	48,4	9022,7	74,8
Кемеровская область	7561,5	67,6	13674,8	86,5
Кировская область	7910,2	58	15511,2	82,1
Костромская область	8751	55,5	16698,9	79,9
Краснодарский край	6897,4	60,1	12836,3	84,1
Красноярский край	6375,2	67,2	11523,6	86,3
Курганская область	7302,1	61,3	14087,8	84,7
Курская область	8376,7	59,5	17069,3	83,2
Ленинградская область	7653,4	60,1	13671,1	84,2
Липецкая область	7925,2	58,5	16612,7	82,6
Магаданская область	8128,3	80,4	16719,3	94,6
Московская область	7476,5	60,5	14841,5	84,3
Мурманская область	8080,1	69,7	15077,3	87,5
Ненецкий авт. округ	5602	73,4	13500,2	90,9
Нижегородская область	8326	56,4	15233,0	81,4
Новгородская область	10168,1	60,1	20891,5	84,1
Новосибирская область	7120,2	61,4	12703,7	84,8
Омская область	7227,6	62,4	13911,4	85,3
Оренбургская область	7396,6	61,9	13932,5	85,0
Орловская область	8084,4	55,8	17123,1	80,3
Пензенская область	7787,8	57,9	15541,1	82,0
Пермский край	7903,6	66,1	15525,1	85,9
Приморский край	8169,5	69,5	14867,9	87,4
Псковская область	10371,9	61,1	22122,1	84,4
Республика Адыгея	6796,8	54,8	12508,5	78,9
Республика Алтай	5570,3	69,2	10683,3	87,1
Республика Башкортостан	6553,7	65	13293,0	85,7
Республика Бурятия	6548,7	69,5	11117,1	87,3
Республика Дагестан	2058,4	50,9	3350,4	77,1
Республика Ингушетия	2166,6	59,9	4528,7	84,0
Республика Калмыкия	4934,1	60	10134,0	84,0

Таблица 3. Продолжение

Республика Карелия	7978,6	66,3	17607,4	86,2
Республика Коми	6750,4	72,7	13226,5	89,2
Республика Марий Эл	6660,1	59,8	13166,9	83,5
Республика Мордовия	7449,5	62,3	16094,9	85,2
Республика Саха (Якутия)	5957,1	78,3	12421,3	92,7
Республика Северная Осетия–Алания	5409	54,1	10849,1	78,1
Республика Татарстан	5881,9	62,6	12799,8	85,4
Республика Тыва	6476,9	85,5	8667,9	95,5
Республика Хакасия	6813,3	68,4	12677,7	87,0
Ростовская область	7570,7	56,2	13596,4	81,3
Рязанская область	7965,3	56,8	16178,5	81,8
Самарская область	6321,5	59,4	11665,1	83,2
Саратовская область	7386,6	62,6	14235,2	85,4
Сахалинская область	7929	74,1	16014,5	91,1
Свердловская область	6752,2	61	12651,9	84,3
Смоленская область	8297	61,6	16984,1	84,9
Ставропольский край	6522,5	58,2	12371,5	82,1
Тамбовская область	6989,6	60,1	14623,2	84,2
Тверская область	10310,8	59,9	19288,1	84,0
Томская область	5251,2	68,7	10411,6	87,1
Тульская область	8565,4	58,3	16828,6	82,3
Тюменская область	4674,2	72	10226,3	89,1
Удмуртская Республика	6146,4	60,3	12854,4	84,3
Ульяновская область	7369,4	59,4	14461,5	83,2
Хабаровский край	9135,7	74	17612,8	91,1
Ханты-Мансийский авт. округ — Югра	3761,1	78,5	8986,8	93,7
Челябинская область	7341,7	63,1	13904,9	85,5
Чеченская Республика	3575,3	59,1	5296,7	82,9
Чувашская Республика	5926,4	59,1	11360,7	83,0
Чукотский автономный округ	10123,4	95,4	16197,6	97,8
Ямало-Ненецкий авт. округ	3192,3	85,9	7823,3	96,3
Ярославская область	7979,9	59,6	16026,1	83,3

в возрасте 30–70 лет, среди женского населения такой вклад существенно меньше. Вызывают сомнение чрезвычайно высокий процент (от 70% до 75%) смертей от БСК в пожилом возрасте среди мужчин и женщин. Вполне вероятно, что такая диспропорция объясняется неадекватным кодированием причин смерти, на что неоднократно указывали ряд отечественных исследователей [13–14]. Трудно сказать, какова роль этой причины в значительных различиях ПЛЖ в результате преждевременной смерти от БСК в субъектах РФ. Причинами значительных различий между субъектами РФ в показателях ПГЖ в результате преждевременной смертности от БСК могут являться также различия в возрастной структуре населения, а также распространенность факторов, оказывающих влияние на преждевременную смертность от БСК, уровень оказания медицинской помощи, социально экономические факторы, влияющие на смертность.

Следует отметить, что сопоставление результатов отечественных исследований по оценке ПЛЖ

в результате преждевременной смерти в настоящее время затруднено, в связи с тем, что разные исследователи использовали разные критерии преждевременной смерти. В настоящем исследовании применен критерий 86 лет, как рекомендованный и использованный в последнем отчете по ГББ в мире. В исследованиях Концевой А. В. и др. выбран трудоспособный возраст (женщины <55 лет, мужчины <60 лет), Коробицына Б. А. и др. — 70 лет [5–6]. Использование разных критериев, безусловно, приводит к несопоставимым результатам. Так, сравнивая полученные данные с результатами исследования Любова Е. Б., Морева М. В., Фалалеевой О. И., кажется, что в молодых возрастах показатель ПЛЖ от БСК (на 100 тыс. населения) сопоставим с показателями ПЛЖ в результате преждевременной смерти от суицидов. Согласно указанному исследованию, в возрасте 15–29 лет потери от суицидов составили 1008,1 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, по данным настоящего исследования от БСК — 910 на 100 тыс. Однако авторы в качестве

критерия преждевременной смерти брали 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, и в таком случае потери от БСК в указанном диапазоне составили бы 500 на 100 тыс. соответствующего населения и были бы как указывают Любов Е. Б. и др. значительно ниже потерь от суицидов в молодом возрасте. Можно согласиться с мнением Marshall RJ о необходимости использования единых “норм” в таких исследованиях, иначе сопоставление результатов будет невозможным [15]. Сравнение полученных результатов с данными, полученными в США, также затруднено, поскольку нет публикаций по оценке ПЛЖ в результате преждевременной смерти от класса БСК — в отчете по результатам исследования представлены данные по отдельным причинам смерти — ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия, поражение сердца при артериальной гипертензии и т.д. [16]. Кроме того, данные не представлены на 100 тыс. населения (показано общее число ПЛЖ и вклад разных причин смерти). Косвенно можно предположить, что показатель ПЛЖ в результате преждевременной смерти от БСК в России значительно выше, чем в экономически развитых странах, т.к. показатель ПЛЖ от всех причин на 100 тыс. в России за 2012г по расчётам составил 25716; в то время как в 2010г в США — 11447, в Австралии — 7722, Канаде — 8546, Великобритании — 8949, Финляндии — 9050, Японии — 6827 [17].

Безусловно, для полноценной оценки DALY на основании метода, описанного в отчете “Глобальное бремя болезней”, имеющихся в Росстате данных недостаточно. Количество лет, прожитых с инвалидностью, оценивается с помощью таких источников как реестры онкологических больных, больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, данные амбулаторных и стационарных лечебных учреждений, а также опросы населения и домохозяйств. Были использованы также методы моделирования. Учитывая, особенности определе-

ния группы инвалидности в России, отсутствие персонифицированных данных, условность критериев оценки лет, прожитых с инвалидностью, можно ожидать значительные различия при проведении таких исследований разными авторами и проблемы в сопоставлении полученных результатов. Несмотря на представленные в отчете показатели DALY для России, вероятно, к ним надо относиться с некоторой осторожностью именно из-за отсутствия многих показателей для полноценной оценки DALY и применения метода моделирования. В то же время не вызывает сомнений факт значительно больших потерь в результате преждевременной смерти от БСК в России по сравнению с экономически развитыми странами.

Проведенное исследование только 1 этап оценки DALY от БСК, их вклада в ГББ в целом; сравнительной оценки ПЛЖ в результате преждевременной смерти от БСК в субъектах РФ. Одновременно полученные данные свидетельствуют о том, что в экономически активном возрасте значительный вклад в ПГЖ вносят другие причины — доля БСК в общем числе ПЛЖ в результате преждевременной смерти от всех причин в экономически активном возрасте составляет 35% (и эта доля одинакова у мужчин и женщин). В экономически активном возрасте общее число ПЛЖ от БСК равно 10668202, общее число ПЛЖ от всех причин 30054785. Более вероятно, такими причинами в экономически активном возрасте являются травмы, убийства, отравления, суициды.

Таким образом, необходимы дополнительные исследования для уточнения причин значительно более высокого риска смерти у мужчин по сравнению с женщинами в экономически активных возрастах и значительных различий между регионами в ПГЖ на 100 тыс. населения. Полученные в ходе такого исследования данные могут стать основой для определения приоритетов первичной и вторичной профилактики у населения разных регионов РФ.

Литература

1. Nuria Homedes. The Disability-Adjusted Life Year (Daly) Definition, Measurement And Potential Use, http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/work/wp_00068.html
2. World Development Report Investing in Health. Oxford University Press 1993; 348.
3. Global burden of disease: Generation of evidence, policy direction. Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington, Human Development Network, World Bank. ISBN 978-0-9894752-5-9 © 201346 p. Russian (Глобальное бремя болезней (Global burden of disease): Порождение доказательств, направление политики. Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (Health Metrics and Evaluation (IHME), Университет штата Вашингтон (University of Washington) и Сеть человеческого развития (Human Development Network) Всемирного банка (World Bank). ISBN 978-0-9894752-5-9 © 201346 c).
4. Artjuhov IP, Gorniy BJe, Mazharov VF. Prioritization of regional programs to reduce mortality based on an analysis of the number of years of potential life lost. Medicine in Kuzbass 2011; 4: 7–11. Russian (Артюхов И.П. Горный Б.Э. Мажаров В.Ф. О пределение приоритетов региональных программ по снижению смертности на основе анализа числа потерянных лет потенциальной жизни. Медицина в Кузбассе 2011; 4: 7–11).
5. Ljubov EB, Morev MV, Falaleeva OI. Socio-economic burden of suicide mortality in Russia. Social and Clinical Psychiatry. 2013 Tom 23, выпуск 2, 38–44. Russian (Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России. Социальная и клиническая психиатрия 2013; Том 23, выпуск 2: 38–44).
6. Korobitsyn BA, Kuklin AA, Manzhurov IL, et al. Assessment of damage from a reduction in life expectancy as a result of cancer. Journal of Economics of the region 2013; 3: 257–64. Russian (Коробицын Б.А., Куклин А.А., Манжуров И.Л. и др. Оценка ущерба от сокращения ожидаемой продолжительности жизни в результате онкологических заболеваний. Экономика региона 2013; 3: 257–64).
7. Koncevaja AV, Kalinina AM, Belonosova SV, et al. Economic efficiency program multifactorial prevention of cardiovascular diseases in the organized collective staff Technical Research Institute. Rational Pharmacotherapy in Cardiology 2010; 4: 469–73. Russian (Концевая А.В., Калинина А.М., Белонососова С.В., и др. Экономическая эффективность реализации программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в организованном коллективе сотрудников технического научно-исследовательского института. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2010; 4: 469–73).

8. Krut'ko VN, Smirnova TM. Analysis of trends in mortality and life expectancy in the Russian end of the twentieth century. M. URSS. 2002; 48. Russian (Крутько В.Н., Смирнова Т.М. Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века. М. УРСС. 2002; 48).
9. Starodubov VI, Ivanova AV, Semina VG, et al. Health of the Nation dynamics and projections of health in Russia in a social context 90s. Glavvrach 2002; (8): 13–32. Russian (Стародубов В.И., Иванова А.В., Семина В.Г., и др. Здоровье нации динамика и прогнозы здоровья населения России в социальном контексте 90-х годов. Главврач 2002; (8): 13–32).
10. Shkol'nikov VM, Andreeva EM, Maleva T.M. Inequality and mortality in Russia. The Carnegie Moscow Center. M., 2000; 21. Russian (Школьников В.М., Андреева Е.М., Т.М. Малеева. Неравенство и смертность в России. Московский Центр Карнеги. М., 2000; 21).
11. Semenova VG, Okunev OB, Antonjuk VV, et al. Age and nosological characteristics mortality Russia against Western states of 1990–2009. Social aspects of health 08.10.2012 g. URL: <http://vestnik.mednet.ru/> Russian (Семенова В.Г., Окунев О.Б., Антонюк В.В. и др. Возрастные и нозологические особенности смертности населения России на фоне западноевропейских государств в 1990–2009 гг. Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения" 08.10.2012 г.).
12. Vishnevskij AG. Selected demographic works: in 2 volumes. M.: Nauka 2005; 368 s. Russian (Вишневский А.Г. Избранные демографические труды: в 2 т. М.: Наука 2005; 368 с.).
13. Vajsman DSh. System analysis of mortality statistics according to "medical certificate of death" and the accuracy of the registration of causes of death. Social aspects of health 18.04.2013 g URL: <http://vestnik.mednet.ru>. Russian (Вайсман Д.Ш. Система анализа статистики смертности по данным "Медицинских свидетельств о смерти" и достоверность регистрации причин смерти. Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения" 18.04.2013 г.).
14. Nikulina NN. Cardiovascular mortality: analysis of the quality of diagnosis and statistical reporting of causes of death. Saratov Journal of Medical Scientific 2011; 91–6. Russian (Никulina Н.Н. Сердечно-сосудистая смертность: анализ качества диагностики и статистического учета причин смерти. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011; 1: 91–6).
15. Marshall RJ. Standard expected years of life lost as a measure of mortality: norms and reference to New Zealand data. Aust NZJ Public Health. 2004 Oct; 28 (5): 452–7.
16. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2010 The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2197–223.
17. Members of the US Burden of Disease Collaborators The State of US Health, 1990–2010 Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. JAMA. doi:10.1001/jama.2013.13805 <http://globalhealth.emory.edu/resources/>

**Министерство здравоохранения РФ
Российская академия наук
Всемирная Федерация Сердца
Департамент здравоохранения города Москвы
Министерство здравоохранения Московской области
Российское кардиологическое общество
Фонд содействия развитию кардиологии "Кардиопрогресс"**

IV международный форум кардиологов и терапевтов 24–26 марта 2015г, г. Москва

Информационное письмо

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в IV Международном Форуме кардиологов и терапевтов, который состоится 24–26 марта 2015 г. в г. Москва, в Новом здании Президиума Российской академии наук по адресу: Ленинский проспект, 32А; проезд: ст. метро "Ленинский проспект".

Тематика Форума

- Совершенствование организации помощи кардиологическим и терапевтическим больным
- Неотложная и скорая помощь при сердечно-сосудистых и других соматических заболеваниях
- Новые медицинские технологии в диагностике, лечении, и реабилитации кардиологических больных
- Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний
- Интервенционная кардиология и хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний
- Коморбидные заболевания (состояния) в практике врача терапевта: особенности диагностики, лечения, профилактики.
- Надвигающиеся эпидемии: ожирение, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания
- Хронические легочные заболевания в терапевтической практике
- Заболевания почек

- Желудочно-кишечные патологии
- Психосоматические и неврологические расстройства в практике терапевта
- Системные заболевания соединительной ткани
- Семейная медицина
- Сестринское дело в клинике внутренних болезней

Научная программа Форума включает лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады и школы для практикующих врачей с участием российских и международных экспертов.

Полная научная программа размещается на официальном сайте Форума за 1,5–2 месяца до начала мероприятия.

Информация о Международном форуме кардиологов и терапевтов размещена на официальном сайте Форума www.cardioproggress.ru, а также на сайтах партнеров: www.rosccardio.ru, www.rpcardio.ru, www.internist.ru, www.bionika-media.ru, www.medvestnik.ru, www.pharmvestnik.ru, www.medtusovka.ru.

Тезисы

Стоимость опубликования одних тезисов (одна работа) — 400 руб. (сумма не включает стоимость сборника тезисов). Все суммы включают НДС.

От оплаты за публикацию тезисов освобождаются председатели всех научных симпозиумов.

См. продолжение на стр. 23 и 34