

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СНИЖЕНИЯ ПРЕДОТВРАТИМОЙ СМЕРТНОСТИ

Д.С.Кацко, А.В.Семёнов, В.Н.Ростовцев, В.М.Писарик, М.Г.Орлова

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ),
ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Представлены подходы к определению причин предотвратимой смертности, а также реализуемые в различных странах (Австралия, Великобритания, Канада, Люксембург, Новая Зеландия, Российская Федерация, США и др.) меры по ее снижению. Рассмотрены основные мероприятия, выполнение которых привело к удовлетворительным результатам в решении данной проблемы. Предложены наиболее перспективные, по мнению авторов, меры по снижению предотвратимой смертности в Республике Беларусь.

Ключевые слова: предотвратимая смертность; причины смерти; факторы риска; международный опыт.

Введение. Предотвратимая смертность – это смертность от причин, которых можно было избежать, во-первых, средствами первичной профилактики, то есть, мерами, применяемыми до начала манифестации заболевания или получения травмы (решение проблемы на этом уровне зависит от активных действий почти всех секторов экономики (образования, социальной защиты, средств массовой информации (СМИ), промышленности, сельского хозяйства и др.), всех политических, властных и общественных структур), во-вторых, благодаря эффективным действиям отрасли здравоохранения, то есть, своевременным лечением заболевания и мерами вторичной профилактики (это уровень ответственности структур, подчиненных страновым министерствам здравоохранения).

Концепция потенциально предотвратимой смертности была впервые предложена David D. Rutstein с соавт. [1] в США в 1970-х гг. как набор причин «ненужных несвоевременных смертей», которые не должны происходить при наличии профилактики, своевременной диагностики и эффективной медицинской помощи. Нозологические формы заболеваний и состояния, включенные в этот набор, были определены группой медицинских специалистов путем группового консенсуса с использованием широкого определения понятия «медицинской помощи», в результате чего был составлен список из более чем 90 состояний, которые можно либо предотвратить, либо вылечить при обращении к врачу.

Эта концепция получила дальнейшее развитие в Великобритании в работах J.R.Charlton с соавт.

[2], которые использовали ее для оценки эффективности деятельности системы здравоохранения. С этой целью они отобрали из исследования D.D.Rutstein с соавт. [1] 14 подгрупп состояний, которые считались поддающимися медицинскому воздействию, и использовали данный подход на популяционном уровне для изучения региональных различий показателей смертности [2]. В последующие несколько десятилетий использование подобной методики стало достаточно распространенным, что, в том числе, привело к разработке ряда различных наборов предотвратимых причин смерти, часто не сопоставимых между собой. Для возможности международных сравнений в Европейском экономическом сообществе был разработан Атлас предотвратимой смертности [3].

В настоящее время показатели потенциально предотвратимой смертности используются в качестве инструмента мониторинга эффективности системы здравоохранения во многих странах, включая Австралию, Великобританию, Канаду, Новую Зеландию, США и страны Европейского союза, однако перечни таких показателей варьируют ввиду отличий в системах здравоохранения разных стран.

Подходы к определению причин предотвратимой смертности. Процесс решения проблемы предотвратимой смертности можно условно разделить на четыре этапа:

1. Формирование перечня причин предотвратимой смертности.
2. Определение основных факторов, влияющих на заболеваемость и смертность вследствие

причин, отобранных на предыдущем этапе.

3. Разработка мероприятий, направленных на снижение влияния вредных и стимулирование полезных факторов.

4. Реализация разработанных мероприятий и оценка их эффективности.

В 2018 г. Организация экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) и Евростат (статистическая служба Европейского союза) совместно с группой экспертов разработали обновленный список предотвратимых причин смерти и поддающихся лечению заболеваний. На его основе страны-члены ОЭСР могут формировать собственные списки. Основные правила, по которым формировался список предотвратимых причин смерти и поддающихся лечению заболеваний [4]:

отбор основан на трех перечнях, существовавших ранее;

включены причины смерти, избежать которые можно при помощи профилактики или лечения;

исключен двойной учет одной причины смерти;

исключены причины смерти с очень небольшим числом случаев;

использован одинаковый возрастной порог для каждой причины.

Тем не менее, и в вышеупомянутом списке сохранились определенные недостатки: большое количество пунктов (практически 100 состояний, которые объединены в 13 основных групп), присутствие редко встречающихся в отдельных странах причин смерти, а также отсутствие ранжирования причин по значимости, что, в целом, усложняет акцентирование внимания на самых актуальных проблемах и отдаляет возможность их решения. Поэтому, каждая страна адаптирует перечень под собственные реалии и нужды.

Австралийский список причин потенциально предотвратимых смертей состоит из 48 причин, разбитых на 11 групп [5; 6].

Список причин предотвратимой смертности Новой Зеландии включает 35 состояний, объединенных в 6 основных категорий [6; 7]:

инфекции;

угрожающие состояния при беременности и родах;

повреждения;

злокачественные новообразования;

кардиоваскулярные заболевания и диабет;

другие хронические заболевания.

Список причин предотвратимой смертности, который используют в Великобритании, состоит из 44 пунктов, разделенных на 12 групп [8]. В нем так же, как и в списках ОЭСР и Евростата,

отмечается, предотвратима ли причина или поддается лечению, или же предотвратима и поддается лечению.

Аналогичный перечень разработан в Канаде в 2022 г. [9]. Данный список является самым объемным из всех рассмотренных в данной работе и состоит из 79 пунктов, объединенных в 16 групп.

В Российской Федерации чаще всего используют список, составленный в 1998 г. В нем выделяются 3 группы, включающие [10]:

смертность, предотвратимую мерами первичной профилактики;

смертность, предотвратимую при своевременной диагностике;

смертность, предотвратимую путем улучшения качества медицинской помощи.

Каждая группа делится на пункты, включающие в себя от двух до десятков нозологических позиций. В общей сложности по всем группам получается 38 основных пунктов [10].

Министерством здравоохранения Республики Беларусь определены 13 наиболее актуальных причин предотвратимой смертности [11]:

цереброваскулярные болезни (шифр по МКБ-10 – I60–I69);

ишемическая болезнь сердца (шифр по МКБ-10 – I20–I25);

болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (шифр по МКБ-10 – I10–I15);

злокачественные новообразования желудка (шифр по МКБ-10 – C16);

злокачественные новообразования ободочной кишки, прямой кишки, ректосигмоидного соединения, заднего прохода и анального канала (шифр по МКБ-10 – C18–C21);

злокачественные новообразования гортани (шифр по МКБ-10 – C32);

злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких (шифр по МКБ-10 – C33–C34);

злокачественная меланома кожи (шифр по МКБ-10 – C43);

злокачественные новообразования молочной железы (шифр по МКБ-10 – C50);

злокачественные новообразования шейки матки (шифр по МКБ-10 – C53);

злокачественные новообразования предстательной железы (шифр по МКБ-10 – C61);

случайное отравление (воздействие) алкоголем (шифр по МКБ-10 – X45);

преднамеренное самоповреждение (шифр по МКБ-10 – X60–X84).

После составления списков причин предотвратимой смертности следующим этапом на пути

решения рассматриваемой проблемы является определение факторов, способствующих или препятствующих наступлению смерти.

Американские исследователи [12] определили 12 основных популяционных факторов риска, способствующих преждевременной смертности:

табакокурение;

высокое артериальное давление;

высокий уровень глюкозы в крови;

высокий уровень холестерина;

ожирение;

высокое содержание в рационе питания трансжирных кислот;

низкое содержание в рационе полиненасыщенных жирных кислот;

низкое содержание в рационе омега-3 жирных кислот (морепродукты);

высокое содержание соли в рационе питания;

низкое потребление овощей и фруктов;

гиподинамия;

злоупотребление алкоголем.

Данные факторы риска являются отягощающими обстоятельствами при развитии очень многих заболеваний, а также их осложнений и актуальны для разных стран мира, включая Беларусь. Для снижения смертности необходима реализация мер на популяционном уровне, направленных на снижение распространенности факторов риска. К сожалению, такие меры не дают мгновенного эффекта, но, как правило, приводят к надежному результату в долгосрочной перспективе.

По результатам исследования, в котором изучались причины смерти среди населения США в 2005 г., наиболее весомыми факторами риска были табакокурение и высокое артериальное давление [12].

Весьма активно ведется работа с причинами предотвратимой смертности в Австралии. Так, в период с 2001 по 2021 год стандартизованный показатель предотвратимой смертности снизился на 41% (от 162 до 96 случаев на 100 тысяч населения). У мужчин данный показатель снизился на 41% – с 210 до 124 случаев на 100 тысяч населения, а у женщин на 40% – со 114 до 68 случаев на 100 тысяч населения [13].

Также исследования показали, что в крупных населенных пунктах, где медицинская помощь более доступна, показатели предотвратимой смертности значительно ниже.

По исследованиям в Новой Зеландии за 2006 год [7], из 10600 смертей по всей стране 4900 (47%) были вызваны причинами, которые потенциально можно было бы предотвратить. Большинство смертей приходилось на возраст от 65 до 74

лет. Основными причинами были названы сердечно-сосудистые заболевания и диабет (55% у мужчин, 45% у женщин), злокачественные новообразования (17% у мужчин, 35% у женщин), а также повреждения (22% у мужчин, 14% у женщин).

В Великобритании, по исследованиям за 2015 год, проводимым на территории Англии и Уэльса, 23% всех смертей были вызваны потенциально предотвратимыми причинами. Больше трети из них (35%) были вызваны злокачественными новообразованиями. Среди смертей от причин, на которые можно было воздействовать путем лечения, 43% вызвано сердечно-сосудистыми заболеваниями. Примерно 60% случаев смерти, вызванных потенциально предотвратимыми причинами, приходятся на мужчин [8].

Меры, принимаемые в разных странах для снижения показателей предотвратимой смертности. Одним из признанных международных лидеров во многих областях профилактики является Австралия [5; 6; 13]. Много можно почерпнуть из прошлых успехов этого государства, чтобы руководствоваться ими в своей будущей стратегии. Успех в области профилактики не был случайным. Для его достижения потребовались постоянные усилия правительства, неравнодушных неправительственных организаций, членов общин и решительная реакция общественности. Для достижения успеха необходимо долгосрочное, многосекторальное и многостороннее партнерство.

В Австралии есть много положительных примеров в области профилактики, в частности, опыт борьбы с табакокурением, профилактика рака кожи, внедрение национальных программ скрининга рака, а также инновации в области иммунизации.

Распространенность курения в Австралии за последние 20 лет значительно снизилась благодаря успешным профилактическим медицинским мерам. С 1995 г. доля взрослого населения, ежедневно курящего, снизилась с 23,8% до 13,8% в 2017 г. Доля молодых людей, которые никогда не курили, значительно выше, чем 10 лет назад (75% по сравнению с 34%).

Важной проблемой для здравоохранения Австралии является рак кожи, однако, по сравнению с восьмидесятыми годами XX века, австралийцы сегодня лучше понимают важность защиты от солнца. Увеличилось использование солнцезащитных кремов, головных уборов и защитной одежды. Доля молодых людей, предпочитающих загар, также снизилась с 60% до 38%. За последние десятилетия произошло значительное снижение заболеваемости меланомой среди австралий-

цев в возрасте до 40 лет, причем многие из них знают об опасности и проявляют инициативу по прохождению медицинского обследования. Для многих австралийцев старшего возраста вред прошлого трудно обратить вспять, однако, данные свидетельствуют о том, что улучшение защиты от солнца в среднем возрасте может успешно снизить заболеваемость раком кожи в более позднем возрасте.

Национальная стратегия Австралии по профилактике на 2021–2030 гг. имеет, в основном, следующую направленность [14]:

снижение потребления табака и электронных сигарет;

доступность здорового питания;

повышение физической активности населения;

увеличение охвата населения онкоскринингом и активная профилактика рака;

увеличение охвата иммунизацией;

снижение потребления алкоголя и других психоактивных веществ (далее – ПАВ);

укрепление и охрана психического здоровья.

Рассмотрим некоторые меры, которые принимаются по каждому направлению и которые применимы, в том числе, для Беларуси [14]:

снижение потребления табака и электронных сигарет:

постоянная разработка, финансирование и реализация кампаний в средствах массовой информации и других коммуникационных сферах, направленных на мотивацию людей, потребляющих табак, к отказу от курения, а недавно бросивших курить – к продолжению воздержания от курения; противодействие распространению потребления табака; изменение социальных норм в отношении табачной промышленности и потребления табака;

защита государственной антитабачной политики от вмешательства «табачного лобби» (табачная промышленность; поставщики табачной продукции, в том числе, международные корпорации);

расширение доступа к научно обоснованным методам по отказу от курения;

поддержка людей, решивших отказаться от курения и других способов потребления табачных изделий, включая электронные сигареты;

постоянное снижение экономической доступности табачных изделий, включая повышение акцизов и таможенных пошлин на продукцию местного и зарубежного производства;

полный запрет курения на рабочих местах, в общественных и других местах;

устранение остатков рекламы, продвижения и спонсорства, связанных с табаком;

внедрение более жестких мер регулирования, мониторинга и обеспечения соблюдения законодательства в отношении уже существующих и вновь создаваемых продуктов, включая электронные сигареты и системы нагревания табака;

сокращение потребления табака среди жителей региональных и удаленных населенных пунктов за счет целевой поддержки;

доступность здорового питания:

определение деятельности в области питания и продовольствия конкретным национальным политическим документом;

широкое распространение информации и рекомендаций по питанию среди населения;

снижение при помощи политических мер структурных и экологических барьеров на пути к грудному вскармливанию;

осуществление пропаганды здорового питания посредством широкомасштабных мультимедийных образовательных кампаний;

обеспечение постоянного доступа к адекватным и недорогим вариантам здорового питания для всего населения, включая пожилых людей;

разработка национального политического документа, направленного на решение проблемы продовольственной безопасности в приоритетных группах населения;

определение потребительского выбора системой «звезд здоровья», которые указываются на всех многокомпонентных упакованных пищевых продуктах;

снижение воздействия на детей нездоровой пищи, а также маркетинга, брендинга и спонсорства нездоровых продуктов питания и напитков, ограничение во всех видах СМИ, в том числе, в цифровых медиа;

снижение содержания сахара, насыщенных жирных кислот и натрия в соответствующих упакованных и переработанных продуктах питания путем изменения состава и уменьшения размера порции;

регулярное обновление соответствующих рекомендаций и политики с использованием последних научных данных;

удовлетворение потребностей приоритетных групп населения в питании и здоровье с помощью совместно разработанных программ на уровне общин, учитывающих культурные особенности;

ограничение рекламы вредных продуктов питания и напитков на видных местах объектов розничной торговли и расширение рекламы здоровых продуктов питания;

расширение и регулярный сбор всеобъемлющих национальных данных о питании;

повышение физической активности населения:

определение деятельности государства в области физической активности конкретным национальным политическим документом;

проведение кампаний в СМИ для создания более здоровых социальных норм и физически активного образа жизни;

совершенствование городского дизайна, землеустройства и инфраструктуры для поддержки физической активности путем предоставления гражданам доступа к природной среде, общественным открытым пространствам и зеленым зонам, а также к сетям проката транспортных средств, приводимых в движение мышечной силой человека;

стандартизация и последовательное определение показателей физической активности;

оказание поддержки учреждениям по воспитанию и уходу за детьми младшего возраста, дошкольным учреждениям, начальным и средним школам в обеспечении физической активности детей и учащихся;

инвестирование в профилактические мероприятия по охране здоровья для граждан, которые в настоящее время наименее активны;

повышение уровня физической активности детей за счет усиления поддержки родителей и воспитателей;

прохождение медицинскими работниками обучения по консультированию и поддержке пациентов с целью поощрения физической активности и участия в социальной деятельности (подключение пациентов к общественным работам для улучшения здоровья и повышения уровня физической активности);

пропаганда увеличения физической активности и ухода от сидячего образа жизни;

поощрение и поддержка сообществ в реализации разработанных на местном уровне программ, поддерживающих физическую активность, которые носят инклюзивный характер и способствуют установлению социальных связей посредством физической активности;

обновление всех национальных рекомендаций и политики в отношении физической активности с использованием современных научных данных;

включение рекомендаций по режиму сна и времени работы с компьютером для всех возрастных групп в национальные руководства и отражение данных вопросов в государственной политике, где это необходимо;

включение в национальные руководства и отражение в государственной политике дополнитель-

ных рекомендаций по повышению физической активности для приоритетных групп населения;

повышение роли спортивного сектора в профилактических мероприятиях, направленных на повышение физической активности в обществе;

увеличение охвата населения онкоскринингом и активная профилактика рака:

увеличение числа участников скрининга среди населения с низким социально-экономическим статусом, а также проживающего в удаленных районах, за счет целенаправленного и локализованного взаимодействия;

разработка мероприятий, направленных на стимулирование изменения поведения и расширение охвата онкоскринингом, на основе научных доказательств;

поддержка организаций здравоохранения с целью поощрения населения за участие в скрининге рака;

создание скоординированного национального подхода, обеспечивающего достижимость целей, эффективность, результативность и постоянство инвестиций в скрининговые мероприятия на национальном и местном уровнях;

проведение кампаний в СМИ для стимулирования «солнцезащитного поведения»;

развитие доказательной базы в поддержку новых скрининговых программ, что позволит правительству рассматривать безопасные и экономически эффективные подходы;

повышение осведомленности населения о модифицируемых факторах риска, приводящих к предотвратимым онкологическим заболеваниям;

увеличение охвата иммунизацией:

работа по повышению уровня понимания отдельными лицами и сообществами ценности вакцин;

повышение уровня охвата вакцинацией против вируса папилломы человека за счет более активного участия в программе вакцинации и охвата приоритетных групп населения;

улучшение мониторинга и охвата вакцинацией против гриппа, пневмококка и опоясывающего герпеса;

упрощение доступа к иммунизации для всех граждан, независимо от финансовых или географических барьеров, включая использование услуг организаций, имеющих право на введение вакцин Национальной программы иммунизации;

повышение осведомленности населения и медицинских работников о безопасности вакцин, в том числе и о неблагоприятных последствиях, с целью укрепления доверия к программам вакцинации;

развитие иммунизации населения на всех этапах жизни – от сосредоточения внимания на младенцах и детях к проведению вакцинации на протяжении всей жизни;

подготовка медицинских работников к работе с представителями культурно, этнически и лингвистически отличных сообществ для повышения качества медицинской помощи и услуг;

установление контрольных и целевых показателей для взрослых, подверженных повышенному риску заболеваний, предотвращаемых с помощью вакцин, с учетом возраста и медицинских показаний, и достижение этих показателей к 2030 г.;

снижение потребления алкоголя и других ПАВ:

сдерживание распространения и минимизация вреда от последствий потребления – основа австралийской политики в отношении алкоголя и других ПАВ;

инвестирование в мероприятия по предотвращению потребления ПАВ;

разработка программ по борьбе с алкоголем и другими наркотиками, включая стратегии профилактики, снижающие уровень стигматизации и дискриминации;

вовлечение в антиалкогольные программы широких слоев населения при взаимодействии всех социальных групп;

повышение осведомленности потребителей алкоголя о национальных рекомендациях по его употреблению;

ограничение доступности и рекламирования алкоголя;

ограничение воздействия маркетинга ПАВ на детей и молодежь, в том числе, через электронные СМИ;

осуществление профилактики на основе научно обоснованных стратегий, направленных на снижение влияния факторов риска и усиление защитных факторов;

предотвращение или отсрочка начала употребления алкоголя и других наркотиков среди молодежи, в том числе, с помощью научно обоснованных и соответствующих возрасту школьных программ;

повышение осведомленности медицинских работников о проблемах, связанных с потреблением алкоголя, табака и других ПАВ, путем включения соответствующих материалов в учебные программы;

укрепление и охрана психического здоровья:

укрепление сплоченности общества и поддержка социальных связей, особенно среди тех, кто подвержен риску одиночества и изоляции;

популяризация и правовое закрепление использования услуг по охране психического здоровья для снижения стигматизации и поощрения раннего обращения к специалистам;

разработка и внедрение Национальной стратегии снижения стигматизации;

реализация в школах, на рабочих местах и в общинах программ, направленных на повышение грамотности в области психического здоровья и укрепление жизнестойкости;

реализация целевых программ профилактики и раннего вмешательства для детей и их семей в рамках партнерства между службами психического здоровья, охраны материнства и детства, школами и другими организациями;

координация деятельности в рамках Национального соглашения по психическому здоровью и профилактике суицидов;

разработка национальных рекомендаций для решения проблем психического здоровья, связанных с последствиями чрезвычайных ситуаций и катастроф.

Последовательная реализация перечисленных мер позволила Австралии переместиться на верхние строчки списка стран, наиболее благополучных с точки зрения проводимых профилактических мероприятий, направленных на снижение предотвратимой смертности.

Среди стран ОЭСР наименьшее число смертей от предотвратимых причин по данным за 2019 год зафиксировано в Люксембурге (41 случай на 100 тысяч) [15]. При этом, ожидаемая продолжительность жизни – 82,7 года [16]. Население данной страны на 2021 г. составляло 640 тыс. человек, что практически равно населению областных центров Республики Беларусь. Каковы же особенности пути Люксембурга к данным показателям? Применим ли опыт отдельного города-государства к другим странам и территориям?

Следует отметить, что более трети всех смертей в Люксембурге в 2019 г. вызваны поведенческими факторами риска, такими как табакокурение, в том числе, пассивное, которым обусловлены 17% смертей, нерациональное питание (обусловило 13% смертей), употребление алкоголя (обусловило 7% смертей) и низкая физическая активность (обусловила 2% смертей).

В Люксембурге, как и в других странах, избыточное питание является основным фактором, способствующим появлению избыточной массы тела и ожирения. Потребление фруктов и овощей менее распространено, чем в большинстве других стран ЕС, причем только около 40% взрослых едят фрукты и овощи каждый день.

В борьбе с чрезмерным потреблением алкоголя достигнут лишь незначительный прогресс, и это по-прежнему остается одной из главных проблем общественного здравоохранения. Доля взрослых, сообщающих об эпизодах чрезмерного употребления алкоголя, является третьей по величине в ЕС после Дании и Румынии, причем более трети взрослых регулярно сообщают о таком поведении (данные за 2019 г.).

Вместе с тем, доля взрослых, курящих ежедневно, в Люксембурге значительно снизилась к 2019 г. (около 10%) по сравнению с 2001 г. (более 25%). Отчасти это снижение можно объяснить антитабачными инициативами, выдвинутыми за последние несколько десятилетий, такими как запрет на курение в общественных местах в 2006 г., антитабачный закон 2017 г., включающий [16]:

запрет курения и вейпинга на детских площадках, в любом транспортном средстве в присутствии несовершеннолетних в возрасте до 12 лет, на спортивных площадках, где занимаются спортом подростки в возрасте до 16 лет, и во всех местах, где курение запрещено;

поступательное увеличение возраста, при достижении которого разрешена продажа электронных сигарет и табачных изделий.

Анализ зарубежной практики и текущей ситуации в Беларуси позволяет выделить наиболее перспективные мероприятия по снижению предотвратимой смертности на разных уровнях медицинской профилактики:

1) уровень первичной профилактики:

внедрение существующих и разработка новых программно-аппаратных средств сердечно-сосудистого и онкологического скрининга;

поступательное ограничение доступности табачной (включая электронные сигареты и системы нагревания табака) и алкогольной продукции в стране, во времени, по возрасту и финансам;

расширение доступности спортивных секций и занятий по интересам для детей и взрослых, включая психологическую и антистрессовую помощь, в пространстве, во времени, по возрасту и финансам;

проведение вакцинации с использованием вакцин доказанной эффективности и с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний в рамках Национального календаря профилактических прививок и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям, установленных законодательством;

организация рационального режима питания и физической активности в воспитательных и образовательных учреждениях;

ограничение уровня содержания соли, сахара и трансжиров в продуктах массового потребления;

проведение газификации и электрификации сельских населенных пунктов с целью снижения доли домохозяйств, использующих только печное отопление;

увеличение количества лесопарковых зон и совокупной площади зеленых насаждений в городских населенных пунктах;

профилактика самоубийств путем своевременной диагностики и лечения депрессии, включая ее субклинические формы;

разработка политики в области психического здоровья, направленной на обеспечение социального и эмоционального благополучия населения на основе приоритета традиционных духовно-нравственных ценностей;

2) уровень вторичной профилактики:

проведение диспансеризации населения с выявлением и взятием под медицинское наблюдение лиц из групп риска (с повышенным артериальным давлением, повышенным уровнем глюкозы в крови, курящих, злоупотребляющих алкоголем, солью и сахаром и т.д.);

организация в амбулаторно-поликлинических организациях кабинетов ранней диагностики, оснащенных соответствующим оборудованием;

совершенствование работы мужского смотрового кабинета;

совершенствование онкоскрининга, включая определение частоты и возрастных порогов для прохождения тестирования;

организация профилактических обследований целевых по полу и возрасту контингентов населения (маммография, кольпоскопия, тесты на ВПЧ и простат-специфический антиген и др.);

организация мониторинга состояния здоровья лиц, перенесших заболевания, склонные к рецидивам, и пациентов с хроническими заболеваниями;

разработка комплексов мероприятий по реабилитации пациентов, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Роль государства в профилактике заболеваний многогранна и включает в себя установление приоритетов, мобилизацию сил и средств для профилактики заболеваний, формирование политики, принятие и применение нормативных требований, создание инфраструктуры и институциональных структур, а также просвещение населения. При этом, реализация новых программ профилактики заболеваний и создание дополнительных финансовых стимулов для укрепления профилактиче-

ской базы системы общественного здравоохранения требуют проведения реформ, касающихся почти всех секторов экономики. Без активной совместной работы политических, властных и общественных структур страны практически невозможно добиться значительных успехов в решении проблемы снижения предотвратимой смертности.

Литература

1. Measuring the Quality of Medical Care—A Clinical Method / D.D.Rutstein, W.Berenberg, T.C.Chalmers, C.G.Child 3rd, A.P.Fishman, E.B.Perrin, J.J.Feldman, P.E.Leaverton, J.M.Lane, D.J.Sencer, C.C.Evans // *N Engl J Med.* – 1976. – Vol.294, No.11. – P.582–588. DOI: 10.1056/NEJM197603112941104.
2. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales / J.R.Charlton, R.M.Hartley, R.Silver, W.W.Holland // *Lancet.* – 1983. – Vol.1, Issue 8326 Pt.1. – P.691–696. DOI: 10.1016/s0140-6736(83)91981-5.
3. European Community atlas of “avoidable death” [Electronic resource]. – Mode of access: https://archive.org/details/europeancommunit0001unse_2nd. – Date of access: 05.12.2023.
4. Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version) [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.cihi.ca/en/indicators/avoidable-deaths-from-preventable-causes>. – Date of access: 05.12.2023.
5. A guide to the potentially avoidable deaths indicator in Australia [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/guide-potentially-avoidable-deaths-indicator-australia>. – Date of access: 05.12.2023.
6. Australian and New Zealand Atlas of Avoidable Mortality [Electronic resource] / A.Page, M.Tobias, C.Wright [et al.]. – Adelaide, Australia: PHIDU, University of Adelaide; 2006. – 246 p. – Mode of access: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/45350/1/hdl_45350.pdf. – Date of access: 05.12.2023.
7. Tobias, M. Saving Lives: Amenable mortality in New Zealand, 1996–2006 [Electronic resource] / M.Tobias, Li-Chia Yeh, R.Timutimu. – Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2010. – Mode of access: <https://thehub.sia.govt.nz/resources/saving-lives-amenable-mortality-in-new-zealand-1996-2006/>. – Date of access: 05.12.2023.
8. Avoidable mortality in England and Wales: 2015 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/avoidablemortalityinenglandandwales/2015>. – Date of access: 05.12.2023.
9. List of Conditions for Avoidable Mortality and Mortality From Preventable and Treatable Causes Indicators (October 2022) [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/conditions-for-avoidable-mortality-indicators-meth-note-en.pdf>. – Date of access: 05.12.2023.
10. Иванова, А.Е. Предотвратимая смертность в России [Электронный ресурс] / А.Е.Иванова; Сотрудничающий центр ВОЗ по статистике и анализу здоровья населения. – Режим доступа: https://old.mednet.ru/images/stories/files/fas/predotvratimaya_smetnost.pdf. – Дата доступа: 05.12.2023.
11. Об утверждении методики по расчету показателей предотвратимой смертности населения: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 15 сен. 2023 г., №137.
12. The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors / G.Danaei, E.L.Ding, D.Mozaffarian, B.Taylor, J.Rehm, Ch.J.L.Murray, M.Ezzati // *PLoS Med.* – 2009 Apr. – Vol.6, No.4. – Article: e1000058. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000058.
13. Deaths in Australia [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d227ae99-0fdc-4b2b-a071-283dd25c5394/deaths-in-australia.pdf?v=20240709174027&inline=true>. – Date of access: 05.12.2023.
14. National Preventive Health Strategy 2021–2030 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-preventive-health-strategy-2021-2030?language=en>. – Date of access: 05.12.2023.
15. Mortality rates from preventable causes in OECD countries in 2021, by country (per 100,000 population) [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.statista.com/statistics/1286558/mortality-rates-from-preventable-causes-oecd-countries-by-country/>. – Date of access: 05.12.2023.
16. State of Health in the EU. Luxembourg Country Health Profile 2021 [Electronic resource]. – Mode of access: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lu_english.pdf. – Date of access: 05.12.2023.

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN AVOIDABLE MORTALITY REDUCING

D.S.Katsko, A.V.Semyonov, V.N.Rostovtsev, V.M.Pisaryk, M.G.Arlova

Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Approaches for identifying causes of avoidable mortality, as well as measures implemented in various countries (Australia, Great Britain, Canada, Luxembourg, New Zealand, Russian Federation,

USA, etc.) to reduce it, are presented in the article. Main measures contributed to satisfactory results in this problem solution have been considered. The most promising, according to the authors' opinion, measures to reduce avoidable mortality in the Republic of Belarus have been proposed.

Keywords: avoidable mortality; causes of death; risk factors; international experience.

Сведения об авторах:

Кацко Дарья Сергеевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий здравоохранения, стажер младшего научного сотрудника; тел.: (+37517) 3115089; e-mail: daridask@gmail.com.

Семёнов Александр Владимирович, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по научной работе; тел.: (+37517) 3115063; e-mail: semenov@rncmt.by.

Ростовцев Владимир Николаевич, д-р мед. наук, профессор; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий здравоохранения, главный научный сотрудник; тел.: (+37517) 3115089; e-mail: vnrost@rambler.ru.

Писарик Виталий Михайлович, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зав. лабораторией организационных технологий здравоохранения; тел.: (+37517) 3115089; e-mail: pisarik@rncmt.by.

Орлова Мария Геннадьевна, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория организационных технологий здравоохранения, младший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3115089; e-mail: arlova@rncmt.by.

Поступила 19.12.2023 г.