

Сравнение смертности от болезней системы кровообращения, нервных и психических расстройств в России в 2013 и 2017 гг.

© О.М. ДРАПКИНА¹, И.В. САМОРОДСКАЯ¹, М.А. СТАРИНСКАЯ¹, А.В. МАСЯКИН², Б.А. КАЗАКОВЦЕВ³, И.Н. СТУПАКОВ⁴

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия;

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования — проанализировать показатели смертности в России и в регионах в 2013 и 2017 гг. от отдельных причин класса болезней системы кровообращения (БСК), нервных и психических расстройств, на изменение которых могли повлиять подходы к установлению первоначальной причины смерти (ППС).

Материал и методы. Использованы данные Росстата о численности населения, числе умерших по причинам смерти на основе «Краткой номенклатуры причин смерти» Росстата. В анализ включены следующие коды МКБ-10: I25.0, I67, I70, I95-99; G20, 21, G30; F00-F09, F20-F29, F30-F69, F80-F99. Для каждого региона рассчитаны показатели смертности от указанных причин. С целью сопоставимости данных за 2013 и 2017 гг. в анализ не включен Крымский федеральный округ. Стандартизированные показатели смертности (СПС) рассчитаны с помощью специально разработанной программы для электронно-вычислительных машин «Расчет и анализ показателей смертности и потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности в субъектах РФ». Для расчета СПС использован Европейский стандарт (1976).

Результаты. Наиболее выраженное снижение СПС отмечено в группе «Другие и неуточненные болезни системы кровообращения» (-79,3%), «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (-53,4%); наиболее значимый прирост — от болезней Паркинсона (+267,7%), Альцгеймера (+251,4%), а также причин, объединенных в номенклатуре Росстата в группу «Другие психозы» (+419,3%). С нашей точки зрения, частично, это обусловлено более пристальным административным вниманием к кодированию причин смерти на фоне реализации сосудистых программ. Часть причин смерти, которые ранее определялись как БСК («Атеросклероз», «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная», «Цереброваскулярные болезни» и т.д.), вероятно, закодированы как «Болезнь Альцгеймера», «Болезнь Паркинсона», учитывая значительное увеличение смертности от данных причин.

Выводы. Полученные результаты косвенно свидетельствуют в пользу гипотезы «перетока» случаев смерти из одного класса причин в другой за счет изменения подходов к формулировке посмертного диагноза, определения и кодирования ППС. Не вызывает сомнений необходимость совершенствования статистического учета смертности, уточнения критериев ППС и целесообразность проведения в регионах (группах регионов) сравнительных клинико-эпидемиологических исследований, направленных на уточнение причин смерти от отдельных заболеваний (в том числе из класса БСК, нервных, психических расстройств).

Ключевые слова: смертность, стандартизированные коэффициенты смертности, причины смерти, болезни системы кровообращения, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, психические расстройства, МКБ-10, Краткая номенклатура причин смерти Росстата, Российская Федерация, Россия.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Драпкина О.М. — д.м.н., проф., член-корр. РАН, д.м.н., проф.; <https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>; e-mail: drapkina@bk.ru

Самородская И.В. — д.м.н., проф.; <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>; e-mail: samor2000@yandex.ru

Старинская М.А. — к.м.н.; <https://orcid.org/0000-0001-8378-7002>; e-mail: mariheli@yandex.ru

Масякин А.В. — к.м.н.; <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>; e-mail: masyakinanton@yandex.ru

Казиковцев Б.А. — д.м.н., проф.; <https://orcid.org/0000-0002-6148-8666>; e-mail: bakazakovtsev@serbsky.ru

Ступаков И.Н. — д.м.н., проф.; <https://orcid.org/0000-0002-7084-9320>; e-mail: stupakov_in@rambler.ru

Автор, ответственный за переписку: Старинская М.А. — e-mail: mariheli@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А., Масякин А.В., Казаковцев Б.А., Ступаков И.Н. Сравнение смертности от болезней системы кровообращения, нервных и психических расстройств в России в 2013 и 2017 г. *Профилактическая медицина*. 2019; 22(4):7-13. <https://doi.org/10.17116/profmed2019220417>

Comparison of mortality from circulatory system diseases and nervous and mental disorders in Russia in 2013 and 2017

O.M. DRAPKINA¹, I.V. SAMORODSKAYA¹, M.A. STARINSKAYA¹, A.V. MASYAKIN², B.A. KAZAKOV³, I.N. STUPAKOV⁴

¹National Medical Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

²N.A. Alekseev Mental Clinical Hospital One, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia;

³V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

⁴A.N. Bakulev National Medical Research Center for Cardiovascular Surgery, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Abstract

Objective — to analyze mortality rates from individual causes of circulatory system diseases (CSDs), nervous and mental disorders, the change of which could be affected by approaches to ascertaining the first cause of death (FCD), in Russia and in its regions in 2013 and 2017.

Material and methods. The data of the Russian Federal State Statistics Service (RFSS) on the number of people who died by causes of death were used on the basis of its «Brief Nomenclature of Causes of Death». The analysis included the following ICD-10 codes: I25.0, I67, I70, I95-99; G20, 21, G30; F00-F09, F20-F29, F30-F69, F80-F99. Mortality rates from the above causes were calculated for each region. To compare the 2013 and 2017 data, the Crimean Federal District was excluded from the analysis. Standardized mortality rates (SMRs) were calculated using the specially developed computer program «Calculation and analysis of mortality rates and years of life lost due to premature mortality in the subjects of the Russian Federation». The 1976 European Standard was used to estimate SMRs.

Results. There was the most pronounced decrease in SMRs in the rubric of other and unspecified circulatory system diseases (–79.3%) and in that of atherosclerotic cardiovascular disease, as described (–53.4%), the most significant increment from Parkinson's disease (+267.7%) and Alzheimer's disease (+251.4%), as well as the causes combined in the RFSS nomenclature to the rubric of other psychoses (+419.3%). From our point of view, this is partially due to more intense administrative attention to cause-death coding when implementing vascular programs. Some of the causes of death, which were previously defined as CSDs (atherosclerosis, atherosclerotic cardiovascular disease, as described, cerebrovascular diseases, etc.), are probably coded as Alzheimer's disease, Parkinson's disease, taking into account a considerable increase in mortality from these causes.

Conclusion. The findings indirectly favor the hypothesis for the spillover of deaths from one class of causes to another one, by changing the approaches to formulating a postmortem diagnosis, determining and coding FCD. There is no doubt that it is necessary to improve the statistical accounting of mortality rates and to clarify criteria for FCD and that it is feasible to conduct the comparative clinical and epidemiological studies in the regions (in the groups of regions), which are aimed at clarifying the causes of death from certain diseases (including those from the class of CSD, nervous and mental disorders).

Keywords: mortality, standardized mortality rates, causes of death, circulatory system diseases, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, mental disorders, ICD-10, Brief Nomenclature of Causes of Death by the Russian Federal State Statistics Service, Russian Federation, Russia.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Drapkina O.M. — <https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>; e-mail: drapkina@bk.ru

Samorodskaya I.V. — <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>; e-mail: samor2000@yandex.ru

Starinskaya M.A. — <https://orcid.org/0000-0001-8378-7002>; e-mail: mariheli@yandex.ru

Masyakin A.V. — <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>; e-mail: masyakinanton@yandex.ru

Kazakov B.A. — <https://orcid.org/0000-0002-6148-8666>; e-mail: bakazakovtsev@serbsky.ru

Stupakov I.N. — <https://orcid.org/0000-0002-7084-9320>; e-mail: stupakov_in@rambler.ru

Corresponding author: Starinskaya M.A. — e-mail: mariheli@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, Masyakin AV, Kazakovtsev BA, Stupakov IN. Comparison of mortality from circulatory system diseases and nervous and mental disorders in Russia in 2013 and 2017. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2019;22(4):7–13. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed2019220417>

В соответствии с утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации (РФ) от 17.11.08 №1662-р «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», одним из наиболее приоритетных направлений государственной демографической политики является снижение темпов естественной убыли населения, в том числе снижение смертности населения [1]. В течение длительного времени в структуру общей смертности населения РФ наибольший вклад вносили болезни системы кровообращения (БСК), составляя более 50% среди всех причин смертности. Вместе с тем за период 2006–2016 гг. отмечается стойкое сни-

жение смертности от БСК во всех регионах РФ, а среднее снижение стандартизованных показателей смертности составило $38,6 \pm 8,6\%$ [2]. Определение путей снижения смертности невозможно без обеспечения органов исполнительной власти и здравоохранения качественными полными сведениями в области медицинской статистики, на неудовлетворительное качество которой указывается исследователями на протяжении ряда лет [3–6].

В последние годы в научном сообществе широко обсуждают вопрос адекватности кодирования смертности от БСК и ряда заболеваний, входящих в группу психических и нервных болезней, была выдвинута гипотеза о возмож-

ности «перетока» смертности из одного класса/группы болезней в другой за счет изменения подходов к формулировке посмертного диагноза, определения и кодирования первоначальной причины смерти (ППС) [7–10].

На основании предыдущих исследований по анализу смертности предполагали, что наиболее значимой может быть динамика по тем причинам класса БСК, которые не имеют четко установленных критериев диагностики, и на фоне реализации сосудистых программ за счет более пристального административного внимания уменьшилась доля некорректного кодирования именно этих причин смерти [9, 11, 12]. Кроме того, высказано предположение, что часть случаев смерти из класса БСК («Атеросклероз», «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная», «Церебральный атеросклероз», «Цереброваскулярная болезнь неуточненная» и т.д.), при кодировании перенесена в класс V МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения» и класс VI МКБ-10 «Болезни нервной системы» (например, «Болезнь Альцгеймера», «Болезнь Паркинсона» и т.д.).

Предполагали также, что изменение уровней смертности в регионах РФ будет неравномерным, поскольку не было никаких нормативных документов, позволяющих централизованно осуществить такой перенос и, следовательно, каждый регион самостоятельно решал такие вопросы. Кроме того, были отмечены значительные различия в показателях смертности от отдельных причин, которые можно условно разделить на две большие группы [12, 13]:

1) Различия, связанные:

— с распространенностью факторов риска БСК и преждевременной смерти от этой причины;

— с организацией на федеральном и региональном уровнях программ формирования здорового образа жизни населения и профилактики этих заболеваний;

— с уровнем финансирования и развития современных медицинских технологий;

— с качеством и доступностью медицинской помощи, включая новейшие дорогостоящие технологии;

— с приверженностью пациентов к основным на принципах доказательной медицины рекомендациях образа жизни и медикаментозного лечения при выявлении заболеваний.

2) Различия, связанные с системой регистрации случаев смерти от БСК, а именно:

— со знанием правил МКБ и умением врачей использовать эти правила для выбора ППС;

— с существующими способами организации формулировки посмертного клинического диагноза и его кодирования;

— с использованием автоматизированных систем кодирования и выбором ППС;

— с отсутствием критериев диагностики ряда состояний и заболеваний.

Цель исследования — проанализировать показатели смертности в России и в регионах в 2013 и 2017 гг. от отдельных причин класса БСК, нервных и психических расстройств, на изменение которых могли повлиять подходы к установлению ППС.

Материал и методы

В исследовании использованы представленные по запросу данные Росстата о численности населения на начало следующего года, числе умерших по причинам смерти

на основе Краткой номенклатуры причин смерти Росстата, которая введена в РФ в 1999 г. и в свою очередь основана МКБ 10-го пересмотра. В анализ включены следующие коды МКБ-10: I25.0, I67, I70, I95-99; G20, 21, G30; F00-F09, F20-F29, F30-F69, F80-F99. Для каждого региона (за исключением тех автономных округов, которые входят в состав соответствующих субъектов РФ) рассчитаны показатели смертности от указанных причин. В связи с тем, что с 2014 г. стали отмечаться структурные изменения в статистике смертности, в исследование включены 2013 и 2017 гг. [2, 10, 12]. С целью сопоставимости данных за 2013 и 2017 г. при расчете показателей в анализ не включен Крымский федеральный округ. Стандартизованные показатели смертности (СПС) рассчитаны с помощью разработанной в ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России программы для электронно-вычислительных машин «Расчет и анализ показателей смертности и потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности в субъектах РФ» (руководитель отдела по автоматизированным системам управления А.В. Пустеленин). Для расчета СПС использован Европейский стандарт (1976).

Результаты

В таблице представлены СПС от отдельных причин класса БСК, нервных и психических расстройств в 2013 и 2017 гг. Наиболее выраженное снижение СПС отмечено в группе «Другие и неуточненные болезни системы кровообращения» (–79,3%), «Цереброваскулярная болезнь неуточненная» (–64,3%). В 2013 г. от «Цереброваскулярной болезни неуточненной» не зарегистрировано умерших в Ивановской, Пензенской областях, Республиках Бурятия, Ингушетии, а в 2017 г. таких регионов стало на 5 больше: Пензенская, Амурская, Астраханская, Белгородская, Курганская, Сахалинская области, республики Бурятия, Калмыкия и Чукотский автономный округ (в Ивановской области и Республике Ингушетии зарегистрировано по одному случаю смерти от рассматриваемой причины). Случаи смерти из группы «Другие и неуточненные болезни системы кровообращения» зафиксированы в 2013 и 2017 гг. в 56 различных регионах.

От таких причин как «Другие психические и поведенческие расстройства», «Болезнь Альцгеймера», «Болезнь Паркинсона», «Другие психозы» наблюдается прирост СПС. Следует обратить внимание на наиболее значимое увеличение СПС от атрофических заболеваний головного мозга («Болезнь Альцгеймера» — +251,4%, «Болезнь Паркинсона» — +265,7%), а также причин, объединенных в группу «Другие психозы» (+419,3%). Из 80 субъектов РФ от причин «Другие психические и поведенческие расстройства», «Болезнь Альцгеймера», «Другие психозы» не зарегистрировано случаев смерти и в 2013 г., в 2017 г. только в Еврейской автономной области (от «Болезни Паркинсона» в Еврейской автономной области в 2013 г. — 0 умерших, в 2017 г. — 1). В 2013 г. код «Болезнь Паркинсона» не использовали, а в 2017 г. стали использовать в качестве причины смерти 10 регионов (Астраханская, Камчатская, Мурманская, Новгородская, Орловская, Ульяновская области, Республики Карачаево-Черкесия, Северная Осетия—Алания, Тыва); код «Болезнь Альцгеймера» — 5 регионов (Камчатская, Магаданская, Мурманская области, Республики Алтай и Тыва); «Другие психозы» — два региона (Магаданская область и Санкт-Петербург); «Другие психические и поведенческие расстройства» — 13 регионов (Белгород-

Таблица. СПС от отдельных причин класса БСК, нервных и психических расстройств в России в 2013 и 2017 гг.

Table. SMRs from individual causes of the class of CSDs, nervous and mental disorders in Russia in 2013 and 2017

Причина смерти	Код по Краткой номенклатуре причин смерти	Входящие коды МКБ-10	2013 г.	2017 г.	СПС, прирост/убыль в 2017 г. относительно 2013 г., %
			СПС (Европейский стандарт)	СПС (Европейский стандарт)	
Атеросклероз	143	I70	11,97	7,60	-36,6
Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная	—	I25.0	9,59	4,47	-53,4
Болезнь Альцгеймера	107	G30	0,28	0,98	251,4
Болезнь Паркинсона	106	G20,21	0,35	1,28	265,7
Другие и неуточненные болезни системы кровообращения	147	I95-99	0,17	0,03	-79,3
Другие психические и поведенческие расстройства	103	F30-F69, F80-F99	0,06	0,09	68,4
Другие психозы	99	F00-F09, F20-F29	1,23	6,40	419,3
Прочие цереброваскулярные болезни	141	I67-I69	1,07	0,75	-29,5
Церебральный атеросклероз			35,02	18,04	-48,5
Цереброваскулярная болезнь неуточненная			6,34	2,27	-64,3

ская, Владимирская, Ивановская, Иркутская, Камчатская, Мурманская, Смоленская, Ярославская области, Республики Калмыкия, Коми, Саха (Якутия), Чувашия, Санкт-Петербург).

Обсуждение

Обращает внимание, что наряду со снижением смертности от БСК в целом и достижением к 2017 г. показателя смертности 602,4 случая на 100 тыс. населения (плановое значение к 2018 г. — снижение до 649,4 случая на 100 тыс. населения), увеличилась в несколько раз смертность от «неуточненных» (не имеющих четких диагностических критериев и не использующихся в качестве клинического диагноза при оказании медицинской помощи) и «прочих» причин [11, 14]. Учитывая, что согласно Краткой номенклатуре причин смерти Росстата несколько причин смерти и кодов МКБ-10 объединены в одну группу (например, «Прочие формы хронической ишемической болезни сердца» включают коды I25.2-6,8 МКБ-10), трудно понять вклад каждой отдельной причины в нозологическую структуру смертности. Например, ежегодно в России (как и в большинстве стран мира) выполняется значительное число операций при пороках сердца, однако эти причины не выделены в отдельную рубрику. Соответственно, на наш взгляд, данный вопрос требует более детального изучения с последующей разработкой мер, направленных на снижение смертности от этих причин.

С.А. Бойцов, А.Г. Вишневецкий, О.М. Драпкина, Е.П. Какорина, Т.П. Сабгайда, В.Ю. Семенов и др. неоднократно указывали на искажение данных статистики смертности от БСК и отдельных причин класса БСК, что обусловлено, с одной стороны, «переносом» этих причин смерти в другие коды МКБ-10 (например, «Старость» R54), а с другой — «привнесением» в класс БСК из прочих классов за счет осложнений основного заболевания (например, «Сахарный диабет» E10-E14) [4, 5, 7—10, 15]. Т.М. Максимова и соавт. [15] в 2009 г. отмечали, что в сравнении с США и отдельными странами Западной Европы, среди всего класса

«Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках» доля диагноза «Старость» (R54) наиболее высока в Японии (где наибольшая продолжительность жизни) и в России (где доля пожилого населения одна из самых высоких). В ранее опубликованной статье мы, анализируя структуру и динамику СПС от БСК в России с 2006 по 2014 г., обращали внимание, что наряду со снижением смертности от БСК как в популяции в целом, так и в отдельных возрастных группах наблюдается существенный рост доли смертей по шифру R54 МКБ-10 «Старость» (увеличение на 171,8% в 2014 г. по сравнению с 2006 г.), что, на наш взгляд, связано с введением рекомендаций Министерства здравоохранения РФ и региональных органов власти по использованию этого шифра как причины смерти (письмо Министерства здравоохранения РФ от 26.11.11 №14-9/10/2-4150; письмо Министерства здравоохранения РФ от 19.12.14 №13-2/1750 «О порядке использования термина «Старость» в статистике смертности») [9]. В 2017 г. относительно 2013 г. прирост доли случаев смерти по шифру «Старость» уже не столь велик. Однако с учетом того, что в России большинство пожилых людей умирают дома, следует предположить, что уровень диагностического поиска в данном случае снижается, и посмертный диагноз устанавливается формально [17]. Кроме того, ряд заболеваний (например, эндокардит, пороки сердца, аневризма аорты, острый ИМ, болезнь Альцгеймера) требуют верификации диагноза с помощью специальных современных методов диагностики, часто недоступных в сельской местности и районах с недостаточным ресурсным обеспечением, особенно в амбулаторных условиях, что негативно сказывается в прижизненной диагностике и в свою очередь не позволяет выявить истинную причину смерти. Таким образом, вероятно, шифр «Старость» по-прежнему вносит существенный вклад в искажение структуры смерти.

Нельзя не отметить более чем 2,5-кратное увеличение доли случаев смерти от таких нейродегенеративных заболеваний, как болезнь Альцгеймера и болезнь Паркинсона

в 2017 г. Очевидно, что риск заболевания и смерти от указанных расстройств увеличивается с возрастом. Поэтому можно согласиться с рядом исследователей, указывающих на необходимость верификации предположения об относительно меньшей заболеваемости атрофическими заболеваниями головного мозга и смертности от них по причине меньшей продолжительности жизни в России по сравнению с показателями европейского региона [18—21]. Предлагали, например, сосудистую деменцию и болезнь Альцгеймера признавать ППС только в тех случаях, когда они сопровождаются выраженными и длительными ограничениями подвижности пациентов, приводящими к состояниям, при которых непосредственной причиной смерти может быть застойная пневмония, восходящая уроинфекция, тромбоэмболия легочной артерии, трофические нарушения в виде пролежней с резорбтивной интоксикацией и т.д. [18].

С другой стороны, с большой степенью вероятности следует предполагать гиподиагностику болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона в России, что в свою очередь обуславливает завышение показателей смертности от БСК в пожилом возрасте, в первую очередь из-за «перетока» зарегистрированных случаев смерти по причине дегенеративных заболеваний нервной системы в группу «Цереброваскулярные болезни». В отдельных регионах можно говорить о «перетоке» причин и в пределах одного класса заболеваний. Например, в Краснодарском крае СПС от «Атеросклеротической сердечно-сосудистой болезни, так описанной» в 2017 г. относительно 2013 г. снизился на 94,5%, наряду с этим СПС от «Атеросклероза» возрос на 236,4%. В Республике Башкортостан отмечают рост СПС от обеих указанных причин на 37,9 и 616,2% (!) соответственно, при этом СПС от «Другие и неуточненные болезни системы кровообращения» снизились на 19%. СПС от всех БСК снизились на 28%, а смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) — на 44%, т.е. вероятно, что смертность от хронических форм ИБС просто была «переведена» из этой группы в группу «Атеросклероза». В этом же регионе СПС от ЦВБ почти не изменились, но отмечается увеличение СПС от болезни Паркинсона с 0,05 до 9,2, что в абсолютном выражении соответствует росту числа умерших с 2 до 372, а СПС от «Другие психические и поведенческие расстройства» снизились на 52%. В таких регионах как Амурская, Астраханская, Курская, Ленинградская области, республики Калмыкия, Марий Эл, Татарстан наблюдается наиболее выраженное снижение (на 70% и более) СПС от «Атеросклероза», «Атеросклеротической сердечно-сосудистой болезни, так описанной», и наряду с этим значительные темпы прироста СПС от болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона, а также в группе «Другие психозы».

Следует отметить, что группа «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (I25.0 МКБ-10) не имеет клинических критериев и не используется в клинической практике, как причину летальных исходов ее также сложно интерпретировать. Как и термин «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1 МКБ-10) с точки зрения патологоанатомов, «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» соответствует понятию атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз, который по старым классификациям ИБС в России и рекомендациям зарубежных морфологов является морфологическим субстратом клинических форм — стенокардии или хронических форм ИБС без постинфарктного

кардиосклероза. Такие формулировки диагнозов не применяются и в современных научных публикациях по клинической кардиологии. Тем не менее эти коды, судя по данным статистики при заполнении свидетельств о смерти, используют в России достаточно часто, подразумевая атеросклеротический кардиосклероз. Кроме того, эти коды активно используют участковые врачи, фельдшеры в сельской местности в случаях смерти пожилых лиц без заболеваний с четко очерченной симптоматикой, не получавших лечения по поводу этих заболеваний и не обращавшихся за медицинской помощью в медицинские организации.

Кроме того, неоднократно отмечалось, что причины столь существенных различий в уровнях смертности связаны также со знанием врачами правил МКБ и умением использовать эти правила для выбора ППС. Е.П. Какорина и соавт. [20] высказывают предположение, что, если бы основную причину смерти выбирали в соответствии с международными правилами, то уровень смертности от психических расстройств в России был бы в 20 раз выше имеющегося.

В мае 2017 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила «Глобальный план действий сектора здравоохранения по реагированию на деменцию на 2017—2025 гг.», тем самым ВОЗ признает деменцию в качестве одного из приоритетов общественного здравоохранения [22]. Вместе с тем до настоящего времени не существует целенаправленных клинико-эпидемиологических исследований в области профилактики психических расстройств, благодаря чему, по данным Росстата, общее число самоубийств в России в 2017 г. составило 13,7, а при верифицированных психических расстройствах — только 0,62 на 100 тыс. населения. Открытым остается вопрос, что считать ППС — шизофрению или развивающиеся при ней соматические заболевания, если известно, что при шизофрении соматические расстройства встречаются намного чаще, чем в общей популяции.

Заключение

Полученные нами результаты не являются прямым доказательством разных подходов к определению ППС, изменения подходов с течением времени со стороны отдельных специалистов или специалистов ряда регионов. Результаты нашего исследования лишь косвенно свидетельствуют в пользу гипотезы «перетока» случаев смерти из одного класса причин в другой. Следовательно, получаемые итоговые данные медицинской статистики не отражают реальной картины нозологической структуры смертности, не позволяют определить те проблемы, на которые необходимо направить усилия системы здравоохранения и, вполне вероятно, других ведомств и служб для снижения показателей смертности. Не вызывает сомнений необходимость совершенствования статистического учета смертности. В первую очередь это относится к определению критериев ППС при множественной, коморбидной патологии. Согласно существующим правилам МКБ в части I медицинского свидетельства о смерти записывается только одно основное заболевание с осложнениями. Фоновые, конкурирующие, сопутствующие заболевания, если они способствовали смерти, включаются в часть II свидетельства как прочие причины смерти. В настоящее время при анализе смертности учитывается только первоначальная причина, а все другие заболевания — нет, что, безусловно, препятствует планированию оптимальной органи-

зации медицинской помощи на всех этапах ее оказания и оценке ресурсного обеспечения. Кроме того, с нашей точки зрения, в регионах/группах регионов необходимы сравнительные клинико-эпидемиологические исследования, направленные на уточнение причин смертности (как ППС, так и смерти от множественных причин) для последующей коррекции системы статистического учета причин смерти и оценки вклада/роли отдельных заболеваний в уровень и структуру смертности.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.08 №1662-р (ред. от 28.09.18) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». *Rasporuyazhenie Pravitel'stva RF on 17.11.08 No 1662-r (red. on 28.09.18) «O Konceptsii dolgosrochnogo sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2020 goda».* (In Russ.). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/
2. Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А., Бойцов С.А. Сравнение российских регионов по уровню стандартизованных коэффициентов смертности от всех причин и болезней системы кровообращения в 2006—2016 гг. *Профилактическая медицина.* 2018;21(4):4-12. Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, Boytsov SA. Comparison of Russian regions by standardized mortality rates from all causes and circulatory system diseases in 2006—2016. *The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 2018;21(4):4-12. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed20182144>
3. Сабгайда Т.П., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю. Неуточненные причины смерти российского населения от инфекционных и неинфекционных заболеваний по данным официальной статистики. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2012;4(26). Ссылка активна на 02.03.19. Sabgayda TP, Sekriyeru YeM, Nikitina SYu. Unspecified causes of death from infectious and noninfectious diseases, according to official statistics in Russia. *Social aspects of public health.* 2012;4(26). (In Russ.). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/416/30/>
4. Сабгайда Т.П., Рошин Д.О., Секриеру Э.М., Никитина С.Ю. Качество кодирования причин смерти от сахарного диабета в России. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2013;1:11-15. Sabgayda TP, Roshchin DO, Sekriyeru EM, Nikitina SYu. The quality of coding the causes of death because of diabetes mellitus in Russia. *Healthcare of the Russian Federation.* 2013;1:11-15. (In Russ.).
5. Самородская И.В., Старинская М.А., Семёнов В.Ю., Какорина Е.П. Нозологическая и возрастная структура смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2014 гг. *Российский кардиологический журнал.* 2016;6(134):7-14. Samorodskaya IV, Starinskaya MA, Semyonov VYu, Kakorina EP. Nosologically and age-stratified mortality structure from cardiovascular diseases in the years 2006 and 2014. *Russian Journal of Cardiology.* 2016;6(134):7-14. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-6-7-14>
6. Вайсман Д.Ш. Система анализа статистики смертности по данным «Медицинских свидетельств о смерти» и достоверность регистрации причин смерти. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2013;2(30). Ссылка активна на 12.03.19. (In Russ.). Vaisman DSh. Analysis system of mortality statistics based on Medical Death Certificates and reliability of registration of causes of death. *Social aspects of public health.* 2013;2(30). Accessed 12.03.19. (In Russ.). <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/65/30/lang.ru/>
7. Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России. *Демографическое обозрение.* 2016;1:6-34. Vishnevskiy AG, Andreev EM, Timonin SA. Mortality from cardiovascular diseases and life expectancy in Russia. *Demographic Review.* 2016;1:6-34 (In Russ.).
8. Резолюция круглого стола на тему «Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности: вопросы и проблемы» 11 мая 2016 г., Москва. *Профилактическая медицина.* 2016;19(3):58-61. Resolution of the round table on the topic «Contribution of circulatory system diseases to the structure of total mortality: issues and problems», May 11, 2016, Moscow. *The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 2016;19(3):58-61. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed201619358-61>
9. Семёнов В.Ю., Самородская И.В., Старинская М.А., Бойцов С.А. Нозологическая структура смертности от болезней системы кровообращения населения в трех возрастных группах населения РФ. *Менеджер здравоохранения.* 2018;5:31-41. Semyonov VYu, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, Boytsov SA. Nosological structure of mortality from diseases of the circulatory system of the population in three age groups of the population of the Russian Federation. *Health Manager.* 2018;5:31-41. (In Russ.).
10. Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А., Бойцов С.А. Сравнение российских регионов по уровню стандартизованных коэффициентов смертности от всех причин и болезней системы кровообращения в 2006—2016 гг. *Профилактическая медицина.* 2018;21(4):4-12. Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, Boytsov SA. Comparison of Russian regions by standardized mortality rates from all causes and circulatory system diseases in 2006—2016. *The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 2018;21(4):4-12. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed20182144>
11. Старинская М.А., Самородская И.В., Масыкин А.В. Нозологическая структура смертности и потерянных лет жизни от болезней системы кровообращения в экономически активном возрасте. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2017;1(27):23-34. Starinskaya MA, Samorodskaya IV, Masyakin AV. The Causes of Mortality and Years of Potential Life Lost Due to Circulatory Diseases in Economically Active Age. *Medical technology assessment and choice.* 2017;1(27):23-34. (In Russ.).
12. Бойцов С.А., Самородская И.В. Высокая смертность от БСК в России: адекватны ли подходы к кодированию причин смерти. *Кардиология.* 2015;1:47-51. Boytsov SA, Samorodskaya IV. High Cardiovascular Mortality in Russia: Are Approaches to Coding Causes of Death Adequate? *Cardiology.* 2015;1:47-51. (In Russ.).
13. Самородская И.В. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета и корректность межстрановых сопоставлений. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2009;8:72-77. Samorodskaya IV. Cardiovascular disease: statistical registration principles and international comparability. *Cardiovascular therapy and prevention.* 2009;8:72-77. (In Russ.). <http://government.ru/orders/selection/406/29733/>
14. Какорина Е.П. Старость не причина. *Медицинский вестник.* 2013;8(621). Ссылка активна на 16.02.19. Kakorina EP. Old age is not the reason. *Medical Herald.* 2013;8(621). (In Russ.). http://www.medvestnik.ru/articles/starost_ne_prichina
15. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состав причин смерти пожилого населения как показатель качества медицинской помощи. *Демоскоп Weekly.* 2009;369-370. Ссылка активна на 16.02.19. Maksimova TM, Lushkina NP. The composition of the causes of death of the elderly population as an indicator of the quality of medical care. *Demoscope Weekly.* 2009; 369-370. (In Russ.).
16. Перхов В.И., Гриднев О.В., Балуев Е.Е. Сравнительный анализ смертности и госпитальной летальности населения Российской Федерации от болезни системы кровообращения. *Бюллетень СО РАМН.* 2010;2(30):139-143. Perkhov VI, Gridnev OV, Baluev EE. The comparative analysis of the general and hospital death rate of the population of the Russian Federation from illnesses of system of blood circulation. *Bulletin of the Siberian branch of the Russian academy of medical sciences.* 2010;2(30):139-143. (In Russ.).
17. Какорина Е.П., Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Смертность от психических расстройств и смертность при психических расстройствах. *Психическое здоровье.* 2015;3(106):22-27.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — О.Д., И.С.

Сбор и обработка материала — И.С., М.С.

Написание текста — О.Д., И.С., М.С., А.М., Б.К., И.С.

Редактирование — О.Д., И.С., М.С., А.М., Б.К., И.С.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

- Kakorina EP, Kazakovtsev BA, Golland VB. Mortality from mental disorders and mortality in mental disorders. *Mental health*. 2015;3(106):22-27. (In Russ.).
18. Harris S, Davidson Ho, Verne J. *Deaths from Alzheimer's disease, dementia and senility in England*. National End of Life Care Intelligence Network. 2010. Accessed March 4, 2019. http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/resources/publications/deaths_from_alzheimers
19. Tejada-Vera B. *Mortality from Alzheimer's disease in the United States: Data for 2000 and 2010*. NCHS data brief, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2013;116. Accessed March 4, 2019. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db116.htm>
20. Какорина Е.П., Казаковцев Б.А. Особенности формирования показателей смертности от психических расстройств в РФ. *Психическое здоровье*. 2013;4:3-6.
- Kakorina EP, Kazakovtsev BA. Features of the formation of mortality rates from mental disorders in the Russian Federation. *Mental health*. 2013;4:3-6. (In Russ.). http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-ru.pdf

Поступила 30.04.19

Received 30.04.19

Принята в печать 24.06.19

Accepted 24.06.19