

УДК 614.79:614.8.01:314.14
DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-1-180-185

ПРЕДОТВРАТИМАЯ СМЕРТНОСТЬ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (Обзор литературы)

Н.К. Касиев, А.Б. Джаналиев

Аннотация. Проводится обзор литературы по предотвратимой смертности сельского населения. Основная масса (более 65 %) населения Кыргызстана проживает в сельской местности. У жителей сел по сравнению с жителями городов отмечаются более высокие показатели смертности, что связано с ограниченным доступом к медицинским услугам, плохой осведомленностью о здоровом образе жизни, низким уровнем образования. Показатели предотвратимой смертности являются маркером наличия проблем в системе здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение; качество жизни; смертность населения; предотвратимая смертность; профилактика; причины смерти населения.

АЙЫЛ ТУРГУНДАРЫНЫН ӨЛҮМҮН АЛДЫН АЛУУ (Адабияттарга сереп салуу)

Н.К. Касиев, А.Б. Джаналиев

Аннотация. Бул макалада айыл тургундарынын өлүмүн алдын алуу боюнча адабияттарга сереп жүргүзүлөт. Кыргызстандын калкынын негизги бөлүгү (65 % дан ашыгы) айыл жерлеринде жашайт. Айылдардын жашоочуларында шаарлардын тургундарына салыштырмалуу өлүмдүн көрсөткүчү жогору экендиги белгиленген, бул медициналык кызматтардын чектелгендигине, сергек жашоо образы жөнүндө маалымдуулуктун начардыгына, билим деңгээлинин төмөндүгүнө байланыштуу. Алдын ала турган өлүм көрсөткүчү саламаттык сактоо системасында көйгөйлөрдүн бар экендигинин белгиси болуп саналат.

Түйүндүү сөздөр: саламаттыкты сактоо; жашоо сапаты; калктын өлүмү; өлүмдү алдын алуу; алдын алуу; калктын өлүмүнүн себептери.

PREVENTABLE MORTALITY OF RURAL POPULATION (Literature review)

N.K. Kasiev, A.B. Dzhanaliev

Abstract. This article provides a review of the literature on preventable mortality in rural areas. The majority (more than 65 %) of Kyrgyzstan's population lives in rural areas. Rural residents have higher mortality rates than urban residents, which is associated with limited access to medical services, poor awareness of a healthy lifestyle, and low levels of education. Indicators of preventable mortality are a marker of the presence of problems in the health system.

Keywords: healthcare; quality of life; mortality of the population; preventable mortality; prevention; causes of death of the population.

Одним из показателей уровня развития страны являются качество жизни и ее средняя продолжительность, на что существенно влияют показатели смертности. По определению

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), качество жизни – это восприятие человеком его позиции в жизни в контексте той культуры и системы ценностей, к которым он принадлежит

и которые разделяет в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами [1]. Качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика трех сфер функционирования человека: физической, психической и социальной с точки зрения его субъективного восприятия [2].

А.А. Новик и Т.И. Ионова в «Руководстве по исследованию качества жизни в медицине» обращают внимание на два ключевых аспекта. С одной стороны, концепция позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики – «Лечить не болезнь, а больного». Не вполне четко очерченные ранее задачи в лечении пациентов с различными патологиями, облекавшиеся в размытые вербальные категории, обрели определенность и ясность. В соответствии с новой парадигмой качество жизни (КЖ) пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения:

- 1) КЖ является главной целью лечения пациентов при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни;
- 2) КЖ является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этой группе является увеличение продолжительности жизни);
- 3) КЖ является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания.

С другой стороны, новая концепция предлагает хорошо разработанную методологию, позволяющую получить достоверные данные о параметрах КЖ пациентов как в клинической практике, так и при проведении клинических исследований.

Применение исследования КЖ в практике здравоохранения обширно:

- Стандартизация методов лечения.
- Экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран.
- Обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения.

- Разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания.
- Проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска.
- Разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины.
- Обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ.
- Повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов.

Экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей, как «цена – качество», «стоимость – эффективность» и других фармакоэкономических критериев [3].

Продолжительность жизни – количество лет, прожитых человеком со дня рождения до дня наступления смерти. В демографии различают показатели реальной, вероятностной и ожидаемой средней продолжительности жизни. Продолжительность жизни – это феномен, который волнует как теоретиков, так и практиков в социологических, экономических и антропологических исследованиях [4].

Смертность сельского населения остается одной из наиболее острых проблем в области общественного здравоохранения. В отличие от городских областей, сельские районы сталкиваются с уникальными вызовами, включая ограниченный доступ к медицинским услугам, недостаточную осведомленность о здоровом образе жизни и экономическую депривацию.

По данным Центра электронного здравоохранения 2022 г. 65,2 % (4550,5 тыс. человек) населения Кыргызской Республики проживает в сельской местности [5]. Сельские жители имеют более низкий уровень образования по сравнению с горожанами, проживают на территориях с неразвитым рынком труда и отсутствием альтернативных возможностей занятости, следствием чего становится более низкий уровень и качество их жизни [6].

Проблема повышения уровня здоровья и качества жизни сельского населения является одной из важнейших задач государства. Качество здоровья сельского населения достаточно

сильно отстает от городского и отличается устойчивой тенденцией к ухудшению [7, 8].

В Кыргызской Республике с 1996 г. проводится реформа системы здравоохранения. Несмотря на проводимые реформы, отмечаются высокая заболеваемость и смертность, низкая доступность медицинской помощи, недостаточное финансирование. При этом определены приоритетные направления, базирующиеся на решении системных задач здравоохранения с учетом социально-экономических, демографических и технологических тенденций [9–11].

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Обеспечение всеобщей доступности эффективных служб здравоохранения приемлемого качества рассматривается ВОЗ как обязательное требование на современном этапе развития общества [12].

В значительной степени механизмом, реализующим право на доступность медицинской помощи, является ее стандартизация. Медицинские стандарты (протоколы ведения больных) составляются с учетом ограниченности средств и особенностей оказания помощи в различных лечебно-профилактических организациях, поэтому в них закладывается минимальный уровень необходимой помощи. Иногда это входит в противоречие с целью оказания технологически «современной» помощи. Доступность медицинской помощи может реализоваться путем разделения требований на минимальные (обязательные) и требования оптимальной помощи, выполняемые по медицинским показаниям и включающие дорогостоящие виды помощи [13].

Полноценное решение вышеуказанных проблем привело бы к снижению показателей предотвратимой смертности. Под предотвратимой смертностью подразумевается смертность от причин, которая может быть частично или полностью элиминирована усилиями современных медицинских и организационных технологий [14, 15].

Предотвратимая смертность является интегральным показателем деятельности системы

здравоохранения [16]. Вместе с тем, не являясь точным измерителем, она дает определенное представление о качестве и эффективности медицинской помощи и политики в области общественного здравоохранения, является маркером возможного наличия проблем в системе здравоохранения, в том числе в странах с относительно высоким уровнем дохода среди населения (США, Канада, ряд европейских стран) [17, 18], в странах с относительно низким уровнем дохода (Мексика, Новая Зеландия и др.) [19–21], на региональном уровне в России [22, 23]. При эффективной деятельности регионального здравоохранения предотвратимая смертность населения снижается более быстрыми темпами, чем общая смертность [23].

За счет сокращения смертности от предотвратимых причин, поддающихся лечению и зависящих от качества медицинской помощи, продолжительность жизни в возрасте до 75 лет может быть увеличена, по данным 2018 г. на 2,3 года у мужчин и на 1,4 года – у женщин. За счет причин, зависящих от эффективной первичной профилактики и усилий общественного здравоохранения, прирост может составить 2,8 и 0,8 года, соответственно [24].

Наиболее перспективными направлениями сохранения и укрепления здоровья сельского населения являются: повышение уровня и качества жизни сельского населения (в том числе преодоление такого социально-экономического явления, как бедность); повышение медицинской активности населения и формирование у него культуры здоровьесбережения; улучшение доступности и качества медицинской помощи на селе; активное вовлечение сельского населения в программы мероприятий по профилактике заболеваемости и смертности от ведущих причин [8].

Для региона с ограниченными экономическими и финансовыми ресурсами определение предотвратимой смертности и мероприятий по ее снижению являются чрезвычайно актуальной проблемой.

Методология анализа предотвратимой смертности была разработана в 1976 г. и предложена для оценки качества деятельности системы здравоохранения в странах с высоким уровнем

технологического развития [25]. Позже методология была применена и в странах с любым уровнем экономического развития [26, 27].

К предотвратимой относится смертность лиц в возрасте 5–64 года от 38 причин и классов причин смерти, разделенных на три группы в соответствии с тремя уровнями профилактики [27].

Первая группа причин – это причины смерти, которые могут быть предупреждены первичной профилактикой, т. е. предупреждением заболеваемости. Эта группа включает причины, во многом определяемые стилем жизни, в основном вредными привычками, наиболее опасные из которых – потребление алкоголя и табака как фактор риска сосудистых нарушений мозга, опухолей верхних пищеварительных и дыхательных путей, легких и мочевого пузыря, печени и других состояний, обусловленных потреблением алкоголя (хронические болезни печени). Первая группа также включает внешние воздействия – травмы и отравления, на уровень которых в значительной мере влияют социально-экономические, общественные, правоохранительные (дорожная безопасность, борьба с преступностью) факторы.

Ко второй группе относятся причины вторичной профилактики, т. е. своевременное выявление и раннее начало лечения онкологических заболеваний.

За третью группу причин ответственны улучшение качества лечения и медицинской помощи. Снижение смертности от причин этой группы связано со своевременностью, полнотой и адекватностью комплекса мер по оказанию медицинской помощи, слаженностью работы разных служб системы здравоохранения.

Анализ предотвратимой смертности может помочь ответить на вопрос, какой вклад в сохранение здоровья населения вносит система здравоохранения. В настоящее время предотвратимая смертность включает в себя все случаи смерти, которые могли бы быть предотвращены при оптимальном использовании всех соответствующих медицинских знаний, служб и ресурсов системы здравоохранения и общества в определенных возрастно-половых группах населения. Выделяются причины, управляемые медицинскими

технологиями и причины, зависящие от межсекторальной политики в обществе.

Список причин смерти, которые относятся к предотвратимым так же, как и возрастные границы, в которых эти причины предотвратимы, должны определяться с учетом мнений экспертов на основе реальных возможностей здравоохранения в каждой конкретной стране. В показателях предотвратимой смертности отражаются воздействия как первичной, так и вторичной профилактики. Первичная профилактика (т. е. принятие мер, позволяющих уменьшить подверженность людей поведенческим и профессиональным факторам риска) должна способствовать снижению частоты и летальности предупреждаемых патологических состояний и травм. Вторичная профилактика включает такие элементы, как скрининг, раннее выявление случаев заболевания, диагностику и адекватное лечение [28].

Сегодня невозможно представить полное исключение смертей от онкологических заболеваний или сердечно-сосудистых заболеваний не только у пожилых людей, но и у людей трудоспособного возраста. Исследование причин преждевременной и предотвратимой смертности позволяет сравнивать и выявлять факторы, связанные с неэффективностью системы здравоохранения. Основной потенциал в предотвращении смертности имеет первичная профилактика. Следует отметить, что изменения в уровне предотвратимой смертности обусловлены не только улучшением медицинского обслуживания, но и изменениями в поведении и окружающей среде. Факторы, такие как изменения в рационе питания, условиях труда и жизни, особенно при ухудшении социально-экономической ситуации, оказывают негативное воздействие на здоровье населения. Также важно учитывать своевременность обращений за медицинской помощью, что существенно для раннего выявления и лечения многих заболеваний.

Поступила: 13.12.24; рецензирована: 27.12.24;
принята: 30.12.24.

Литература

1. Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ядерный модуль) URL: <http://psylab.info> (дата обращения: 19.12.2024).
2. Karimi M., Brazier J. Health, HealthRelated Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? // *Pharmaco Economics*. 2016. Vol. 34. Issue 7. Pp. 645–649. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892973/>(дата обращения: 19.12.2024).
3. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (Обзор литературы) / О.В. Евсина // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2013. Т. 1 (1). С. 119–33. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-v-meditsine-vazhnyy-pokazatel-sostoyaniya-zdorovya-patsienta-obzor-literatury> (дата обращения: 19.12.2024).
4. Золотарева Ю.В. Продолжительность жизни как социально-экономический феномен / Ю.В. Золотарева, О.И. Сердюкова, У.И. Золотарева // *Евразийский союз ученых*. 2020. № 6-4 (75). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prodolzhitelnost-zhizni-kak-sotsialno-ekonomicheskij-fenomen> (дата обращения: 20.12.2024).
5. Центр электронного здравоохранения. Бишкек, 2021. URL: <http://cez.med.kg> (дата обращения: 20.12.2024).
6. Вяльшина А.А. Влияние уровня образования на здоровье сельского населения / А.А. Вяльшина // *Электронный научный журнал “Социальные аспекты здоровья населения”* 2020. № 1. (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1133/30/lang,ru/> (дата обращения: 21.12.2024).
7. Юрова И.Ю. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества / И.Ю. Юрова, Е.А. Андриянова, Л.М. Федорова, В.В. Масляков // *Фундаментальные исследования*. 2014. № 7-5. С. 1065–1069. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=34830>.
8. Калининская А.А. Образ жизни и состояние здоровья сельского населения, проживающего в разных зонах доступности медицинской помощи / А.А. Калининская, А.В. Муфтахова, Н.А. Баянова, Ф.А. Сулькина // *Менеджер здравоохранения*. 2019. № 8. С. 55–61.
9. Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения / Т. Мейманалиев. Бишкек: Учкун, 2003. 688 с.
10. Касиев Н.К. Анализ реформирования системы здравоохранения в Кыргызстане / Н.К. Касиев // *Сборник научных статей медицинского факультета КРСУ*. 2011. № 11. С. 20–26.
11. Каратаев М.М. Характеристика состояния здоровья населения / М.М. Каратаев, К.Э. Насиридин, Б.С. Аринбаев // *Медицина и здравоохранение: материалы V Междунар. науч. конф.* (г. Казань, май 2017 г.). Казань, 2017. С. 89–92 (дата обращения: 21.12.2024).
12. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. Копенгаген. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/whr_2002_rus.pdf?sequence=3
13. Власов В.В. Рационирование и стандарты помощи / В.В. Власов // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2001. № 1. С. 9–18.
14. Комаров Ю.М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю.М. Комаров // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2007. № 5. С. 4–7.
15. Zlatko N., Shkolnikov V.M., Mossialos E. Preventable mortality in the Russian Federation: a retrospective, regional level study // *The Lancet. Regional Health*. 2023. Vol. 29. P. 100631.
16. Сабгайда Т.П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза / Т.П. Сабгайда // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017. Т. 61 (3). С. 116–122. URL: <https://www.rfhealth.ru/jour/article/view/30/30> (дата обращения: 22.12.2024)
17. Shiels M.S., Chernyavskiy P., Anderson W.F., Best A.F., Haozous E.A., Hartge P., Rosenberg P.S., Thomas D., Freedman N.D., Berrington de Gonzalez A. Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: an analysis of death certificate data // *Lancet*. 2017. Mar. 11; 389 (10073): 1043–54. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30187-3. Epub 2017 Jan 26.
18. Subedi R., Greenberg T.L., Roshanafshar S. Does geography matter in mortality? An analysis of potentially avoidable mortality by remoteness index in Canada // *Health Rep*. 2019 May 15; 30 (5): 3–15. DOI: 10.25318/82-003-x201900500001-eng.
19. Aburto J.M., Riffe T., Canudas-Romo V. Trends in avoidable mortality over the life course in Mexico, 1990–2015: a cross-sectional demographic analysis // *BMJ Open*. 2018. Vol. 8 (7). P. e022350.
20. Walsh M., Grey C. The contribution of avoidable mortality to the life expectancy gap in Maori and Pacific populations in New Zealand – a decomposition analysis // *N. Z. Med. J*. 2019. Vol. 132 (1492). P. 46–60.

21. *Knaul F.M., Arreola-Ornelas H., Rodriguez N.M. et al.* Avoidable Mortality: The Core of the Global Cancer Divide // *J. Glob. Oncol.* 2018. Vol. 4. P. 1–12.
22. *Денисенко А.Н.* Онкологическая заболеваемость населения Нижегородской области с позиций концепции предотвратимой смертности / А.Н. Денисенко // *Менеджер здравоохранения.* 2017. № 10. С. 54–59.
23. *Будаев Б.С.* Социально-экономические потери вследствие смертности от алкоголь-ассоциированных причин / Б.С. Будаев, А.С. Михеев, И.Ю. Тармаева [и др.] // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020. Т. 28 (1). С. 29–33.
24. *Иванова А.Е.* Оценка деятельности здравоохранения с использованием критериев предотвратимой смертности / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова, Г.Н. Евдокушкина // *Здоровье мегаполиса.* 2022. Т. 3. № 1. С. 41–52.
25. *Rutstein D.D., Berenberger W., Chalmers T.C., Child G.C., Fischmen A.P., Perrin E.B.* Measuring the quality of medical care // *N Engl J Med.* 1976; 294: 582–8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/942758/> (дата обращения: 23.12.2024).
26. *Westerling R., Gullberg A., Rosen M.* Socioeconomic differences in ‘avoidable’ mortality in Sweden 1986–1990 // *Int. J. Epidemiol.* 1996; 25 (3): 560–7. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8671557/> (дата обращения: 23.12.2024).
27. *Предотвратимая смертность в России и пути её снижения* / под науч. ред. Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. М.: ЦНИИОИЗ; 2006. 312 с.
28. *Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения.* 2006. Выпуск 18. URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/22.html> (дата обращения: 24.12.2024).