**О.С. Кобякова[1], В.И. Стародубов[1], С.Н. Авдеев[2], С.А. Бойцов[3], И.А. Деев[4], Д.О. Иванов[5], А.Д. Каприн[6], Н.Г. Мокрышева[7], А.Г. Назаренко[8], А.В. Самойлова[9], И.С. Стилиди[10], В.П. Чуланов[11], Н.А. Шамалов[12], Е.В. Шляхто[13], С.В. Шпорт[14], Г.А. Марычев[1, 15], И.П. Шибалков[1, 4], М.М. Логненко[1, 16], И.А. Соломатников[1]**

[1]Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, Российская Федерация
[2]Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация
[3]Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова, Москва, Российская Федерация
[4]Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация
[5]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация
[6]Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, Москва, Российская Федерация
[7]Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии имени академика И.И. Дедова, Москва, Российская Федерация
[8]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва, Российская Федерация
[9]Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Москва, Российская Федерация
[10]Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация
[11]Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация
[12]Федеральный центр мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация
[13]Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[14]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Российская Федерация
[15]Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Российская Федерация
[16]Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация



# Российская методика по оценке предотвратимой смертности населения

*В статье представлена российская методика по оценке предотвратимой смертности. На основе анализа существующих научных данных и подходов других стран к определению этого понятия предложены критерии предотвратимой смертности, учитывающие особенности российской системы здравоохранения. Критерии разрабатывались совместно с ведущими федеральными экспертами в сфере здравоохранения, в том числе с главными внештатными специалистами Минздрава России. Дано определение и установлена верхняя возрастная граница предотвратимой смертности в 78 лет, соответствующая национальным целям развития Российской Федерации. Методика, включающая 147 позиций по различным причинам смерти, предусматривает разделение предотвратимой смертности на профилактируемую и излечимую с указанием пропорций для 17 групп причин смерти. Концепция предотвратимой смертности представляется как способ оценки качества и объективных возможностей системы здравоохранения. Поэтому методика может использоваться как инструмент оценки качества медицинской помощи, индикатор эффективности профилактических мероприятий и маркер прогресса в достижении национальной цели по укреплению здоровья населения. Внедрение методики позволит выявлять приоритетные направления профилактики, оценивать эффективность лечебно-диагностических мероприятий, мониторировать динамику предотвратимой смертности и формировать целевые программы по снижению смертности, а также выявлять реалистичные резервы снижения смертности за счет снижения именно предотвратимой смертности. Также представляется необходимым изучение предотвратимой смертности в региональном разрезе, что даст возможность оценить не только общероссийские резервы снижения смертности, но и индивидуальные для каждого региона. При этом анализ различий регионов по уровню предотвратимой смертности поможет лучше понять факторы межрегиональных различий в смертности вообще.*

***Ключевые слова**: предотвратимая смертность, методика оценки, система здравоохранения, профилактические мероприятия, продолжительность жизни, медицинская помощь, эпидемиологический переход, регионы России*

***Для цитирования**:* Кобякова О.С., Стародубов В.И., Авдеев С.Н., Бойцов С.А., Деев И.А., Иванов Д.О., Каприн А.Д., Мокрышева Н.Г., Назаренко А.Г., Самойлова А.В., Стилиди И.С., Чуланов В.П., Шамалов Н.А., Шляхто Е.В., Шпорт С.В., Марычев Г.А., Шибалков И.П., Логненко М.М., Соломатников И.А. Российская методика по оценке предотвратимой смертности населения. *Вестник РАМН.* 2025;80(4):298–311. doi: https://doi.org/10.15690/vramn18106


The article is licensed by CC BY-NC-ND 4.0 International Licensee
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

## Введение

Современные вызовы в сфере общественного здравоохранения России требуют не только общего улучшения медико-демографических показателей, но и более детального анализа механизмов, лежащих в основе различий в уровне и структуре смертности. Кроме того, национальная цель «сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи» [1] предполагает поиск возможностей и резервов для снижения смертности. Для выявления реалистичных возможностей снижения смертности, в том числе за счет системы здравоохранения, в мировой практике используется концепция предотвратимой смертности.

Предотвратимая смертность — это причины смерти, которых можно было бы избежать благодаря эффективным мерам здравоохранения, в том числе мер первичной и вторичной профилактики или лечения [2]. Оценки предотвратимой смертности являются ценным индикатором совместной работы различных ведомств страны, в том числе системы здравоохранения, так как эти оценки позволяют выявить слабые места, направить финансирование и кадры именно туда, где это даст максимальный эффект для сохранения жизней, и служат объективным индикатором успешности реформ. При этом критерии того, какие смерти являются предотвратимыми, меняются во времени из-за развития и повышения возможностей системы здравоохранения [3].

На сегодняшний день в мире есть примеры мониторинга предотвратимой смертности. Так, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) совместно с Евростатом регулярно анализирует уровень

**O.S. Kobyakova[1], V.I. Starodubov[1], S.N. Avdeev[2], S.A. Boytsov[3], I.A. Deev[4], D.O. Ivanov[5], A.D. Kaprin[6], N.G. Mokrysheva[7], A.G. Nazarenko[8], A.V. Samoylova[9], I.S. Stilidi[10], V.P. Chulanov[11], N.A. Shamalov[12], E.V. Shlyakhto[13], S.V. Shport[14], G.A. Marychev[1, 15], I.P. Shibalkov[1, 4], M.M. Lognenko[1, 16], I.A. Solomatnikov[1]**

[1]Russian Research Institute of Health, Moscow, Russian Federation
[2]I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation
[3]National Medical Research Centre of Cardiology Named after Academician E.I. Chazov, Moscow, Russian Federation
[4]Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov Medical University), Moscow, Russian Federation
[5]Saint Petersburg State Pediatric University, Saint Petersburg, Russian Federation
[6]National Medical Research Radiological Centre, Moscow, Russian Federation
[7]National Medical Research Center of Endocrinology Named after Academician I.I. Dedov, Moscow, Russian Federation
[8]National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics Named after N.N. Priorov, Moscow, Russian Federation
[9]Federal Service for Surveillance in Healthcare, Moscow, Russian Federation
[10]National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Blokhin, Moscow, Russian Federation
[11]National Medical Research Center for Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russian Federation
[12]Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation
[13] Almazov National Medical Research Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation
[14]V. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation
[15]HSE University, Moscow, Russian Federation
[16]Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

# Russian Assessment Methodology for Estimating Avoidable Mortality

*The article presents the Russian methodology for assessing avoidable mortality. Based on the analysis of existing scientific data and approaches of other countries to the definition of preventable mortality, the criteria of preventable mortality, taking into account the peculiarities of the Russian health care system, are proposed. The criteria were developed jointly with leading federal experts in the field of health care, including chief non-staff specialists of the Ministry of Health of Russia. The upper age limit of avoidable mortality was defined and set at 78 years, which corresponds to the national development goals of the Russian Federation. The methodology includes 147 items for various causes of death and provides for the division of avoidable mortality into preventable and treatable mortality, specifying the proportions for 17 groups of causes of death. The concept of avoidable mortality is presented as a way of assessing the quality and objective capabilities of the health care system. Therefore, the methodology can be used as a tool for assessing the quality of medical care, an indicator of the effectiveness of preventive measures and a marker of progress in achieving the national goal of improving public health. The introduction of the methodology will make it possible to identify priority areas of prevention, assess the effectiveness of treatment and diagnostic measures, monitor the dynamics of avoidable mortality and form targeted programmes to reduce mortality, as well as to identify realistic reserves for reducing mortality by reducing avoidable mortality. In particular, it seems necessary to study avoidable mortality in the regional context, which will make it possible to assess not only the national reserves of mortality reduction, but also individual reserves for each region. At the same time, the analysis of regional differences in avoidable mortality will help to better understand the factors of interregional differences in mortality in general.*

***Keywords**: avoidable mortality, assessment methodology, health care system, preventive measures, life expectancy, medical care, epidemiological transition, Russian regions*

***For citation**:* Kobyakova OS, Starodubov VI, Avdeev SN, Boytsov SA, Deev IA, Ivanov DO, Kaprin AD, Mokrysheva NG, Nazarenko AG, Samoylova AV, Stilidi IS, Chulanov VP, Shamalov NA, Shlyakhto EV, Shport SV, Marychev GA, Shibalkov IP, Lognenko MM, Solomatnikov IA. Russian Assessment Methodology for Estimating Avoidable Mortality. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2025;80(4):298–311. doi: https://doi.org/10.15690/vramn18106

и структуру предотвратимой смертности в странах — членах ОЭСР, используя собственные критерии для определения предотвратимой смертности [4]. Однако в некоторых странах в целях мониторинга существуют отдельные национальные методики для определения предотвратимой смертности [5–7]. Создание отдельных для каждой страны критериев предотвратимой смертности позволяет учитывать возможности системы здравоохранения непосредственно изучаемой страны.

В России пока не существует мониторинга предотвратимой смертности, как и критериев, учитывающих развитие российской системы здравоохранения. В данной статье предлагается рассмотреть такие критерии в рамках российской методики по оценке предотвратимой смертности.

## Существующие подходы к определению предотвратимой смертности

Концепция предотвратимой смертности как оценка числа смертей, которых можно было бы избежать в идеальных условиях, впервые появляется в работе D.D. Rutstein et al. [8] в 1976 г. В этой же работе выдвигается идея о разделении потенциально избегаемых смертей на те, которые можно было бы предотвратить за счет лечения, и те, которые можно было бы предотвратить с помощью профилактики. Другой значимой для разработки методики по оценке предотвратимой смертности работой является статья J.R.H. Charlton et al. [9]: в ней впервые высказывается идея о максимальном возрасте, в котором может произойти предотвратимая смерть. Сейчас эти идеи — об отнесении всех смертей по определенным причинам в предотвратимые смерти, о разбиении этих смертей на профилактируемые и поддающиеся излечению и об ограничении возраста предотвратимых смертей сверху — используются в большинстве действующих мировых оценок предотвратимой смертности.



В настоящее время во многих странах оценки предотвратимой смертности рассматривают как индикатор, позволяющий оценить эффективность системы здравоохранения. Так, в Австралии предотвратимая смертность рассчитывается Австралийским институтом здравоохранения и социального обеспечения (AIHW) [5]. Австралийская методика использует собственный составленный на основе международных практик перечень причин смерти, которые относятся к предотвратимым. До 2014 г. причины, смерти от которых считаются предотвратимыми, были разбиты на профилактируемые и поддающиеся лечению, начиная с 2015 г. эту разбивку сняли. Предотвратимыми считаются смерти в возрасте до 75 лет, за исключением отдельных причин с меньшей возрастной границей. Другой пример — британская методика, составленная Национальной статистической службой Великобритании (ONS) [7]. В британской методике до 2020 г. использовался национальный перечень причин смертей, считающихся предотвратимыми, после 2020 г. был совершен переход на методику учета предотвратимой смертности ОЭСР. Методика ОЭСР, которая сейчас используется в Великобритании и Евросоюзе, окончательно разработана в 2018 г. В ней применяется экспертная оценка причин смерти, считающихся предотвратимыми, с распределением на профилактируемые и поддающиеся излечению. Для всех причин предотвратимой смерти используется возрастная граница 75 лет [4]. Также отдельный подход в оценке предотвратимой смертности разработан Канадским институтом информации в области здравоохранения (CIHI) [6]. На основе перечня причин, считающихся предотвратимыми в Австралии и Великобритании (до 2020 г.), институт с учетом собственных экспертных оценок составляет национальный перечень причин предотвратимой смерти (с разбивкой на профилактируемые и поддающиеся излечению). Возрастной границей также считается 75 лет.

Сравнение подходов к оценке предотвратимой смертности в разных странах представлено в табл. 1. Все перечисленные выше варианты оценок предотвратимой смертности подразумевают регулярное обновление методики в соответствии с изменяющимися возможностями системы здравоохранения.

Такое разнообразие способов оценки предотвратимой смертности, с одной стороны, не способствует международному сопоставлению оценок предотвратимой смертности, а с другой — позволяет каждой стране самостоятельно определять, что именно для нее является предотвратимой смертью с учетом уровня развития системы здравоохранения. В связи с этим создание российской методики по оценке предотвратимой смертности

**Таблица 1.** Сравнение подходов к оценке предотвратимой смертности

| Критерий сравнения | Методика | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Австралийская | Канадская | Британская | ОЭСР/Евростат |
| Возрастные границы | 75 лет (кроме отдельных нозологий) | 75 лет | До 2020 г. — своя методика, с 2020 г. — 75 лет | 75 лет |
| Классификация причин | Собственный перечень | Собственный перечень с экспертной оценкой | До 2020 г. — свой перечень, с 2020 г. — методика ОЭСР | Собственный перечень с экспертной оценкой |
| Профилактируемые/излечимые | До 2014 — разделение, после — нет | Разделение есть | С 2020 г. — разделение | Разделение есть |
| Экспертная оценка | На основе международных практик | Собственная экспертная оценка | Не указано | Собственная экспертная оценка |
| Региональные особенности | Учитываются | Учитываются | Не указано | Учитываются |
| Обновление методики | Регулярное обновление | Регулярное обновление | Регулярное обновление | Регулярное обновление |

представляется актуальным действием, направленным на повышение эффективности национальной системы здравоохранения.

Предыдущие исследования предотвратимой смертности в России не подразумевали создание уникальной методики и опирались на существующие. Многие работы основывались на европейском атласе предотвратимой смертности [10–12], модифицированном в зависимости от задач исследования [13–20]. Кроме того, проводились исследования и на основе более актуальных критериев предотвратимой смертности, предложенных E. Nolte и M. McKee [21, 22], однако исследования были ограничены либо территориально [23], либо нозологически [24]. В одном из последних исследований — работе Z. Nikoloski et al. [25] — при анализе использовались критерии ОЭСР/Евростата [4].

## Российская методика определения предотвратимой смертности

Для составления российской методики определения предотвратимой смертности за основу были взяты критерии ОЭСР и Евростата [4]. Они были представлены в виде перечня предотвратимых причин смерти (с обозначением кодов МКБ-10), разделенных по нозологическим группам, с указанием на возрастные границы предотвратимой смертности (для всех предотвратимых причин смерти по критериям ОЭСР и Евростата — от 0 до 74 лет) и с отнесением причин смерти к профилактируемым или излечимым. В адаптации критериев предотвратимой смертности по профильным направлениям приняли участие главные внештатные специалисты Минздрава России (табл. 2), руководитель Росздравнадзора Алла Владимировна Самойлова, директор НМИЦ эндокринологии Минздрава России Наталья Георгиевна Мокрышева.

По итогам обсуждений с экспертами изначальные критерии предотвратимой смертности ОЭСР и Евростата [4] были изменены, и после отдельных консультаций составлен российский перечень предотвратимых причин смерти, который разделен на 12 следующих направлений:

1) инфекционные заболевания;
2) новообразования;
3) болезни эндокринной системы и метаболические расстройства;
4) болезни нервной системы;
5) болезни системы кровообращения;
6) болезни органов дыхания;
7) болезни органов пищеварения;
8) болезни мочеполовой системы;
9) беременность, роды и послеродовый период, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии;
10) смертность в результате осложнений терапевтических и хирургических вмешательств;
11) травмы;
12) заболевания, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков.

Перечень состоит из 147 строк, каждая из которых представляет группу причин смерти в разной степени агрегации.

При обсуждении создания российской методики было решено для верхней возрастной границы предотвратимой смертности брать 78 лет как показатель национальной цели Российской Федерации [1]. Данная граница была установлена для всех причин смерти без исключений по аналогии с основой для разработки критериев — методикой ОЭСР и Евростата [4] — и с другими национальными методиками [5–7].

Вся предотвратимая смертность по российской методике по аналогии с критериями ОЭСР и Евростата [4] делится на предотвратимую за счет профилактики возникновения того или иного состояния и на предотвратимую за счет своевременного лечения. Смерти от некоторых причин в ходе обсуждения с экспертами были распределены между двумя категориями в той или иной пропорции. Например, главные внештатные специалисты Минздрава России предложили половину смертей от туберкулеза относить к профилактируемой смертности, другую половину — к излечимой, а соотношение для атеросклероза составило 70 к 30. Всего во всем перечне для 17 групп причин смерти была установлена пропорция для определения категории предотвратимой смертности. Смерти от остальных причин однозначно относятся либо к профилактируемой, либо к излечимой смертности. При составлении перечня ни для одной группы причин смерти



**Таблица 2.** Список главных внештатных специалистов Минздрава России, принявших участие в разработке российских критериев предотвратимой смертности

| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Профиль главного внештатного специалиста |
|---|---|---|
| 1 | Авдеев Сергей Николаевич | Главный внештатный специалист пульмонолог |
| 2 | Бойцов Сергей Анатольевич | Главный внештатный специалист кардиолог |
| 3 | Иванов Дмитрий Олегович | Главный внештатный специалист неонатолог |
| 4 | Каприн Андрей Дмитриевич | Главный внештатный специалист онколог |
| 5 | Назаренко Антон Герасимович | Главный внештатный специалист травматолог-ортопед |
| 6 | Стародубов Владимир Иванович | Главный внештатный специалист по медицинской статистике |
| 7 | Стилиди Иван Сократович | Главный внештатный специалист онколог |
| 8 | Чуланов Владимир Петрович | Главный внештатный специалист по инфекционным болезням |
| 9 | Шамалов Николай Анатольевич | Главный внештатный специалист невролог |
| 10 | Шляхто Евгений Владимирович | Главный внештатный специалист кардиолог |
| 11 | Шпорт Светлана Вячеславовна | Главный внештатный специалист психиатр, главный внештатный специалист психиатр-нарколог |

не разрешалось частичное ее отнесение к предотвратимой смертности: мы руководствовались принципом, что если причину смерти преимущественно возможно предотвратить, то это верно для всех смертей от данной причины.

Полная версия перечня предотвратимых причин смерти по российской методике приведена в приложении.

## Дискуссия

### *Возрастные границы*

В российской методике, как и в рассмотренных зарубежных методиках оценки предотвратимой смертности, устанавливается верхняя возрастная граница. В российской методике она устанавливается для всех причин смерти без исключений. Мы признаем, что возможности предотвращения смерти снижаются постепенно с возрастом, из-за чего возрастная граница является условной. Ограничением методики также является тот факт, что единая возрастная граница не учитывает региональные различия в структуре смертности по причинам и возрастным группам. С другой стороны, именно «условность» возрастной границы позволила нам отойти от наиболее распространенной верхней границы 75 лет и опереться на индикатор национальной цели.



### *Профилактика и лечение*

В российской методике, как и в методиках ОЭСР и Канады, существует разделение причин предотвратимой смерти на профилактируемые и поддающиеся излечению на основе экспертных оценок. Мы предполагаем, что подход, использованный для создания российской методики (т.е. учет мнения главных внештатных специалистов по отдельным профильным направлениям), позволяет распределить предотвратимые состояния между двумя категориями наиболее актуальным для российской системы здравоохранения образом. То же относится и к тем группам причин смерти, для которых главные внештатные специалисты указали пропорциональное распределение смертей между профилактируемой и излечимой смертностью.

Мы признаем, что для любой причины из списка предотвратимых может быть смерть, которую система здравоохранения предотвратить не смогла бы. Однако при составлении методики мы опирались на то, какие смерти преимущественно предотвратимы в том смысле, что для системы здравоохранения есть смысл направлять усилия на предотвращение этих смертей. К тому же добавление для каждой причины смерти из перечня коэффициента, который бы отражал возможность предотвратить смерти от этой причины, излишне усложнило бы методику.

### *Изменчивость методики*

Созданная российская методика по оценке предотвратимой смертности, как и рассмотренные зарубежные методики, подразумевает ее пересмотр. Мы предлагаем рассматривать концепцию предотвратимой смертности через призму санитарного перехода [28, 29], поэтому методика должна учитывать изменения в возможностях медицинской помощи и системы здравоохранения и их взаимосвязь с изменениями в эпидемиологической ситуации.

### *Перспективы использования методики*

Концепция предотвратимой смертности появилась как одна из метрик оценки качества медицинской помощи и системы здравоохранения [8], но рассматривалась и как цель, на которую должны быть направлены усилия системы здравоохранения [10]. В Австралии предотвратимая смертность рассматривается как один из индикаторов достижения цели по снижению различий в ожидаемой продолжительности жизни внутри страны [5]. Мы предлагаем аналогичное использование методики по оценке предотвратимой смертности в контексте национальных целей развития Российской Федерации и задачи повысить ожидаемую продолжительность жизни при рождении до 78 лет к 2030 г., а также снизить дифференциацию ожидаемой продолжительности жизни при рождении [1]. Рассмотрение предотвратимой смертности как резерва роста ожидаемой продолжительности жизни является возможным и логичным, учитывая роль именно предотвратимой смертности в снижении общей смертности в ретроспективе [27].

## Заключение

Предотвратимая смертность — концепция, позволяющая производить оценку системы здравоохранения и резервов снижения смертности, реалистичных в данных условиях развития системы здравоохранения. Данные задачи актуальны для России, поэтому была предложена российская методика по оценке предотвратимой смертности, которая согласуется с мнением профессионального экспертного сообщества о возможностях российского здравоохранения.

## Дополнительная информация

**Источник финансирования.** Исследование и публикация статьи осуществлены на личные средства авторского коллектива.

**Конфликт интересов.** Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

**Участие авторов.** О.С. Кобякова — концептуализация методики, общее руководство проектом и организация работы с экспертами по созданию методики, редактирование и корректура рукописи, согласование итогового перечня; В.И. Стародубов — научное руководство проектом; С.Н. Авдеев — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; С.А. Бойцов — обсуждение методики, создание и согласование перечня предотвратимых причин смерти; И.А. Деев — обсуждение методики и организация работы с экспертами по созданию методики, редактирование и корректура рукописи; Д.О. Иванов – обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; А.Д. Каприн — обсуждение методики, создание и согласование перечня предотвратимых причин смерти; Н.Г. Мокрышева — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; А.Г. Назаренко — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; А.В. Самойлова — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; И.С. Стилиди — обсуждение методики, создание и согласование перечня предотвратимых причин смерти; В.П. Чуланов — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; Н.А. Шамалов — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; Е.В. Шляхто — обсуждение методики, создание

и согласование перечня предотвратимых причин смерти; С.В. Шпорт — обсуждение методики и создание перечня предотвратимых причин смерти; Г.А. Марычев — обзор литературы, объединение предотвратимых причин смерти в общий перечень, подготовка текста рукописи; И.П. Шибалков — обзор литературы, управление созданием перечня предотвратимых причин смерти, коммуникация с экспертами по созданию перечня предотвратимых причин смерти, подготовка текста рукописи; М.М. Логненко — обзор литературы, подготовка текста рукописи; И.А. Соломатников — организация проверки итогового перечня предотвратимых причин смерти на отсутствие ошибок и возможность использования в эмпирическом анализе, обзор литературы, подготовка текста рукописи. Все авторы внесли существенный вклад в организацию и проведение исследования, прочли и одобрили окончательную версию рукописи перед публикацией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2024 г. «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». [Ukaz Prezidenta RF ot 7 maya 2024 g. “O nacional’nyh celyah razvitiya Rossijskoj Federacii na period do 2030 goda i na perspektivu do 2036 goda”. (In Russ.)] Available from: http://kremlin.ru/events/president/news/73986 (accessed: 07.04.2025).
2. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators]. OECD; 2023 (Health at a Glance). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html (accessed: 14.07.2025).
3. Kossarova L, Holland W, Nolte E, et al. Measuring “avoidable” mortality: methodological note. Brussels, Belgium: Directorate-General “Employment, Social Affairs and Equal Opportunities”; 2009. Available from: http://ec.europa.eu/social/home.jsp (accessed: 01.07.2024).
4. OECD/Eurostat. Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf (accessed: 14.07.2025).
5. Australian Institute of Health and Welfare & National Indigenous Australians Agency. AIHW Indigenous HPF. 2022. Measure 1.24 Avoidable and preventable deaths, Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework website. Available from: https://www.indigenoushpf.gov.au/measures/1-24-avoidable-and-preventable-deaths (accessed: 01.07.2024).
6. Canadian Institute for Health Information. Avoidable Deaths. Available from: https://www.cihi.ca/en/indicators/avoidable-deaths (accessed: 01.07.2024).
7. Office for National Statistics. Avoidable mortality in England and Wales Statistical bulletins. Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/avoidablemortalityinenglandandwales/previousReleases (accessed: 01.07.2024).
8. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med*. 1976;294(11):582–588. doi: https://doi.org/10.1056/NEJM197603112941104
9. Charlton JRH, Hartley RM, Silver R, et al. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet*. 1983;1(8326Pt 1):691–696. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)91981-5
10. Holland WW. (ed.) *European Community atlas of “avoidable death”*. Oxford: Oxford University Press; 1988.
11. Holland WW. (ed.) *European Community atlas of “avoidable death”*. 2nd ed. Oxford-N.Y.: Oxford University Press; 1991.
12. Holland WW. (ed.) *European Community atlas of “avoidable death”*. 1985–1989. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
13. *Определение приоритетов развития здравоохранения на федеральном и региональном уровнях на основе обобщенной оценки преждевременной и предотвратимой смертности населения*: методические указания / Министерство здравоохранения Российской Федерации. — М., 2001. [*Opredelenie prioritetov razvitija zdravoohranenija na federal’nom i regional’nom urovnjah na osnove obobshhennoj ocenki prezhdevremennoj i predotvratimoj smertnosti naselenija*: Metodicheskie ukazanija / Ministerstvo zdravoohranenija Rossijskoj Federacii. Moskva; 2001. (In Russ.)]
14. Andreev EM, Nolte E, Shkolnikov VM, et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *Int J Epidemiol*. 2003;32(3):437–446. doi: https://doi.org/10.1093/ije/dyg085
15. *Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения* / науч. ред. Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. — М.: ЦНИИОИЗ, 2006. — 251 с. [*Predotvratimaja smertnost’ v Rossii i puti ee snizhenija* / nauch. red. Mihajlova JuV, Ivanova AE. Moskva: CNIIOIZ; 2006. 251 s. (In Russ.)]
16. Сон И.М., Леонов С.А., Вайсман Д.Ш. Автоматизированная система регистрации смертности: оценка предотвратимой смертности // *Социальные аспекты здоровья населения*. — 2014. — Т. 35. — № 1. — С. 1. [Son IM, Leonov SA, Vajsman DSh. The automated system of death registration: assessment of preventable mortality. *Social Aspects of Population Health*. 2014;35(1):1. (In Russ.)]
17. Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н., и др. Предотвратимая смертность населения // Осипов Г.В., Рязанцев С.В. (ред.) *Демографические перспективы России*. — М.: Экон-Информ, 2008. — С. 373–394. [Sabgaida TP, Antonyuk VV, Evdokushkina GN, et al. Preventable mortality of the population. In: Osipov GV, Rjazancev SV. (eds) *Demographic perspectives Russia*. Moskow: Ekon-Inform; 2008. P. 373–394. (In Russ.)]
18. Сабгайда Т.П., Аксенова Е.И., Евдокушкина Г.Н. Предотвратимая смертность населения трудоспособного возраста // Рязанцев С.В., Ростовская Т.К. (ред.) *Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции*. — М., 2019. — С. 187–190. [Sabgaida TP, Aksenova EI, Evdokushkina GN. Preventable mortality of the working-age population. In: Ryazantsev SV, Rostovskaya TK. (eds) *National demographic priorities: new approaches, trends*. Moscow; 2019. P. 187–190. (In Russ.)]
19. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Сабгайда Т.П. Резервы снижения смертности в России, обусловленные эффективностью здравоохранения // *Вестник Российской академии наук*. — 2021. — Т. 91. — № 9. — С. 865–878. [Ivanova AE, Semjonova VG, Sabgajda TP. Rezervy snizhenija smertnosti v Rossii, obuslovlennye jeffektivnost’ju zdravoohranenija. *Vestnik Rossijskoj akademii nauk*. 2021;9(91):865–878. (In Russ.)] doi: https://doi.org/10.31857/S086958732109005X
20. Сабгайда Т.П., Михайлов Я.Ю. Новые подходы к оценке предотвратимой смертности в России // *Народонаселение*. — 2009. — № 3. — С. 115–122. [Sabgajda TP, Mihajlov JaJu. Novye podhody k ocenke predotvratimoj smertnosti v Rossii. *Narodonaselenie*. 2009;3:115–122. (In Russ.)]
21. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.
22. Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(1):58–71. doi: https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.1.58

23. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., и др. Оценка деятельности здравоохранения с использованием критериев предотвратимой смертности // *Здоровье мегаполиса*. — 2022. — Т. 3. — № 1. — С. 41–52. [Ivanova AE, Sabgaida TP, Semenov VG, et al. Health Performance Evaluation using preventable mortality criteria. *City Healthcare*. 2022;3(1):41–52. (In Russ.)]
24. Зубко А.В., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., и др. Потери российского населения от предотвратимых причин сердечно-сосудистой смертности в периоды до и во время пандемии // *Социальные аспекты здоровья населения*. — 2023. — Т. 69. — № 1. — С. 6. [Zubko AV, Sabgaida TP, Semyonova VG, et al. Mortality associated with preventable causes of deaths from cardio-vascular diseases in the pre-covid period and during the pandemic in Russia. *Social Aspects of Population Health*. 2023;69(1):6. (In Russ.)] doi: https://doi.org/10.21045/2071-5021-2023-69-1-6
25. Nikoloski Z, Shkolnikov VM, Mossialos E. Preventable mortality in the Russian Federation: a retrospective, regional level study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;29:100631. doi: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100631
26. Frick C, Rumgay H, Vignat J, et al. Quantitative estimates of preventable and treatable deaths from 36 cancers worldwide: a population-based study. *Lancet Glob Health*. 2023;11(11):e1700–e1712. doi: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00406-0
27. Simonato L, Ballard T, Bellini P, et al. Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(10):624–630. doi: https://doi.org/10.1136/jech.52.10.624
28. Frenk J, Bobadilla JL, Sepuúlveda J, et al. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning*. 1989;4(1):29–39. doi: https://doi.org/10.1093/heapol/4.1.29
29. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, et al. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev*. 1991;1(1):21–38.



## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

***Марычев Глеб Александрович***, аспирант [***Gleb A. Marychev***, MD, PhD Student]; **адрес**: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11 [**address**: 11 Dobrolyubova str., 127254, Moscow, Russia]; **e-mail**: marychevga@mednet.ru, **ORCID**: https://orcid.org/0009-0006-7737-0781

***Кобякова Ольга Сергеевна***, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН [***Olga S. Kobyakova***, MD, PhD, Professor, Corresponding Member of the RAS]; **e-mail**: kobyakovaos@mednet.ru, **SPIN-код**: 1373-0903, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0003-0098-1403

***Стародубов Владимир Иванович***, д.м.н., профессор, академик РАН [***Vladimir I. Starodubov***, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; **e-mail**: starodubov@mednet.ru, **SPIN-код**: 7223-9834, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-3625-4278

***Авдеев Сергей Николаевич***, д.м.н., профессор, академик РАН [***Sergey N. Avdeev***, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; **e-mail**: avdeev_s_n@staff.sechenov.ru, **SPIN-код**: 1645-5524, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-5999-2150

***Бойцов Сергей Анатольевич***, д.м.н., профессор, академик РАН [***Sergey A. Boytsov***, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; **e-mail**: prof.boytsov@gmail.com, **SPIN-код**: 7961-5520, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0001-6998-8406

***Деев Иван Анатольевич***, д.м.н., профессор [***Ivan A. Deev***, MD, PhD, Professor]; **e-mail**: kafedra-rgmu@mail.ru, **SPIN-код**: 2730-0004, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-4449-4810

***Иванов Дмитрий Олегович***, д.м.н., профессор [***Dmitry O. Ivanov***, MD, PhD, Professor]; **e-mail**: spb@gpmu.org, **SPIN-код**: 4437-9626, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-0060-4168

***Каприн Андрей Дмитриевич***, д.м.н., профессор, академик РАН [***Andrey D. Kaprin***, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; **e-mail**: mnioi@mail.ru, **SPIN-код**: 1759-8101, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0001-8784-8415

***Мокрышева Наталья Георгиевна***, д.м.н., профессор, академик РАН [***Natalia G. Mokrysheva***, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; **e-mail**: mokrisheva.natalia@endocrincentr.ru, **SPIN-код**: 5624-3875, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-9717-9742

***Назаренко Антон Герасимович***, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН [***Anton G. Nazarenko***, MD, PhD, Professor, Corresponding Member of the RAS]; **e-mail**: cito@cito-priorov.ru, **SPIN-код**: 1402-5186, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0003-1314-2887

***Самойлова Алла Владимировна***, д.м.н., профессор [***Alla V. Samoylova***, MD, PhD, Professor]; **e-mail**: allasamoi@mail.ru, **SPIN-код**: 7241-8369, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0003-0542-9503

***Стилиди Иван Сократович***, д.м.н., профессор, академик РАН [***Ivan S. Stilidi***, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; **e-mail**: ronc@list.ru, **SPIN-код**: 9622-7106, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-0493-1166

***Чуланов Владимир Петрович***, д.м.н. [***Vladimir P. Chulanov***, MD, PhD]; **e-mail:** chulanov_v_p_1@staff.sechenov.ru, **SPIN-код**: 2336-4545, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0001-6303-9293

***Шамалов Николай Анатольевич***, д.м.н. [***Nikolay A. Shamalov***, MD, PhD]; **e-mail:** shamalov@fccps.cl, **SPIN-код**: 2865-9817, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0001-6250-0762

***Шляхто Евгений Владимирович***, д.м.н., академик РАН [***Evgeny V. Shlyakhto***, MD, PhD, Academician of the RAS]; **e-mail**: e.shlyakhto@almazovcentre.ru, **SPIN-код**: 6679-7621, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0003-2929-0980

***Шпорт Светлана Вячеславовна***, д.м.н. [***Svetlana V. Shport***, MD, PhD]; **e-mail**: info@serbsky.ru, **SPIN-код**: 2926-9305, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0003-0739-4121

***Шибалков Иван Петрович***, к.э.н., доцент [***Ivan P. Shibalkov***, PhD in Economics, Associate Professor]; **e-mail**: shibalkovip@mednet.ru, **SPIN-код**: 6341-3247, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-4255-6846

***Логненко Мария Михайловна***, студент [***Mariia M. Lognenko***, Student]; **e-mail**: lognenkomm@mednet.ru, **ORCID**: https://orcid.org/0009-0009-1469-4588

***Соломатников Иван Алексеевич*** [***Ivan A. Solomatnikov***]; **e-mail**: solomatnikovia@mednet.ru, **SPIN-код**: 7071-1095, **ORCID**: https://orcid.org/0000-0002-7013-9054

**Приложение.** Перечень предотвратимых причин смерти по российской методике определения предотвратимой смертности

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Инфекционные заболевания | Кишечные инфекции | A00–A09 (кроме A07.9) | 1 | — | 0–77 |
| | Туберкулез | A15, A16, A19.0, A19.1, A19.8, B90, J65 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Некоторые бактериальные зоонозы | A21–A23, A27 | 1 | — | 0–77 |
| | Псевдотуберкулез | A28.2 | | 1 | 0–77 |
| | Листериоз | A32 | 1 | — | 0–77 |
| | Дифтерия, столбняк, полиомиелит | A35, A36, A80 | 1 | — | 0–77 |
| | Коклюш | A37 | 1 | — | 0–77 |
| | Скарлатина | A38 | — | 1 | 0–77 |
| | Менингококковая инфекция | A39 | 1 | — | 0–77 |
| | Сепсис | A40 (кроме A40.3), A41 (кроме A41.3) | — | 1 | 0–77 |
| | Сепсис, вызванный *Streptococcus pneumoniae*, и сепсис, вызванный *Haemophilus influenzae* | A40.3, A41.3 | 1 | — | 0–77 |
| | Рожа, флегмона | A46, L03 | — | 1 | 0–77 |
| | Легионеллез | A48.1, A48.2 | — | 1 | 0–77 |
| | Бактериальная инфекция неуточненной локализации | A49 (кроме A49.2) | — | 1 | 0–77 |
| | Инфекция, вызванная *Haemophilus influenzae*, неуточненной локализации | A49.2 | 1 | — | 0–77 |
| | Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем | A50–A64 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) | A69.2 | — | 1 | 0–77 |
| | Орнитоз (пситтакоз) | A70 | 1 | — | 0–77 |
| | Риккетсиозы | A75, A77.1, A77.2, A78, A79.8 | 1 | — | 0–77 |
| | Вирусные инфекции центральной нервной системы | A81, A83, A85.1–A85.8, A86, A87.1–A87.9, A88.1–A88.8, A89 | — | 1 | 0–77 |
| | Бешенство | A82 | 1 | — | 0–77 |

Вестник РАМН. — 2025. — Т. 80. — № 4. — С. 298–311.
Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. 2025;80(4):298–311.



**Приложение.** Продолжение

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Инфекционные заболевания | Клещевой вирусный энцефалит | A84 | 1 | — | 0–77 |
| | Энтеровирусные инфекции | A85.0, A87.0, A88.0, B08.5, B34.1, B97.1 | 1 | — | 0–77 |
| | Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки | A92.3, A97, A98.0, A98.1, A98.5 | 1 | — | 0–77 |
| | Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек | B01, B02, B04–B06 | 1 | — | 0–77 |
| | Вирусный гепатит, кроме хронического | B15–B17, B19 | 1 | — | 0–77 |
| | Хронический вирусный гепатит | B18 | — | 1 | 0–77 |
| | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) | B20–B24 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Цитомегаловирусная болезнь | B25 | — | 1 | 0–77 |
| | Паротит эпидемический | B26 | 1 | — | 0–77 |
| | Инфекционный мононуклеоз | B27 | — | 1 | 0–77 |
| | Пневмоцистоз | B48.5 | — | 1 | 0–77 |
| | Малярия | B50–B54 | 1 | — | 0–77 |
| | Лейшманиоз | B55 | — | 1 | 0–77 |
| | Африканский трапносомоз, болезнь Шагаса | B56, B57 | 1 | — | 0–77 |
| | Токсоплазмоз | B58 | — | 1 | 0–77 |
| | Другие протозойные болезни | B60.0, B60.1 | 1 | — | 0–77 |
| | Некоторые гельминтозы | B66.0, B67, B68.0, B68.1, B70.0, B75, B79 | 1 | — | 0–77 |
| | Гриппозный и пневмококковый менингит | G00.0, G00.1 | 1 | — | 0–77 |
| | Другие менингиты | G00.2, G00.8, G00.9, G03 | — | 1 | 0–77 |
| | COVID-19 | U07.1, U07.2, U10 | 50% | 50% | 0–77 |
| Новообразования | Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки | C00–C14 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование пищевода | C15 | 1 | — | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование желудка | C16 | 1 | — | 0–77 |

**Приложение.** Продолжение

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Новообразования | Злокачественное новообразование ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала | C18–C21 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков | C22 | 1 | — | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование поджелудочной железы | C25 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование гортани | C32 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование трахеи, бронхов, легкого | C33–C34 | 1 | — | 0–77 |
| | Злокачественная меланома кожи | C43 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Мезотелиома | C45 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование молочной железы | C50 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование шейки матки | C53 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование матки | C54, C55 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование яичника | C56 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование предстательной железы | C61 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование почки, кроме почечной лоханки | C64 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование мочевого пузыря | C67 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование головного мозга | C71 | — | 1 | 0–77 |
| | Злокачественное новообразование щитовидной железы | C73 | — | 1 | 0–77 |
| | Лимфома Ходжкина | C81 | — | 1 | 0–77 |
| | Лимфолейкоз | C91.0, C91.1 | — | 1 | 0–77 |
| | Доброкачественные новообразования | D10–D36 | — | 1 | 0–77 |
| Болезни эндокринной системы и метаболические расстройства | Анемии, связанные с питанием | D50–D53 | 1 | — | 0–77 |
| | Йодная недостаточность | E00–E02 | 1 | — | 0–77 |
| | Другие болезни щитовидной железы | E03–E07 | — | 1 | 0–77 |
| | Сахарный диабет I типа | E10 (кроме E10.3,7-9) | — | 1 | 0–77 |
| | Сахарный диабет II типа | E11 (кроме E11.3,7-9) | 50% | 50% | 0–77 |
| | Другие уточненные формы сахарного диабета | E13 | — | 1 | 0–77 |
| | Синдром Нельсона, медикаментозный синдром Иценко–Кушинга | E24.1, E24.2 | 1 | — | 0–77 |

Вестник РАМН. — 2025. — Т. 80. — № 4. — С. 298–311.
Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. 2025;80(4):298–311.



**Приложение.** Продолжение

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Болезни эндокринной системы и метаболические расстройства | Другие виды синдрома Иценко–Кушинга (кроме алкогольного) | E24.0, E24.3, E24.8, E24.9 | — | 1 | 0–77 |
| | Адреногенитальные расстройства | E25 | — | 1 | 0–77 |
| | Другие виды гиперсекреции коры надпочечников | E27.0 | — | 1 | 0–77 |
| | Первичная недостаточность коры надпочечников | E27.1 | — | 1 | 0–77 |
| | Аддисонов криз | E27.2 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Медикаментозная недостаточность коры надпочечников | E27.3 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Другая и неуточненная недостаточность коры надпочечников | E27.4 | — | 1 | 0–77 |
| | Гиперфункция мозгового слоя надпочечников | E27.5 | — | 1 | 0–77 |
| | Ожирение | E66 | 70% | 30% | 0–77 |
| Болезни нервной системы | Болезнь Паркинсона | G20 | 1 | — | 0–77 |
| | Болезнь Альцгеймера | G30 | 1 | — | 0–77 |
| | Эпилептический статус | G41 | 1 | — | 0–77 |
| | Токсическая энцефалопатия | G92 | 1 | — | 0–77 |
| Болезни системы кровообращения | Ревматические и другие болезни сердца | I00–I09 | — | 1 | 0–77 |
| | Ишемическая болезнь сердца | I20, I22, I24, I25 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Легочная эмболия | I26 | 50% | 50% | 0–77 |
| | Цереброваскулярные болезни | I60–I69 (кроме I65, I66, I68) | — | 1 | 0–77 |
| | Атеросклероз | I70, I73.9 | 70% | 30% | 0–77 |
| | Аневризма и расслоение аорты | I71 | 30% | 70% | 0–77 |
| | Острый и подострый эндокардит | I33 | 60% | 40% | 0–77 |
| | Неревматические поражения аортального клапана | I35 | 20% | 80% | 0–77 |
| | Фибрилляция и трепетание предсердий | I48 | 50% | 50% | 0–77 |
| Болезни органов дыхания | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей | J00–J06, J30–J39 | — | 1 | 0–77 |
| | Грипп | J09–J11 | 1 | — | 0–77 |
| | Пневмония, не классифицированная в других рубриках или без уточнения возбудителя | J12, J15, J16–J18 | 1 | — | 0–77 |

**Приложение.** Продолжение

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Болезни органов дыхания | Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumonia* или *Haemophilus influenza* | J13, J14 | 1 | — | 0–77 |
| | Острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей | J20–J22 | 1 | — | 0–77 |
| | Хронические заболевания нижних дыхательных путей | J40–J44 | 1 | — | 0–77 |
| | Астма и бронхоэктазия | J45, J47 | — | 1 | 0–77 |
| | Астматический статус | J46 | 1 | — | 0–77 |
| | Заболевания легких, вызванные внешними агентами | J60–J64, J66–J70, J82, J92 | 1 | — | 0–77 |
| | Синдром респираторного расстройства (дистресса) у взрослого | J80 | — | 1 | 0–77 |
| | Легочный отек | J81 | 1 | — | 0–77 |
| | Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе | J84.1 | — | 1 | 0–77 |
| | Абсцесс легкого и средостения, пиоторакс | J85, J86 | 1 | — | 0–77 |
| | Другие поражения плевры | J90, J93, J94 | — | 1 | 0–77 |
| Болезни органов пищеварения | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки | K25–K28 | — | 1 | 0–77 |
| | Болезни аппендикса | K35–K38 | — | 1 | 0–77 |
| | Грыжи | K40–K46 | — | 1 | 0–77 |
| | Желчекаменная болезнь и холецистит | K80, K81 | — | 1 | 0–77 |
| | Другие болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей | K82, K83 | — | 1 | 0–77 |
| | Острый панкреатит | K85.0, K85.1, K85.3, K85.8, K85.9 | — | 1 | 0–77 |
| | Другие заболевания поджелудочной железы | K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K86.9 | — | 1 | 0–77 |
| Болезни мочеполовой системы | Нефритический и нефротический синдромы | N00–N07 | — | 1 | 0–77 |
| | Обструктивная уропатия | N13, N20, N21, N35 | — | 1 | 0–77 |
| | Почечная недостаточность | N17–N19 | — | 1 | 0–77 |
| | Почечная колика | N23 | — | 1 | 0–77 |
| | Нарушения, развивающиеся в результате дисфункции почечных канальцев | N25 | — | 1 | 0–77 |
| | Сморщенная почка неуточненная, маленькая почка неясного генеза | N26, N27 | — | 1 | 0–77 |

Вестник РАМН. — 2025. — Т. 80. — № 4. — С. 298–311.
Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. 2025;80(4):298–311.



**Приложение.** Продолжение

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Болезни мочеполовой системы | Воспалительные заболевания мочеполовой системы | N34.1, N70–N73, N75.0, N75.1, N76.4, N76.6 | — | 1 | 0–77 |
| | Гиперплазия предстательной железы | N40 | — | 1 | 0–77 |
| Беременность, роды и послеродовый период, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные аномалии | Столбняк новорожденного | A33 | 1 | — | 0–77 |
| | Акушерский столбняк | A34 | 1 | — | 0–77 |
| | Беременность, роды и послеродовой период | O00–O99 | — | 1 | 0–77 |
| | Некоторые условия, возникающие в перинатальный период | P00–P96 (кроме P01.2, P01.4, P01.6, P02.0, P02.2, P02.3, P02.5, P02.6, P02.8, P02.9, P83.5, P83.6, P95) | 1 | 1 | 0–77 |
| | Поражения плода и новорожденного, обусловленные олигогидрамнионом | P01.2 | — | 1 | 0–77 |
| | Некоторые поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек | P02.0, P02.2, P02.3, P02.5, P02.6, P02.8, P02.9 | — | 1 | 0–77 |
| | Врожденное гидроцеле, полип культи пуповины | P83.5, P83.6 | — | 1 | 0–77 |
| | Некоторые врожденные пороки развития (дефекты нервной трубки) | Q00, Q01, Q05 | 1 | — | 0–77 |
| | Врожденные аномалии системы кровообращения | Q20–Q28 | | 1 | 0–77 |
| | Врожденные аномалии органов дыхания | Q32–Q34 | 1 | 1 | 0–77 |
| | Другие врожденные аномалии (пороки развития) органов пищеварения | Q38–Q45 | 1 | 1 | 0–77 |
| | Врожденные аномалии (пороки развития) половых органов | Q53–Q55 | 1 | 1 | 0–77 |
| | Врожденные аномалии мочевыделительной системы | Q60–Q64 (кроме Q60.1) | 1 | 1 | 0–77 |
| | Врожденные аномалии (пороки развития) костно-мышечной системы, не классифицированные в других рубриках | Q79.0–Q79.5 | 1 | 1 | 0–77 |
| Смертность в результате осложнений терапевтических и хирургических вмешательств | Лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при их терапевтическом применении | Y40–Y59 | 1 | — | 0–77 |
| | Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических (и хирургических) вмешательств | Y60–Y69, Y83, Y84 | 1 | — | 0–77 |

**Приложение.** Окончание

| Группа причин смерти | Причина смерти | Код МКБ-10 | Относятся к профилактируемым | Относятся к поддающимся лечению | Возрастная группа |
|---|---|---|---|---|---|
| Смертность в результате осложнений терапевтических и хирургических вмешательств | Медицинские приборы и устройства, с которыми связаны несчастные случаи, возникшие при их использовании для диагностических и терапевтических целей | Y70–Y82 | 1 | — | 0–77 |
| Травмы | Остеопороз с патологическим переломом | M80 | 1 | — | 0–77 |
| | Транспортные несчастные случаи | V01–V99 | 1 | — | 0–77 |
| | Другие внешние причины травм при несчастных случаях | W00–X39, X46–X59 | 1 | — | 0–77 |
| | Преднамеренное самоповреждение | X66–X84 | 1 | — | 0–77 |
| | Нападения, кроме нападений с применением лекарственных средств, медикаментов и биологических веществ | X86–Y09 | 1 | — | 0–77 |
| | Повреждение с неопределенными намерениями | Y16–Y34 | 1 | — | 0–77 |
| Заболевания, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков | Причины смерти, ассоциированные с употреблением алкоголя | E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, Q86.0, R78.0, X45, X65, Y15 | 1 | — | 0–77 |
| | Причины смерти, ассоциированные с употреблением наркотиков и других психоактивных и психотропных веществ | F11–F16, F18, F19, R78.1–R78.4, X42, X62, Y12 | 1 | — | 0–77 |
| | Состояния и заболевания, которые с определенной степенью вероятности могут быть связаны с употреблением алкоголя, наркотиков, психоактивных и психотропных веществ | K73, K74.0–K74.2, K74.6 | 1 | — | 0–77 |
| | Состояния, которые могут быть причиной смерти, связанной с употреблением вещества, о котором известно, что оно обладает психоактивным или психотропным действием | X41, X43, X44, X61, X63, X64, X85, Y11 | 1 | — | 0–77 |