



Оригинальная статья

УДК 314.48

JEL J19

https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_3_9_482_497

EDN AXFCNW

Потери потенциальных лет жизни от предотвратимой смертности трудоспособного населения Амурской области: внутрирегиональные и половозрастные особенности

Елена Викторовна Полянская

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенск, Россия
(polanska2011@yandex.ru), (<https://orcid.org/0000-0001-6260-8693>)

Аннотация

Цель исследования – выявить половозрастные и внутрирегиональные различия потерянных потенциальных лет жизни (ПГПЖ) от предотвратимых причин смерти у трудоспособного населения Амурской области. Теоретико-методологическую основу составили подходы к оценке предотвратимой смертности и ПГПЖ, используемые в демографических исследованиях. Информационной базой послужили данные о смертности и численности населения Амурской области за 2017–2019 гг. с детализацией по полу, пятилетним возрастным группам 15–64 лет, муниципальным образованиям и основным группам предотвратимых причин смерти. Впервые для данного региона выполнена декомпозиция ПГПЖ по узким пятилетним возрастным группам для населения трудоспособного возраста (15–64 года) с дифференциацией по полу, муниципальному образованию и группам предотвратимых причин смерти. Установлено, что значения ПГПЖ у мужчин и женщин возрастают как по причинам смерти, связанным с мерами первичной профилактики, так и по причинам, зависящим от своевременного выявления заболеваний и качества лечения. Выявлено, что структура возрастного вклада в ПГПЖ характеризуется выраженными гендерными и территориальными различиями. В 2017–2019 гг. ПГПЖ от причин, связанных с мерами первичной профилактики, увеличился на 3,1% у мужчин и на 8,8% у женщин; наиболее выраженный рост отмечен у мужчин в возрасте 25–29 лет и у женщин в возрасте 35–39 лет. Вместе с тем в возрастах 15–29 лет у обоих полов зафиксировано снижение ПГПЖ. Для причин, предотвратимых своевременным выявлением заболеваний и улучшением лечения, рост ПГПЖ был минимальным и составил 1,7% у мужчин и 2,7% у женщин. Наиболее благоприятная ситуация выявлена в Благовещенске и ЗАТО Циолковский, наиболее неблагоприятная – в пгт Прогресс и Завитинском муниципальном округе. Полученные результаты могут быть использованы для совершенствования региональной политики в сфере охраны здоровья трудоспособного населения

Ключевые слова: предотвратимая смертность, потери потенциальных лет жизни, возрастная структура смертности, трудоспособное население, муниципальные образования, Амурская область, человеческий капитал

Для цитирования: Полянская Е.В. Потери потенциальных лет жизни от предотвратимой смертности трудоспособного населения Амурской области: внутрирегиональные и половозрастные особенности // Уровень жизни населения регионов России. 2026. Том 22. № 3. С. 482–497. https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_3_9_482_497 EDN AXFCNW



RAR (Research Article Report)

JEL J19

https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_3_9_482_497

Features of Potential Years of Life Lost from Preventable Mortality in Municipalities of the Amur Region

Elena V. Polyanskaya

Far Eastern Scientific Center for Physiology and Pathology of Respiration, Blagoveshensk, Russia
(polanska2011@yandex.ru), (<https://orcid.org/0000-0001-6260-8693>)

Abstract

The study aims to identify sex-, age-, and intra-regional differences in potential years of life lost (PYLL) from preventable causes of death among the working-age population of the Amur Region. The theoretical and methodological framework of the study is based on approaches to the assessment of preventable mortality and PYLL used in demographic research. The empirical basis includes mortality and population data for the Amur Region for 2017–2019, disaggregated by sex, five-year age groups of 15–64 years, municipalities, and major groups of preventable causes of death. For the first time in this region, PYLL was decomposed by narrow five-year age groups for the working-age population (15–64 years), with differentiation by sex, municipality, and groups of preventable causes of death. The findings show that PYLL increased in both men and women due to causes of death associated with primary prevention measures, as well as due to causes dependent on timely disease detection and the quality of treatment. The age-specific contribution to PYLL was found to be characterized by pronounced gender and territorial differences. In 2017–2019, PYLL from causes associated with primary prevention increased by 3.1% in men and 8.8% in women; the most pronounced increase was observed among men aged 25–29 years and women aged 35–39 years. At the same time, a decline in PYLL was recorded for both sexes in the 15–29 age group. For causes preventable through timely disease detection and improved treatment, the increase in PYLL was minimal, amounting to 1.7% in men and 2.7% in women. The most favorable situation was identified in Blagoveshchensk and the closed administrative-territorial entity of Tsiolkovsky, while the most unfavorable situation was observed in the urban-type settlement of Progress and the Zavitsinsky Municipal District. The findings may be used as an evidence base for improving regional health policy in the field of protecting the health of the working-age population.

© Полянская Е.В., 2026

Keywords: preventable mortality, potential years of life loss, age structure of mortality, working-age population, municipalities, Amur Region, human capital

For citation: Polyanskaya E.V. Features of Potential Years of Life Lost from Preventable Mortality in Municipalities of the Amur Region. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii=Living Standards of the Population in the Regions of Russia*. 2026;22(3):482–497. https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_3_9_482_497 (In Russ.)

Введение

Концепция предотвратимой смертности формировалась на протяжении последних пяти десятилетий и к настоящему времени превратилась в один из ключевых аналитических инструментов оценки эффективности системы здравоохранения и определения резервов снижения преждевременной смертности населения. Исторически данный подход восходит к работам американского исследователя Д. Рутштейна и его коллег, которые в 1976 г. впервые предложили систематизированный перечень причин смерти, рассматриваемых в качестве индикаторов качества медицинской помощи [1]. Центральная идея концепции состоит в том, что определённые случаи смерти в трудоспособных возрастах могли бы быть предотвращены при условии своевременного и адекватного функционирования медицинских и профилактических служб.

Проблема предотвратимой смертности населения трудоспособного возраста остаётся одной из ключевых для демографического развития России, особенно в контексте регионов Дальнего Востока, испытывающих устойчивый отток населения и дефицит трудовых ресурсов.

Интегральным показателем демографических потерь от предотвратимой смертности служит показатель потерянных лет потенциальной жизни (ПППЖ), позволяющий учесть не только факт смерти, но и возраст её наступления. В отличие от традиционных показателей смертности, ПППЖ взвешивает каждый случай смерти по числу недожитых лет до условного стандарта и позволяет выделить возрастные когорты и заболевания, где снижение смертности даст наибольший прирост ожидаемой продолжительности жизни и наибольшее сокращение экономических и демографических потерь.

Расчёты потерянных лет потенциальной жизни производились как для отдельных федеральных округов [2], регионов России [3; 4], так и для отдельных классов причин смерти – сердечно-сосудистых заболеваний [5], онкологических заболеваний [6], внешних причин [7] и т.д. Исследования по расчётам значений ПППЖ на муниципальном уровне встречаются крайне редко. В частности, в исследовании Т.П. Сабгайда и соавторов, анализ предотвратимой смертности в муниципальных образованиях Москвы выявил зна-

чительную дифференциацию показателей внутри крупного мегаполиса, что обусловлено различиями в доступности и качестве медицинской помощи, уровне доходов населения, а также распространённости поведенческих факторов риска [8].

Зарубежными исследователями также проводятся исследования потерь потенциальных лет жизни на муниципальном уровне от предотвратимой смертности. Так, в работе D.M. Rahotā и соавторов показано, что в Румынии в 2020 г. межтерриториальные различия стандартизованного показателя ПППЖ от COVID-19 по административно-территориальным единицам достигали 5,6 раза. По мнению авторов, эти различия были связаны с разной доступностью ресурсов здравоохранения, особенностями противоэпидемических мер и демографическими характеристиками отдельных округов [9]. В исследовании [10] была проанализирована зависимость между муниципальной депривацией по уровню образования и медианному доходу и величиной ПППЖ в муниципалитетах Норвегии. Показано, что в муниципалитетах с меньшей депривацией по образованию и доходу значения ПППЖ на 100 000 населения ниже, чем в более депривированных муниципалитетах.

Возрастно-половые и территориальные различия в уровне ПППЖ от предотвратимых причин смертности изучались многими отечественными учёными. Так, например, в статье В.Г. Семеновой и соавторов в период с 1989–2007 гг. выявлена тенденция снижения ПППЖ у трудоспособного населения на 17,4% в мужской и 14,7% в женской популяции для всех ведущих причин смерти [11].

В целом по России наблюдается устойчивый тренд снижения смертности от предотвратимых причин. В работе З. Николоски в соавторстве осуществлена оценка вклада отдельных причин смерти в формирование показателя потерянных лет потенциальной жизни мужчин и женщин в России с 2000–2018 гг. Доказан северо-восточный градиент предотвратимой смертности (в Дальневосточном и Сибирском федеральном округе), снижение смертности от рака, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней, связанных с употреблением алкоголя, как среди мужчин, так и среди женщин при одновременном росте смертности от осложнений диабета и инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита [12].

По данным исследования С.Н. Киселева, масштабы ПППЖ в Амурской области являются одним из самых высоких в Дальневосточном Федеральном округе [2]. Амурская область характеризуется сложными медико-демографическими условиями, связанными с пространственными особенностями проживания населения, низкой транспортной доступностью медицинской помощи в ряде муниципалитетов. В этой связи, анализ ПППЖ от предотвратимой смертности в регионе на уровне муниципальных образований имеет значение для выявления внутрирегионального неравенства в потерях человеческого потенциала. Цель исследования – выявление половозрастных и внутрирегиональных особенностей потерь потенциальных лет жизни от предотвратимых причин смерти в Амурской области. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи: определить возрастные группы, вносящие наибольший вклад в ПППЖ у мужчин и женщин; выявить муниципальные образования с наиболее высокими и наиболее низкими значениями ПППЖ; оценить динамику ПППЖ по причинам, предотвратимым мерами первичной профилактики, а также по причинам, предотвратимым своевременным выявлением заболеваний и улучшением лечения. Гипотеза исследования состояла в том, что значения и возрастная структура ПППЖ от предотвратимых причин смерти существенно различаются между муниципальными образованиями Амурской области, а также дифференцированы по полу и возрасту умерших. Объект исследования – ПППЖ от предотвратимых причин смерти у трудоспособного населения муниципальных образований Амурской области. Предмет исследования – территориальная, возрастная и половая структура ПППЖ по укрупненным группам предотвратимых причин смерти.

Теоретические и методологические основы

Согласно концепции предотвратимой смертности, все предотвратимые причины смерти подразделяются на три основные группы [13]. Первая группа – причины, потери от которых могут быть предотвращены мерами первичной профилактики. К таким причинам, относят: травмы и отравления; злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки, пищевода, печени и внутрипечёночных желчных протоков, гортани, трахеи, бронхов, легких, других органов дыхания и грудной клетки, мочевого пузыря, других неуточнённых мочевых органов; субарахноидальные кровоизлияния; внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния; инфаркт мозга; инсульт, не уточнённый как инфаркт или кровоизлияние; другие цереброваскулярные болезни;

алкогольная болезнь печени; фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного); другие болезни печени. Эта группа предотвратимых причин смерти детерминирована не только профилактическими усилиями системы здравоохранения, но также и поведением, образом жизни и социально-экономическими факторами. Для этих причин ключевое значение имеют профилактика факторов риска, формирование здорового поведения и контроль алкогольной и табачной политики. Вторая группа причин смертности отражает способность системы здравоохранения обеспечивать раннее выявление заболеваний (злокачественные новообразования шейки матки, других неуточнённых частей матки, молочных желёз, кожи, злокачественная меланома кожи, другие злокачественные новообразования кожи). К третьей группе относятся причины, предотвратимые улучшением лечения и медицинской помощи (болезни органов дыхания, инфекционные болезни, осложнения беременности родов и послеродового периода, гипертоническая болезнь, холецистит, злокачественные новообразования предстательной железы и других мужских половых органов, болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, лейкемия, гипертоническая болезнь, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, болезни червеобразного отростка (аппендикса), грыжи, холелитиаз, холецистит).

С 1990 г. ВОЗ, ОЭСР, Всемирным банком, другими международными организациями и регулирующими органами отдельных стран наряду с показателем смертности для оценки потерь здоровья населения используется показатель ПППЖ [14].

Данный индикатор интегрирует две существенные характеристики смертности: число случаев смерти и возраст их наступления, что позволяет акцентировать внимание на потерях в молодых и средних трудоспособных возрастах. В отличие от традиционных коэффициентов смертности, ПППЖ присваивает больший вес смертям в младших возрастах, поскольку каждый такой случай сопряжён с утратой большего числа «потенциально продуктивных» лет жизни. Следует отметить, что исследователи устанавливают разные возрастные границы для расчёта этого показателя, что влияет на сопоставимость результатов. Это обусловлено отсутствием единого стандарта. Случаи смерти в возрастах, превышающих установленный нормативный предел, при расчёте ПППЖ не учитываются. В исследовании А.Е. Ивановой и соавторов использовался нормативный верхний предел 65 лет для расчёта недожитых лет [15]. В работе З. Николоски в соавторстве верхний предел при анализе предотвратимой смертности был установлен на уровне 75 лет [12]. О.С. Кобя-

кова и соавторы в российской методике предотвратимой смертности 2025 года устанавливают 78 лет как верхнюю границу, что соответствует национальным целям развития Российской Федерации [16]. Согласно отчёту «Глобальное бремя болезней» в качестве точки отсчёта для ППЖ принят показатель 86 лет – это ожидаемая продолжительность жизни женщин в Японии, что соответствует самой высокой национальной продолжительности жизни, наблюдавшейся в мире на 2010 г. [17]. Оценка ППЖ, обусловленных предотвратимой смертностью от разных классов причин смерти, осуществлялась в ряде отечественных и зарубежных исследований. Так, например, в статье Mühlichen и соавторов проанализирована динамика предотвратимой смертности на материалах германоязычных регионов Центральной Европы (Австрия, Германия, Швейцария, Южный Тироль), продемонстрированы выраженные пространственные градиенты в уровнях профилируемой смертности и смертности, поддающейся лечению, с преимуществом юго-западных территорий [18]. В исследовании М.Е. Kruk в соавторстве на примере 137 стран проанализирован уровень предотвратимой смертности, определяемый качеством медицинской помощи. Сделан вывод о том, что 8,6 миллионов смертей в год связано с низким качеством медицинского обслуживания [19].

Исследование основано на официальных данных о смертности населения Амурской области за 2017–2019 гг., полученных из территориального органа Росстата по Амурской области и формы № 51 «Сведения о распределении умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти на административных территориях». Для повышения статистической устойчивости показателей при малой численности населения отдельных территорий использовалось усреднение данных за трёхлетний период (2017–2019 гг.). В качестве базового периода исследования выбраны 2017–2019 гг., поскольку данный временной интервал предшествует началу пандемии COVID-19 и не учитывает изменение уровня и структуры смертности населения вследствие COVID-19.

На основе данных о причинах смерти за 2017–2019 гг. проведена оценка вклада причин смерти в зависимости от способа её возможного предотвращения: мерами первичной профилактики (1 группа), предотвратимых своевременным выявлением заболевания (2 группа), предотвратимых улучшением лечения и медицинской помощи (3 группа). Разделение причин смерти на 3 группы проведено с помощью методики, используемой в работе А.Е. Ивановой, В.Г. Семеновой, Е.П. Сабгайда [15]. В настоящем исследовании

2 и 3 группа предотвратимых причин смерти была объединена, что связано с малой численностью случаев от некоторых причин смерти и, соответственно, нестабильностью коэффициента ППЖ в расчёте на 100 000 населения. Кроме того, многие исследователи отмечают именно суммарные показатели смертности от причин, зависящих от диагностики и лечения (т.е. объединённые группы 2 и 3), наиболее наглядно отражают эффективность медицинской помощи [5; 6; 7]. Коэффициент ППЖ рассчитывался путём поэтапного агрегирования значений для возрастных групп 15–64 лет по предотвратимым причинам смерти. Расчёт коэффициента ППЖ на 100 000 населения производился на основе Методических рекомендаций по использованию показателя «Потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ) для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях¹. Для каждой территории рассчитана структура ППЖ по возрастным группам – доля (в процентах) вклада каждой пятилетней группы в суммарные ППЖ. Период дожития рассчитывался до возраста, равного 65 годам.

Недожитые годы для каждого возрастного интервала рассчитываются по формуле:

$$A_i = T - x_i \quad (1)$$

где A_i – число недожитых лет в возрастном интервале i ; T – нормативный верхний возрастной предел; x_i – значение середины соответствующего возрастного интервала.

Сводный показатель ППЖ (PYLL) вычисляется как сумма произведений числа умерших в каждом возрастном интервале на соответствующее количество недожитых лет:

$$PYLL = \sum_i D_i * A_i \quad (2)$$

где PYLL – потерянные годы потенциальной жизни (Potential Years of Life Lost)

D_i – число умерших в возрастном интервале i ; A_i – число лет недожития в возрастном интервале i .

Коэффициент ППЖ на 100 000 населения рассчитывался по формуле:

$$RATE_{pyll} = PYLL / P_u \times 100\,000 \quad (3)$$

где $RATE_{pyll}$ – коэффициент ППЖ на 100 000 населения

$PYLL$ – потерянные годы потенциальной жизни
 P_u – численность населения в возрастной группе u .

Стандартизованные коэффициенты ППЖ рассчитывались прямым методом; в качестве

¹ Методические рекомендации по использованию показателя «Потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ) для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях / И.А. Красильников, А.Е. Иванова, В.Г. Семенова. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014. 32 с. URL: https://mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/kadry2014/sessiya/metod.pdf (дата обращения: 10.01.2026).

стандарта использовалась возрастная структура среднегодового населения Амурской области за 2017–2019 гг. К числу основных ограничений исследования следует отнести агрегированный характер анализа ПППЖ по укрупнённым группам предотвратимых причин смерти без отдельной оценки ведущих нозологических классов внутри каждой группы. Кроме того, объединение второй и третьей групп предотвратимых причин смерти, обусловленное малой численностью случаев по отдельным причинам, снижает аналитическую детализацию полученных результатов. Наконец, усреднение данных за три года по пятилетним возрастным группам и муниципальным образованиям не устраняет полностью статистическую неустойчивость показателей в территориях с малой численностью населения.

Результаты исследования

Как и в целом для России, так и для Амурской области установлено, что доля мужских смертей существенно превышает женские в рамках смертности, обусловленной мерами первичной профилактики (1 группа), однако темп роста показателя в женской популяции был выше. За период с 2017–2019 гг. в регионе отмечается рост ПППЖ от профилактируемых причин смертности на 3,1% для мужчин и 8,8% для женщин.

В мужской популяции нарастание интенсивности потерь ПППЖ отмечается в более ранних возрастах с 25–29 лет, тогда как у женщин значения ПППЖ нарастают, начиная с 35–39 лет. Позитивной тенденцией выступает сокращение ПППЖ как в мужской, так и в женской популяциях в ранних трудоспособных возрастах 15–29 лет (на 27% у мужчин и 26,9% у женщин), а также в диапазоне 35–39 лет (на 5,2% у мужчин и 22,2% у женщин). В остальных возрастных группах отмечается рост ПППЖ как для мужчин, так и для женщин.

Анализ возрастной структуры ПППЖ от причин смерти, предотвратимых мерами первичной профилактики, для обоих полов показывает выраженную концентрацию потерь в средних возрастах трудоспособного периода (35–49 лет) – 35% в женской и 30% в мужской популяции. Пик вклада и у мужчин, и у женщин приходится на возраст 40–44 года – в среднем 16 % от всех ПППЖ у мужчин и 17,6% у женщин. Молодые трудоспособные возраста в мужской и женской популяции (15–19 лет) вносят относительно небольшой вклад (4,9% и 2,7% соответственно), несмотря на высокие значения ПППЖ на один случай смерти. Для возрастов 55–64 лет также характерен незначительный вклад и у мужчин, и у женщин (в среднем 13,2% и 12,5% соответственно), что объясняется уменьшением «веса» каждого случая смерти в данных возрастах (таблица 1).

Таблица 1

Вклад возрастных групп в ПППЖ от причин смерти, потери от которых могут быть предотвращены мерами первичной профилактики (первая группа) в Амурской области в 2017–2019 гг. (в человеко-годах)

Table 1

Contribution of Age Groups to the Potential Years of Life Lost (PYLL) From Causes of Death, Losses From Which Can be Avoided by Primary Prevention Measures (First Group) in Amur Region in 2017–2019 (in Person-Years)

Возрастные группы	2017		2018		2019		Средние значения	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
15–19	45,2	5,0	36,8	8,4	40,1	10,0	40,7	7,8
20–24	45,0	10,5	49,5	18,0	39,0	9,0	44,5	12,5
25–29	90,3	30,5	91,6	29,2	62,4	17,3	81,4	25,7
30–34	102,8	28,9	116,7	39,3	104,0	35,8	107,8	34,7
35–39	119,9	54,1	124,8	53,1	114,0	44,2	119,6	50,4
40–44	113,4	35,7	141,8	60,8	141,8	58,3	132,4	51,6
45–49	105,9	33,8	109,1	50,4	118,0	40,8	111,0	41,7
50–54	77,3	31,2	88,4	27,0	76,8	34,0	80,8	30,7
55–59	68,0	23,4	68,6	20,8	84,7	27,3	73,8	23,8
60–64	33,8	12,8	33,9	11,1	37,9	13,9	35,2	12,6
ПППЖ	801,6	265,9	861,2	318,0	818,7	290,6	827,2	291,5

Источник: составлено автором по результатам расчётов Амурстата.²

² Здесь и далее: Таблица С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» по Амурской области за 2017, 2018 и 2019 гг. Источник: данные, предоставленные Амурстатом по запросу.

Для региона характерен незначительный рост ПППЖ от причин смерти, потери от которых связаны с организацией медицинской помощи – на 1,7 % у мужчин, на 2,7% у женщин. Такие тенденции связаны с ростом потерь в возрастных группах 30–34 года, 40–44 года, 60–64 года. Также для женщин в возрастных группах 20–24 года и для мужчин в возрасте 50–54 года отмечается рост ПППЖ на 1,5 человеко-лет и 6,1 человеко-лет соответственно. В то же время следует отметить позитивные тренды в значении ПППЖ, связанные

с заметным сокращением смертности в младших трудоспособных возрастах 15–29 лет, как для мужчин, так и для женщин – на 48,4% и 74,2% соответственно (таблица 2).

Потери, обусловленные медицинским компонентом, демонстрируют такое же распределение вклада возрастных групп, как потери, связанные со смертностью, предотвратимой мерами первичной профилактики. Максимальный вклад приходится на возраст 40–44 года – 11,1% всех ПППЖ у мужчин и 7,85 % у женщин.

Таблица 2

Вклад возрастных групп в ПППЖ от причин смерти, потери от которых могут быть предотвращены своевременным лечением и выявлением заболеваний (вторая+ третья группы) в Амурской области в 2017–2019 гг. (человеко-лет)

Table 2

Contribution of Age Groups to the Potential Years of Life Lost From Causes of Death, Losses from Which Can be Avoided by Timely Treatment and Detection of Diseases (Second + Third Groups) in Amur Region in 2017–2019 (in Person-Years)

Возрастные группы	2017		2018		2019		Средние значения	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
15–19	5,0	5,0	0,0	1,7	3,3	0,0	2,8	2,2
20–24	6,0	1,5	1,5	4,5	1,5	3,0	3,0	3,0
25–29	11,9	8,0	17,2	11,9	10,6	5,3	13,3	8,4
30–34	19,6	8,1	20,7	17,3	26,6	21,9	22,3	15,8
35–39	33,4	14,7	28,5	26,5	28,5	19,7	30,1	20,3
40–44	28,4	16,2	34,8	34,8	34,0	19,4	32,4	23,5
45–49	26,2	17,2	26,7	15,3	24,9	15,9	25,9	16,2
50–54	14,9	18,2	20,0	11,6	20,9	9,8	18,6	13,2
55–59	19,6	16,7	19,6	11,1	16,1	12,9	18,5	13,6
60–64	7,2	7,4	10,4	7,0	8,7	8,1	8,8	7,5
ПППЖ	172,3	113,0	179,7	141,9	175,1	116,1	175,7	123,6

Источник: составлено автором по результатам расчётов Амурстата.

Анализ среднего значения стандартизированных коэффициентов ПППЖ от предотвратимых причин смерти в разрезе муниципальных образований Амурской области за период 2017–2019 гг. выявил критический уровень территориального неравенства в масштабах потерянных лет потен-

циальной жизни (таблица 3). В среднем, дифференциация в значении данного показателя достигает 5 раз, как для мужского, так и для женского населения. Особенно выражен гендерный разрыв в 1-й группе причин, где потери мужчин превышают женские в 2,31 раза.

Таблица 3

Средние значения стандартизированного коэффициента ПППЖ за 2017–2019 гг. от предотвратимых причин смерти в муниципальных образованиях Амурской области в расчёте на 100 000 населения

Table 3

Average Values of Standardized Potential Years of Life Lost for 2017–2019 From Preventable Causes of Death in Municipalities in Amur Region per 100,000 Population

Наименование муниципального образования	Причины, потери от которых могут быть предотвращены мерами первичной профилактики (1-я группа)				Причины, потери от которых могут быть предотвращены своевременным выявлением заболеваний и улучшением лечения (2+3 группа)			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	ПППЖ	Ранг	ПППЖ	Ранг	ПППЖ	Ранг	ПППЖ	Ранг
Архаринский	5719,07	11	17061,86	4	2657,33	9	1936,91	22
Белогорский	4502,59	20	7675,85	26	2303,30	16	2809,96	11

Наименование муниципального образования	Причины, потери от которых могут быть предотвращены мерами первичной профилактики (1-я группа)				Причины, потери от которых могут быть предотвращены своевременным выявлением заболеваний и улучшением лечения (2+3 группа)			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	ПГПЖ	Ранг	ПГПЖ	Ранг	ПГПЖ	Ранг	ПГПЖ	Ранг
Благовещенский	2888,61	27	7998,18	24	4960,62	1	2092,56	20
Бурейский	5394,15	14	18590,45	2	2747,82	8	4529,03	2
Завитинский	7891,02	3	14543,99	8	3294,60	3	3126,30	8
Зейский	4724,42	19	9941,32	19	2485,16	12	2097,92	18
Ивановский	4795,46	17	8183,75	23	2593,71	10	1956,50	21
Константиновский	4994,72	16	13875,53	11	2230,62	18	3207,94	6
Магдагачинский	7001,75	5	15092,98	7	2431,45	13	2885,62	10
Мазановский	6102,55	9	13149,36	14	1429,10	23	2323,01	17
Михайловский	3853,44	23	10842,2	18	3011,77	6	2665,95	14
Октябрьский	3839,44	24	7943,32	25	2126,71	19	1363,52	26
Ромненский	5815,56	10	15752,04	6	2525,56	11	3668,17	3
Свободненский	6551,26	7	14245,96	10	3051,72	5	2712,84	12
Селемджинский	3606,75	26	9120,07	21	1134,41	26	2459,02	15
Серышевский	5603,83	12	13060,25	15	2754,42	7	3223,24	5
Сковородинский	7980,66	2	14524,35	9	2250,98	17	1726,07	23
Тамбовский	3832,67	25	13393,70	13	2307,61	15	3109,01	9
Тындинский	6712,79	6	6875,29	27	1383,76	24	1297,87	27
Шимановский	8558,71	1	20054,23	1	1934,32	21	3262,41	4
г. Благовещенск	1799,05	28	5769,39	28	904,85	27	1589,83	25
г. Белогорск	4068,66	22	9230,26	20	1430,34	22	2096,73	19
г. Зeya	6482,00	8	11775,13	16	3086,23	4	2706,80	13
г. Райчихинск	5119,40	15	16488,46	5	2393,74	14	3174,74	7
г. Свободный	4757,01	18	13712,73	12	2094,85	20	2394,51	16
г. Тyнда	4350,64	21	8888,68	22	883,07	28	1084,63	28
г. Шимановск	5566,40	13	11682,57	17	1254,02	25	1675,57	24
ЗАТО Циолковский	1534,13	29	4225,11	29	843,89	29	264,10	29
пгт Прогресс	7837,37	4	17202,02	3	4163,26	2	4727,72	1

Источник: составлено автором по результатам расчётов Амурската.

По результатам проведённого анализа выделены территории, демонстрирующие повышенный и пониженный уровни в значениях показателя ПГПЖ.

Минимальные ПГПЖ от причин смерти, предотвратимых мерами первичной профилактики, и у мужчин, и у женщин отмечаются в ЗАТО Циолковском, г. Благовещенске. Эти территории формируют «нижний предел» потерь от причин, предотвратимых первичной профилактикой, и могут рассматриваться как ориентир для других муниципальных образований. Наибольшие значения ПГПЖ от предотвратимых причин смерти первой группы для мужчин и женщин фиксируются в Шимановском муниципальном округе (8558,71 и 20054,23 человеко-лет на 100000 насе-

ления соответственно). Также, в женской популяции высоки значения ПГПЖ в Сковородинском муниципальном округе (7980,66 человеко-лет на 100 000 населения), Завитинском муниципальном округе (7891,02 человеко-лет на 100 000 населения). Для мужчин высокие ПГПЖ от причин 1-й группы характерны в Бурейском муниципальном округе – (18590,45 на 100 000 населения), пгт. Прогресс (17202,02 на 100 000 населения).

Самые низкие значения ПГПЖ, обусловленные своевременным оказанием медицинской помощи, в мужской и женской популяции отмечаются в ЗАТО Циолковском (264,1 человеко-лет на 100 000 и 843,89 человеко-лет на 100 000 населения соответственно), который является закрытым административно-территориальным образова-

нием с развитой инфраструктурой космодрома «Восточный», высокой обеспеченностью медицинскими услугами, в том числе Медико-санитарной частью космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России. Низкие значения ПГПЖ характерны для г. Тынды (883,07 человеко-лет на 100 000 населения для женщин и 1084,63 человеко-лет на 100 000 для мужчин). Максимальные потери от причин 2 и 3 группы для мужчин характерны для пгт. Прогресс (4 728 человеко-лет на 100 000 населения), Бурейского и Ромненского муниципальных округов (4529 человеко-лет и

3668 человеко-лет на 100 000 населения соответственно). Максимальные потери для женщин – в пгт. Прогресс (4 163 человеко-лет на 100 000), Завитинском муниципальном округе (3 295 человеко-лет на 100 000), а также Благовещенском муниципальном округе (4960,62 человеко-лет на 100 000).

Сравнительный анализ вклада возрастных групп в ПГПЖ от предотвратимой смертности в Амурской области выявил различия в возрастном профиле ПГПЖ в зависимости от пола и места проживания (таблицы 4 и 5).

Таблица 4

Средние значения вклада возрастных групп в значения ПГПЖ из-за преждевременной смертности от причин, потери от которых предотвратимы мерами первичной профилактики в Амурской области в 2017–2019 гг. (в %)

Table 4

Average Values of Contribution of Age Groups to the Values of the Potential Years of Life Lost from Avoidable Mortality From Causes whose Losses are Preventable by Primary Prevention Measures in Amur Region in 2017–2019 years (in %)

Наименование муниципального образования	Пол	Возрастные группы (лет)									
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Архаринский муниципальный округ	женщины	-	7,7	6,8	11,8	15,1	12,5	16,4	14,3	13,5	1,9
	мужчины	2,7	3,6	10,1	13,8	7,6	20,7	13,5	11,0	10,5	6,6
Белогорский муниципальный округ	женщины	-	7,8	13,8	12,0	10,2	21,1	16,6	9,7	3,1	5,7
	мужчины	4,7	8,8	17,5	8,4	10,5	18,9	11,3	6,1	9,6	4,0
Благовещенский муниципальный округ	женщины	-	13,6	12,0	10,4	31,1	11,0	5,8	8,4	4,0	3,8
	мужчины	6,7	9,4	3,7	19,0	11,7	16,1	11,3	13,3	4,9	4,0
Бурейский муниципальный округ	женщины	12,0	-	4,8	8,3	24,6	23,2	6,8	8,3	9,4	2,6
	мужчины	1,6	2,7	12,5	8,0	20,2	20,4	9,3	12,5	9,2	3,7
Завитинский муниципальный округ	женщины	6,1	5,5	9,7	21,1	14,3	17,7	4,7	13,6	4,3	3,1
	мужчины	5,4	6,2	6,6	10,5	15,8	20,3	14,5	10,6	5,2	4,9
Зейский муниципальный округ	женщины	10,1	9,1	-	-	11,9	29,4	7,7	19,7	7,1	5,1
	мужчины	2,3	-	14,1	12,2	12,3	10,1	7,4	10,6	18,5	12,5
Ивановский муниципальный округ	женщины	-	5,8	15,3	22,3	15,1	6,2	9,8	7,2	13,6	4,7
	мужчины	3,0	13,5	7,7	14,1	9,9	16,5	11,5	9,7	8,7	5,5
Константиновский муниципальный округ	женщины	-	-	9,0	15,7	13,4	16,5	17,4	15,8	8,0	4,1
	мужчины	2,7	14,4	20,4	8,7	8,2	8,2	10,7	9,9	10,7	6,1
Магдагачинский муниципальный округ	женщины	-	8,6	7,6	6,6	22,5	27,8	9,1	9,3	5,9	2,8
	мужчины	-	5,6	9,2	13,5	16,1	19,0	13,3	8,9	9,6	4,9
Мазановский муниципальный округ	женщины	-	-	19,3	-	9,5	15,7	27,8	4,5	15,6	7,6
	мужчины	9,6	2,5	18,0	21,0	8,4	2,5	14,0	10,3	9,5	4,2
Михайловский муниципальный округ	женщины	-	11,5	10,2	17,7	7,5	-	24,5	10,7	11,3	6,5
	мужчины	11,1	11,0	2,8	8,6	11,4	9,7	18,3	10,3	10,2	6,6
Октябрьский муниципальный округ	женщины	-	-	8,3	-	24,5	10,1	27,8	8,7	14,6	6,0
	мужчины	9,3	11,4	9,9	6,6	9,3	12,2	17,0	9,7	11,1	3,6
Ромненский муниципальный округ	женщины	17,1	-	13,6	-	20,1	8,3	26,1	-	6,0	8,7
	мужчины	5,1	-	10,7	15,4	13,3	22,2	12,4	4,0	11,6	5,4
Свободненский муниципальный район	женщины	7,9	-	-	10,9	37,1	11,5	15,1	8,8	4,2	4,6
	мужчины	5,5	4,4	10,7	13,1	22,5	17,5	10,3	4,8	7,7	3,4

Наименование муниципального образования	Пол	Возрастные группы (лет)									
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Селемджинский муниципальный район	женщины	-	16,1	-	12,4	31,7	17,4	-	10,0	3,2	9,1
	мужчины	10,4	4,2	-	19,1	21,7	6,3	8,1	17,3	9,0	3,8
Серышевский муниципальный округ	женщины	-	-	-	14,1	12,0	24,8	13,7	19,9	9,9	5,5
	мужчины	11,8	3,7	9,4	9,5	19,8	16,8	12,0	8,1	6,0	2,8
Сковородинский муниципальный округ	женщины	3,1	5,5	14,6	19,0	14,4	19,3	8,2	7,7	4,3	4,2
	мужчины	5,6	9,7	16,0	15,0	9,7	14,5	12,2	9,6	5,5	2,4
Тамбовский муниципальный округ	женщины	-	-	19,6	11,4	9,7	12,0	18,8	16,0	7,2	5,3
	мужчины	6,1	6,7	9,4	14,0	14,3	19,7	10,4	7,1	7,1	5,2
Тындинский муниципальный округ	женщины	-	6,5	17,3	-	25,5	21,1	5,5	14,1	6,3	3,7
	мужчины	-	7,2	8,1	15,8	20,8	6,9	10,9	6,9	15,2	8,2
Шимановский муниципальный округ	женщины	-	15,0	13,3	-	19,7	16,2	12,8	9,3	8,8	4,8
	мужчины	6,2	5,5	13,0	7,8	27,0	14,0	13,6	3,1	6,5	3,3
г. Благовещенск	женщины	-	2,2	9,9	15,4	16,8	16,9	15,6	9,7	9,6	3,9
	мужчины	4,0	3,4	7,1	12,2	13,5	17,2	16,6	11,9	9,3	4,8
г. Белогорск	женщины	4,5	8,1	5,4	10,9	18,6	17,5	14,6	9,4	7,1	3,9
	мужчины	7,9	3,0	9,2	16,3	14,8	12,7	13,9	8,6	9,7	4,0
г. Зея	женщины	8,4	3,7	6,6	11,5	27,0	14,2	14,3	7,0	3,7	3,6
	мужчины	5,8	6,1	8,5	11,4	18,8	12,6	7,0	12,7	13,0	4,1
г. Райчихинск	женщины	6,2	-	9,9	4,3	7,3	24,1	26,0	10,4	6,5	5,4
	мужчины	1,5	3,3	7,8	15,1	15,9	15,6	20,1	8,4	8,0	4,3
г. Свободный	женщины	-	4,4	11,7	6,8	14,4	20,2	15,9	11,6	10,8	4,1
	мужчины	2,4	6,0	12,5	13,1	14,0	17,0	14,0	10,9	7,8	2,3
г. Тында	женщины	-	-	6,7	26,4	15,0	14,4	12,9	11,8	8,2	4,6
	мужчины	5,3	1,5	5,6	10,9	21,8	13,8	13,6	8,7	12,7	6,0
г. Шимановск	женщины	6,1	-	-	12,7	18,0	20,7	18,7	6,8	11,8	5,3
	мужчины	6,2	5,5	13	7,8	27,0	14,0	13,6	3,1	6,5	3,3
ЗАТО Циолковский	женщины	-	-	-	-	-	29,0	22,8	33,3	10,5	4,3
	мужчины	-	7,9	7,0	26,5	-	47,7	-	-	8,8	2,1
Пгт. Прогресс	женщины	7,6	6,8	-	10,5	9,0	22,2	17,5	14,9	9,4	2,2
	мужчины	5,6	5,0	2,3	13,0	12,8	19,8	15,3	12,5	9,6	4,1

Источник: составлено автором по результатам расчётов Амурстата.

В значительной части муниципалитетов вклад возрастов 15–19 лет и 20–24 года у женщин либо равен 0, либо не превышает 5–8% при анализе ПППЖ от предотвратимой смертности, тогда как у мужчин часто фиксируются значения вклада в раннем трудоспособном возрасте в диапазоне 4–13%. Это указывает на то, что профилактика травматизма и рискованного поведения в молодёжной среде критичнее для мужского населения. Территориями-лидерами по вкладу раннего трудоспособного возраста 15–24 года в ПППЖ у мужчин, где суммарная доля превышает 10–17%, являются северные муниципальные округа Амурской области (Сковородинский (15,3%), Селем-

джинский (14,6%), а также Константиновский (17,1%) и Ивановский муниципальные округа (16,5%). Наибольший суммарный вклад возрастов 15–24 года в структуру ПППЖ у женщин отмечается в Ромненском (17,1%), Селемджинском (16,1%) и Шимановском (15,0%) районах. Эти территории требуют приоритетных мер первичной профилактики среди молодых мужчин и женщин – прежде всего профилактики травматизма, ДТП и девиантного поведения.

В ряде муниципальных образований отмечается существенный вклад возрастной группы 25–29 лет в ПППЖ, что означает потерю 38,5 лет потенциальной жизни при условии дожития до

65 лет. Это значительно снижает среднюю ожидаемую продолжительность жизни и уровень человеческого капитала для этих территорий. В частности, для мужской популяции это характерно для Белогорского (17,5%) Константиновского (20,4%) и Зейского округов (14,1%). В женской популяции тревожным является высокая доля данного возрастного диапазона для женщин в Мазановском (19,3%), Тамбовском (19,6%) и Тындинском (17,3%) округах. В остальных территориях вклад возрастной группы 25–29 у мужчин выше, чем у женщин.

Вклад возрастной группы 30–34 года в ПГПЖ от смертности, предотвратимой мерами первичной профилактики, в Амурской области характеризуется значительной вариабельностью по территориям и полу, с пиковыми значениями до 26–27% в отдельных муниципалитетах. Наибольший вклад в этой группе у женщин демонстрируют преимущественно городские и прилегающие сельские районы – г. Тында (26,4%), Константиновский муниципальный округ (15,7%), город Благовещенск (15,4%), Серышевский муниципальный округ (14,1%), город Шимановск (12,7%). У мужчин максимальные значения приходятся на ЗАТО Циолковский (26,5%), Селемджинский муниципальный район (19,1%), город Белогорск (16,3%), Тамбовский муниципальный округ (14%) и Ромненский муниципальный округ (15,4%).

Возрастные группы 35–39, 40–44 и 45–49 лет для большинства муниципалитетов дают макси-

мальную долю ПГПЖ как среди мужчин, так и среди женщин. При этом, интересной является тенденция более значительного веса возрастной группы 35–39 лет у женщин, чем у мужчин, для 19 муниципальных образований региона. У женщин в ряде территорий вклад 35–39 лет достигает свыше 30% – в Свободненском (37,1%), Селемджинском (31,7%), Благовещенском округах (31,1%).

В большинстве муниципалитетов вклад возрастов 50–54, 55–59 и 60–64 лет у женщин и мужчин сохраняется значимым, но уже уступает вкладу 35–49 лет. Среди муниципалитетов заметное преобладание вклада возрастной группы 50–64 лет у женщин наблюдается в ЗАТО Циолковский (48,1%), Серышевском (35,3%) и Зейском муниципальных округах (31,9%). Эти территории характеризуются более «поздним» пиком ПГПЖ, что благоприятно для значения ожидаемой продолжительности жизни, поскольку снижает потери в наиболее продуктивных возрастах. У мужчин смещение выражено слабее из-за общего высокого вклада возрастов 35–49 лет, но относительно заметно в Селемджинском (30,1%), Архаринском (28,1%), Тындинском округах (30,3%).

Анализ возрастного профиля ПГПЖ от смертности, связанной с медицинской помощью, подтвердил тот факт, что основная масса смертей сосредоточена в средних трудоспособных возрастах 30–49 лет с максимумами, как правило, в интервале 35–49 лет (таблица 5).

Таблица 5

Средние значения вклада возрастных групп в значения ПГПЖ из-за преждевременной смертности от причин, потери от которых предотвратимы своевременным выявлением заболевания и улучшением лечения в Амурской области в 2017–2019 гг. (в %)

Table 5

Average Values of Contribution of Age Groups to the PYLL From Avoidable Mortality From Causes Preventable Through Timely Detection and Improved Treatment in Amur Region in 2017–2019 years (in %)

Наименование муниципального образования	Пол	Возрастные группы (лет)									
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Архаринский муниципальный округ	женщины	-	-	-	25,6	10,9	9,0	14,1	10,3	19,5	10,7
	мужчины	-	-	-	14,3	-	-	47,8	4,7	14,3	18,9
Белогорский муниципальный округ	женщины	-	-	-	22,5	19,1	15,8	12,4	13,6	14,3	2,3
	мужчины	-	-	-	11,1	13,7	15,5	31,9	14,7	6,9	6,3
Благовещенский муниципальный округ	женщины	-	-	-	23,5	10,0	16,5	13,0	18,9	11,9	6,1
	мужчины	-	7,0	6,4	24,2	-	22,9	3,1	17,3	12,3	6,8
Бурейский муниципальный округ	женщины	-	10,5	9,3	8,1	27,5	11,3	4,5	3,3	16,4	9,3
	мужчины	-	-	4,5	17,0	24,1	25,3	9,7	7,8	9,4	2,1
Завитинский муниципальный округ	женщины	14,5	-	11,5	-	-	35,1	16,6	4,0	15,2	3,1
	мужчины	-	-	20,4	9,6	8,5	7,0	10,2	27,3	11,9	5,1

Продолжение Таблицы 5

Наименование муниципального образования	Пол	Возрастные группы (лет)									
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Зейский муниципальный округ	женщины	19,0	-	-	13,1	33,5	9,2	7,2	5,3	10,0	2,7
	мужчины	10,7	-	-	18,8	27,3	-	8,2	7,0	11,0	17,0
Ивановский муниципальный округ	женщины	-	10,6	18,8	8,2	20,9	17,2	-	9,9	8,3	6,0
	мужчины	20,9	-	7,2	5,8	10,3	21,3	3,2	7,0	17,1	7,3
Константиновский муниципальный округ	женщины	-	-	-	-	-	36,6	19,2	21,0	17,7	5,5
	мужчины	-	-	11,6	13,0	15,7	13,5	17,8	17,1	8,9	2,4
Магдагачинский муниципальный округ	женщины	-	-	11,0	19,2	24,5	13,5	-	15,5	12,2	4,0
	мужчины	-	-	5,8	-	45,2	7,1	20,2	9,0	8,1	4,5
Мазановский муниципальный округ	женщины	-	-	-	-	20,3	33,4	13,1	19,2	6,4	7,4
	мужчины	-	-	-	-	11,0	55,6	6,8	14,8	9,7	2,1
Михайловский муниципальный округ	женщины	-	-	13,1	11,4	29,2	16,0	-	18,4	5,8	6,1
	мужчины	7,4	-	5,9	27,9	-	7,2	2,8	15,5	19,4	13,9
Октябрьский муниципальный округ	женщины	-	-	30,0	26,1	11,1	9,1	7,2	5,3	9,8	1,4
	мужчины	-	-	12,7	11,1	7,3	6,0	9,5	7,9	33,3	12,2
Ромненский муниципальный округ	женщины	-	-	-	-	45,6	18,8	14,8	-	6,8	14,0
	мужчины	-	-	10,3	14,0	7,6	-	25,1	26,0	10,6	6,3
Свободненский муниципальный район	женщины	-	15,3	13,6	11,8	-	41,4	13,1	4,8	-	-
	мужчины	7,9	-	9,1	-	11,3	7,6	10,4	12,9	6,0	34,7
Селемджинский муниципальный район	женщины	-	-	-	-	-	54,7	21,5	15,7	-	8,1
	мужчины	-	-	-	19,4	8,5	26,6	11,1	11,9	12,4	10,2
Серышевский муниципальный округ	женщины	10,4	-	8,3	-	18,4	10,1	15,9	14,5	16,4	6,0
	мужчины	-	4,4	3,9	14,7	11,9	17,8	15,8	15,3	12,0	4,2
Сковородинский муниципальный округ	женщины	-	-	8,6	29,8	19,0	10,5	8,2	9,0	9,5	5,5
	мужчины	-	-	7,9	23,5	28,1	14,6	3,8	9,5	9,5	3,2
Тамбовский муниципальный округ	женщины	-	-	-	18,7	39,7	6,6	10,3	11,3	9,5	3,9
	мужчины	-	-	15,7	3,6	17,1	9,1	28,2	6,7	13,7	5,9
Тындинский муниципальный округ	женщины	-	-	28,2	-	-	17,2	40,7	-	6,2	7,7
	мужчины	-	-	-	-	7,5	38,1	4,9	3,6	20,5	25,5
Шимановский муниципальный округ	женщины	-	-	-	-	44,5	-	28,9	21,1	-	5,5
	мужчины	-	-	-	13,9	14,8	31,7	-	-	37,8	1,8
г. Благовещенск	женщины	2,5	4,4	3,9	11,9	17,4	19,1	12,2	9,6	10,8	8,0
	мужчины	1,2	2,9	7,1	10,5	19,0	22,3	13,7	10,7	7,8	4,9
г. Белогорск	женщины	-	5,8	10,2	8,9	15,1	9,3	17,1	8,9	16,9	7,9
	мужчины	-	-	8,0	17,2	20,3	14,4	19,8	8,1	8,7	3,5
г. Зея	женщины	-	-	13,9	12,1	10,3	17,0	23,5	9,8	10,8	2,5
	мужчины	-	5,8	11,6	38,1	3,8	-	16,1	10,2	10,6	3,8
г. Райчихинск	женщины	-	-	-	-	15,6	32,2	20,3	14,8	9,3	7,7
	мужчины	-	8,3	6,9	6,0	10,5	25,4	16,7	6,2	14,0	6,1
г. Свободный	женщины	-	-	4,4	15,4	6,6	32,5	14,9	12,4	9,8	4,0
	мужчины	-	-	3	12,3	14,6	24,7	15,7	9,3	16,9	3,5

Окончание Таблицы 5

Наименование муниципального образования	Пол	Возрастные группы (лет)									
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
г. Тында	женщины	-	-	-	14,5	12,3	20,3	24	5,8	11	12,1
	мужчины	-	-	10,6	-	34,2	22,6	9,5	3,2	10,2	9,7
г. Шимановск	женщины	-	-	-	18,8	31,9	26,3	-	7,6	9,5	5,9
	мужчины	-	-	10,4	-	16,1	6,9	5,0	15,6	24,5	21,4
ЗАТО Циолковский	женщины	-	-	-	-	-	-	84,1	-	-	15,9
	мужчины	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-
пгт Прогресс	женщины	-	-	-	29,7	8,4	20,8	10,9	19,9	5,0	5,2
	мужчины	-	-	-	24,4	17,9	21,2	13,5	6,1	12,4	4,5

Источник: составлено автором по результатам расчётов Амурстата.

При этом в некоторых муниципальных образованиях вклад в ПГПЖ заметно смещён в более молодые или, наоборот, более старшие трудоспособные группы, что отличает их от общего тренда. Например, в ЗАТО Циолковском 84,1% женского вклада и 100% мужского сосредоточены в одной возрастной группе 45–49 лет, что уникально для области. В ряде территорий вклад мужчин смещён в более старшие трудоспособные возрастные группы: в Свободненском районе максимальный вклад у мужчин приходится на 60–64 года (34,7%), в Селемджинском районе высоки доли 55–64 лет (22,6%), в г. Зея значим вклад 55–59 лет (10,6%) после крупного пика вклада в ПГПЖ возрастов 30–34 года (38,1%). У женщин, в Архаринском (30,2%), Бурейском (25,7%) и Серышевском (22,4%) округах вклад возрастов 55–64 года в ПГПЖ также значительно выражен.

Во многих муниципалитетах младшие возрастные группы (15–19 и 20–24 года) вносят нулевой вклад в ПГПЖ, что может быть связано с отсутствием зарегистрированных случаев смерти от данных причин либо с малым числом наблюдений. Отдельную группу составляют муниципалитеты со сдвигом пиков ПГПЖ к более молодым возрастам. Зейский муниципальный округ демонстрирует значительный вклад возрастов 15–29 лет в ПГПЖ как у мужчин (10,7%), так и у женщин (19%). В женской популяции к таким территориям также относится Октябрьский округ и пгт. Прогресс (максимум вклада на 25–34 года – 56,1% и 29,7%). В мужской популяции в Ивановском муниципальном округе у мужчин существенен вклад в ПГПЖ в 15–19 лет 20,9% всех потерянных лет потенциальной жизни.

В ряде территорий ПГПЖ из-за смертности, связанной с медицинским компонентом, у женщин в большей степени наблюдаются в группе 35–39 лет. Так, около трети и более ПГПЖ прихо-

дится на возраст 35–39 лет в Тамбовском (39,7%), Ромненском (45,6%), Шимановском муниципальном округе (44,5%), в г. Шимановске (31,9%). В г. Шимановске высокий вклад сохраняется и в 40–44 года (26,3%).

В ряде муниципальных округов у женщин наблюдаются два выраженных «пика» смертности. Например, в Константиновском муниципальном округе вклад в ПГПЖ наибольший в возрастном интервале 40–49 лет (36,6% в 40–44 и 19,2% в 45–49), а в Шимановском – в 35–49 лет (44,5% в 35–39, 28,9% в 45–49). Аналогичный двухпиковый рисунок отмечается в ряде городов (г. Тында – 40–49 лет, г. Свободный – 40–49 лет, пгт Прогресс – 30–34 и 45–49 лет).

У мужчин ярко выражен вклад в среднем трудоспособном возрасте – 40–49 лет: в Белогорском муниципальном округе 31,9% всех ПГПЖ приходится на 45–49 лет, в Мазановском округе – более половины на 40–44 года (55,6%), в Ромненском – 25,1–26,0% в 45–54 года, в Тамбовском – максимум в 45–49 лет (28,2%), а в Шимановском округе – в 40–44 года (34,2%).

Обсуждение

Анализ показал, что в 2017–2019 гг. в регионе сохранялся рост ПГПЖ как по причинам, предотвратимым мерами первичной профилактики, так и по причинам, связанным с выявлением и лечением заболеваний, причём уровень потерь у мужчин оставался выше, чем у женщин.

Детальная декомпозиция ПГПЖ по пятилетним возрастным интервалам позволила выявить скрытую поляризацию трендов. Позитивным является существенное сокращение потерь от предотвратимых причин смертности в молодых возрастных группах (15–29 лет). Это согласуется с общероссийской тенденцией снижения смертности от внешних причин (ДТП, травматизм) среди

молодёжи, отмеченной в ряде демографических работ [20; 21]. Тем не менее, ряд муниципальных образований (Зейский, Ромненский, Завитинский, Серышевский, Селемджинский муниципальные округа) характеризуется значительным вкладом смертности в молодых трудоспособных возрастах от причин смерти, предотвратимых мерами первичной профилактики. Это может быть обусловлено не только различиями в самосохранительном поведении, но и сочетанием социально-экономических, средовых, инфраструктурных и организационных факторов, включая транспортную доступность медицинской помощи, особенности занятости, условия труда.

Одним из факторов стагнации снижения ПППЖ является сохраняющаяся высокая смертность трудоспособного населения 35–49 лет, на которое приходится 30–35% всех потерь ПППЖ в регионе. При этом пик ПППЖ от предотвратимых причин смерти смещён на более молодые возраста 40–44 года по сравнению со среднероссийскими значениями 45–49 лет [22].

Особого внимания заслуживает выявленный опережающий рост ПППЖ среди женского населения (8,8% против 3,1% у мужчин в 1-й группе причин смертности). Традиционно в отечественных исследованиях акцент делается на мужской сверхсмертности в трудоспособных возрастах. Гендерный анализ ПППЖ от предотвратимых причин смертности в Амурской области показывает, что разрыв в темпах прироста ПППЖ сокращается не за счёт снижения предотвратимой смертности у мужчин, а за счёт её роста у женщин. Эта тенденция может быть связана с накоплением поведенческих факторов риска, высокого вклада внешних причин смерти, а также недостаточного охвата профилактическими и скрининговыми программами по отдельным нозологиям, значимым для женского населения трудоспособного возраста.

Анализ выявил колоссальную внутрирегиональную дифференциацию как в стандартизированных значениях ПППЖ, так и в возрастной структуре, что свидетельствует о сохраняющемся территориальном неравенстве в доступности медицинской помощи и качестве жизни населения. Разрыв в стандартизированных значениях ПППЖ между муниципалитетами с лучшими (ЗАТО Циолковский, г. Благовещенск) и худшими (Шимановский, Бурейский округа) показателями достигает 5 раз.

Потери от смертности, управляемой медицинской помощью, в трудоспособном возрасте в целом демонстрирует тенденцию к нарастанию в регионе, начиная примерно с 30-летнего возраста. Однако, в ряде муниципалитетов смертность

наступает в более молодых трудоспособных возрастных группах (Зейский, Октябрьский, Ивановский муниципальные округа, пгт. Прогресс), где суммарные ПППЖ в возрасте 15–29 лет достигают 20%. Это может указывать на несвоевременную диагностику и выявление онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а также низкий уровень медицинской активности молодого трудоспособного населения. Для таких муниципальных образований практическое значение имеет развитие ранней диагностики, совершенствование маршрутизации пациентов, повышение доступности первичной помощи и своевременного оказания специализированной медицинской помощи.

Смертность от причин, связанных с поведенческими факторами риска (злокачественные новообразования, инфаркт мозга, инсульт, алкогольная болезнь печени, травмы и т.д.), распределена по возрастным группам более равномерно. Наибольшее внимание к снижению предотвратимой смертности от причин, связанных с поведенческими факторами риска, должно быть отдано наименее благополучным территориям – Шимановскому, Сковородинскому, Завитинскому и Бурейскому муниципальным округам, а также пгт. Прогресс. Эти территории обладают наибольшими резервами сокращения смертности от профилируемых предотвратимых причин. Для муниципальных образований с высокими значениями ПППЖ от причин, предотвратимых мерами первичной профилактики, приоритетными направлениями представляются снижение травматизма, профилактика алкоголь-ассоциированных и табак-ассоциированных рисков, а также меры по формированию здорового образа жизни.

Выявлены территории с наиболее благополучной ситуацией в ПППЖ по обоим полам – областной центр Амурской области г. Благовещенск и ЗАТО Циолковский, город, созданный для обслуживания космодрома «Восточный», крупнейшего инфраструктурного проекта современной России. Позитивный социально-экономический профиль и развитость системы здравоохранения этих городов способствует низкой смертности от предотвратимых причин.

К территориям с критической ситуацией по потерям у женщин относятся Завитинский, Шимановский муниципальные округа и пгт. Прогресс. У мужчин критическая ситуация наблюдается в Бурейском, Ромненском, Шимановском, Завитинском муниципальных округах и г. Райчихинск. Территории с критической смертностью образуют специфический пространственный паттерн вдоль транспортных коридоров и в зонах старопромышленного освоения. Это Завитин-

ский район на Транссибе, Шимановский – база БАМа, Бурейский и г. Райчихинск – угледобывающая периферия. Ромненский район, выпадающий из транспортного паттерна, подтверждает правило другим способом. Это юго-восточная периферия области, приграничная с Китаем территория с преобладанием сельского населения. Противоположный полюс – Благовещенск как областной центр с концентрацией медицинских, образовательных, экономических ресурсов и ЗАТО Циолковский как территория нового освоения с селективной молодой популяцией.

Заключение

Полученные результаты подтверждают выдвинутую гипотезу о наличии выраженной половой, возрастной и внутрирегиональной дифференциации ПППЖ от предотвратимых причин смерти в Амурской области. Ситуация в Амурской области характеризуется специфическим профилем предотвратимой смертности, который не полностью укладывается в усреднённую российскую картину. Главным отличием является рост ПППЖ от предотвратимых причин смерти с опережающим темпом роста ПППЖ от смертности, которая может быть предотвращена с мерами первичной профилактики, в женской популяции. Результаты исследования доказывают, что резервы снижения смертности за счёт «легких

решений» (борьба с ДТП, контроль инфекций в молодёжной среде) в регионе практически исчерпаны. Дальнейшее снижение ПППЖ возможно только через системную работу с населением 35–59 лет и уменьшением территориального неравенства в уровне доступности и качестве первичной медицинской помощи.

Проведённое исследование демонстрирует значительный потенциал детальной возрастной декомпозиции ПППЖ как инструмента для повышения адресности и эффективности региональной политики в сфере охраны здоровья населения. Идентификация «зон максимальной уязвимости» – возрастных групп, формирующих наибольший вклад в ПППЖ от преждевременной смертности, позволяет рационально распределять ограниченные ресурсы профилактических программ и добиваться максимального демографического эффекта.

В Амурской области рост ПППЖ в трудоспособных возрастах определяется как объективными факторами (качество и доступность медицинской помощи), так и субъективными (неблагоприятные условия среды, самосохранительное и рискованное поведение). Реализация сформулированных рекомендаций способна внести существенный вклад в достижение национальных целей по увеличению ожидаемой продолжительности жизни и сохранению человеческого капитала.

Список источников

1. Martinez R., Soliz P., Caixeta R., et al. Reflection on Modern Methods: Years of Life Lost Due to Premature Mortality – a Versatile and Comprehensive Measure for Monitoring Non-Communicable Disease Mortality. *International Journal of Epidemiology*. 2019;48(4):1367–1376 <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>
2. Киселев С.Н. Оценка потерянных лет потенциальной жизни в Дальневосточном федеральном округе за 2015–2020 годы // Дальневосточный медицинский журнал. 2022. № 3. С. 81–86. <https://doi.org/10.35177/1994-5191-2022-3-13> EDN JRUFNN
3. Варакина Ж.Л. Потери населения Архангельской области, обусловленные внешними причинами смертности: структура, динамика и особенности кодировки // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 4(56). С. 2. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2017-56-4-2> EDN ZCNCYN
4. Короленко А.В. Нозологический и половозрастной профиль смертности населения Вологодской области и обусловленных ей демографических потерь // Статистика и Экономика. 2021. Том 18. № 3. С. 27–45. <https://doi.org/10.21686/2500-3925-2021-3-27-45> EDN HWFTLT
5. Григоров А.А., Сабгайда Т.П., Зубко А.В. Региональные различия величин потерянных лет потенциальной жизни в контексте предотвратимых причин сердечно-сосудистой смертности // Здоровье мегаполиса. 2024. Том 5. № 4–2. С. 220–233. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p2;220-233> EDN IERFVL
6. Потерянные годы потенциальной жизни при раке шейки матки в Кыргызской Республике / Д.Д. Ибраимова, Э.А. Тилеков, Б.О. Шаимбетов [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. № 32(3). С. 462–466. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-462-466> EDN BERFMB
7. Потерянные годы потенциальной жизни от отравлений алкоголем и наркоманией в Самарской области / С.А. Суслин, С.А. Царев, А.В. Щербань [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 4. С. 1049–1061. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-4-1049-1061> EDN SETLFH
8. Сабгайда, Т.П., Зубко А.В., Фейгинова С.И. Предотвратимая смертность в муниципальных образованиях и административных округах г. Москвы // Здоровье мегаполиса. 2024. Том 5. № 4–2. С. 282–293. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p2;282-293> EDN FTELHZ

9. Rahotă D.M., Țîrț D.P., Daina L.G., et al. Using Potential Years of Life Lost (PYLL) to Compare Premature Mortality between Romanian Counties to Confirmed COVID-19 Cases in 2020 and 2021. *Healthcare*. 2024;12(12):1189. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121189>
10. Baravelli C., Breivik H., Forthun I., et al. All-cause Years of Life Lost Due to Death at Municipality Level in Norway. Association to Educational Attainment and Median Income. *European Journal of Public Health*. 2024;34(3):ckae144.827. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.827>
11. Социально-демографические потери, обусловленные смертностью населения России в период реформ (1989–2007 гг.) / В.Г.Семенова, Г.Н. Евдокушкина, Л.А.Гаврилов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. № 1(9). EDN JYALPF
12. Nikoloski Z., Shkolnikov V. M., Mossialos E. Preventable Mortality in the Russian Federation: a Retrospective Study at the Regional Level. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023;29:100631. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100631>
13. Сабгайда Т.П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза // Здоровоохранение Российской Федерации. 2017. № 3. С. 116–122. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-3-116-122> EDN YSLAVF
14. Murray C.J.L., Lopez A.D. Measuring the Global Burden of Disease. *The New England Journal of Medicine*. 2013;369(5):448–57. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1201534>
15. Ivanova A.E., Semyonova V.G., Sabgaida T.P. Disparities in Health: Equity Aspects of Avoidable Mortality. *Population and Economics*. 2025;9(2):66–85. <https://doi.org/10.3897/popecon.9.e160866>
16. Российская методика по оценке предотвратимой смертности населения / О.С. Кобякова, В.И. Стародубов, С.Н. Авдеев [и др.] // Вестник РАМН. 2025. Том 80. № 4. С. 298–311. <https://doi.org/10.15690/vramn18106T> EDN MQGUTZ
17. Иванова А.Е., Михайлова А.Ю. Методология оценки экономических потерь от нездоровья // Менеджер здравоохранения. 2012. № 2. С. 33–37. EDN OWYIIX
18. Mühlichen M., Lerch M., Sauerberg P. et al. Different Health Systems – Different Mortality Outcomes? Regional Disparities in Avoidable Mortality Across German-Speaking Europe, 1992–2019. *Social Science and Medicine*. 2023;329(4):115976. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115976>
19. Kruk M.E., Gage A.D., Joseph N.T. et al. Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: a Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
20. Семенова В.Г., Иванова А.Е. Риски девиантного поведения российской молодежи // Вестник Южно-Российского государственного технического университета. Серия: Социально-экономические науки. 2022. Том 15. № 4. С. 192–203. <https://doi.org/10.17213/2075-2067-2022-4-192-203> EDN BPDZNU
21. Рамонов А.В. Интегральные показатели демографических потерь от смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий в России // Демографическое обозрение. 2015. Том 2. № 4. С. 136–149. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i4.1771> EDN VSBERN
22. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. Резервы сокращения смертности в России в контексте ее возрастных и нозологических особенностей // ДЕМИС. Демографические исследования. 2023. Том 3. № 4. С. 92–125. <https://doi.org/10.19181/demis.2023.3.4.6> EDN PZYBQE

Информация об авторе:

Елена Викторовна Полянская – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник, директор, Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания
(SPIN-код: 9921-6511) (Researcher ID: AFY-9622-2022)
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 19.02.2026; одобрена после рецензирования 29.04.2026; принята к публикации 31.08.2026.

References

1. Martinez R., Soliz P., Caixeta R., et al. Reflection on Modern Methods: Years of Life Lost Due to Premature Mortality – a Versatile and Comprehensive Measure for Monitoring Non-Communicable Disease Mortality. *International Journal of Epidemiology*. 2019;48(4):1367–1376. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>
2. Kiselev S.N. Estimation of Years of Potential Life Lost in the Far Eastern Federal District for 2015–2020. *Dal'nevostochny'j medicinskij zhurnal=Far Eastern Medical Journal*. 2022;(3):81–86. <https://doi.org/10.35177/1994-5191-2022-3-13> (In Russ.)
3. Varakina Zh.L. Population Losses in the Arkhangelsk Region Due to External Causes of Mortality: Structure, Dynamics, and Coding Features. *Social'ny'e aspekty' zdorov'ya naseleniya=Social Aspects of Population Health*. 2017;(4(56)):2. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2017-56-4-2> (In Russ.)
4. Korolenko A.V. Nosological and Age-Sex Profile of Population Mortality in the Vologda Region and Demographic Losses Caused by It. *Statistika i e'konomika=Statistics and Economics*. 2021;18(3):27–45. <https://doi.org/10.21686/2500-3925-2021-3-27-45> (In Russ.)
5. Grigorov A.A., Sabgaida T.P., Zubko A.V. Regional Differences in the Years of Potential Life Lost in the Context of Avoidable Mortality from Cardiovascular Diseases. *Zdorov'e megapolisa=City Healthcare*. 2024;5(4-2):220–233. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p2;220-233> (In Russ.)

6. Ibraimova D.D., Tilekov E.A., Shaimbetov B.O., et al. Lost years of potential life with cervical cancer in the Kyrgyz Republic. *Problemy` social`noj gigieny`, zdravooxraneniya i istorii mediciny=Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;(3(23)):462-466. <http://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-462-466> (In Russ.)
7. Suslin S.A., Tsarev S.A., Shcherban A.V., et al. Lost Years of Potential Life from Alcohol and Drug Poisoning in the Samara Region. *Sovremennyy`e problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki=Modern Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2023;(4):1049-1061. <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2023-4-1049-1061> (In Russ.)
8. Sabgaida T.P., Zubko A.V., Feiginova S.I. Preventable Mortality in Municipalities and Administrative Districts of Moscow. *Zdorov`e megapolisa=Health of the Megapolis*. 2024;5(4-2):282-293. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i4p2;282-293> (In Russ.)
9. Rahoță D.M., Țiță D.P., Daina L.G., et al. Using Potential Years of Life Lost (PYLL) to Compare Premature Mortality between Romanian Counties to Confirmed COVID-19 Cases in 2020 and 2021. *Healthcare*. 2024;12(12):1189. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121189>
10. Baravelli C., Breivik H., Forthun I. et al. All-cause Years of Life Lost Due to Death at Municipality Level in Norway. Association to Educational Attainment and Median Income. *Eur J Public Health*. 2024;34(3):ckae144.827. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.827>
11. Semenova V.G., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. et al. Socio-Demographic Losses Caused by the Mortality Rate of the Russian Population During the Period of Reforms (1989–2007). *Social`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya=Social Aspects of Population Health*. 2009;(1(9)). (In Russ.)
12. Nikoloski Z., Shkolnikov V. M., Mossialos E. Preventable Mortality in the Russian Federation: a Retrospective Study at the Regional Level. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023;29:100631. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100631>
13. Sabgaida T.P. Preventable Causes of Death in Russia and the EU. *Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii=Healthcare of the Russian Federation*. 2017;(3):116–122. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-3-116-122> (In Russ.)
14. Murray C.J.L., Lopez A.D. Measuring the Global Burden of Disease. *The New England Journal of Medicine*. 2013;369(5):448–57. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1201534>
15. Ivanova A.E., Semyonova V.G., Sabgaida T.P. Disparities in Health: Equity Aspects of Avoidable Mortality. *Population and Economics*. 2025;9(2):66–85. <https://doi.org/10.3897/popecon.9.e160866>
16. Kobayakova O.S., Starodubov V.I., Avdeev S.N., et al. Russian Methodology for Assessing Preventable Mortality of the Population. *Vestnik RAMN=Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2025;80(4):298–311. <https://doi.org/10.15690/vramn18106T> (In Russ.)
17. Ivanova A.E., Mikhailova A.Yu. Methodology for Assessing Economic Losses from Ill Health. *Menedzher zdravooxraneniya=Health Manager*. 2012;(2):33–37. (In Russ.)
18. Mühlhchen M., Lerch M., Sauerberg P. et al. Different Health Systems – Different Mortality Outcomes? Regional Disparities in Avoidable Mortality Across German-Speaking Europe, 1992–2019. *Social Science and Medicine*. 2023;329(4):115976. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115976>
19. Kruk M.E., Gage A.D., Joseph N.T. et al. Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: a Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
20. Semenova V.G., Ivanova A.E. Risks of Deviant Behavior of Russian Youth. *Vestnik Yuzhno-Rossijskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta. Seriya:Socio`no-e`konomicheskie nauki=Bulletin of the South Russian State Technical University. Series: Socio-economic Sciences*. 2022;15(4):192–203. <http://doi.org/10.17213/2075-2067-2022-4-192-203> (In Russ.)
21. Ramonov A. V. Integral Indicators of Demographic Losses from Mortality and Injuries as a Result of Road Accidents in Russia. *Demograficheskoe obozrenie=Demographic Review*. 2015;2(4):136–149. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i4.1771> (In Russ.)
22. Ivanova A. E., Sabgaida T. P., Semenova V. G. Reserves for Reducing Mortality in Russia in the Context of Its Age and Nosological Characteristics. *Demis: Demograficheskie issledovaniya=DEMIS. Demographic Research*. 2023;3(4):92–125. <https://doi.org/10.19181/demis.2023.3.4.6> (In Russ.)

Information about the author:

Elena V. Polyanskaya – PhD in Economics, Leading Researcher, Director, Far Eastern Scientific Center for Physiology and Pathology of Respiration

(SPIN-code: 9921-6511), (Researcher ID: AFY-9622-2022).

Author declares no conflict of interest.

The article was submitted 19.02.2026; approved after reviewing 29.04.2026; accepted for publication 31.08.2026.