

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НА ДОМУ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ж.А. Иржанов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
Башкирский государственный медицинский университет
ул. Ленина, 3, Уфа, Россия, 450000

С.М. Чибисов

Кафедра общей патологии и патологической физиологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

С.А. Шастун

Кафедра нормальной физиологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

Представлены результаты анализа смертности на дому населения, обслуживаемого муниципальной поликлиникой г. Уфа в динамике за 2001—2010 годы, выявлены различия структуры смертности по причинам, по полу, среди населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста. На протяжении десяти лет отмечался рост смертности от болезней органов пищеварения (в 2,1 раза) и злокачественных образований (на 11,5%). За 2010 г. определены средний возраст умерших на дому, динамика смерти по месяцам, дням недели и времени смерти. Полученные результаты послужили основой для принятия управленческих решений.

Ключевые слова: городское население, смертность на дому, пол, возраст.

Известно, что на показатели смертности населения влияет значительное число факторов, включая социально-экономические, экологические, образ жизни, генетические, а также состояние оказания медицинской помощи населению [2, 4]. Причем, согласно данным последних исследований в России, все большую значимость с точки зрения предотвратимости летальных исходов на дому имеют организация и качество оказания медицинской помощи [1, 3].

Статистический учет случаев смерти на дому территориального населения поликлиники исключает летальные исходы заболеваний в стационаре, случаи скоропостижной смерти на дому, требующие патологоанатомического вскрытия, смерть в других местах и других населенных пунктах. Вследствие этого анализ смертности населения амбулаторно-поликлинического учреждения от установленной причины проводится по медицинским свидетельствам о смерти, которые заполняют лечащие врачи на основании наблюдений за больным и записей в медицинской документации, отражающих состояние больного до его смерти.

Материалы и методы. Анализ смертности на дому проведен на базе муниципальной поликлиники № 32 г. Уфа, которая территориально обслуживает 40,8 тыс. населения, плановая мощность 600 посещений в смену.

Для анализа уровня, динамики и структуры смертности были использованы статистические отчетные документы поликлиники. Кроме этого, для углубленного изучения смертности на дому проанализированы медицинские свидетельства о смер-

ти (форма № 106/у-08) сплошным методом за 2010 год. Были рассчитаны среднегодовые уровни смертности и их динамика, достоверность различий средних величин определялась с помощью *t*-критерия Стьюдента, относительных величин — *Z*-критерия, качественных признаков — χ^2 , при множественных сравнениях применялся дисперсионный анализ (*F*).

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования выявлена тенденция к росту смертности с 792,7 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 807,5 — в 2010 г. (темп роста — 102,0%). За анализируемый период отмечались незначительные колебания показателя. Самый низкий уровень смертности отмечался в 2006 г. (797,0 на 100 тыс. населения), самый высокий — в 2007 г. (814,9) ($Z = 1,7$; $p > 0,085$), что обусловлено высокой смертностью лиц старше трудоспособного возраста, доля которых составила 91,7%.

Разница между максимальным и минимальным уровнем смертности по годам наблюдения составила 1,3 раза, в том числе у мужчин — в 1,4 раза, у женщин в 1,1 раза.

Для сравнения смертности мужчин и женщин определили среднегодовой показатель, который среди мужчин был несколько выше, чем среди женщин ($848,2 \pm 31,6$ против $823,2 \pm 11,3$; $p > 0,815$).

Сравнительный анализ структуры смертности за изучаемый период выявил изменения ранговых позиций основных причин. Так, в 2001—2008 гг. ведущие места занимали болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗН), болезни органов дыхания (БОД) и болезни органов пищеварения (БОП), а с 2009 г. третье место занимают БОП, четвертое — БОД. Изменение структуры смертности обусловлено ростом числа случаев смерти от цирроза печени с 10,5 на 100 тыс. человек в 2001 г. до 22,1 в 2010 г.

По среднегодовым показателям среди причин смертности БСК заняли первое место — 67,9%, далее следовали ЗН — 24,7%, БОД — 3,0%, БОП — 1,7%, болезни эндокринной системы (БЭС) — 1,1% и болезни мочеполовой системы (БМС) — 0,4%.

Структура смертности среди мужчин и женщин была однотипной, но удельный вес причин отличался. Так, доля БСК у мужчин составила 58,2%, у женщин — 74,9%, ЗН — 31,4 и 20,0%, БОД — 5,8 и 0,9%, БОП — 1,9 и 1,5%, БЭС — 0,6 и 1,5%, БМС — 0,4 и 0,3% соответственно ($\chi^2 = 78,4$; $p < 0,001$).

Основными причинами смерти от БСК были у мужчин ишемическая болезнь сердца (64,2%), у женщин цереброваскулярные болезни (79,0%), от ЗН — у мужчин рак желудка (38,5%) и предстательной железы (30,8%), у женщин — рак молочной железы (28,6%) и яичников (23,8%). Как у женщин, так и у мужчин среди причин смерти от БОД превалировала хроническая обструктивная болезнь легких (100,0 и 94,7%), от БОП — цирроз печени (100,0 и 89,4%)

В числе умерших на дому доля лиц трудоспособного возраста составила в среднем за 10 лет 9,9%, в том числе среди мужчин — 15,6%, женщин — 5,8%. Средний возраст смерти этой возрастной группы составил $51,7 \pm 1,8$ года, мужчин — $51,2 \pm 3,5$, женщин — $52,2 \pm 1,7$ года ($t = 0,3$; $p > 0,772$).

Были установлены различия в структуре смертности среди лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста. Ранговое распределение основных струк-

тулообразующих причин смертности в возрасте старше трудоспособного и среди всего населения было идентичным. Так, БСК составили 62,6%, ЗН — 20,6, БОД — 3,1, БОП — 1,2, БЭС — 1,1, БМС — 0,3%. Среди лиц трудоспособного возраста первое место заняли ЗН (62,5%), последующие места — БСК (22,3%), БОП (5,6%), БОД (1,7%), БЭС (1,4%), БМС (0,6%). Различия в структуре смертности среди мужчин и женщин в каждой из анализируемых возрастных групп не выявлены.

Анализ динамики смертности от отдельных причин за десятилетний период выявил рост смертности от БОП (в 2,1 раза), ЗН (на 11,5%), БСК (на 2,8%). Снижение показателя смертности отмечалось от БМС (в 2,5 раза), БОД (на 38,9%). Выраженное колебание показателя смертности отмечено от таких причин смерти, как БОП — от 4,5 на 100 тыс. населения (2006 г.) до 24,5 (2009 г.), ЗН от 178,0 (2004 г.) до 247,5 (2009 г.) и БСК от 519,2 (2006 г.) до 626,7 (2007 г.).

В ходе исследования были установлены различия по полу в показателях смертности от основных причин по среднегодовым показателям. Так, смертность оказалась достоверно выше среди мужского населения по сравнению с женским от таких причин как ЗН (263,0 против 164,3 на 100 тыс. соответствующего населения; $Z = 10,5; p < 0,001$), БОД (48,9 против 7,3; $Z = 79,9; p < 0,001$), БМС (3,3 против 2,7 $Z = 1,3; p > 0,198$), среди женщин — от БСК (616,5 против 487,9; $Z = 10,5; p < 0,001$), БЭС (12,0 против 5,4; $Z = 52,3; p < 0,001$).

Изучение смертности на дому по причинам в зависимости от пола, возраста, месяца смерти, дня и времени суток было проведено за 2010 год.

Средний возраст умерших составил $77,2 \pm 0,8$ года, у мужчин он был достоверно ниже, чем у женщин ($74,1 \pm 0,9$ против $79,0 \pm 0,8$; $t = 4,0; p < 0,001$). Наибольшим данный показатель оказался среди умерших от БСК ($80,9 \pm 0,6$ года), наименьшим — от БОП ($59,8 \pm 0,5$), от ЗН он составил $70,2 \pm 1,1$ ($F = 55,7; p < 0,001$).

Выявлены достоверные гендерные различия среднего возраста смерти от структурообразующих причин. При БСК у мужчин он составил $77,4 \pm 0,9$ года, у женщин — $82,6 \pm 0,7$ ($t = 4,5, p < 0,001$), при БОП соответственно $56,3 \pm 1,2$ и $63,4 \pm 1,4$ ($t = 3,7, p < 0,007$). Средний возраст смерти от ЗН у мужчин и женщин статистически не различался: $70,1 \pm 1,3$ и $70,3 \pm 1,8$ года ($t = 0,1, p > 0,910$).

По месяцам 2010 года средние показатели случаев смерти менялись неравномерно. Наиболее низкими они были в весенне-осенний период: в марте (0,39 случая) и октябре (0,55), а наиболее высокими — в летний и зимний периоды: в июле (1,29) и декабре (1,1).

Анализ смерти по дням недели показал, что большая доля умерших зарегистрирована в пятницу, вторник (по 16,7%) и понедельник (16,4%), меньшая доля — в воскресенье (11,0%) и субботу (11,3%). Распределение числа умерших по дням недели показало, что у мужчин большая доля умерших определялась в пятницу (18,8%) и во вторник (18,0%), у женщин — в понедельник (21,1%) и вторник (15,7%) ($\chi^2 = 10,7; p < 0,001$).

Анализ показал, что каждый четвертый случай смерти зарегистрирован с 12.00 до 18.00 ч. (26,8%), каждый пятый — с 6.00 до 12.00 ч. (21,7%). В течение суток наибольшее число умерших от БСК отмечалось с 12.00 до 18.00 ч. (29,4%), от ЗН — с 00.00 до 6.00 ч. (28,6%), от БОП — с 18.00 до 24.00 ч. (34,2%) ($\chi^2 = 5,1; p > 0,272$).

Заключение. Проведенный анализ позволил изучить динамику, структурообразующие причины смертности на дому за десятилетний период, определить показатели смертности в зависимости от пола, возраста, времени смерти. Полученные данные послужили основой для принятия управленческих решений и использованы при разработке мероприятий, направленных на снижение смертности населения в условиях муниципальной поликлиники. Для полного анализа смертности населения амбулаторно-поликлинического учреждения необходимо сформировать единый автоматизированный регистр умерших на территории, включая все места наступления смерти: на дому, в стационаре, на улице и др. местах.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Стародубов В.И., Михайлова Ю.М., Иванова А.Е. и др. // Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. — М.: Медицина, 2003.
- [2] Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья // Здоровоохранение Российской Федерации. — 2009. — № 3. — С. 10—14.
- [3] Евсюков А.А. Результаты комплексной оценки смертности городского и сельского населения Республики Башкортостан // Бюлл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. — М., 2008. — Вып. 3. — С. 53—56.
- [4] Стародубов В.И., Калининская А.А., Шлиффер С.И. Первичная медицинская помощь: состояния и перспективы развития. — М.: Медицина, 2007. — 264 с.

ANALYSIS OF DOMICILIARY DEATHS OF URBAN POPULATION

N.Kh. Sharafutdinova, J.A. Irzhanov

Department of Public Health and Health Care Organizations
Bashkir State Medical University
Lenin Str., 3, Ufa, Russia, 450000

S.M. Chibisov

Department of General Pathology and Pathophysiology
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya Str., 8, Moscow, Russia, 117198

S.A. Shastun

Department of Normal Physiology
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya Str., 8, Moscow, Russia, 117198

The study presents the results of the analysis of domiciliary deaths of the population of a municipal polyclinic in Ufa in the dynamics between 2001 and 2010. The differences in the structure of mortality to the cause of death and sex between working-age population and pensioners were revealed. In ten years increased mortality from digestive system diseases (2,1 times) and malignant tumors (11,5%) was registered. For 2010 the mean age of the dead by months, days and time of death was detected. The obtained results were used as a basis for administrative decision making.

Key words: urban population, domiciliary death, sex, age.