

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НА ДОМУ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ г. УФА

¹Иржанов Ж.А., ²Чибисов С.М.

¹Башкирский государственный медицинский университет. г. Уфа., ул. Ленина д.3. эл. почта: Nazira-h@rambler.ru.

²РУДН, г. Москва. эл. почта kalcna@mail.ru

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.

ANALYSIS OF DOMICILIARY DEATHS OF URBAN POPULATION ACCORDING TO THE MUNICIPAL POLYCLINIC UFA CITY

¹Irzhanov J.A., ²Chibisov S.M.

¹Bashkir State Medical University, Ufa. St. Lenin d.3. e-mail. E-mail: Nazira-h@rambler.ru.

²People's Friendship University, Moscow. e-mail. mail.kalcna@mail.ru

In the study there are 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 deaths, sex, age.

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

Результаты. 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 $823,2\pm 11,3$; $p>0,825$).

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 структурообразующих 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.

Список литературы

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. – 288 с.
2. *Герасименко Н.Ф.* Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2009. – № 3. – С. 10-14.
3. *Евсюков А.А.* Результаты комплексной оценки смертности городского и сельского населения Республики Башкортостан // *Бюл. 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., Шляфер С.И.* Первичная медицинская помощь: состояния и перспективы развития. – М.: ОАО «Медицина», 2007. – 264 с.
5. *Перепелкина Н.Ю., Белькова О.А.* Характеристика состояния здоровья сельского населения муниципального района // *Общественное здоровье и здравоохранение.* – 2007. – № 3. – С. 8-12.
6. *Филиппова В.И., Дарьин А.В.* Тенденции в демографической ситуации; *Дарьин А.В.* О ходе реструктуризации в здравоохранении сельского муниципального района // *Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН,* 2009. – Вып. 3. – С. 58-61.

Рецензенты:

Северин А.Е., д.м.н., кафедра нормальной физиологии, Российский университет дружбы народов, г. Москва.

Торшин В.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии Российский университет дружбы народов, г. Москва.