

СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, УМЕРШИХ ДОМА

Купрюшин А.С.¹, Маркова А.А.¹, Купрюшина Н.В.^{1,2}, Вишнякова Ж.С.¹, Латынова И.В.¹, Семина М.Н.¹

¹ ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, e-mail: as92009@mail.ru;

² ГБУЗ «ОБСМЭ» Министерства здравоохранения Пензенской области, Пенза

Проведен анализ структуры причин смерти людей пожилого и старческого возраста, умерших в домашних условиях. Причины смерти были установлены при проведении аутопсии. Выявлено преобладание заболеваний системы кровообращения и злокачественных новообразований. Среди хронических заболеваний диагностированы атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, злокачественные новообразования органов дыхания и пищеварения, хронические обструктивные заболевания легких. Среди остро протекающих заболеваний выявлены острый инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга, пневмония, среди осложнений – перитонит и желудочно-кишечное кровотечение. При сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено, что при жизни чаще всего не были диагностированы разрыв аневризмы аорты, острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, внутричерепное кровоизлияние, пневмония. Нередко у пациентов указанного возраста встречаются полипатии, при которых одно из заболеваний часто не диагностировалось. Полученные данные позволяют выработать предложения по увеличению продолжительности жизни людей этого возраста, что может быть учтено органами здравоохранения при разработке соответствующих мероприятий.

Ключевые слова: аутопсия, причина смерти, пожилой и старческий возраст, заключительный клинический диагноз, патологоанатомический диагноз, расхождение диагнозов, увеличение продолжительности жизни.

THE STRUCTURE OF CAUSES OF DEATH OF PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE, WHICH DIED AT HOME

Kupryshin A.S.¹, Markova A.A.¹, Kupryshina N.V.^{1,2}, Vishnyakova Zh.S.¹, Latynova I.V.¹, Semina M.N.¹

¹ Penza State University Medical Institute, Penza, e-mail: as92009@mail.ru;

² Penza Regional Bureau of Forensic Medicine, Penza

The patterns of causes of death of elderly and senile age, died at home, are analyzed. The cause of death was established at autopsy. Identified the prevalence of diseases of the circulatory system and malignant neoplasms. Among chronic diseases diagnosed atherosclerotic and postinfarction cardiosclerosis malignant neoplasms of respiratory and digestive diseases, chronic obstructive pulmonary disease. Among the acute diseases onset acute myocardial infarction, cerebral infarction, pneumonia, among the complications, peritonitis and gastrointestinal bleeding. In the final comparison of clinical and pathoanatomical diagnoses found that in life most often were not diagnosed rupture of aortic aneurysm, acute myocardial infarction, myocardial infarction, intracranial hemorrhage, pneumonia. Often in patients of this age there are poliptih in which one of the diseases are often not diagnosed. The data obtained allow to formulate proposals for the increase in life expectancy of people that age that could be taken into account by health authorities when developing appropriate interventions.

Keywords: autopsy, cause of death, elderly and senile age, final clinical diagnosis, pathological diagnosis, the divergence of diagnoses, the increase in life expectancy.

По данным ВОЗ, в Европейском регионе ожидается неуклонное увеличение численности пожилого населения и снижение численности людей работоспособного возраста. В частности, доля людей в возрасте 65 лет и старше за период с 2010 по 2050 г. должна практически удвоиться, а население в возрасте 85 лет и старше – увеличиться с 14 до 19 млн человек к 2020 г. и до 40 млн – к 2050 г. [5]. Масштабы демографического старения также велики в восточноевропейских странах и странах Содружества Независимых Государств

(СНГ); предполагается, что в течение менее чем двух десятилетий медианный возраст увеличится там на 10 лет [9].

Нередко пожилым людям и старикам медицинская помощь оказывается в районных поликлиниках, а их смерть наступает в домашних условиях. Поэтому является актуальным определить структуру причин смерти людей этих возрастных групп и провести сличение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

Цель настоящего исследования – выработать предложения по увеличению продолжительности жизни пациентов пожилого и старческого возраста, основанные на результатах анализа причин их смерти и наиболее часто встречающихся ошибок клинической диагностики.

Задачи исследования:

- определить структуру причин смерти людей пожилого и старческого возраста, умерших в домашних условиях;
- провести сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов;
- выявить особенности структуры причин смерти и расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

Материалы и методы исследования

Для определения структуры причин смерти был изучен 1291 протокол патологоанатомического исследования из патологоанатомического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко». Аутопсии были проведены в 2013 и 2014 гг. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов производилось за период с 2009 по 2014 г. Для этого кроме 2113 протоколов патологоанатомического исследования того же отделения изучались направления на патологоанатомическое исследование и выписные эпикризы из «Медицинской карты амбулаторного больного». Использовались методы статистического анализа.

Результаты и их обсуждение

Возрастная классификация ВОЗ к лицам пожилого возраста относит людей 60-75 лет, старческого возраста – 75-90. Среди людей этого возраста, умерших в домашних условиях в 2013-14 гг., было несколько больше женщин (51%), чем мужчин (49%).

Анализ установленных у них патологоанатомических диагнозов показал, что от заболеваний системы кровообращения (IX класс по МКБ-X) умерло 672 человека (52,1%), от онкологических заболеваний – 401 (31,1%), от заболеваний дыхательной системы – 35 (2,7%), от других заболеваний – 96 (7,4%), от сочетанных заболеваний – 68 (5,3%), от конкурирующих

заболеваний – 19 (1,5%) (рис. 1). Полученные результаты свидетельствуют, что подавляющее большинство (83,2%) больных пожилого и старческого возраста умирают от заболеваний системы кровообращения и онкологических заболеваний. Подобные результаты были получены в Московской области, в г. Хабаровске и г. Уфе, где отмеченные классы заболеваний также заняли доминирующее положение среди причин смерти пациентов на дому [2; 6; 7]. Рост смертности от злокачественных новообразований отмечался в Самарской области [4], от неинфекционных заболеваний – в ряде зарубежных стран [10].

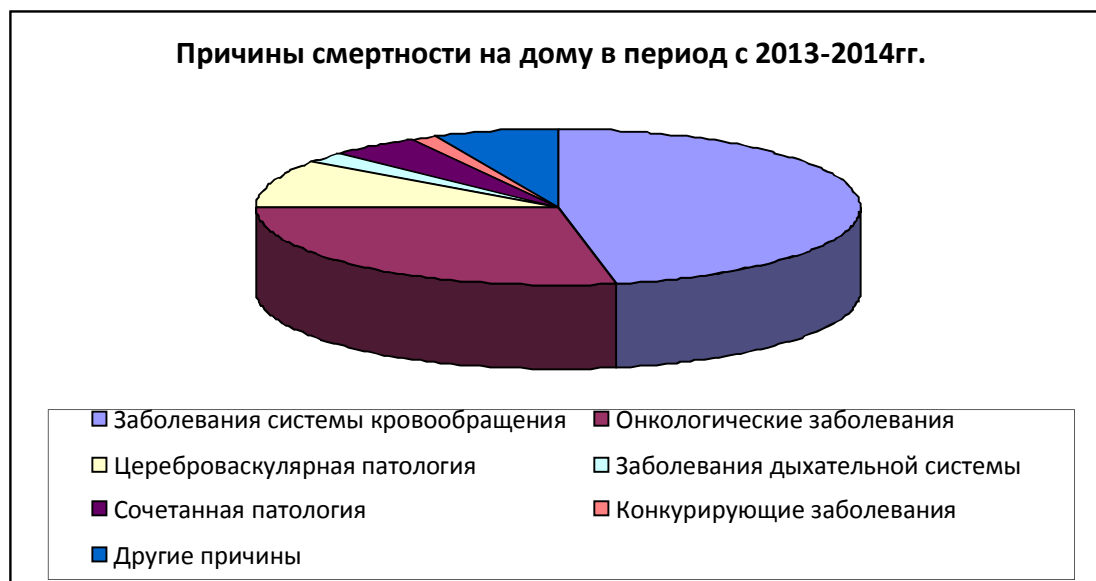


Рис. 1

Подробный анализ причин смерти людей пожилого и старческого возраста, умерших в домашних условиях, показал, что среди заболеваний системы кровообращения в 77,4% были диагностированы заболевания сердца, в 20,6% – цереброваскулярные болезни (ЦВБ) и в 1,9% – разрывы аневризмы аорты.

Среди заболеваний сердца 61,7% составил атеросклеротический кардиосклероз, 27,1% – постинфарктный кардиосклероз; 9,8% – острый инфаркт миокарда (ОИМ); 1,3% – кардиомиопатия.

Среди ЦВБ в 59,7% был диагностирован инфаркт головного мозга, в 28,7% – последствия перенесенных кровоизлияний или инфаркта головного мозга в виде постинфарктных кист; в 9,3% – внутримозговые кровоизлияния; в 2,1% – субарахноидальные кровоизлияния.

Среди заболеваний дыхательной системы 60,0% составили пневмонии; 31,4% – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); 2,9% – по прочие заболевания, а именно: силикоз, абсцесс легкого и бронхоэктатическая болезнь.

Среди онкологических заболеваний 19,7% составили опухоли легких и бронхов, 15,7% – желудка и пищевода, 10,7% – поджелудочной железы, 9,5% – толстой кишки, 6,2% – предстательной железы, 4,7% – почек, 4,5% – головного мозга, 4,5% – молочной железы, 3,5% – прямой кишки, 3,2% – печени и желчевыводящих путей, 2,5% – матки, 2,4% – плевры, 2,0% – яичников и 11,0% – опухоли других локализаций.

Среди других причин смерти в 29,2% был указан цирроз печени; в 14,6% – гангрена нижних конечностей; в 14,6% – заболевания почек; в 12,5% – мезентериальный тромбоз; в 10,4% – сахарный диабет; в 7,3% – язвенная болезнь; в 5,2% – острый панкреатит; в 4,2% – острый холецистит; в 2,1% – туберкулез легких.

Установленная структура причин смерти показывает, что в 65,1% случаев смерть пациентов указанного возраста наступила от хронических заболеваний, прогрессирование которых закономерно приводит к декомпенсации жизненно важных функций организма и в итоге к летальному исходу. В связи с этим можно полагать, что продолжительность и качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста будут во многом зависеть от лечебных мероприятий, направленных на профилактику, своевременную диагностику и лечение осложнений таких заболеваний.

В 34,9% было установлено наступление смерти от остро протекавших патологических процессов, среди которых в 51,4% случаев выявлены самостоятельные заболевания и в 48,6% – остро возникшие осложнения хронических заболеваний. Среди заболеваний были такие, как ОИМ, пневмония, абсцесс печени, легких и почек, острый пиелонефрит, острый панкреатит, острый холецистит, а среди осложнений – перитонит и желудочно-кишечное кровотечение. То, что треть из всех случаев смерти от острой патологии наступила в домашних условиях, а не в стационаре, отчасти может быть связано с объективными причинами, наиболее частой из которых может быть изменение клинических проявлений заболеваний. Так, даже острый коронарный синдром у пожилых людей часто протекает атипично [1]. Нельзя не учитывать и субъективные причины диагностических ошибок участковых терапевтов, а также невнимательное отношение членов семьи к своим престарелым, часто беспомощным, родственникам.

Среди сочетанных заболеваний чаще встречались следующие: в 26,5% случаев это были ИБС и ХОБЛ, в 25% – ИБС и онкологические заболевания, в 10,3% – ИБС и пороки клапанного аппарата сердца и в 38,2% – другие комбинации. Среди конкурирующих заболеваний в 21,1% случаев это были ИБС и злокачественное новообразование, в 15,8% – ИБС и острые протекающие заболевания (панкреатит, холецистит и пневмония), в 10,5% – язвенная болезнь желудка и злокачественное новообразование и в 52,6% – другие

нозологические единицы. Из представленного анализа видно, что одним из основных комбинированных заболеваний в подавляющем большинстве случаев является ИБС.

Кроме структуры причин смерти пожилых людей и стариков, умерших в домашних условиях, проведенным анализом были выявлены расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Так, из 3404 аутопсий, проведенных с 2009 по 2014 г., расхождения выявлены в 26,6%.

Из заболеваний системы кровообращения участковые терапевты только примерно в трети случаев правильно диагностировали разрыв аневризмы аорты (31,8%) и ОИМ (33,4%), менее чем в половине – постинфарктный кардиосклероз (45,4%), и несколько чаще – кардиомиопатию (57,2%). Из ЦВБ ни разу не было диагностировано субарахноидальное кровоизлияние, и лишь в 31,8% случаев было правильно определено внутримозговое кровоизлияние. Из заболеваний дыхательной системы всего в 28,6% случаев был правильно выставлен диагноз пневмонии и в 36,4% – ХОБЛ. Из злокачественных новообразований первичный очаг был правильно определен в 78,9% случаев. Среди группы других заболеваний правильные прижизненные диагнозы были установлены в 65,3% случаев.

И если правильная диагностика разрыва аневризмы аорты и многих внутричерепных кровоизлияний не могла повлиять на исход этих заболеваний, то своевременная диагностика инфаркта миокарда, пневмонии, кардиосклероза и кардиомиопатии и их адекватное лечение во многих случаях могли спасти жизнь больного. Также следует отметить, что от своевременной диагностики злокачественного новообразования во многом зависит продолжительность жизни больного.

Одно из двух сочетанных заболеваний было правильно выявлено только в 47,1% случаев, из двух конкурирующих заболеваний – в 42,1%. Чаще всего не диагностировались порок сердечных клапанов, ХОБЛ, злокачественное новообразование и острая абдоминальная патология. Установленные особенности свидетельствуют об отсутствии настороженности участковых врачей в отношении возможных полипатий у пациентов пожилого и старческого возраста и/или отсутствии полноценного целенаправленного обследования. Врачи не получают полного представления о диагнозе таких больных, поскольку неправильно оценивают их состояние нередко из-за невнимания к анамнезу жизни, болезни и факторам риска [8].

В ходе исследования была установлена взаимосвязь наступления смерти и времени года. При этом выявлено, что смерть в январе 2013 и 2014 гг. наступила у 9,1% от всего количества умерших пациентов, в феврале – у 8,2%, в марте – у 5,9%, в апреле – у 7,2%, в мае – у 6,5%, в июне – у 7,7%, в июле – у 7,9%, в августе – у 8,3%, в сентябре – у 9,8%, в октябре – у 11,8%, в ноябре – у 8,5%, в декабре – у 9,0% (рис. 2).



Рис. 2

Анализом дней недели и времени суток, в которые наступила смерть этих людей, выявлено следующее: в понедельник умерло 14,9% больных, во вторник – 14,5%, в среду – 14,9%, в четверг – 15,6%, в пятницу – 13,8%, в субботу – 11,9%, в воскресенье – 14,2% (рис. 3).

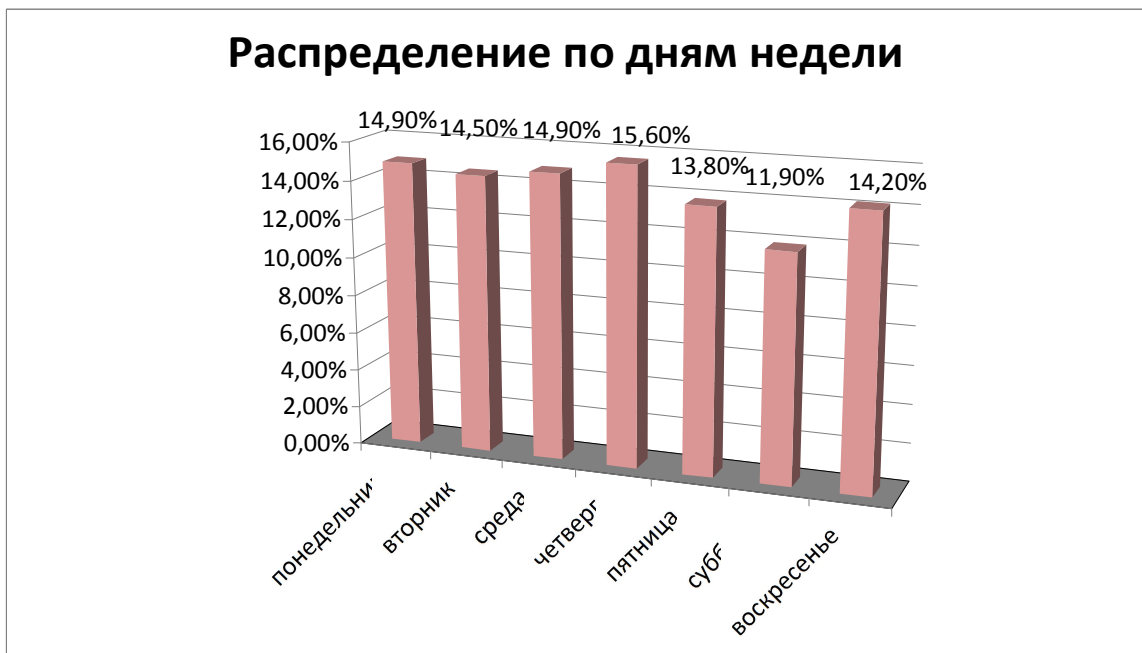


Рис. 3

С 0 до 6 час умерло 20,8% пациентов, с 6 до 12 час – 27,6%, с 12 до 18 час – 27,6%, с 18 до 0 час – 23,9% (рис. 4).

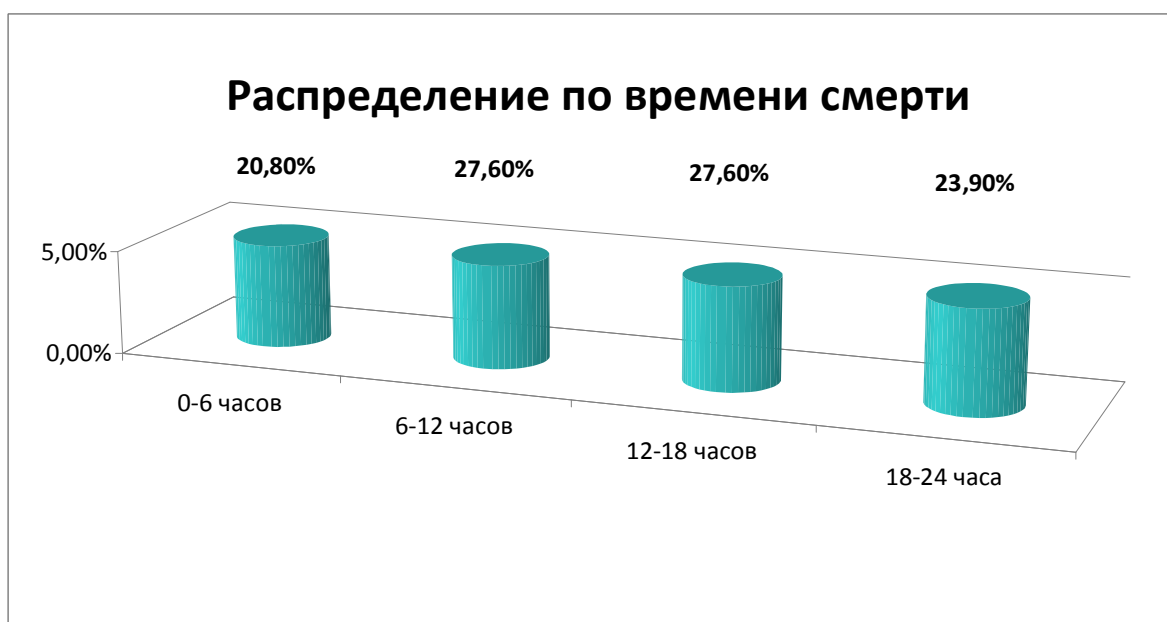


Рис. 4

Выявленные закономерности демонстрируют более частое наступление смерти в осенний период (30,1%) и наиболее редкое – в весенний (19,6%), а также отсутствие существенной разницы в частоте ее наступления в различные дни недели и время суток.

Выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о следующем:

1. наиболее эффективно будут способствовать увеличению продолжительности жизни людей пожилого и старческого возраста профилактика и лечение атеросклеротического и постинфарктного кардиосклероза, злокачественных новообразований и цереброваскулярных заболеваний и их осложнений;
2. у пациентов пожилого и старческого возраста нередко развивается комбинированное основное заболевание, при котором диагностики и лечения только одного из заболеваний недостаточно для предотвращения смерти;
3. осенний период следует считать неблагоприятным временем года для пациентов указанных возрастных групп, когда требуется активная профилактика и целенаправленная диагностика декомпенсации осложнений хронических заболеваний, а при их установлении – последующее лечение.

Список литературы

1. Андреева О.В. Особенности клинических проявлений ишемической болезни сердца в пожилом и старческом возрасте / О.В. Андреева, Т.В. Болотнова // Тюменский медицинский

журнал. – 2014. - Т. 16, № 2. - С. 10-11.

2. Бантьева М.Н. Заболеваемость взрослого населения России в возрастном аспекте // Главврач. – 2014. - № 4. – С. 10-24.

3. Введенская Е.С., Варенова Л.Е. Смертность больных на дому и необходимость организации паллиативной помощи в конце жизни // Медицинский альманах. – 2013. - № 5. – С. 71-74.

4. Двойников С.И. Анализ онкологической помощи населению, оказываемой ГБУЗ Самарской области «Самарская медико-санитарная часть № 5 Кировского района» / С.И. Двойников, С.В. Архипова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2014. – № 3 (31). – С. 95–104.

5. Доклад В.О.З. Стратегии и приоритетные вмешательства по обеспечению здорового старения // Европейское региональное бюро. - 2012. – 18 с.

6. Иванов С.С. Клинико-морфологический аудит причин смерти больных, умерших на дому / С.С. Иванов, С.Б. Развин, Е.С. Канин // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2011. – № 2. – С. 55-60.

7. Иржанов Ж.А. Анализ смертности на дому городского населения по данным муниципальной поликлиники г. Уфа / Ж.А. Иржанов, С.М. Чибисов // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1.; URL: www.science-education.ru/ru/article/view?id=5349 (дата обращения: 07.04.2016).

8. Мычка В.Б. Почему больные вызывают скорую помощь во время работы поликлиник? У нас есть ответ / В.Б. Мычка, Э.И. Узуева, А.А. Сокол, В.А. Шевцова // Главврач. – 2014. – № 4. – С. 3-9.

9. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. // Европейское региональное бюро. - 2012. – 35 с.

10. Naghavi M. et al. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // The Lancet. – 2015. – Vol. 385. – № 9963. – P. 117-171.