

«Практикующий врач»,
Италия (Рим, Флоренция), 6–13 сентября 2016 г.

Медицинские науки

АНАЛИЗ «ДОМАШНЕЙ» НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ (ПО МАТЕРИАЛАМ БЮРО СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)

^{1,2}Ковров К.Н., ¹Ульяновская С.А., ^{2,1}Кузин С.Г.,
²Колядко Э.А.

¹ГБОУ ВПО «Северный государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Архангельск, e-mail: konkovrov@yandex.ru;

²ГБУЗ Архангельской области «Бюро судебно-
медицинской экспертизы», Архангельск

Актуальность. Случаи «домашней» ненасильственной смерти все чаще становятся объектом для судебно-медицинских исследований. В настоящее время более чем в 70 % всех судебно-медицинских аутопсий констатируется ненасильственная смерть [2], тогда как в 2001 г. этот показатель составлял всего 44%, а в 2008 г. – 55 % [6]. Патологоанатомы уделяют мало внимания анализу «домашней» ненасильственной смерти, занимаясь в основном больничной. Однако, большинство людей умирают от различных заболеваний (острых и хронических) именно вне стационаров больниц, а вскрытием такого рода умерших занимаются врачи судебно-медицинские эксперты, не имеющие, как правило, сертификата врача-патологоанатома.

В периодической медицинской литературе встречаются публикации, основанные на результатах деятельности бюро судебно-медицинских экспертиз различных субъектов Российской Федерации, в которых «домашняя» ненасильственная смерть анализируется либо за один год [1, 2, 3], либо за более длительный временной интервал [5, 6]. Нам показалось интересным провести подобное исследование в Архангельской области, одна часть территории которой принадлежит к районам Крайнего Севера, а другая часть относится к местностям, приравненным к районам Крайнего Севера.

Цель исследования: изучить структуру и динамику причин «домашней» ненасильственной смерти в Архангельской области за последние 10 лет.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили годовые отчёты ГБУЗ АО «БСМЭ» за период с 2006 по 2015 годы, в которых ненасильственная смерть распределена по основным классам болезней МКБ-10 [4]. Статистическую обработку проводили при помощи программы SPSS, версия 19,0. Для определения типа распределения количе-

ственных данных использовался критерий Колмогорова-Смирнова ($n > 50$).

Проведено математическое моделирование с использованием методов регрессионного и корреляционного анализов. В связи с тем, что распределение данных подчинялось закону нормального распределения, для выявления связи между переменными использован коэффициент корреляции Пирсона (r_p). Критический уровень статистической значимости принимался за 0,05 (p).

Результаты исследования. За 10 лет в Архангельском областном бюро судебно-медицинской экспертизы произведено 74273 исследования трупов. В зависимости от причины наступления смерти материал распределился следующим образом: насильственная смерть – 20758 (27,9%), ненасильственная смерть – 50973 (68,6%), причина смерти не установлена – 2542 (3,4%).

На валовом секционном материале в группе ненасильственной смерти абсолютно преобладают болезни системы кровообращения – 36164 (70,9%); на долю новообразований пришлось 8497 случаев (16,7%). Болезни органов дыхания послужили первоначальной причиной смерти у 2885 человек (5,7%), а органов пищеварения – у 1977 (3,9%). Менее одного процента в структуре причин «домашней» смерти занимают болезни нервной системы – 389 (0,8%) и инфекционные заболевания – 304 (0,6%). Прочие виды ненасильственной смерти установлены в 757 исследований, что составило 1,5%.

В динамике за десятилетие констатируется достоверное увеличение доли ненасильственной смерти в секционном судебно-медицинском материале с 49,2% до 75,9%, что подтверждается уравнением линейной регрессии: $Y = 53,67 + 2,57 \times X$, $p = 0,001$ ($R^2 = 0,775$, то есть 77,5% вариативности показателя обусловлено календарным годом).

В структуре ненасильственной смерти среди лидирующих классов болезней отмечено статистически значимое снижение удельного веса болезней системы кровообращения (с 78,5% в 2006 г. до 68,3% в 2013 г.; в 2015 г. – 72,0%) и достоверное увеличение доли новообразований (с 3,0% в 2006 г. до 21,0% в 2013 г.; в 2015 г. – 16,7%), что подтверждается уравнениями квадратичной регрессии: для болезней системы кровообращения $Y = 82,68 - 4,15 \times X + 0,306 \times X^2$ ($R^2 = 0,916$, $p = 0,0001$); для новообразований $Y = -2,52 + 6,64 \times X - 0,478 \times X^2$ ($R^2 = 0,949$, $p = 0,016$).

Результаты парного корреляционного анализа для долей выявили большое количество силь-

ных корреляций (прямых и обратных) в парах классов болезней ($p < 0,05$). При этом сильные обратные корреляции наблюдались только при сравнении вклада тех или иных классов болезней с вкладом новообразований, например: болезни системы кровообращения – новообразования, $r_p = -0,984$ ($p = 0,0001$); болезни органов дыхания – новообразования, $r_p = -0,918$ ($p = 0,0001$); болезни органов пищеварения – новообразования, $r_p = -0,780$ ($p = 0,004$); инфекционные болезни – новообразования, $r_p = -0,809$ ($p = 0,002$).

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено:

1) достоверное увеличение доли «домашней» ненасильственной смерти в структуре аутопсийного материала бюро судебно-медицинской экспертизы Архангельской области (линейная регрессия, $p = 0,001$);

2) значимое снижение вклада болезней сердечно-сосудистой системы в структуру «домашней» ненасильственной смерти с одновременным увеличением доли онкологических заболеваний, подчиняющееся закону квадратичной регрессии ($p < 0,05$);

3) множество сильных обратных корреляционных связей между классом II «Новообразования» и другими классами болезней ($p < 0,005$).

Список литературы

1. Гавриченко Е.П., Ивахина С.А., Савенкова Е.Н. Анализ структуры смертности в Саратове за 2012 год по данным судебно-медицинского исследования трупов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – № 5 (5). – С. 683.
2. Клевно В.А. Итоги судебно-медицинской экспертной деятельности в Московской области за 2014 год // Судебная медицина. – 2015. – № 1 (2). – С. 9-12.
3. Кучук С.А., Клевно В.А. Формирование показателей смертности в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // Судебная медицина. – 2015. – № 1 (2). – С. 21-22.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). ВОЗ. – Женева (пер. с англ.). – Т. 1, 2, 3. – М., 1995-1998.
5. Новоселов В.П., Пыпина М.Р. Экспертная и социально-гигиеническая оценка структуры по г. Новосибирску за период с 1985 по 2005 гг. // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 5-6.
6. Новоселов В.П., Шешукова Ю.Е. Анализ ненасильственной смерти по данным ОГУЗ «НОВСМЭ» за период с 2001 по 2008 год (г. Новосибирск) // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 60-64.

Социологические науки

СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА ПАЦИЕНТОВ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Агапова Е.Г.

Медико-санитарная часть 02526, Воронеж,
e-mail: addonika@yandex.ru

По данным официальной статистики в России более 40 млн. пенсионеров, в связи с чем исследование социальных, экономических, медицинских, юридических и иных особенностей государственного обеспечения данной социальной группы является практически востребованным [8, 10, 12]. Одним из приоритетных показателей качества жизни любого социума является его удовлетворенность уровнем своего здоровья и качеством медицинского обслуживания [2]. В этой связи проблема повышения качества медицинского обслуживания граждан пенсионного возраста приобретает особую актуальность. Несмотря на это, исследования различных аспектов медицинского обеспечения пенсионеров носят дискретный характер. Это, в свою очередь, инициировало наше исследование, направленное на изучение медико-социальных особенностей социальной группы пенсионеров как реципиентов медицинских услуг.

Для моделирования рассматриваемой социальной группы мы выбрали военных пенсионеров, как наиболее однородную в социально-статусном плане группу, $N = 120$, средний возраст $55,7 \pm 2,32$ лет. Программа исследования вклю-

чала социологическое исследование (опрос, интервью, фокус группа), анализ патологической пораженности, и обращаемости по данным медицинской документации. Исследование проведено в категориальном поле социологии медицины. В отношении респондентов соблюдались нормы этики и конфиденциальности.

Используя в качестве методологического инструментария типологизацию взаимоотношений между врачами и пациентами Р. Витча, который выделил базовые модели: инженерную (технистскую), пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (договорную), мы провели социологический опрос врачей и пациентов рассматриваемой социальной группы на предмет их оценки каждой из этих моделей. Полученные результаты в целом соответствуют данным современных социологических исследований. Доминирующее число реципиентов данной выборки пациентов считают наиболее приемлемой патерналистскую модель (87,6%). Это объяснимо как характеристиками патернализма, так и социально-экономическими условиями России. Отношение врачей, работающих с пациентами пенсионного возраста также характеризуется приверженностью врачей к патернализму, который считают наиболее адекватной моделью для пациентов данной группы 72,4% врачей. В результате проведенного исследования выявлены факторы, поддерживающие установки на реализацию патерналистской модели во врачебной деятельности: