

## **ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТРОЙ ИБС И СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРОЙ ИБС В г. РЯЗАНИ НА ПРИМЕРЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО РАЙОНА: МЕТОДОЛОГИЯ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

*Н.Н.Никулина*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

Среди населения численностью 81 841 человек в течение 6 месяцев активно выявлялись нефатальные и фатальные случаи острой ИБС на основании анализа амбулаторных карт, историй болезни, отчетов скорой медицинской помощи, актов гражданского состояния, протоколов аутопсии и симптомов, предшествовавших смерти. По уточненным данным, сердечно-сосудистая смертность составила 57,4% от общей смертности среди лиц  $\geq 18$  лет (вместо статистических 61,1%,  $p > 0,05$ ), ИБС как причина смерти не подтвердилась в 29,1% случаев ( $p < 0,01$ ). Уточненная смертность от острых форм ИБС превысила статистические показатели в 2,4 раза ( $p < 0,001$ ) за счет выявления случаев догоспитальной смертности, достигшей 61,1% (по данным статистики - 19,0%,  $p < 0,001$ ).

Результаты исследования показали гипердиагностику ИБС в качестве причины смерти при значительном снижении смертности от острых форм ИБС, особенно на догоспитальном этапе.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, смертность, сердечно-сосудистая недостаточность.

Медико-социальная значимость и высокая стоимость лечения ИБС, особенно ее острых форм, определяют целесообразность получения информации о распространенности ИБС и смертности при данной патологии.

В России до настоящего момента основой статистической базы по ИБС является отчетная документация лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) первичного звена, регистрирующая заболевание по факту обращения или смерти и формирующая т.н. «prevalence of self-reported cases» [12]. По тому же принципу построены и Регистры инфаркта миокарда (ИМ) или острого коронарного синдрома (ОКС).

Сложившиеся стереотипы формирования статистической информации приводят к тому, что в настоящее время имеет место ряд противоречий. В частности, при высокой распространенности в России ИБС в целом (6158, 8 на 100 000) ИМ диагностируется только в 141,6 случаях на 100 000 населения [3]. Если сравнить с экономически развитыми странами, например США, население нашей страны страдает ИБС в 10,3 раза чаще, чем жители США, но при этом в 2,1 раза реже переносит ИМ [3,4,12,13]. Следует отметить, что и смертность от ИМ в РФ (45,4 на 100 000) ниже, чем в США (50,9 на 100 000) несмотря на сверхсмертность от сердечно-сосудистых заболеваний в целом (864,8 на 100 000) и ИБС в частности (426,5 на 100 000) [2,6,12,13].

Таким образом, актуальным представляется уточнение истинной распространенности ИБС, в том числе ее острых форм, и смертности от данных заболеваний.

#### **Материалы и методы**

В эпидемиологическое поперечное исследование включено население Железнодорожного района г.Рязани общей численностью 81 841 человек (из них 61 217 человек (74,8%)  $\geq$  18 лет). Период наблюдения составил 6 месяцев: с 1 марта 2007 года по 31 августа 2007 года.

Активное выявление случаев острой ИБС проводилось одновременно по трем направлениям: 1) госпитальное - регистрировались случаи ОКС, по поводу которого больные, проживающие на территории Железнодорожного района г.Рязани, были госпитализированы независимо от территориальной расположенности стационара; 2) амбулаторное - активно выявлялись случаи ОКС, при которых госпитализация по каким-либо причинам выполнена не была; 3) анализ внегоспитальной смертности - на основании данных ЗАГСа и поликлиник регистрировались все случаи смерти (независимо от ее причины) среди изучаемого населения. В последующем каждый случай коллегиально анализировался с целью подтверждения или уточнения причины смерти.

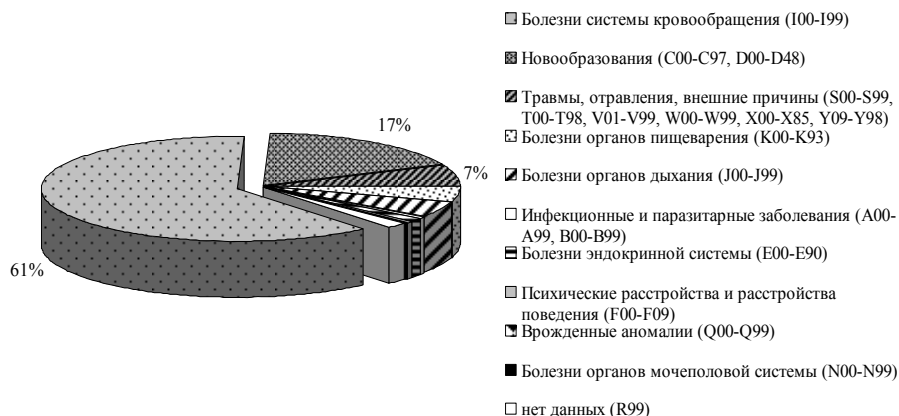
#### **Результаты и их обсуждение**

За 6 месяцев наблюдения среди изучаемого населения умерло/погибло 547 человек, из них 284 (51,9%) мужчины (средний возраст 64,8 лет, 95% ДИ 34,4-95,2 года) и 263 женщины (средний возраст 75,0 лет, 95% ДИ 48,3-101,7 лет). При условии, что смертность сохранится на прежнем уровне во втором полугодии наблюдения, общая смертность лиц  $\geq$  18 лет за год составит 1787,2 на 100 000 взрослого населения. С учетом детской и подростковой смертности (1,6% от общей смертности [4,6]) это эквивалентно общей смертности 1358,7 на 100 000 населения.

В 30,7% случаев умершим/погибшим было проведено патолого-анатомическое исследование или судебно-медицинская экспертиза, при этом частота аутопсий умерших в стационаре и вне ЛПУ существенно не различалась – 28,3% и 31,3% соответственно ( $p > 0,05$ ).

На первом этапе был проведен анализ причин смерти согласно медицинским свидетельствам о смерти (форме 106/у-98), выявивший следующие закономерности.

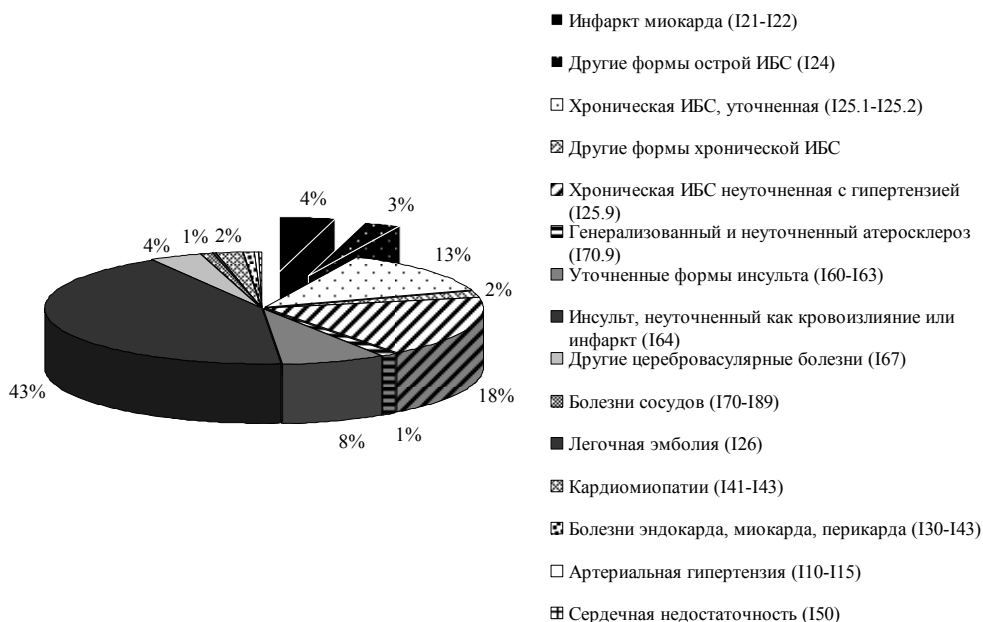
Лидирующее место (61,1%) среди причин смерти лиц  $\geq$  18 лет ожидаемо заняли сердечно-сосудистые заболевания, второе (17,0%) - онкологические заболевания, третье (6,9%) – травмы, отравления и другие внешние причины (рис. 1).



**Рис. 1. Структура общей смертности населения Железнодорожного района г.Рязани (по данным Медицинских свидетельств о смерти). n=547.**

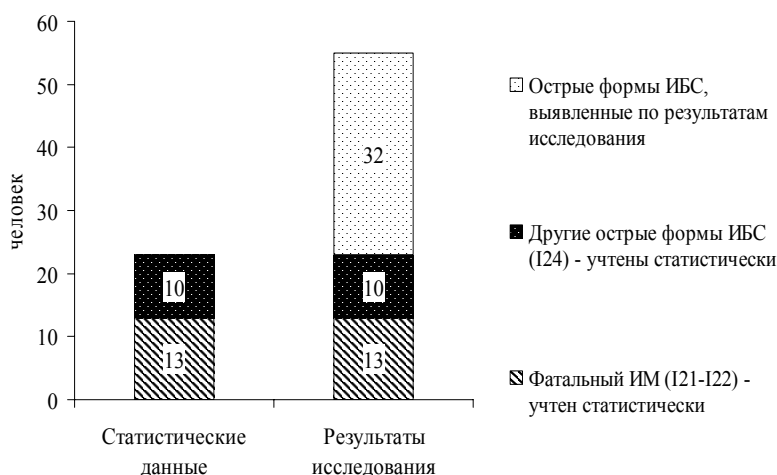
В абсолютных цифрах сердечно-сосудистая смертность среди лиц 18 лет и старше составила 1094,5 на 100 000 взрослого населения. С учетом частоты сердечно-сосудистой смертности в детском и подростковом возрасте [4,6], это эквивалентно 823,5 случаев на 100 000 населения, или 59% от общей смертности всех возрастных групп населения.

Основу (95%) сердечно-сосудистой смертности (рис.2) определяют только две группы заболеваний: ИБС (134 случая, 40,1%) и цереброваскулярная болезнь (184 случая, 55,1%).



**Рис. 2. Структура сердечно-сосудистой смертности населения Железнодорожного района г.Рязани (по данным Медицинских свидетельств о смерти). n=344.**

Согласно данным официальной статистики за 6 месяцев наблюдения среди населения Железнодорожного района г.Рязани зарегистрировано 35 случаев нефатального ИМ, 13 случаев фатального ИМ (12 зарегистрировано в стационаре, в том числе при проведении аутопсии, 1 случай - в поликлинике) и 10 смертей от других острых форм ИБС (рис. 3).



**Рис. 3. Смертность от острых форм ИБС: сопоставление данных статистики и результатов исследования.**

Доля ИМ в структуре смертности от ИБС оставила 9,7%, или 117,3 случаев на 100 000 населения в год, или 156,8 случаев ИМ на 100 000 взрослого населения в год. Умирает от ИМ 27% больных, из них 7,6% - на догоспитальном этапе.

Острые формы ИБС в целом составили 17,2% от смертности при ИБС. Остальные 82,8% приходятся на хронические и «неуточненные» формы ИБС. Внегоспитальная смертность при острых формах ИБС достигает 19,0%.

В 77% случаев сердечно-сосудистая смерть не была подтверждена патолого-анатомическим исследованием или судебно-медицинской экспертизой, причем в 65% из них диагноз был установлен врачом поликлиники, который мог не видеть больного неопределенно долгое время (рис.4).



**Рис. 4. Условия диагностики сердечно-сосудистых заболеваний как причины смерти. n=344.**

В 76% случаев смерти вне ЛПУ вызывалась СМП, тем не менее диагноз врача СМП не имел существенного значения при установлении первичной причины смерти. В частности, в 14,5% от всех вызовов врач СМП диагностировал не сердечно-сосудистое заболевание, еще в 3,6% - ОКС или внезапную сердечную смерть, однако, во всех этих случаях в качестве первичной причины смерти была указана «хроническая ИБС неуточненная» (шифр согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) [7,8] был указан I25.9) или «инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт» (I64). Ни в одном случае не была выполнена аутопсия.

Из 285 случаев сердечно-сосудистой смерти вне ЛПУ лишь у 67 (23,5%) умерших была выполнена судебно-медицинская экспертиза, по результатам которой ИБС как первоначальная причина смерти была установлена в 46 случаях (68,7% аутопсий): в 44 случаях - хронические формы ИБС («атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1) или «другие формы хронической ИБС» (I25.8)), в 1 случае - «другие формы острой ИБС» (I24.8) и еще в одном случае - «острая ИБС неуточненная» (I24.9). Диагноз ИМ по результатам проведения вскрытия среди умерших вне ЛПУ не был диагностирован ни в одном случае.

На следующем этапе для всех случаев смерти был проведен анализ по уточнению причины смерти, который выявил следующее.

Во-первых, анализ 101 случая смерти от хронических форм ИБС показал, что в 15,8% в качестве причины смерти с высокой долей вероятности имело место не сердечно-сосудистое заболевание, в 21,8% - ОКС, внезапная сердечная смерть. В 23 случаях (22,8%) можно предполагать, что первоначальной причиной смерти явилась декомпенсация ХСН. Однако, в России ХСН указывается в рубрике диагноза «осложнения основного заболевания», а следовательно формально не может рассматриваться как первоначальная причина смерти, которой должно соответствовать нозология, указанная в рубрике «основное заболевание». В результате, во всех 23 случаях смерти от ХСН врачи, выполнив инструкции [1,6,9-11], указали и зашифровали по МКБ-10 не ХСН, а основное заболевание, т.е.

хроническую ИБС. В остальных 39,6% случаев имеющаяся информация по объективным причинам не подлежит анализу по уточнению причины смерти.

Во-вторых, был проанализирован 131 случай смерти от «инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт» (164). Ни в одном из этих случаев не было направления на патолого-анатомическое или судебно-медицинское исследование. Клиника острой недостаточности мозгового кровообращения имела место менее чем в половине случаев (46,6%). В 3,0% была высоковероятна не сердечно-сосудистая причина смерти, в 3,8% - ОКС или внезапная сердечная смерть. И наконец, еще в 46,6% случаев не было ни симптомов инсульта, ни какого-либо другого заболевания.

В-третьих, было зарегистрировано 5 случаев выявления при аутопсии признаков острой ИБС, но шифр был указан по осложнению основного заболевания («сердечная недостаточность неуточненная», I50.9) или как хроническая ИБС (I25.1-I25.2), а в одном случае в акте о смерти был указан шифр R99 («другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти»).

Таким образом, уточнение причин смертельных исходов выявило более низкий уровень смертности от болезней системы кровообращения: 314 случаев вместо 334 случаев зарегистрированных статистически (57,4% от общей смертности среди лиц  $\geq 18$  лет вместо 61,1%,  $p > 0,05$ ). В 29,1% случаев имел место необоснованный диагноз ИБС как причины смерти (95 случаев вместо официальных 134,  $p < 0,01$ ). С другой стороны, было выявлено 32 высокодостоверных случая смерти от острых форм ИБС вне ЛПУ. С учетом этого обстоятельства уровень смертности от острых форм ИБС увеличился в 2,4 раза (55 случаев вместо зарегистрированных статистически 23,  $p < 0,001$ ). Доля догоспитальной смертности в структуре смертности от острых форм ИБС увеличилась до 61,1%, что существенно превышает данные статистики (19,0%,  $p < 0,001$ ). Также значительно изменилась структура смертности от ИБС в целом - по уточненным данным почти в половине случаев (46,6%) она обусловлена острыми формами ИБС.

#### **Выводы**

Во-первых, зарегистрирована низкая частота (30,7%) проведения аутопсий, что существенно ограничивает получение достоверных эпидемиологических данных, так как минимальный процент вскрытий, позволяющий объективно анализировать данные смертности не должен быть ниже 33-35% [1].

Во-вторых, выявлена высокая догоспитальная смертность от острых форм ИБС (61,1% вместо официальных 19,0%,  $p < 0,001$ ), что смещает приоритеты оптимизации оказания медицинской помощи на догоспитальный этап.

В-третьих, проведенный анализ показал необоснованно частое использование диагноза ИБС качестве первоначальной причины смерти, что во многом обуславливает тенденцию к завышению показателей сердечно-сосудистой смертности.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза / Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский // М.: Медицина, 2004. – 304 с.
2. Европейский союз и Россия. Статистические сопоставления 1995-2005: Стат. сб. / Росстат – М., ИИЦ «Статистика России», 2007 - 216с.
3. Заболеваемость населения России в 2006 году. Статистические материалы. Часть II. Москва, 2007 – 172с.

- 4.Здравоохранение Рязанской области 2007. Статистический сборник. Рязань, 2007 – 172с.
- 5.Медико-демографические показатели Российской Федерации – 2006 год. Статистические материалы. Москва, 2007 – 188с.
- 6.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т.: Сборник инструкций. – Женева: ВОЗ, 1995 – 179с.
- 7.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т.1 (ч.1). – Женева: ВОЗ, 1995. – 698с.
- 8.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т.1 (ч.2). – Женева: ВОЗ, 1995. – 633с.
- 9.Приказ МЗ РФ №170 от 27.05.1997г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на МКБ-10».
- 10.Приказ МЗ РФ №241 от 07.08.1998г. «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в связи с переходом на МКБ-10».
- 11.Приказ МЗ РФ №398 от 04.12.1996г. «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации».
- 12.Heart disease and stroke statistics – 2007 Update: A Report from the American Heart Association Statistics Committee and stroke Statistics Subcommittee / Rosamond W. et al. // Circulation. 2007;115:e69-e171.
- 13.National Vital Statistic Reports, Vol.55, No. 19, August 21, 2007. cdc.gov/nchs.

**THE STUDY OF ACUTE CHRONIC HEART DISEASE PREVALENCE AND MORTALITY IN RYAZAN BY THE EXAMPLE OF ZHELEZNODOROZHNIY REGION**

N.N.Nikulina

The fatal and nonfatal cases of acute CHD were actively revealed among 81 841 population for 6 months by review of medical out-patient cards, hospital medical histories, ambulance reports, acts of civil status, autopsy reports and premortal symptoms. The specified cardiovascular mortality amounted 57.4% of adults ( $\geq 18$  years) mortality (vs statistical level of 61.1%,  $p > 0.05$ ). CHD as cause of death was not confirmed in 29.1% cases ( $p < 0.01$ ). As a result of detection of acute CHD induced out-of-hospital deaths the specified acute CHD death-rate exceeded the statistical level in 2.4 times ( $p < 0.001$ ) and out-of-hospital mortality mounted to 61.1% (statistic rate - 19.0%).

The study results revealed the overdiagnosis of CHD as cause of death with significant depreciation of acute CHD death-rate, especially in out-of-hospital death cases.

