

## Потенциал травматической смертности населения России трудоспособных возрастов (на примере Кировской области)

В.Г. СЕМЕНОВА, Е.В. ДУБРОВИНА, П.С. ГАВРИЛОВА, Г.Н. ЕВДОКУШКИНА, А.Л. ГАВРИЛОВ

ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, Москва  
 Департамент здравоохранения Кировской области Чикагский университет, США

### A Potential for Mortality from Injuries in the Working Aged Russian Population (the Case of Kirov Region)

V.G. SEMYONOVA, E.V. DUBROVINA, N.S. CAVRIEVA, G.N. EVDOKUSHKINA, L.A. CAVRILOV

На основании анализа **медицинских свидетельств** о смерти аргументируется гипотеза авторов о том, что реально в группу риска смертности от травм и отравлений попадают и лица, умершие в молодых возрастах от сердечно-сосудистой патологии, а также от "Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний". Роль алкогольной компоненты в кардиологической смертности обсуждается на основе изучения особенностей смертности в муниципальных образованиях (Кировская область), а также исследования алкогольного анамнеза умерших от внезапной коронарной смерти и смерти от острой сердечной недостаточности.

On the basis of analyzing medical **death** certificates the authors substantiate their hypothesis that indeed, those individuals who died at young ages from cardiovascular diseases or from "Symptoms, features and inexactly identified conditions" belong to risk group of death from injuries and poisoning. The role of alcohol component in cardiological mortality is discussed based on mortality patterns in some community areas (Kirov region) and on drinking history of persons who died from sudden coronary death or acute heart **failure**.

Obslich Zdor Protiac Zdbol 2005; 2: 1 I-M

Смертность от травм и отравлений, особенно о трудоспособных возрастах, давно (и совершенно справедливо) считается основной **проблемой** здоровья населения России в период реформ. Однако исчерпывается ли смертность травматическая официально? Может **объявленными уровнями** быть, возможный потенциал смертности от травм и отравлений гораздо шире реального числа ее жертв? В работе обсуждаются два потенциальных резервуара травматической смертности населения трудоспособного возраста: болезни системы кровообращения и класс причин "Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния".

Хорошо известно, что смертность от травм и отравлений в значительной степени **определяется** злоупотреблением алкоголем частью российского **населения**, что, в свою очередь, может вести к росту **соматической** патологии. Конечно, наиболее ярко это должно проявиться в росте **смертности** населения от **алкогольных** психозов и хронического алкоголизма, а также **алкогольных** циррозов печени (причины, напрямую обусловленные избыточным потреблением алкоголя), однако смертность от **этих** причин слишком низка. С другой стороны, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (наиболее массовая причина смерти) также в значительной степени, по мнению авторитетных исследователей [3-5], может определяться алкоголизмом, особенно в трудоспособных возрастах. Однако, может быть,

умершие от травм и отравлений и от **сердечно-сосудистых** заболеваний в трудоспособных возрастах относятся к совершенно различным группам риска?

Ответить на эти вопросы может помочь анализ медицинских свидетельств о смерти в одном из российских регионов — Кировской области. Особый интерес представляет кардиологическая смертность лиц младших трудоспособных возрастов, для которых она еще явно не является физиологически обусловленной.

Ранее Е.А. Шарова и Е.В. Дубровина [8] вполне обоснованно показали, какая конкретно патология скрывается за другими (прочими) болезнями сердца, определяющими смертность молодого населения России от болезней системы кровообращения. Оказалось, что за этой размытой формулировкой в подавляющем большинстве случаев скрывается алкогольная кардиомиопатия. Однако вряд ли можно считать, что алкогольная компонента в молодой сердечно-сосудистой смертности исчерпывается алкогольной кардиомиопатией. Дело в том, что необходимым условием для постановки этого диагноза **является** соответствующий диагноз "хронический алкоголизм" с постановкой на учет в психоневрологическом диспансере. Произошедшая в годы реформ либерализация наркологической службы делает последнее обстоятельство достаточно затруднительным, и, как следствие, алкогольная компонента кардиологической смертности

\* Коллектив авторов, 2005

в значительной мере оказывается вне официального статистического учета. В связи с этим крайне актуальной становится проблема оценки реальной алкогольной компоненты сердечно-сосудистой смертности, особенно в молодых возрастах.

Для ответа на этот вопрос было предпринято специальное исследование внебольничных случаев внезапных коронарных смертей и смертей от острой сердечной недостаточности в районах Кировской области (за исключением г. Кирова) в 2003 г. В ходе исследования было проанализировано 2214 случаев смерти лиц трудоспособных возрастов, умерших в 2003 г. в Кировской области от сердечно-сосудистых заболеваний. Авторы использовали все находящиеся в их распоряжении возможности расследования смерти в контексте наличия или отсутствия алкогольной компоненты в каждом случае внезапной коронарной смерти, включая анализ предшествующей медицинской документации, наличие алкоголя в крови и в моче, а также опрос лиц, которые могли быть в курсе алкогольного статуса умершего, начиная от соседей и родственников и заканчивая участковым милиционером. В сферу интересов вошли лица трудоспособных возрастов, умершие от внезапной сердечной недостаточности. Таковых оказалось 275 человек (221 мужчина и 54 женщины). Эту выборку разделили на 3 группы: в первую входили лица, не замеченные в злоупотреблении алкоголем, во вторую ~ лица, алкогольная компонента в смерти которых явно (в том или ином виде) присутствовала, в третьей оказались лица, алкогольный статус которых установить не удалось (лица, состоящие на учете у нарколога, были выделены в отдельную графу). Из табл. 1 видно, что "алкогольный анамнез" 38,9% умерших от острой коронарной недостаточности собрать не удалось, к однозначно непьющим было

отнесено 12,7% умерших мужчин и 3,7% женщин, доля лиц с явной алкогольной компонентой в кардиологической смертности составила 47,1% в мужской и 57,4% в женской популяции.

Если же исключить из анализа лиц, данные по алкоголизации которых отсутствовали, результаты будут еще более впечатляющими (табл. 2): из 165 лиц (132 мужчины и 33 женщины), алкогольный анамнез которых удалось установить, алкогольная компонента присутствовала у 78,8% мужчин и 93,9% женщин. Сразу подчеркнем, что эти данные следует рассматривать как первичную, самую приближенную оценку алкогольной компоненты в сердечно-сосудистой смертности лиц трудоспособных возрастов в Кировской области.

Из факта присутствия существенной алкогольной компоненты в кардиологической смертности, с одной стороны, и несомненно значительного вклада ее в смертность травматическую, с другой, вытекает следующая гипотеза: поскольку в трудоспособных возрастах кардиологическая и травматическая смертность определялись общим фактором — алкоголизмом, — распределение кардиологической и травматической смертности в районах Кировской области должно иметь много общего. Как показало проведенное исследование, из сопоставления уровней кардиологической, и травматической смертности вытекает их несомненное сходство: во всяком случае, список 10 (т.е. четверти) худших по уровню и кардиологической и травматической смертности районов совпадает на 40%: в мужской популяции в четверть худших по уровню и травматической, и кардиологической смертности входят Кирово-Чепецкий, Котельничский, Вятскополянский и Опаринский районы, в женской — Кирово-Чепецкий, Котельничский, Сунский и Муршинский районы. Чтобы объективно оценить

Таблица 1  
Распределение дии трудоспособных возрастов, умерших вне стационара от внезапной коронарной смерти и острой сердечной недостаточности в Кировской области (исключая г. Киров) в 2003 г., по наличию или отсутствию алкогольной компоненты

Наличие (отсутствие) алкогольной компоненты	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Да	104	47.1	31	57.4	135	49.1
Нет	28	12.7	2	3.7	30	10.9
Нет данных	86	38.9	21	38.9	107	38.9
Психиатрия		1.4		0,0	3	1.1 *
Всего	221	100.0	54	100.0	275	100.0

Таблица 2  
Распределение лиц трудоспособных возрастов, умерших вне стационара от внезапной коронарной смерти и острой сердечной недостаточности в Кировской области (исключая г. Киров) в 2003 г., алкогольный статус которых установлен, по наличию или отсутствию алкогольной компоненты

Наличие (отсутствие) алкогольной компоненты	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Да	104	78.8	31	93.9	135	81,8
Нет	28	21.2	2	6.1	30	18.2
Всего	132	100.0	33	100.0	165	100.0

степень сходства **территориального** распределения кардиологической и травматической смертности, были рассчитаны коэффициенты ранговой корреляции между соответствующими показателями смертности населения трудоспособных возрастов. Оказалось, что коэффициенты корреляции составили 0,7 в мужской и 0,5 в женской **популяции**, что свидетельствует о сильной взаимосвязи между травматической и кардиологической смертностью Кировских мужчин трудоспособных возрастов и взаимосвязи средней силы — для их ровесниц.

О том, что большая часть "молодой" кардиологической смертности в Кировской области обусловлена именно алкоголизмом, свидетельствуют результаты сопоставления изменений **смертности** от случайных отравлений алкоголем и сердечно-сосудистых заболеваний для трудоспособного населения Кировской области. Из табл. 3 **видно**, что эта взаимосвязь является сильной и для младших, и для старших трудоспособных возрастов, причем у мужчин 20—59 и женщин 40—59 лет она очень **сильна** (коэффициент ранговой корреляции превышает 0,9).

разных возрастах и от разных причин. Однако недавно проведенное исследование [1, 2] медико-социального портрета молодой российской смертности показало, что группа риска умереть в возрасте 16—39 лет на 90% определяется маргинальными слоями населения, причем и сердечно-сосудистая и травматическая смертность в этих возрастах практически **полностью** (соответственно на 97,6 и 89,1%) приходится именно на эти группы общества (следует обратить внимание, что концентрация кардиологических причин смерти в маргинальных слоях общества превышает даже концентрацию смертности от травм и отравлений).

Эти результаты представляются крайне важными: оказывается, что природа травматической и кардиологической смертности в молодых возрастах в России одна, и это — алкоголизм. Исходя из общего генезиса молодой кардиологической и травматической **смертности**, можно констатировать, что потенциал травматической смертности далеко не исчерпывается погибшими вследствие внешних причин, он гораздо шире, и в его ареал, безусловно,

Таблица 3

**Коэффициенты** ранговой корреляции между изменениями **смертности** трудоспособного населения Кировской области от случайных отравлений алкоголем и некоторых внешних причин смерти в 1989-2002 гг.

Причины смерти	20-39 лет		40-59 лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Болезни системы кровообращения	0.91	0.76	0.95	0.94
<b>Все другие несчастные случаи</b>	<b>0.68</b>	<b>0.25</b>	0.65	0.65
Самоубийства	0.82	<b>0.38</b>	0.85	0.32
Убийства	0.76	0.59	0.92	<b>0.88</b>

Более того, коэффициенты ранговой корреляции указывают, что между изменениями смертности от случайных отравлений алкоголем и сердечно-сосудистых заболеваний существует более сильная взаимосвязь, чем со смертностью от таких внешних причин, как самоубийства, убийства и другие несчастные случаи, большая обусловленность которых алкоголизмом в России в 90-е годы стала общим местом.

Еще одно обстоятельство, которым, на наш взгляд, нельзя пренебрегать при сравнительном анализе молодой кардиологической и травматической смертности в России — это практически **идентичность** групп риска, жертв первого и второго вида смертности. К сожалению, анализ социальных характеристик умерших в нынешней России связан с особыми трудностями: в соответствии с **Федеральным** законом из актовых записей о смерти исключены социальные признаки умершего (образование, **профессия**, место жительства, состояние в браке). Таким образом, исследователи лишились важнейших, базовых данных, на основании которых можно судить о социальном портрете умерших в

входят и умершие от сердечно-сосудистых заболеваний в молодых возрастах, это — группа риска одного и того же фактора. Если упростить ситуацию до схемы, то можно сказать, что для злоупотребляющих алкоголем существуют 2 варианта **развития** событий — либо они становятся жертвами одной из многочисленных причин, определяющих смертность от травм и отравлений (и это приобретает некоторую социальную нагрузку и звучание), либо тихо умирают в молодых возрастах от таких невинных и, казалось бы, никак **социально** не обусловленных причин, как **ишемическая** болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, после чего **кардиологи** и демографы вступают в длительные дискуссии о причинах небывалого роста и омоложения кардиологической смертности в России.

Обсуждая возможный резервуар травматической смертности, необходимо обратиться к такому классу, как "Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния" (по МК.Б-9) или

Под маргинальными понимаются определенные уязвимые группы/контингенты людей, которые лишены **возможности** полноценного участия в **социальной**, политической и экономической жизни сообщества (Задачи по достижению здоровья для всех. ЕРБ ВОЗ, **Копенгаген** 2001).

"Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при **клинических и лабораторных** исследованиях, не классифицированные в других рубриках" (по МКБ-10). Ранее уже высказывалась [6] и достаточно убедительно доказывалась [7] гипотеза о том, что смертность от неточно обозначенных состояний (особенно в трудоспособных возрастах), столь непомерно выросшая в период реформ, — не что иное, как смертность от внешних причин, маскированная размытыми определениями и не будоражающая общественное мнение.

Никакая неизвестная науке эпидемия в Родине в 90-е гг. не разразилась: просто в нашей стране в период реформ чудовищно выросло число случаев, классифицированных в рубрике R99, в реальности соответствующих нахождению трупа о стадии разложения, причем относятся эти трупы отнюдь не к высшим слоям общества. Подробный анализ обстоятельств смерти этих лиц также указывает на высокую вероятность наступления их смерти именно от внешних причин [6, 7].

Таким образом, не следует рассматривать российскую смертность от травм и отравлений, неточно обозначенных состояний и болезней системы кровообращения в молодых возрастах как три независимые друг от друга группы причин: они взаимосвязаны, взаимообусловлены, и зачастую в 2 последних классах маскируется та или иная внешняя причина смерти. Дополнительным аргументом в пользу этого предположения может послужить анализ конкретных диагнозов умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособных возрастах. Он указывает на крайне плохую диагностику в этих возрастах и на существенную

(если не определяющую) степень условности в диагнозах "атеросклеротическая болезнь" или "кровоизлияние в мозг", поставленные в свидетельстве о смерти 20—39-летних на основании осмотра трупа [8].

Можно возразить, что отмеченные явления представляют локальную проблему Кировской области. Однако нельзя забывать, что именно в Кировской области с ее высоким официальным уровнем травматизма целенаправленных усилий по маскировке смертности от внешних причин, судя по всему, не предпринималось. Следует также помнить, что в 2003 г. по уровню смертности в молодых трудоспособных возрастах (20—39 лет) от болезней системы кровообращения и неточно обозначенных состояний показатели Кировской области были ниже российских (соответственно 92,8 в мужской и 19,4 в женской популяции против общероссийских 98,6-27,8 и 31,4-3,4 против 40,5-9,1 на 100000 соответствующего населения). Во всем же интервале трудоспособности (20—59 лет) кардиологическая смертность населения Кировской области превышала российскую не слишком значительно (соответственно на 4,1 и 5,3%). Что касается неточно обозначенных состояний, то смертность от них в России в 2003 г. соответственно на 25,3 и 36,2% превышала областную.

Есть основания предполагать, что незнание реальных уровней смертности от травм и отравлений, недоучет групп риска этих смертей и, соответственно, невозможность разработки адекватных программ снижения травматической смертности является не локальной проблемой Кировской области, но проблемой всей России.

#### Литература

1. *Иванова А.Е., Семенова В.И.* Новые явления российской смертности. *Народонаселение* 2004; 3: (S3 —93).

2. *Иванова Л.Е., Семенова В.Г., Дубровина Е.В.* Маргинализация российской смертности.

Url: [http://www.demoscope.ru/weekjy/2\(04\)/0181/iiiiflex.plip](http://www.demoscope.ru/weekjy/2(04)/0181/iiiiflex.plip)

3. *Иемитв А.В.* Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг.: Матер. Всеросс. форума по литик.-: в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье". М 1996; 98-107.

4. *Немцов А.В.* Качество статистических показателей смертности При отравлении алкоголем в России. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний* 2004; 2: 19-28.

5. *Немцов А.В.* Алкогольная смертность в регионах России. Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний. М: ЦНИИ ОИЗ МЗ РФ, 2004; 130-133.

6. *Семенова В.И., Аврилова И.С., Евдокушкина И.И., Аорилон Л.Л.* Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний* 2004; 2: 11-19.

7. *Семенова В.И., Дубровина Е.В., Аврилова И.С., Евдокушкина И.И., Аврилов Л.А.* О проблемах травматической смертности в России (на примере Кировской области). *Общественное здоровье и профилактика заболеваний* 2004; 3: 3-10.

8. *Шарова Е.А., Дубровина Е.В.* Источники роста смертности от болезней системы кровообращения в молодых и трудоспособных возрастах. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний* 2004; 5: 7—11.

Поступала 2(3 января 2007) июля