

УДК 616-036.885(470-25)

## СЛУЧАИ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ В МОСКВЕ

Елин Д.В.

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва*

### РЕЗЮМЕ

За период 2009–2011 гг. в Бюро судебно-медицинской экспертизы Москвы исследовано 78 134 случая скоропостижной смерти. По выборочному изучению 800 установлено, что основной причиной скоропостижной смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы (93%), смерть наступает чаще у мужчин (63%) и у лиц 40–59 лет (39%) и старше 60 лет (57,5%). Анализ историй болезни амбулаторного больного лиц, скончавшихся скоропостижно, показал расхождение патолого-анатомического и поликлинического диагнозов в 45,1% случаев. Оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях прижизненно не осуществлялось 120 лицам, скончавшимся скоропостижно. Цель работы – повышение качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях посредством установления взаимодействия с судебно-медицинской службой.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** скоропостижная смерть, качество медицинской помощи.

### Введение

Несмотря на тенденцию к снижению смертности, коэффициент смертности в Российской Федерации превышает показатели экономически развитых стран, кроме того, почти половина всех случаев смерти приходится на трудоспособный возраст. При этом в России более четверти смертей наступают по причине сердечно-сосудистых заболеваний, относящихся к управляемым причинам смертности. Опыт экономически развитых стран доказывает эффективность мер, направленных на снижение смертности, посредством воздействия на управляемые причины смертности [1].

В отечественном здравоохранении воздействие на управляемые причины смертности выполняют диспансерные мероприятия. Организация диспансерного наблюдения за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями достоверно повышает уровень их физической активности и качества жизни, в 1,5 раза снижает количество повторных госпитализаций и в 5 раз замедляет прогрессирование сердечной недостаточности [2].

То есть смертность от управляемых причин во многом зависит от качества первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Поиск показателей контроля деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений с целью оценки деятельности медицинских работников является одним из актуальных направлений по совершенствованию качества первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Как инструмент контроля качества медицинской помощи судебно-медицинская экспертиза давно и широко применяется для оценки качества диагностики и лечения в условиях стационара [5]. Хотя «деятельность судебно-медицинской службы направлена на всемерное содействие органам здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи и проведение профилактических мероприятий» [6], судебно-медицинская экспертиза для обнаружения дефектов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях используется только в некоторых субъектах РФ [7, 8].

### Материал и методы

Исследование случаев скоропостижной смерти проводилось специалистами Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы (танатологические отделения № 1, 9, 11, 13, 14).

Изучены акты судебно-медицинского исследования и истории болезни амбулаторного больного по 800 случаям скоропостижной смерти. Данные случаи были

✉ Елин Дмитрий Владимирович, тел. 8-916-953-3620;  
e-mail: mkomoscow@gmail.com

отобраны методом случайной выборки из всех случаев скоропостижной смерти, произошедших за период с 2009 по 2011 г. преимущественно на территории Южного, Юго-Восточного, Юго-Западного и Центрального административных округов г. Москвы.

Во всех актах судебно-медицинского исследования основная причина смерти была указана в соответствии с МКБ-10. Анализ случаев скоропостижной смерти проводился относительно пола, возраста, причин смерти.

Для оценки качества первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях фиксировались следующие данные: расхождение поликлинического и патолого-анатомического диагнозов, расхождение поликлинического и клинического диагнозов, уровень госпитализации, частота посещений, давность последнего посещения, структура посещений врачей по специальности, уровень диспансерного наблюдения.

По нормативной правовой документации федерального и регионального уровней был изучен существующий порядок рассмотрения случаев скоропостижной смерти в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

## Результаты

В возрасте 20–39 лет скоропостижная смерть произошла в 28 случаях (3,5%), в возрасте 40–59 лет – в 312 (39%), старше 60 лет – в 460 (57,5%). Из 800 случаев скоропостижной смерти 504 приходится на мужчин (63%), 296 – на женщин (37%). У мужчин случаи скоропостижной смерти преобладают в возрасте 40–59 лет (264 случая (52,4%)), меньшее количество случаев смерти приходится на возраст старше 60 лет (212 (42,1%)), реже скоропостижная смерть происходит в возрасте 20–39 лет (28 (5,5%)). У женщин основная часть случаев скоропостижной смерти (248 (83,8%)) приходится на возраст старше 60 лет, значительно меньшее количество случаев скоропостижной смерти (48 (16,2%)) произошли в возрасте 40–59 лет.

Основной причиной скоропостижной смерти являются заболевания системы кровообращения, на них приходится 93% (744) скоропостижных смертей. Среди заболеваний системы кровообращения основной вклад вносят: I25.9 – ишемическая болезнь сердца (ИБС) (284 случая), I42.9 – вторичная кардиомиопатия (168), сочетание ИБС и гипертонической болезни (ГБ) (136), I21 – инфаркт миокарда (ИМ) и I24.0 – внезапная коронарная смерть (ВКС) (72), I13 – гипертоническая болезнь (72), I60–I62, I63 – цереброваскулярные болезни (12). В 28 случаях причиной смерти стали пневмонии (J12–J15), в 20 – новообразования (C76–C80), в 8 – цирроз печени (K74.6). У лиц 20–39 лет 100% случаев скоропостижной смерти были обусловлены вторичной кардиомиопатией. У лиц 40–59 лет вторичная кардиомиопатия явля-

лась причиной скоропостижной смерти в 37,2% случаев. У людей в возрасте старше 60 лет лидирующей причиной смерти является ИБС, 48,7% случаев скоропостижной смерти обусловлены этим заболеванием (рис. 1).

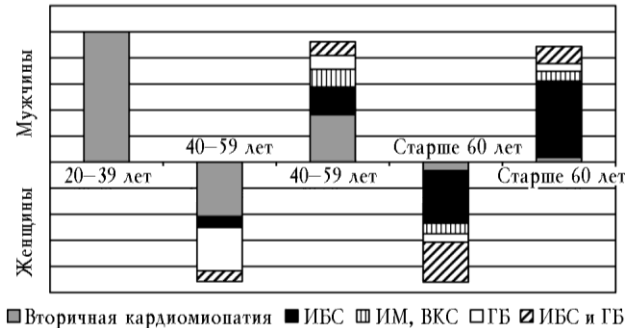


Рис. 1. Распределение причин смерти по полу и возрасту

Главными причинами скоропостижной смерти у мужчин являются ИБС (35,7%) и вторичная кардиомиопатия (29,2%), у женщин – ИБС (35,1%) и сочетание ИБС и гипертонической болезни (27%).

Согласно историям болезни амбулаторного больного, переданным в Бюро судебно-медицинской экспертизы, из 800 лиц, скончавшихся скоропостижно, 680 наблюдались в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) по месту жительства. В 120 случаях истории болезни амбулаторного больного были оформлены врачом АПУ при констатации смерти, т.е. эти лица не наблюдались прижизненно в поликлинике по месту жительства.

Не наблюдались в АПУ из числа лиц старше 60 лет 18,3%, 40–59 лет 7,7%, 20–39 лет 42,9%. Не наблюдались прижизненно в АПУ по месту проживания 11,1% мужчин и 21,6% женщин.

Расхождение поликлинического и патолого-анатомического диагнозов встречалось у 53,1% наблюдавшихся в АПУ.

Были прикреплены к АПУ по месту проживания более 5 лет 65,9% лиц. Среди скончавшихся скоропостижно в возрасте 20–39 лет прижизненно были прикреплены к поликлинике более 5 лет – 42,9%, в возрасте 40–59 лет – почти 59%, в возрасте старше 60 лет – 54,8%. Расхождения поликлинического и патолого-анатомического диагнозов среди лиц, прикрепленных к поликлинике менее 1 мес, встречаются в 46,9%, а более 5 лет – 52,5% случаев. Достоверной связи между давностью прикрепления к АПУ и частотой расхождения диагнозов не обнаружено ( $p = 0,8$ ;  $m = 0,42$ ;  $t = 1,88$ ).

Последний осмотр до наступления скоропостижной смерти менее месяца назад прошли 102 человека, более месяца, но менее года – 257 человек, более года, но менее 3 лет – 148, более 3 лет, но менее 5 лет – 106, более 5

лет назад – 67 человек. Записи об активных посещениях во всех историях болезни не обнаружены. Среди лиц 20–39 лет до наступления скоропостижной смерти не обращались в АПУ более 3 лет 100%, среди лиц 40–59 лет – 45,5%, среди лиц старше 60 лет – 6,9%. До наступления скоропостижной смерти в поликлинику не обращались более 3 лет 35,1% мужчин и 6,9% женщин.

Расхождения поликлического и патолого-анатомического диагнозов среди лиц, посетивших врача поликлиники до наступления смерти менее 1 мес назад, встречались в 39,2% случаев, не посещавших врача более 5 лет – 67,2%. Частота расхождения диагнозов достоверно чаще ( $p = 0,9$ ,  $m = 0,25$ ,  $t = 3,58$ ) увеличивается с увеличением срока от момента последнего обращения в АПУ.

На последнем году жизни были госпитализированы 11,9% от числа лиц, наблюдавшихся в АПУ. Среди лиц старше 60 лет, обращавшихся в поликлинику менее года назад до наступления скоропостижной смерти, на стационарном лечении на последнем году жизни находились 11,1%. При этом среди лиц в возрасте 40–59 лет, последний осмотр которых в АПУ также был проведен менее чем за год до смерти, были госпитализированы в 77,4%. Расхождения поликлического и патолого-анатомического диагнозов среди лиц, прошедших лечение в стационаре, не обнаружено. Но расхождение основного диагноза до и после госпитализации имело место в 56,8% случаев, и все относится к возрастной группе 40–59 лет.

Почти 43% из наблюдавшихся в АПУ находились на диспансерном наблюдении. Среди находящихся под диспансерным наблюдением расхождение патолого-анатомического и поликлического диагнозов встречалось в 27,9% случаев. Кратность осмотров при диспансерном наблюдении варьировала от 1 в месяц

до реже 1 раза в год. Расхождение поликлического и патолого-анатомического диагнозов среди наблюдавшихся 1 раз в месяц встречается в 9 случаях (14,8%), реже 1 раза в год – в 27 (37%). Чем выше кратность осмотров в год при диспансерном наблюдении, тем достоверно реже расхождение диагнозов ( $\chi^2_{Эмп} = 7,599$ ).

Изучать каждый случай смерти среди обслуживаемого населения обязывает врачебную комиссию приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. № 502н «Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Порядок направления и проведения патолого-анатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара, определен приказом Минздравмедпрома России от 29 апреля 1994 г. № 82 «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

Но при подозрении на насильственную смерть сотрудники правоохранительных органов могут назначить проведение судебно-медицинского исследования. В данном случае по приказу Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» медицинская документация, в том числе история болезни амбулаторного больного, передается в судебно-медицинский морг. По результатам исследования трупа составляется заключение, один экземпляр которого передается органу, назначившему исследование, второй остается в архиве учреждения судебно-медицинской экспертизы. Оформление каких-либо иных экспертных документов запрещено, а история болезни амбулаторного больного выдается, как и экспертное заключение, органу, назначившему экспертизу (рис. 2).

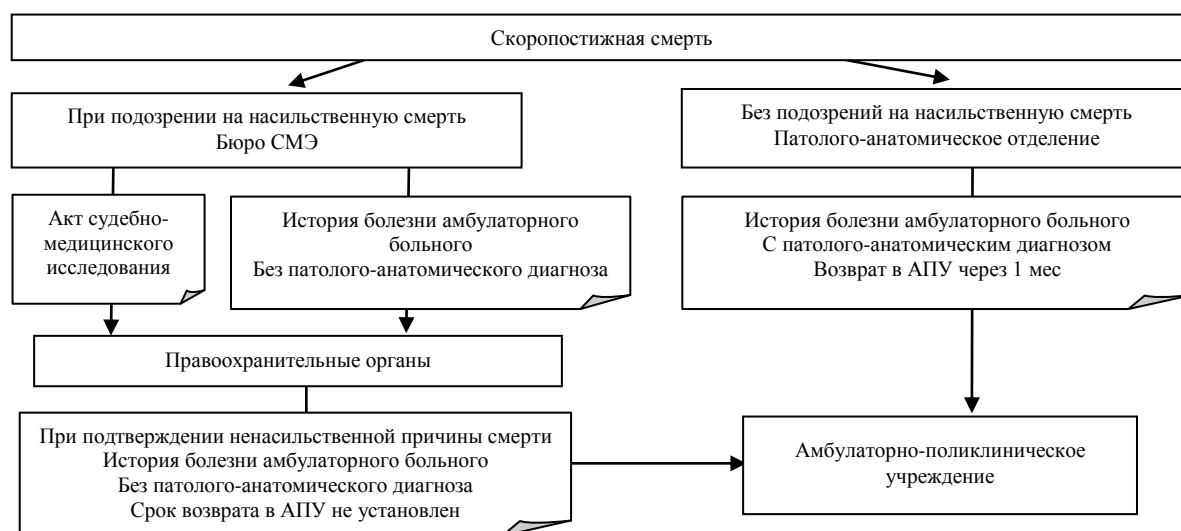


Рис. 2. Порядок рассмотрения случаев скоропостижной смерти

В соответствии со статьей 81 УПК РФ история болезни амбулаторного больного в случае подтверждения ненасильственной причины смерти подлежит возврату лицам, у которых она была изъята. Но точные сроки возврата документов УПК РФ не определены.

## Обсуждение и заключение

При изучении случаев скоропостижной смерти в г. Москве установлено, что наиболее уязвимой группой являются мужчины в возрасте 40–59 лет (33%), а основной причиной смерти – заболевания системы кровообращения (93%). Данные сопоставимы с официальной статистикой. По данным Росстата, смертность мужчин превышает смертность женщин в 2 раза, а смертность мужчин трудоспособного возраста в 3,7 раза выше, чем смертность женщин трудоспособного возраста. Заболевания системы кровообращения являются ведущей причиной смерти в Российской Федерации.

Среди лиц, скончавшихся скоропостижно, не наблюдаются в амбулаторно-поликлиническом учреждении 15% человек. Причем в возрасте 20–39 лет доля не обращавшихся в АПУ больше, чем в других возрастных группах. Все скончавшиеся в возрасте 20–39 лет, будучи прикреплены к АПУ по месту жительства, длительно не посещали врача поликлиники. Среди скончавшихся в возрасте 40–59 лет не посещали врача поликлиники более года 78,4%. Также среди скоропостижно скончавшихся в возрасте 40–59 лет был зафиксирован высокий уровень госпитализации, особенно среди обращавшихся в АПУ менее чем за год до наступления смерти. Обращает на себя внимание чрезвычайно частая смена основного диагноза после госпитализации лиц 40–59 лет. Все это свидетельствует о редком обращении лиц трудоспособного возраста в амбулаторно-поликлиническое учреждение, зачастую при значительном ухудшении состояния здоровья.

Существующий порядок рассмотрения случаев скоропостижной смерти в АПУ не содержит указаний о внесении специалистами бюро патолого-анатомического диагноза в истории болезни амбулаторного больного и об обязательном возврате историй болезни в АПУ в определенный срок. Несовершенство существующего порядка рассмотрения случаев скоропостижной смерти, направляемых на судебно-медицинское исследование, влияет на достоверность показателей деятельности амбулаторно-поликлинической организации, представляемых в отчетах по установленной форме (приказ Росстата от 14 января 2013 г. № 13).

Предмет анализа комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) при скоропостижной смерти определен нормативными правовыми актами органов управления здравоохранением субъектов РФ. Предметом анализа КИЛИ при скоропостижной смерти является соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, установленной врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного; соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным ЛПУ, действующим положениям и требованиям МКБ-10; качество оформления поликлинической медицинской документации, в том числе бланка направления умершего больного на патолого-анатомическое или судебно-медицинское исследование. КИЛИ при изучении случаев скоропостижной смерти игнорирует показатели деятельности врача АПУ, позволяющие контролировать качество первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. При этом врачебная комиссия проводит изучение случая смерти пациента в целях выработки мероприятий по устранению нарушений, приведших к смерти пациента, в деятельности медицинской организации и медицинских работников.

С целью совершенствования порядка рассмотрения случаев скоропостижной смерти, направленных на судебно-медицинское исследование, целесообразно в нормативных правовых документах органов управления здравоохранением РФ или субъектов РФ закрепить порядок и сроки возврата истории болезни амбулаторного больного из бюро судебно-медицинской экспертизы в АПУ, а также включить положение о внесении патолого-анатомического диагноза специалистом судебно-медицинской экспертизы в историю болезни амбулаторного больного.

Для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях предметом анализа КИЛИ при скоропостижной смерти должны стать случаи расхождения патолого-анатомического и поликлинического диагнозов, смены основного диагноза после госпитализации, отсутствия активных посещений при длительном отсутствии обращения гражданина в АПУ, соблюдения порядка диспансерного наблюдения.

## Литература

1. *Carstairs V.* Avoidable deaths in countries of the European community and in Scotland // *Health Bull. (Edinb)*. 1993. V. 51, № 3. P. 151–157.
2. *Лямина С.В., Лямина Н.П., Власова А.В.* Диспансерное наблюдение – модель организации вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности // *Кардио-*

- логия. 2002. Т. 42, № 11. С. 66–67.
3. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь. Состояние и перспективы развития. М.: Медицина, 2007. 264 с.
  4. Репина Г.Д., Капитоненко Н.А., Булдакова Т.И. Оценка эффективности клинико-экспертной деятельности на уровне муниципального образования // Дальневост. мед. журн. 2009. № 3. С. 102–106.
  5. Акопов В.И., Джуха Ю.П. О целесообразности использования опыта судебной медицины в оценке качества медицинской помощи // Материалы Всерос. совещания судеб. медиков «Организационные и методические проблемы судебно-медицинской экспертизы качества медицинской деятельности»: сб. статей. Самара, 2005. С. 33–36.
  6. Приказ Минздрава России от 22 апреля 1998 г № 131 «О мерах по совершенствованию судебно-медицинской экспертизы».
  7. Витер В.И., Пермяков А.В. Судебно-медицинские аспекты скоропостижной смерти. Ижевск: Экспертиза, 2000. 152 с.
  8. Неволин Н.И. Оценка обстоятельств изучения качества медицинской помощи в случаях дефектов ее оказания: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ижевск, 2003.

Поступила в редакцию 11.03.2013 г.

Утверждена к печати 10.04.2013 г.

Елин Дмитрий Владимирович (✉) – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (г. Москва).

✉ Елин Дмитрий Владимирович, тел. 8-916-953-3620; e-mail: mkomoscow@gmail.com

## STUDING OF SUDDEN DEATHS IN MOSCOW

Elin D.V.

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Yevdokimov, Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

In this retrospective study, we report the frequency and main causes of sudden deaths in Moscow over 3-year period. Frequency of sudden death is 78 134 cases. Males were 63.0% of cases. The incidence of sudden death was highest in the 2 age extremes (39% were 40–59 year old and 57.5% were elderly). The most important direct causes of sudden death were cardiovascular diseases (93%). 15% of outpatient medical records were filled in the course of pronouncement of death. A divergence in diagnosis occurred in 45.1 % of cases.

**KEY WORDS:** sudden death, quality of medical care.

*Bulletin of Siberian Medicine, 2013, vol. 12, no. 3, pp. 148–152*

### References

1. Carstairs V. Avoidable deaths in countries of the European community and in Scotland. *Health Bull. (Edinb)*, 1993, vol. 51, no. 3, pp. 151–157.
2. Lyamina S.V., Lyamina N.P., Vlasova A.V. *Cardiology*, 2002, vol. 42, no. 11, pp. 66–67 (in Russian).
3. Starodubov V.I., Kalininskaja A.A., Shljafer S.I. *Primary health care. State and prospects of development*. Moscow, Medicine Publ., 2007. 264 p. (in Russian).
4. Repina G.D., Kapitonenko N.A., Buldakova T.I. *Far East medical journal*, 2009, no. 3, pp. 102–106 (in Russian).
5. Akopov V.I., Dzhukha Yu.P. About the expediency of using the expertise of forensic medicine in assessing the quality of medical assistance. *Proceedings of All-Russian Congress "Problems of forensic-medical expertise of medical care"*. Samara, 2005, pp. 33–36 (in Russian).
6. Order of Ministry of Health from 22 April 1998 № 131 «Perfection of Forensic-medical expertise». (in Russian).
7. Viter V.I., Permjakov A.V. *Forensic-medical aspects of sudden death*. Izhevsk, Expertiza Publ., 2000. 152 p. (in Russian).
8. Nevolin N.I. *The issues in studies of medical care defects*. Author. dis. cand. med. sci. Izhevsk, 2003 (in Russian).

Elin Dmitry V. (✉), Moscow State University of Medicine and Dentistry, Department of public health, Moscow, Russian Federation.

✉ Elin Dmitry V., Ph. +7-916-953-3620; e-mail: mkomoscow@gmail.com