



УДК 616.89-036.83-07(477.74)

А. І. Даниленко, Н. О. Орел, Л. Г. Роша

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІД ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПО ОДЕСІ Й ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Одеський державний медичний університет

У сучасному світі психічне здоров'я набуло виняткового значення. Психічна патологія (ПП) розглядається як одна із серйозних соціальних, медичних, економічних проблем. Це зумовлено, насамперед, високою поширеністю ПП.

Відомо, що щороку серед усіх померлих в лікувально-профілактичних установах (ЛПУ) і померлих удома є певна частка хворих, в яких психічні розлади були основною причиною смерті.

Мета дослідження — виявити закономірності в структурі смертності і летальності в ЛПУ міста й області, визначити питому частку психічних розладів у них.

Матеріали та методи дослідження

Вивчено дані розтинів, проведених на базі усіх відділень Одеського обласного патоло-

го-анатомічного бюро (ООПАБ); Обласного аналітичного центру медстатистики (ОАМЦС), Центрального статистичного управління (ЦСУ). Використовувалися статистичні методи дослідження: метод динамічних рядів, обчислення темпу приросту, а також екстенсивних та інтенсивних показників.

Основні визначення: смертність (коефіцієнт смертності) — частота смертельних випадків за рік на 1000 населення, що проживає на конкретній території. Показник летальності — відношення кількості померлих до кількості вибухлих хворих (виписаних і померлих).

Дані ООПАБ дозволяють проаналізувати смертність і захворюваність за протоколами розтинів. Дані ЦСУ отримано при аналізі корінців лікарських свідоцтв про смерть.

Обробка даних, що містяться в лікарських свідоцтвах про смерть, дозволяє з'ясувати, які форми захворювань були причинами летальних випадків, намітити завдання і напрямки лікувально-профілактичної роботи зі зниження смертності.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами проведено порівняльний аналіз летальності та смертності від психічних хвороб у стаціонарах міста й області, а також серед померлих удома. За даними ОАМЦС, усього за період з 1995 по 2002 рр. від психічної патології по місту й області померло не менше 1360 осіб. Розподіл цих випадків за роками подано в табл. 1.

Як бачимо, є невеликі розходження між даними ЦСУ та ОАМЦС. Ці розбіжності пояс-

Таблиця 1

Смертність (абсолютне число летальних випадків) від психічних хвороб по Одеській області та місту за 1993–2002 рр.

| Показник | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Смертність за даними ЦСУ | 386 | 266 | 216 | — | — | 257 | 139 | 96 |
| Смертність за даними ОАМЦС | | | | | | | | |
| всього | — | 129 | 102 | — | — | 215 | 134 | 94 |
| з них по Одесі | — | 61 | 10 | — | — | 160 | 65 | 23 |
| з них по районах | 155 | 122 | 82 | — | — | 53 | 69 | 71 |



нюються низкою причин. Наприкінці року ОАМЦС формують показники і проводять об'єктивний аналіз причин смерті. При цьому деякі випадки поширювалися на інші класи захворювань, тому не увійшли до списку психічних розладів, тим самим зменшуючи летальність від ПП. Ці розбіжності зумовлені тим, що дехто з лікарів неправильно кодують основну причину смерті. Так, у більшості випадків хворих, що померли від хронічного алкоголізму з переважним ураженням якогось органа чи системи, було зашифровано як ПП, а ОАМЦС їх розподіляє по інших класах (алкогольну кардіоміопатію — до класу хвороб серцево-судинної системи, алкогольну енцефалопатію і поліневропатію — до класу хвороб ЦНС і т. ін.). Як показують останні дані, формулювання діагнозів стало більш точним. У динаміці смертність від розладів психіки поступово зменшується. Пік спостерігався у 1995/96 рр. (386 і 266 осіб), у 2002 р. кількість померлих із ПП — 96, що становило близько 25 % від найбільших показників. Також простежується збільшення смертності від ПП у районах (як у ЦРЛ, так і вдома) і, відповідно, зменшення по місту (як у ЛПУ, так і вдома).

За даними ООПАБ (табл. 2), летальність від ПП у психіатричних стаціонарах зросла в 1994–1997 рр., а з 1998 р. стабільно знижується (з 64 до 31 %). При цьому близько половини від усіх померлих від ПП — померлі в ОПЛ № 1, 2 і психоневрологічному диспан-

сері. На частку померлих вдома й у міських ЛПУ припадає від 44 % (1998 р.) до 6,4 % (2002 р.). У ЦРЛ ці дані коливаються за роками від 16 до 30 %.

Отже, відзначається зниження летальності від ПП у спеціалізованих стаціонарах. Це, імовірно, всього, зумовлено поліпшенням якості надання медичної допомоги в психіатричних стаціонарах і більш професійному підході до формулювання діагнозів. Питома вага летальності в міських стаціонарах знизилася, а порівняно з 1995/96 рр. — різко знизилася. Можливо, це можна пояснити, з одного боку, доброю діагностикою ПП із подальшим переведенням хворих до спеціалізованих установ, з другого — покращанням роботи медичної служби на дошпитальному етапі.

Втім, якщо загальна кількість померлих від ПП (за даними ООПАБ) щороку скорочується, то і частка померлих поза спеціалізованими стаціонарами зменшується (з 79 % у 1997 р. до 39 % у 2002 р.).

Порівняємо ці дані з показниками ЦСУ й ОАМЦС. За даними ЦСУ й ОАМЦС, смертність населення від психічних хвороб знижується. Щороку виявляються деякі розбіжності між їхніми показниками, однак щороку ці дані максимально наближаються одне до одного. Дані ОАМЦС враховують всі посмертні діагнози в стаціонарах, усі випадки смерті вдома, дані обробляються й аналізуються. Розглянемо ці показники. Різко знижується смертність від захво-

рувань психіки по Одесі (з 160 у 2000 р. до 23 у 2002 р.), водночас росте смертність у районах області (з 53 у 2000 р. до 71 у 2002 р.). Спостерігається повільне зростання смертності від ПП у районах.

Можливі три версії пояснення цього. По-перше, при високій кількості психічно хворих у психіатричних стаціонарах їм надається своєчасна і висококваліфікована допомога, у тому числі реанімаційна. По-друге, частина хворих через соціальну незабезпеченість «осідають» у ЦРЛ, а то й у районах удома, не доїжджаючи до стаціонарів. Нарешті, не можна виключати, що невелика частина діагнозів (у т. ч. за висновками СМЕ) необґрунтовані.

При аналізі рівня летальності в стаціонарах варто брати до уваги померлих удома (летальність удома) за одноіменним захворюванням, тому що серед померлих удома можливі тяжкохворі, яких було необґрунтовано рано виписано зі стаціонарів або не було госпіталізовано. При цьому можливий низький показник летальності в стаціонарі при великому рівні летальності вдома за одноіменним захворюванням. Як бачимо, саме така картина і спостерігається (табл. 3). Дані про співвідношення кількості померлих у лікарнях і вдома дають підстави зробити висновок про забезпеченість населення лікарняними ліжками і про якість позалікарняної і лікарняної допомоги.

Отже, лише невелика частина психічно хворих вмирає в

Таблиця 2

Летальність від психічних хвороб за даними ООПАБ

| Місце смерті | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Вдома | 3 | 3 | 18 | 9 | 16 | 17 | 8 | 5 | 7 | 1 |
| Психоневрол. диспансер | — | — | — | — | — | — | 6 | 9 | 3 | 5 |
| ЛПЗ м. Одеса | 11 | 24 | 34 | 37 | 24 | 11 | 5 | 1 | 5 | 1 |
| ОПЛ № 1 | 17 | 30 | 35 | 11 | 10 | 9 | 19 | 9 | 5 | 5 |
| ОПЛ № 2 | 2 | 7 | 14 | 7 | 10 | 7 | 11 | 11 | 15 | 10 |
| Всього | 57 | 92 | 156 | 103 | 95 | 64 | 62 | 44 | 44 | 31 |



спеціалізованих стаціонарах. І хоча їхня частка щороку збільшується (у 2000 р. — 11,3 %, у 2002 р. — 20,8 %), проте вона становить трохи більше 1/5, тобто лише один з п'яти психічно хворих вмирає в спеціалізованому стаціонарі.

Яка ж структура летальності? Від чого вмирають ці хворі (табл. 4)?

Порівняймо дані про структуру смертності від ПП по ООПАБ. Щороку стабільно високою залишається кількість померлих від гострого алкогольного психозу, причому здебільшого смертельним ускладненням були набряк головного мозку і пневмонія центрального генезу. Як правило, у районах помирають хворі від алкогольного делірію, переважно від набряку мозку, провівши кілька діб у ЦРЛ, ПД або навіть вдома. Зменшилася кількість померлих від наркоманії (пік у 1995–1997 рр.) до 1 випадку, у 2002 р. також зменшилася і кількість смертей від хронічного алкоголізму (немає жодного випадку в 2001–2022 рр.). Незмінно по кілька випадків трапляються: шизофренія (кататонічна форма), органічне ураження ЦНС, судинна деменція.

Як правило, діагнози «органічне ураження ЦНС», «судинна деменція» визначено у хворих, що померли вдома (за свідоцтвами про смерть, виданими поліклінічними лікарями). На розтинах таких діагнозів практично немає, тому що патологоанатоми керуються правилом вибору причини смерті і віддають перевагу соматичній патології.

Особливості побудови патологоанатомічного діагнозу в психіатрії зумовлені мінімальними макроскопічними змінами при більшості психічних хвороб, а також часто відсутністю патогенетичного зв'язку між психічним захворюванням і безпосередньою причиною смерті. Побудова патологоанатомічного діагнозу при ПП, як правило, відрізняється пріоритетом клінічних даних над морфологічними. Психічне захворювання вважають основним, якщо воно само по собі або через своє смертельне ускладнення призводить до смерті хворого. У тих випадках, коли хворий помер від соматичного захворювання, не пов'язаного з психічним, це соматичне захворювання враховують як основне, а психічне є супровід-

ним. Якщо психічні захворювання спричинені соматичною патологією, то використовують діагноз комбінованого основного захворювання. На перше місце ставлять соматичну патологію, а як об'єднане захворювання — психічне. Наприклад: «Гіпертонічна хвороба: гіпертрофія лівого шлуночка серця, артеріололонефросклероз, множинні кісти внаслідок розм'якшення в підкіркових ядрах мозку. Психоз». У разі психічних захворювань, зумовлених зловживанням алкоголю, у патологоанатомічному діагнозі спочатку вказують провідну соматичну патологію, а потім психічне захворювання, що мало клінічний прояв.

Порівняння звітів про летальний кінець з даними про відповідні форми хвороби (загальна захворюваність) дозволило б визначити розміри летальності, що є одним з найважливіших показників якості медичного обслуговування населення.

Висновки

У структурі летальності та смертності від ПП спостерігався пік у 1995–1997 рр., що було зумовлено кризою в краї-

Таблиця 3

Порівняльні дані про випадки смерті від ПП у психіатричних стаціонарах і всього по Одесі та області

| Місце смерті | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Психіатричні стаціонари | 19 | 37 | 49 | 18 | 20 | 16 | 36 | 29 | 23 | 20 |
| Всього по місту і області | — | — | 386 | 266 | 216 | — | — | 257 | 139 | 96 |

Таблиця 4

Структура летальності по Одесі та області за даними ООПАБ

| Нозоформа | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Алкогольний делірій | 48 | 63 | 101 | 55 | 50 | 35 | 34 | 36 | 33 | 26 |
| У т. ч. з набряком мозку | 41 | 50 | 90 | 46 | 45 | 34 | 33 | 30 | 25 | 25 |
| Хронічний алкоголізм | — | 4 | 12 | 8 | 8 | 4 | 2 | 1 | — | — |
| Наркоманія | 9 | 17 | 31 | 38 | 31 | 19 | 4 | 2 | 6 | 1 |
| Шизофренія | — | 3 | 2 | — | 1 | — | 2 | 1 | 1 | 3 |
| Органічні ураження ЦНС | — | — | — | — | — | — | 4 | 1 | 2 | — |
| Судинна деменція | — | 5 | 7 | 2 | 4 | 5 | 15 | 1 | 2 | 1 |
| Інші | — | — | 3 | — | 1 | 1 | 1 | 2 | — | — |
| Всього | 57 | 92 | 156 | 103 | 95 | 64 | 62 | 44 | 44 | 31 |



ні, і у відповідь на неї — сплеск алкоголізму та наркоманії. Надалі відбувається зниження цих показників. Не менше 80 % від усіх померлих із ПП — померлі поза спеціалізованими психіатричними установами, без належної спеціалізованої медичної допомоги. Психічні стаціонари, що обслуговують

населення міста й області, дають невелику частку до загальної кількості померлих від ПП. У структурі летальності велику частку складають гострі алкогольні психози, причому в більшості випадків безпосередньою причиною смерті був набряк головного мозку. Це свідчить про не-

своєчасну госпіталізацію, тяжкість перебігу алкогольного делірію, і, можливо, про недостатнє лікування. З-поміж причин, що визначають підвищення смертності від ПП, слід відзначити соціально-економічні фактори, що впливають, насамперед, через захворюваність.

УДК 616.1-036.865-053.2/7

В. О. Кондратьєв, Л. В. Ващенко, Г. В. Кулікова

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ІНВАЛІДНОСТІ У ДІТЕЙ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дніпропетровська державна медична академія

Вступ

Серцево-судинні захворювання на сучасному етапі є однією з найбільш актуальних проблем медицини в більшості країн світу. В Україні рівень захворюваності і поширеності хвороб системи кровообігу за період 1997–2002 рр. зріс на 54 і 55,9 % відповідно [5]. За поширеністю в Україні хвороби системи кровообігу в 2002 р. посідали перше місце і становили 27,4 %, тобто майже кожний третій пацієнт мав серцево-судинне захворювання [5]. Патологія серцево-судинної системи часто призводить до обмеження життєвих і соціальних функцій хворого і формування інвалідності. При цьому інвалідність молодого працездатного населення, як правило, зумовлена патологією, що бере початок в дитячому віці [1; 6]. У 2003 р. в Україні нараховувалося близько 160 000 дітей-інвалідів у віці до 16 років [2]. У структурі причин дитячої інвалідності рівень захворювань органів кровообігу був достатньо високим. У

дітей перших років життя інвалідність за серцево-судинними захворюваннями частіше була пов'язана з уродженими аномаліями серця і судин, а в наступні роки — із міокардитами, кардіоміопатіями, аритміями, артеріальними гіпертензіями різного генезу [3]. Втім, структура та причини дитячої інвалідності в різних регіонах країни вивчені недостатньо. Існує потреба подальшого вивчення даного питання для проведення цілеспрямованих профілактичних і реабілітаційних заходів.

Метою нашої роботи був аналіз частоти і структури інвалідності у дітей з уродженими і набутими захворюваннями серця на сучасному етапі.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 3935 історій хвороб дітей у віці 1–16 років, що перебували на обстеженні і лікуванні в кардіоревматологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропет-

ровська в 1998–2003 рр. До статистичної обробки були включені всі уперше виявлені випадки органічної патології серця. Наявність недостатності кровообігу у таких хворих відповідно до наказу МОЗ України від 08.11.2001 р. № 454/471/516 потребувала оформлення інвалідності. Статистична обробка матеріалу здійснювалася за допомогою пакета програм Excel 7.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Під спостереженням перебували 370 дітей з уродженими вадами серця (УВС), із них у віці до 1 року — 89 (24,1 %) хворих. Хронічна недостатність кровообігу (НК), що призвела до інвалідності, в цій групі хворих була відзначена в 68,9 % випадків. При цьому перебіг УВС частіше супроводжувався НК ІА–ІБ стадії — 65,5 % хворих; НК І стадії спостерігалась у 34,5 % хворих на УВС. У 2000–2003 рр., поряд зі збільшенням кількості випадків вперше діагностованих в умовах клініки УВС, спосте-

