

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 616-057/058/07:613.1:340.614.3

## ПРИЧИНЫ СМЕРТИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ, У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.П. Новосёлов<sup>1</sup>, А.И. Бабенко<sup>2</sup>, Д.Б. Никифоров<sup>2</sup>, Е.А. Бабенко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы

<sup>2</sup>ФГБУ "Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены

и профессиональных заболеваний" СО РАМН, Новокузнецк

E-mail: sme@sibsme.ru

## CAUSES OF DEATH AND PATHOLOGICAL PROCESSES LEADING TO LETHAL OUTCOMES IN ADULT POPULATION OF NOVOSIBIRSK REGION

V.P. Novoselov<sup>1</sup>, A.I. Babenko<sup>2</sup>, D.B. Nikiforov<sup>2</sup>, E.A. Babenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Novosibirsk Regional Clinical Bureau of Forensic Medical Examination

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Institution "Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases" of Siberian Branch under the Russian Academy of Medical Sciences, Novokuznetsk

В статье рассматривается методический подход к использованию результатов вскрытия умерших в бюро судебно-медицинской экспертизы для разработки прогнозов в здоровье населения и планировании здравоохранения. Установлено, что для взрослого населения в возрасте 18–70 лет прогностическую значимость имеет характер распространенности патологических процессов, в частности, приводящих к летальным исходам от болезней системы кровообращения (атеросклеротические процессы в сердце, острая ишемия сердца, кардиомиопатия, инфаркт миокарда, кровоизлияния и инфаркт мозга), органов дыхания (воспалительные процессы в легких), органов пищеварения (жировая дегенерация, дистрофия, фиброз и цирроз печени, воспалительные процессы в поджелудочной железе, язвенные процессы в желудке и 12-перстной кишке).

**Ключевые слова:** патологические процессы, летальность, социально-гигиеническое прогнозирование.

The article presents methodological approach which uses the autopsy results from the forensic medical examination bureaus for prediction of the population health and health care planning. The authors provide evidence that the patterns of prevalence of the pathological processes, in particular of those leading to lethal outcomes due to cardiovascular (atherosclerotic processes in the heart, acute cardiac ischemia, cardiomyopathy, myocardial infarction, hemorrhagic and ischemic strokes), respiratory (inflammatory processes in the lungs), and digestive (adipose degeneration, liver fibrosis and cirrhosis, inflammatory processes in pancreas, and ulcerous processes in stomach and duodenum) disorders, have prognostic value in adult population aged 18–70.

**Key words:** pathological processes, lethality, social-hygienic prediction.

Важной задачей медицинской науки является разработка адекватных прогнозов формирования здоровья населения для определения потенциальной востребованности медицинских технологий на основе выявленных патологических состояний, процессов, поражений органов и тканей. Это, по мнению О.П. Щепина с соавт. [3], А.И. Вялкова [2], позволит учитывать распространенность донологических отклонений в организме людей.

Существующие критерии оценки общественного здоровья (смертность, заболеваемость и т.д.), основанные на использовании информационной базы медицинских информационно-аналитических центров, статистичес-

ких отделов ЛПУ и т.п., не в полной мере отражают характер распространенности патологии среди населения. Необходима разработка новых методических подходов к определению распространенности патологии среди населения на основе учета патологических поражений органов и систем организма человека. Одним из таких критериев можно признать показатель патологической пораженности, учитывающий функциональные и морфологические отклонения, выявляемые различными диагностическими методами. Этот критерий позволит иметь более четкое представление о характере распространенности патологии среди населения в перспективе и соот-

ветствующей ей потенциальной востребованности медицинских технологий.

Значительный объем диагностики патологических поражений в органах и тканях имеет место при вскрытии умерших, проводимом в Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ), патологоанатомических отделениях стационаров, что предопределяет необходимость методической проработки возможности использования информации о результатах вскрытия умерших для социально-гигиенического прогнозирования. При этом важен анализ выявленных патологических процессов и поражений органов, в особенности приводящих к летальному исходу [1].

В этой связи нами проведен анализ причин смерти, объемов и структуры вскрытий умерших в Новосибирской области, по данным БСМЭ за 2009–2011 гг. Всего за данный период было произведено 35,8 тыс. вскрытий умершего взрослого населения, что составляет 33,0% от общего объема умерших.

В целом 57,9% вскрытий приходится на умерших от заболеваний, а 42,1% – на погибших от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин.

Повозрастной анализ вскрытий умерших свидетельствует, что с увеличением возраста сокращается доля смертей от внешних причин, и параллельно идет рост удельного веса заболеваний с 10,0% в 18–24 года до 89,9% в 90 лет и старше. Характерно, что равновесие этих двух видов смерти отмечается в возрасте 45–49 лет, что можно считать переходным моментом к преобладанию хронической патологии относительно влияния внешних причин на смертность населения.

Основными заболеваниями, от которых умирает взрослое население, являются болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, новообразования, а также инфекционные и паразитарные болезни, на которые приходится 90,2% всей патологии; 9,8% составляют другие классы заболеваний.

У 61,6% умерших от заболеваний в качестве ведущей причины смерти установлены болезни системы кровообращения. При этом доля вскрытий умерших от данной патологии составила 72,3% от общего количества вскрытий и 26,4% – от всех умерших по данному классу заболеваний.

В целом 18,1% смертей от болезней приходится на новообразования. Несмотря на значительный объем умерших, их доля в общем объеме вскрытий составляет всего 5,4%. Это объясняется тем, что их вскрытие не требует судебно-медицинской экспертизы и производится в патологоанатомических отделениях соответствующих ЛПУ. При этом практически все умершие от новообразований состояли на учете в онкологических диспансерах, диагноз был у них четко верифицирован еще при жизни (при проведении онкологических вмешательств: исследований, операций и т.п.). Среди них много лиц пожилого возраста, родственники которых отказывались от судебно-медицинского исследования. Отсюда и удельный вес вскрытий в БСМЭ умерших от новообразований минимален – 6,7%.

Также небольшую долю составляют умершие от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекционной

и паразитарной патологии (2,8–4,2%), и доля вскрытий при них в БСМЭ незначительна (3,8–4,9%). Однако удельный вес вскрытий в БСМЭ умерших от данных классов заболеваний был выше среднего уровня (20,6% при всех болезнях), составляя соответственно 26,4; 22,7 и 30,8%. При прочих заболеваниях удельный вес вскрытий – 21,3%. При травмах и отравлениях удельный вес вскрытий в БСМЭ и его территориальных подразделениях составил 93,0%.

Анализ результатов вскрытий умерших от основных классов болезней по отдельным возрастным группам взрослого населения показал, что значительная доля вскрытий приходится на умерших в возрасте 70 лет и старше (38,6%). Эта категория умерших пережила средний уровень показателя продолжительности предстоящей жизни (70 лет) и уже имеет широкий спектр патологических изменений, которые сложно отделить при патоморфологических исследованиях от процессов старения организма.

К тому же для контингента населения старше 70 лет прогнозирование дальнейшего развития патологических поражений в социально-гигиеническом аспекте нецелесообразно. Поэтому данный контингент умерших был исключен из дальнейшего анализа распространенности патологических поражений.

Сопоставление удельного веса вскрытий умерших от основных классов болезней в возрастных группах от 18 до 70 лет показало, что на болезни системы кровообращения приходится 73,6% всех вскрытий, болезни органов дыхания – 6,6%, пищеварения – 6,5%, инфекционные и паразитарные болезни – 6,0%, новообразования – 6,0%, прочие заболевания – 1,3%.

Важным методическим элементом при изучении распространенности патологических поражений по материалам вскрытий умерших, имеющимся в БСМЭ, является то, что патологическая картина у умерших от инфекционных и паразитарных болезней (выраженное влияние этиологического фактора), а также от новообразований (опухолевые образования, метастазы) может иметь свои специфические патоморфологические особенности, и это требует отдельных исследований.

Изучение распространенности патологических процессов, приведших к летальному исходу, среди взрослого населения Новосибирской области проводилось по результатам вскрытия умерших от болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения в возрасте от 18 до 70 лет за период с 2009 по 2011 гг. В исследуемую совокупность включены результаты вскрытия 5679 умерших, в том числе 4175 мужчин и 1504 женщин. При этом 84,9% умерли от болезней системы кровообращения, 7,6% – от болезней органов дыхания и 7,5% – от болезней органов пищеварения.

Анализ распространенности патологических процессов, приводящих к летальному исходу от болезней системы кровообращения, осуществлялся по пяти основным группам патологии: атеросклеротические поражения сердца, острая ишемия сердца, инфаркт миокарда, кардиомиопатия (дилатационная и гипертрофическая), кровоизлияние и инфаркт мозга, а также прочие поражения сердца и сосудов, поражение клапанов сердца, аневриз-

ма аорты (сосудов и т.п.).

При болезнях органов дыхания летальными были воспалительные процессы в легких (пневмония) и прочие заболевания – астматический синдром, гнойное поражение легких (абсцесс), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и др.

Среди заболеваний органов пищеварения были выделены фиброз и цирроз печени, жировая дегенерация печени, воспалительные процессы в поджелудочной железе (панкреатит), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, а также прочая патология желудочно-кишечного тракта.

Анализ основных патологических процессов сердечно-сосудистой системы, приведших к летальному исходу (табл. 1), показал, что в 65,4% случаев смерть была констатирована в результате атеросклеротических поражений сердца; 12,2% летальных исходов связано с наличием острого или перенесенного инфаркта миокарда; 10,2% – кардиомиопатии, 6,2% – кровоизлияния в мозг и инфаркта мозга, 3,4% – с острой ишемией и внезапной остановкой сердца; 2,6% – с прочими поражениями сердечно-сосудистой системы.

При этом если у мужчин (помимо атеросклеротических поражений сердца, составляющих 65,4% всех леталь-

ных исходов) можно выделить распространенность инфарктов миокарда – 14,0%, то у женщин (помимо атеросклеротических поражений сердца – 65,2%) обращает на себя внимание относительно высокий удельный вес кардиомиопатий – 12,6% и, в определенной степени, кровоизлияния в мозг – 8,0%, что предопределяет необходимость дифференцированного рассмотрения значимости отдельных патологических поражений сердечно-сосудистой системы в возрастном аспекте для мужчин и женщин.

Результаты исследования свидетельствуют о том (табл. 2), что значимость атеросклеротических поражений сердца у мужчин начинает формироваться с 30-летнего возраста, когда доля летальных исходов по этой причине составляет 0,7% от всего объема вскрытий умерших мужчин от болезней системы кровообращения. Далее с увеличением возраста идет нарастание удельного веса умерших, достигая значительных величин в возрасте от 50 до 65 лет, составляя соответственно по данным возрастным группам 12,0; 17,0 и 15,2%.

Острые ишемические поражения сердца имеют определенную значимость в возрасте мужчин от 25 до 40 лет, составляя 2,4% от всего объема умерших. Кардиомиопатические поражения вносят существенный вклад в ле-

Таблица 1

**Структура (%) патологических процессов в органах кровообращения, приводящих к летальному исходу, у мужчин и женщин**

Патологические процессы	Мужчины	Женщины	Оба пола	Статистическая значимость различий между полами		u
				$\chi^2$	p	
Атеросклеротические поражения сердца	65,4	65,2	65,4	0,02	>0,05	1
Острая ишемия сердца	3,5	3,3	3,4	0,13	>0,05	1
Кардиомиопатия	9,3	12,6	10,2	10,1	<0,005	1
Инфаркт миокарда	14,0	7,2	12,2	35,9	<0,001	1
Кровоизлияние и инфаркт мозга	5,6	8,0	6,2	9,1	<0,005	1
Прочие	2,2	3,7	2,6	8,1	<0,005	1
Всего	100,0	100,0	100,0	63,3	<0,001	5

Таблица 2

**Удельный вес отдельных поражений сердечно-сосудистой системы, приводящих к смерти, в различных возрастных группах умерших мужчин в Новосибирской области (на 100 вскрытий в БСМЭ умерших от болезней системы кровообращения)**

Патологические процессы	Возраст, годы										Всего
	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	
Атеросклеротические поражения сердца	0,0	0,3	0,7	1,6	3,2	6,3	12,0	17,0	15,2	9,1	65,4
Острая ишемия	0,3	0,6	1,0	0,8	0,4	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	3,5
Кардиомиопатия	0,1	0,3	0,9	1,4	1,1	2,0	1,6	1,1	0,7	0,1	9,3
Инфаркт миокарда	0,0	0,0	0,1	0,3	0,6	1,0	2,4	3,4	3,9	2,3	14,0
Кровоизлияние и инфаркт мозга	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3	0,9	1,0	1,2	1,1	0,6	5,6
Прочие	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3	2,2
Всего	0,4	1,3	3,1	4,6	5,6	10,5	17,5	23,2	21,4	12,4	100,0

тальный исход, начиная с 30-летнего возраста (0,9%), и колеблется по возрастным периодам до 65 лет в пределах 0,7–2,0%. Значимость инфаркта миокарда начинает формироваться с 40-летнего возраста (0,6%), достигая существенных значений в 50–54 года – 2,4%, 55–59 лет – 3,4% и 60–64 года – 3,9%, то есть за данный 15-летний возрастной период удельный вес летальных исходов от инфаркта миокарда составляет 9,7%.

Характерно, что до 30 лет у мужчин смерть от инфаркта миокарда не отмечается. Аналогичная ситуация имеет место относительно летальности от кровоизлияния в мозг и инфаркта мозга: не наблюдается смертельных случаев до 30 лет, а существенное значение этот патологический процесс приобретает с 45-летнего возраста. Прочая патология сердечно-сосудистой системы как причина смертельных исходов у мужчин не имела значимой величины. Удельный вес от всех вскрытий умерших от болезней системы кровообращения составлял по отдельным возрастным группам менее 0,6% (в абсолютном выражении – менее 20 вскрытий).

У женщин (табл. 3) значимость атеросклеротических поражений сердца как причина смерти начинает проявляться с 35-летнего возраста, достигая максимума после 55 лет: в 55–59 лет – 15,8%, 60–64 года – 17,3% и 65–69 лет – 14,0%.

В свою очередь, острая ишемия сердца наблюдается с 18-летнего возраста и в сумме до 45-летней возрастной границы составляет 3,0% всех смертельных исходов от болезней системы кровообращения. Характерно, что после 60 лет у женщин данный патологический процесс не проявляется. Кардиомиопатии имеют существенное значение, начиная с 25-летнего возраста, с максимальными значениями 2,2–2,3% в 50–54 и 55–59 лет. Инфаркт миокарда у женщин приобретает определенную значимость после 55 лет, когда удельный вес этой причины смерти составляет в целом для возраста 55–69 лет 6,0%. Как и у мужчин, инфаркт миокарда у женщин не регистрируется до 30-летнего возраста. В качестве причины смерти кровоизлияния в мозг и инфаркт мозга значимы в возрастах от 45 до 70 лет, составляя в целом 7,3% от всего объема вскрытий умерших от болезней системы кровообращения.

Важно отметить, что для женщин в возрасте 60–69 лет значимой является и прочая сердечно-сосудистая патология, составляющая 2,3% всех вскрытий умерших от болезней системы кровообращения, где выделяется аневризма аорты.

Таким образом, для мужчин социально-гигиеническую значимость среди патологических процессов сердечно-сосудистой системы имеют атеросклеротические поражения сердца и кардиомиопатии, начиная с 30-летнего возраста, инфаркт миокарда – с 40-летнего возраста, кровоизлияния в мозг и инфаркт мозга – с 45-летнего возраста, а также острая ишемия сердца в возрастной период 25–39 лет. У женщин атеросклеротические поражения сердца приобретают социально-гигиеническую значимость с 35-летнего возраста, кардиомиопатии – с 25-летнего, кровоизлияния в мозг и инфаркт мозга – с 45-летнего, инфаркт миокарда – с 55-летнего, аневризма аорты – с 60-летнего, а также острая ишемия сердца – в возрастной период с 18 до 45 лет.

Среди болезней органов дыхания, приводящих к летальному исходу, у взрослого населения на воспалительные процессы в легких (пневмонии) различной этиологии приходится 91,4%. У мужчин их доля составляет 92,2%, а у женщин – 82,6%. Остальные патологические процессы в органах дыхания имеют незначительный удельный вес. При этом достоверного статистического различия между мужчинами и женщинами по распространенности пневмонии и прочих заболеваний органов дыхания, приводящих к смерти, не установлено ( $\chi^2=1,18$ ;  $x=1$ ;  $p>0,05$ ). Следовательно, распространенность воспалительных процессов в легких относительно возраста умерших можно было рассматривать, не делая дифференциации по полу. К тому же зафиксировано относительно малое количество смертельных случаев у взрослого населения, подвергнутых вскрытию в БСМЭ (всего 432 за период 2009–2011 гг.).

Как показал анализ, относительную социально-гигиеническую значимость воспалительные процессы в легких как причина смерти начинают приобретать с 25-летнего возраста, составляя 2,1% в возрасте 25–29 лет. Далее отмечается рост удельного веса этого вида патологии,

Таблица 3

**Удельный вес отдельных поражений сердечно-сосудистой системы, приводящих к смерти, в различных возрастных группах умерших женщин в Новосибирской области (на 100 вскрытий в БСМЭ умерших от болезней системы кровообращения)**

Патологические процессы	Возраст, годы										Всего
	18–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	
Атеросклеротические поражения сердца	0,0	0,2	0,2	1,2	2,4	4,4	9,7	15,8	17,3	14,0	65,2
Острая ишемия	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	3,3
Кардиомиопатия	0,2	0,7	0,8	1,9	1,3	1,9	2,3	2,2	0,9	0,4	12,6
Инфаркт миокарда	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	1,3	2,3	2,4	7,2
Кровоизлияние и инфаркт мозга	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,9	2,4	1,1	1,5	1,4	8,0
Прочие	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,5	0,5	1,3	1,0	3,7
Всего	0,8	1,7	2,1	4,2	4,6	7,7	15,4	21,0	23,3	19,2	100,0

достигая значительных величин после 45 лет, составляя соответственно в 45–49 лет – 15,97%, 50–54 года – 17,36%, 55–59 лет – 15,74%, 60–64 года – 13,9% от всех умерших от болезней органов дыхания и вскрытых в БСМЭ.

Анализ удельного веса основных патологических процессов в органах пищеварения, приводящих к летальному исходу, показал, что среди умерших от болезней органов пищеварения в 58,0% случаев смерть была констатирована в результате фиброзного и цирротического поражения печени. 12,0% летальных исходов связано с воспалительными процессами в поджелудочной железе, 11,1% – с язвенными процессами в желудке и 12-перстной кишке, 7,8% – с жировой дегенерацией, дистрофией печени, а 11,1% – с прочей патологией желудочно-кишечного тракта.

Рассмотрение распространенности патологических процессов в органах пищеварения, приводящих к летальному исходу, в половом аспекте показало определенные различия. Так, если у мужчин фиброз и цирроз печени в 52,4% случаев определяли смертельный исход от болезней органов пищеварения, то у женщин удельный вес этого патологического поражения составил 68,4%, что имеет статистически подтвержденное различие ( $\chi^2=4,4$ ;  $x=1$ ;  $p<0,05$ ). В свою очередь, у мужчин по сравнению с женщинами более значимы воспаления поджелудочной железы: 14,5 против 7,4% ( $\chi^2=4,1$ ;  $x=1$ ;  $p<0,05$ ), и при прочих патологических процессах органов пищеварения: 13,5 против 6,7% ( $\chi^2=5,6$ ;  $x=1$ ;  $p<0,05$ ). Преобладание язвенных процессов в желудке и 12-перстной кишке у мужчин по сравнению с женщинами (13,1 против 7,4%;  $\chi^2=2,8$ ;  $x=1$ ;  $p>0,05$ ) и более низкий удельный вес жировой дегенерации, дистрофии печени (соответственно 6,5 против 10,1%;  $\chi^2=1,5$ ;  $x=1$ ;  $p>0,05$ ) статистически оказалось не значимым.

Общая оценка влияния пола на приоритет патологических процессов в органах желудочно-кишечного тракта, приводящих к летальному исходу, показала наличие такой зависимости:  $\chi^2=18,5$ ;  $x=4$ ;  $p<0,001$ , что предопределяет необходимость дифференциального рассмотрения значимости отдельных патологических поражений органов пищеварения в возрастном аспекте для мужчин и женщин.

У мужчин значимость фиброза и цирроза печени начинает формироваться с 25-летнего возраста, когда доля летальных исходов по этой причине составляет 1,82% от всего объема вскрытых умерших от болезней органов пищеварения. Далее с увеличением возраста удельный вес умерших становится большим с максимальными величинами в возрасте от 45 до 65 лет, когда на долю умерших от фиброза и цирроза печени приходится соответственно по данным возрастным группам 8,73; 8,00; 8,36 и 7,64%.

Жировая дегенерация и дистрофия печени как причина смерти у мужчин практически не отмечается до 45-летнего возраста и имеет определенную значимость (5,08%) в возрасте 45–64 года. Воспалительные процессы в поджелудочной железе отмечаются во всех возрастных группах умерших, однако социально-гигиеническую значимость эти патологические процессы приобретают в возрастных группах от 30 до 65 лет с наибольшим удельным весом в 50–59 лет (3,27–3,64%).

Язвенные процессы в желудке и 12-перстной кишке как причина смерти фиксируются с 25–29-летнего возраста, а социально-гигиеническую значимость эта патология имеет в возрасте от 40 до 70 лет, с наибольшим удельным весом в 60–64 года (3,64%).

Поражения прочих органов пищеварения, приводящие к летальному исходу (желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром, язвенный колит, сосудистые болезни кишечника, перитонит, поражения брюшины, холециститы, болезни желчевыводящих путей и др.), хотя и могут в сумме рассматриваться как имеющие определенную значимость в возрастной период 35–64 года (по отдельным возрастам составляют от 1,09 до 2,91%), но ввиду многообразия патологических процессов и малого количества летальных исходов (за 3 года наблюдений не более 8 случаев смерти по отдельным возрастным группам) использовать их для социально-гигиенических прогнозов распространенности патологических поражений нецелесообразно.

У женщин значимость фиброза и цирроза печени как причин смерти начинает проявляться с 35-летнего возраста, достигая существенных величин в 50–54, 55–59 и 60–64 года (соответственно 10,74; 16,11 и 12,75%). Остальные рассматриваемые патологические процессы ввиду малого количества умерших и вскрытых в БСМЭ не имеют социально-гигиенической значимости.

Для мужчин социально-гигиеническую значимость среди патологических процессов органов пищеварения имеют фиброз и цирроз печени, начиная с 30-летнего возраста, а также воспалительные поражения поджелудочной железы в 50–59 лет и язвенные процессы в желудке и 12-перстной кишке в 60–64 года. У женщин только фиброз и цирроз печени в возрасте 50–64 года имеют социально-гигиеническую значимость для прогнозирования распространенности патологических поражений.

Можно констатировать, что наибольший поток умершего взрослого населения, подвергающегося вскрытию в БСМЭ, определяется болезнями системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразованиями, инфекционной и паразитарной патологией, а также травмами, отравлениями и другими последствиями воздействия внешних причин. При этом удельный вес вскрытий от воздействия внешних причин с возрастом сокращается, а от заболеваний нарастает.

Таким образом, для изучения распространенности патологических процессов среди населения, приведших к летальному исходу в возрасте от 18 до 70 лет, когда смерть считается преждевременной, целесообразно анализировать результаты вскрытия умерших от болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, на которые приходится 86,7% вскрытий в данном возрастном периоде. При анализе патологических процессов социально-гигиеническую значимость имеют среди болезней системы кровообращения – атеросклеротические процессы в сердце, острая ишемия сердца, кардиомиопатии, инфаркт миокарда, а также кровоизлияния и инфаркт мозга; органов дыхания – воспалительные процессы в легких; органов пищеварения – жировая дегенерация, дистрофия, фиброз и цирроз печени, воспалительные процессы в поджелудочной железе, язвенные про-

цессы в желудке и 12-перстной кишке.

### Литература

1. Воробьев С.Л., Чибисов В.Н. Новые подходы к организации клиничко-анатомического анализа в ЛПУ // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 5. – С. 56–60.
2. Вялков А.И. Современные проблемы формирования индивидуального здоровья человека и оздоровления населения // Вестник РАМН. – 2008. – № 10. – С. 28–31.
3. Щепин О.П., Медик В.А., Стародубов В.И. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 3–6.

*Поступила 12.11.2013*

### Сведения об авторах

**Новоселов Владимир Павлович**, докт. мед. наук, профессор, начальник ГБУЗ НСО “Новосибирское облас-

тное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 134.

E-mail: sme@sibsme.ru

**Бабенко Анатолий Иванович**, докт. мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ “НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний” СО РАМН.

Адрес: 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 23.

E-mail: bai@soramn.ru

**Никифоров Дмитрий Борисович**, аспирант ФГБУ “НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний” СО РАМН.

Адрес: 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 23.

**Бабенко Евгений Анатольевич**, канд. мед. наук, научный сотрудник ФГБУ “НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний” СО РАМН.

Адрес: 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 23.