

УДК616.9-058.56-091:312.2(571.63)

Ю.В. Каминский, А.Г. Матвеев, М.В. Перезва

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ В КРАЕВОЙ БОЛЬНИЦЕ ГУФСИН РОССИИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевая больница ГУФСИН России по
Приморскому краю (г. Владивосток)

Ключевые слова: пенитенциарная медицина, инфекционные заболевания, смертность.

Достоверные сведения о статистике и структуре летальности в исправительных учреждениях РФ практически отсутствуют. Нам удалось обнаружить небольшое количество литературных источников, содержащих информацию о заболеваемости и летальности в местах лишения свободы. Все сведения по данному вопросу носят крайне разрозненный характер и не дают полного представления о состоянии здоровья заключенных и эффективности медицинской помощи. После получения официального разрешения на публикацию данных о летальности в ФГУ КБ ГУФСИН¹ России по Приморскому краю нами проведен анализ летальности за 1986-2005 гг.

За 20 лет неоднократно менялась организационная структура органов исполнения наказаний: первоначально они относились к Министерству внутренних дел, затем были переведены в подчинение Министерству юстиции РФ, а в 2005 г. реорганизованы в самостоятельную Федеральную службу исполнения наказаний. В системе пенитенциарных учреждений Российской Федерации на 1 июля 1998 г. находилось 742 исправительно-трудовых колонии, 61 воспитательно-трудовая колония, 413 тюрем и 191 следственный изолятор, в которых в общей сложности содержалось 1017814 человек [1]. В медицинских учреждениях уголовно-исправительной системы работают 8 тысяч врачей и 13 тысяч младших и средних медицинских работников. С 1986 по 2005 г. здесь было проведено 1095 аутопсий лиц, умерших ненасильственной смертью. В случаях насильственной смерти трупы вскрывались судебно-медицинскими экспертами. Представленный в настоящем исследовании материал не полностью отражает ситуацию на территории Приморского края, так как часть умерших вскрывалась в патолого-анатомических отделениях ЛПУ края. Вскрытия проведены в 100% случаев, что связано с процессуальными особенностями (закрытие уголовного дела возможно только на основании протокола вскрытия и врачебного свидетельства о смерти). На каждой аутопсии в обязательном порядке

присутствовали лечащие врачи, которые в 3-дневный срок обязаны были представить предварительное заключение о причине смерти заключенного в прокуратуру по надзору за исполнением наказаний.

Количество аутопсий по годам распределилось крайне неравномерно: от 14 вскрытий в 1988 г. до 138 в 1995 г. На отчетный период пришлось распад СССР и тяжелейший экономический кризис, что не могло не сказаться на состоянии системы здравоохранения в целом и медицинской службы исправительных учреждений. Пик летальности пришелся на 1995 и 1996 г.: 138 и 128 вскрытий соответственно (табл. 1). Этому факту есть простое объяснение. Именно в данный период резко снизилось финансирование, что сразу отразилось на обеспечении лекарственными препаратами, инструментарием и даже продуктами питания. Большое количество заключенных поступало в стационар в состоянии крайнего истощения. За 2 года (1995 и 1996) было проведено 266 аутопсий, и в 59 случаях (22%) в диагнозе фигурировала алиментарная дистрофия. По данному поводу прокуратурой по надзору за исполнением наказаний Приморского края было возбуждено уголовное дело. В дальнейшем финансирование исправительных учреждений и стационара несколько улучшилось,

Таблица 1
Распределение умерших в КБ ГУФСИН по годам

Год	Умершие		
	всего	мужчины	женщины
1986	44	40	4
1987	35	34	1
1988	14	14	–
1989	27	24	3
1990	20	17	3
1991	20	19	1
1992	36	35	1
1993	45	41	4
1994	55	52	3
1995	138	134	4
1996	128	120	8
1997	60	58	2
1998	62	58	4
1999	84	81	3
2000	53	53	–
2001	46	45	1
2002	45	43	2
2003	75	66	9
2004	50	48	2
2005	58	5	5

¹ Федеральное государственное учреждение «Краевая больница Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний».

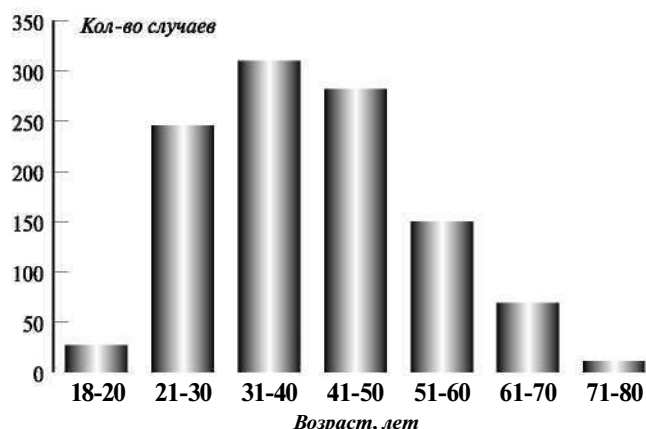


Рис. 1. Распределение умерших в КБ ГУФСИН по возрасту.

и показатели летальности стабилизировались. Резкое преобладание среди умерших мужчин (1035 наблюдений — 94,5%) связано с организацией службы исполнения наказаний на территории Приморского края: количество мужских исправительных учреждений значительно превышает количество женских. В 80-х и первой половине 90-х годов XX века в стационар на лечение поступали больные и из других регионов России, в настоящее время в основном это жители Приморского края.

Возрастной состав умерших за отчетный период также заметно отличался от такового в обычных лечебных учреждениях. Если в популяции средний возраст умерших колеблется в пределах 60–80 лет, по нашим данным, на указанную возрастную группу пришлось лишь 80 наблюдений (7,2%). Наибольшее количество вскрытий составили умершие в трудоспособном возрасте (30–50 лет) — 592 аутопсии (54%). Обращает на себя внимание большое количество аутопсий лиц молодого возраста (до 30 лет) — 273 наблюдения (25%, из них 27 случаев в возрасте до 20 лет). Молодой возраст умерших говорит о имеющихся погрешностях оказания медицинской помощи на различных ее этапах (рис. 1). При анализе историй болезней выяснилось, что пациенты часто переводились из исправительных учреждений в стационар в тяжелом, а иногда и агональном состоянии, когда оказание даже специализированной помощи было неэффективным. Таким образом, улучшение диагностики на ранних этапах может заметно снизить показатели летальности у заключенных молодого возраста, сократить количество хронических заболеваний и повысить эффективность проводимого лечения.

Структура основных причин смерти в местах лишения свободы тоже имела определенные особенности. Это зависит от особых условий содержания, возрастного и полового состава контингента. На первом месте с большим отрывом от других причин смерти на нашем материале находилась инфекционная патология (53% всех аутопсий), где преобладал туберкулез (518 случаев — 47%). Проблема туберкулеза всегда была самой актуальной для медицинской службы учреждений исполнения наказаний. Сами условия содержания за-

ключенных (однообразное неполноценное питание, скученность, стрессовые ситуации, высокая инфицированность микобактериями) являются благодатной средой для распространения туберкулезного процесса. Повсеместно в Российской пенитенциарной системе не соблюдаются санитарно-гигиенические нормы проживания осужденных. По данным общественных организаций, на 1 января 1998 г. в следственных изоляторах содержалось на 58,8% людей больше, чем положено по государственному стандарту. На 18–20 м² приходилось 38–40 человек, то есть 0,4 м² на человека [3]. По данным Федерального агентства новостей, в учреждениях уголовно-исправительной системы России насчитывается около 100 тысяч больных туберкулезом. В 1995 г. уровень заболеваемости туберкулезом на 100000 среди населения был 57,8, а в уголовно-исполнительной системе — 2481. Уровень смертности на 100 000 среди населения был 14,4, а в пенитенциарной системе — 201,54 [2]. Схожая эпидемиологическая ситуация сложилась на всем постсоветском пространстве. Например, в 1998 г. распространенность туберкулеза в пенитенциарной системе Грузии равнялась 5995 на 100000 заключенных [4].

При анализе историй болезней заключенных, умерших от туберкулеза, в значительном количестве случаев обнаружены записи об отказе больных от лечения и обследования, что вело к прогрессированию инфекционного процесса, развитию осложнений и в итоге — к летальному исходу. В последнее время отмечено некоторое снижение числа умерших от данной патологии (так, в середине 90-х годов прошлого века количество вскрытий с различными формами туберкулеза достигало 60% и более). Такое снижение связано не столько с улучшением качества диагностики и лечения, сколько с амнистией, во время которой было досрочно освобождено большое количество заключенных с открытыми формами туберкулеза, что отразилось на общей заболеваемости среди населения. Часть амнистированных через некоторое время вновь вернулась в места лишения свободы, другие проходили лечение и наблюдались в противотуберкулезных диспансерах по месту жительства.

Более 50% всех аутопсий были связаны с инфекционной патологией (табл. 2). Среди форм туберкулеза преобладали фиброзно-кавернозный — 201 случай, инфильтративный — 103 случая, а также казеозная пневмония — 62 случая (рис. 2, а, б). Непосредственными причинами смерти этих больных чаще всего были осложнения, связанные с каверной (спонтанный пневмоторакс, бронхиальные свищи, эмпиема плевры, легочное кровотечение), и вторичный амилоидоз. На втором месте среди инфекционных заболеваний находилась ВИЧ-инфекция. При этом первый случай аутопсии пациента с данной инфекцией был зарегистрирован в 2002 г. С тех пор отмечается увеличение количества подобных наблюдений: 2002 г. — 2, 2003 г. — 3, 2004 г. — 15, 2005 г. — 16. Непосредственными причинами смерти при ВИЧ-инфекции чаще

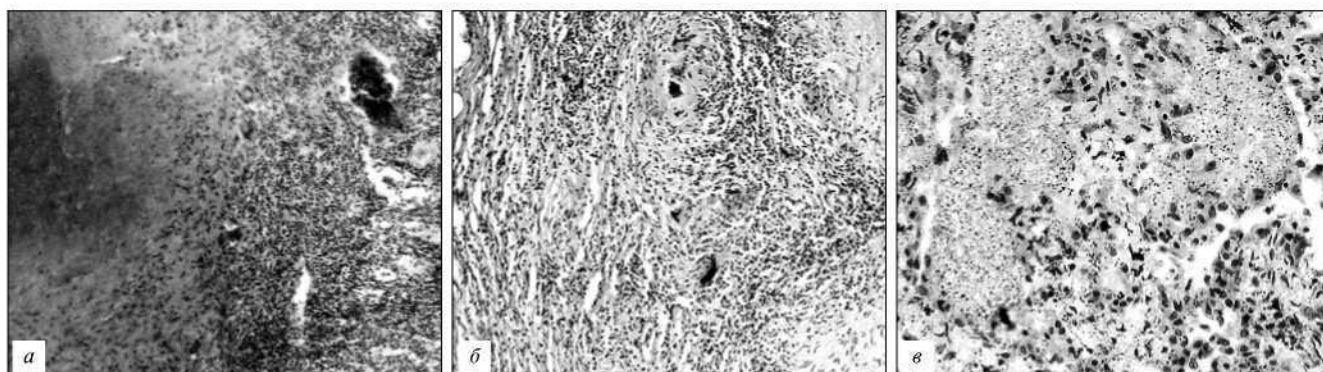


Рис. 2. Патоморфология аутопсийного материала.

а - мужчина 22 лет: казеозная пневмония; б - мужчина 23 лет: гематогенный туберкулез кишечника; в - мужчина 23 лет: ВИЧ-инфекция IVB ст., пневмоцистная пневмония. Окр. гематоксилином и эозином, хЮО — а, б, х200 — в.

всего были пневмоцистная пневмония (18), генерализованный криптококкоз (4), аспергиллез легких (3). Большинство больных с этой инфекцией — молодые люди до 30 лет, наркоманы с большим стажем (рис. 2, в). Все инфицированные были уроженцами Приморского края и проживали преимущественно в городах Находка и Уссурийск.

Далее в перечне заболеваний следовали новообразования, среди которых преобладали рак легкого (58 случаев), рак желудка (25 случаев) и рак толстого кишечника (16 случаев). Обращал на себя внимание факт, что на заболевания сердечно-сосудистой системы, которые в обычных стационарах являются самой частой причиной смерти, приходилось всего 9% аутопсий.

При сличении клинических и патолого-анатомических диагнозов в 114 случаях были выявлены расхождения, общая доля которых составила 10% (что соответствует среднероссийским показателям). Расхождения I категории зарегистрированы в 53% случаев (60 аутопсий), II категории — в 45% случаев (52 аутопсии), III категории — в 2% случаев (2 аутопсии).

Чаще всего причиной расхождений диагнозов была тяжесть состояния больных, кратковременность пребывания в стационаре, но в некоторых случаях регистрировалось недообследование больных и недооценка клинических данных. Расхождения III категории были связаны с неотложными состояниями (деструктивный аппендицит, перфоративная язва желудка).

Таким образом, структура заболеваемости и летальности в учреждениях пенитенциарной системы отличается рядом особенностей, которые требуют дальнейшего углубленного анализа и должны быть учтены соответствующей медицинской службой.

Литература

1. Актуальные проблемы борьбы с преступностью в регионах России / Под ред. А.В. Борбай. — М.: ВНИИ МВД РФ, 1998.
2. Алексеев А.И. Криминология и организация предупреждения преступлений. — М.: МВД РФ, 1998.
3. Алферов Ю.А. Международный пенитенциарный

Таблица 2

Структура аутопсий на базе КБ ГУФСИН по Приморскому краю с 1986 по 2005 гг.

Нозологические единицы (шифр МКБ-10)	Кол-во случаев	
	абс.	%
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00—B99)	587	53,4
в т.ч. туберкулез (A15—A19)	518	47,3
в т.ч. ВИЧ-инфекция (B20—B24)	36	3,6
в т.ч. вирусные гепатиты (B15—B19)	13	1,0
в т.ч. менингококковая инфекция (A39)	7	0,5
в т.ч. кишечные инфекции (A00—A09)	13	1,0
Новообразования (C00—D48)	187	17,0
Болезни органов пищеварения (K00—K93)	106	10,0
Болезни системы кровообращения (I00—I99)	99	9,0
Болезни органов дыхания (J00—J99)	75	7,0
Болезни мочеполовой системы (N00—N99)	33	3,0
Другие	8	0,6

опыт и его реализация в современных условиях. — Домодедово, 1999.

4. Зубков А.И. Пенитенциарные учреждения в системе министерства России: история и современность. — М.: Наука, 1999.

Поступила в редакцию 09.01.06.

STRUCTURE OF MORBIDITY AND MORTALITY IN REGIONAL HOSPITAL OF THE STATE FEDERAL PRISON SERVICE IN PRIMORSKY REGION OF RUSSIA
Yu. V. Kaminsky, A.G. Matveev, M. V. Perezva
Vladivostok State Medical University, Regional Hospital of the State Federal Prison Service in Primorsky Region of Russia (Vladivostok)

Summary — The analysis of morbidity and mortality in prison system of Primorsky Region in 1986—2005 is resulted. It is shown, that the structure of mortality among the prisoners differs much from the mortality in general population. The most part of died was at working age (30—50 years old). Among the causes of death the tuberculosis and other infectious diseases were registered more often.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 2, p. 64—66.