

## ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

И.Н. Бакшаев<sup>1,2</sup>, Е.Ю. Шкатова<sup>1</sup>, В.К. Гасников<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»,

<sup>2</sup>ФКУЗ «Медико-санитарная часть № 18 ФСИН России», г. Ижевск

*Бакшаев Илья Николаевич – e-mail: bakshaevigma@mail.ru*

В статье представлены данные о частоте и структуре госпитализированной заболеваемости болезнями системы кровообращения. Проанализировано обеспечение диагностического процесса для данных больных в пенитенциарных учреждениях Удмуртской Республики в 2011–2015 гг. Выявлено увеличение частоты госпитализации заключенных с БСК при снижении длительности пребывания больного с стационаре за счет пациентов с ИБС и АГ. В структуре госпитализированных снизилась доля лиц с высокими степенями хронической сердечной недостаточности. Диагностические мероприятия в пенитенциарных учреждениях максимально приближены к стандартам оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** пенитенциарная медицина, осужденные, госпитализированная заболеваемость, болезни системы кровообращения, объем медицинской помощи.

The article presents data on the frequency and structure of hospitalized morbidity of the circulatory system diseases. It is analyzed to ensure of the diagnostic process for these patients in the penal institutions of the Udmurt Republic in 2011–2015 years. An increase in the frequency of hospitalization of prisoners with the cardiovascular disease, with a decrease in the duration of stay of the patient to the hospital by patients with coronary artery disease and arterial hypertension. In the structure of hospitalized decreased the proportion of persons with high degrees of chronic heart failure. Diagnostic activities in prisons as close as possible to the standards of care.

**Key words:** penitentiary medicine, convicted, hospitalized morbidity, diseases of the circulatory system, the amount of medical care.

### Введение

Высокие показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности при болезнях системы кровообращения ставят борьбу с данной патологией на уровень государственной важности, а развитие кардиологической помощи – приоритетной задачей здравоохранения. В современных условиях, независимо от уровней управления здравоохранением, требуется рациональное использование ресурсов системы здравоохранения [1].

Сердечно-сосудистая патология у населения России превысила в структуре смертности 55,0%, общей заболеваемости – 16,2%, причин выхода на инвалидность – 48,8%. Важнейшей задачей медицинской науки является обоснование путей развития здравоохранения, без которых невозможно рациональное медицинское, социальное и демографическое развитие в обществе [2, 3]. Всестороннее изучение медико-демографических показателей, касающихся болезней системы кровообращения, позволяет с определенной точностью научно обосновать потребность в необходимых объемах медицинской помощи, требуемой для населения [4, 5, 6].

Эффективность функционирования системы здравоохранения определяется эффективностью использования её ресурсов. Дефекты организации планирования медицинской помощи характеризуются избыточным количеством ресурсов либо несоответствием между возможностями системы здравоохранения и недополучаемыми ресурсами, необходимыми для ее должного функционирования. Основными принципами формирования нормативов ресурсного обеспечения медицинской помощи являются:

противозатратный характер, предсказуемость затрат, эффективное использование ресурсов [7, 8].

**Цель исследования:** провести анализ диагностического обеспечения заключенных на стационарном этапе с болезнями системы кровообращения с учетом уровня госпитализации в пенитенциарные учреждения Удмуртской Республики (УР).

### Материал и методы

Информация о структуре госпитализированной заболеваемости кардиологического профиля, сопутствующей патологии и диагностическом обеспечении пациентов с данной патологией собиралась методом непрерывного ретроспективного наблюдения при выкопировке данных из статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у-02) и медицинских карт стационарного больного (форма 003/у). Проанализировано 567 медицинских карт стационарных больных. Все пациенты получали лечение в терапевтическом отделении больницы медико-санитарной части № 18 ФСИН России (ФКУЗ МСЧ-18 ФСИН России) в 2011–2015 гг. В исследование включены все случаи госпитализации в терапевтическое отделение больницы, причиной которых становились болезни системы кровообращения (БСК).

После сбора, проверки, группировки и сводки материала проведена его статистическая обработка: использовали расчеты экстенсивных и интенсивных, ошибки репрезентативности показателей. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.0. В работе применены методы логического и статистического анализа, анализа наблюдений, выкопировки данных.

### Результаты исследования

За период 2010–2015 гг. число госпитализаций по поводу болезней системы кровообращения (БСК) в терапевтическое отделение больницы ФКУЗ МСЧ-18 ФСИН России составило 567 случаев, в среднем –  $113,4 \pm 5,4$  случая в год. Из числа прошедших стационарное лечение с БСК мужчин было  $95,2 \pm 0,9\%$ , женщины –  $4,8 \pm 0,2\%$ , средний возраст составил  $48,3 \pm 0,4$  года (от 19 до 80 лет). Госпитализированных по экстренным показаниям было  $4,8 \pm 0,2\%$ , инвалидов – 22,1%, из них 24,8% – инвалиды второй, 75,2% – инвалиды третьей группы.

Средний уровень госпитализации по классу БСК за пятилетний период составил  $12,1 \pm 1,0$  случай на 1000 заключенных, при росте на  $43,4 \pm 2,1\%$  (с 10,6 до 15,2 на 1000 человек). Отказались от госпитализации  $2,1 \pm 0,2\%$  пациентов.

Средняя длительность лечения больного в стационаре с болезнями системы кровообращения снизилась на 6,1 дня – с 34,6 до 28,5 дня (средний показатель за пятилетний период составил  $27,8 \pm 2,0$  дня). Снижение данного показателя достигнуто в первую очередь за счет больных, характеризующихся повышенным кровяным давлением, в меньшей степени – ишемической болезни сердца (ИБС) (таблица).

В структуре госпитализированных с БСК преобладала ишемическая болезнь сердца (рис.) со снижением её доли за пятилетний период с 48,2 до 37,7% от общего числа пролеченных с БСК. Среди них доля лиц с изолированной ИБС составила 30,0%, при сочетании ИБС с артериальной гипертензией (АГ) – 70,0%. Третью степень АГ, сочетанной с ИБС, имели 74,3% пациентов, вторую и третью – 25,1% и 0,5% соответственно. Первую степень недостаточности кровообращения (Н<sub>I</sub>) имели 63,6% больных, Н<sub>IIA</sub> и Н<sub>IIБ</sub> степень диагностирована у 33,7% и 2,1% соответственно, Н<sub>III</sub> – у 0,5% пациентов.

Второе место в структуре госпитализированных с БСК заняли больные с изолированной АГ ( $39,7 \pm 2,1\%$ ), доля которых за период наблюдения увеличилась с 33,3 до 50,8%. Первую степень гипертензии имели 3,4%, вторую – 15,5%, третью – 53,8% пациентов. Большинство из них (59,1%) имели первую степень недостаточности кровообращения, Н<sub>IIA</sub> – 8,0%, Н<sub>IIБ</sub> – 4,9%, Н<sub>III</sub> – 0,4%, не имели хронической сердечной недостаточности 26,7%.

На третьем месте в структуре класса БСК стояли прочие заболевания ( $13,2 \pm 1,4\%$ ), в т. ч. 5,8% имели врожденные

(ВПС), 4,1% – приобретенные пороки сердца (ППС), 2,7% – прочие нозологии. Основное заболевание осложнялось развитием дилатационной кардиомиопатии в 16,0% случаев. Из них недостаточность кровообращения первой степени имели 46,7% больных, Н<sub>IIA</sub> и Н<sub>IIБ</sub> – 24,0% и 6,7% соответственно, Н<sub>III</sub> – 1,3%, без нарушений кровообращения было 21,3% обследованных.

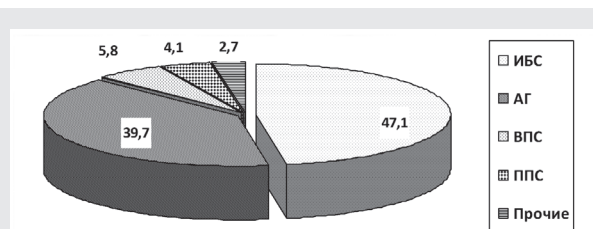
Диагностические мероприятия, проведенные пациентам с болезнями системы кровообращения, включали физикальные, лабораторные (общеклинические, биохимические анализы), функциональные, лучевые методы диагностики, а также консультации врачей-специалистов. Расчет частоты проведенных исследований и консультаций проводился на 100 пролеченных больных с БСК.

Клинический минимум (общий анализ крови, мочи, кала) назначался всем пациентам. Однако, если анализ крови и мочи сдавали практически все пациенты (99,8% и 98,2% больных соответственно), то анализ кала – лишь 77,8%, что связано с особенностями криминальной субкультуры заключенных-пациентов. Наблюдалось ежегодное снижение приверженности к выполнению врачебных назначений – за пять лет с 84,2 до 69,7%. Общепатристический биохимический анализ включал в себя исследование функции печени (АлАТ, АсАТ), почек (креатинин, мочевины), липидного и углеводного обмена (холестерин, триглицериды, сахар крови). Дополнительно по показаниям назначались исследования электролитного баланса (уровень калия, натрия крови), свертывающей системы крови (фибриноген, АЧТВ, ПТИ, протромбин), уровня общего белка и альбуминов, а также другие специфические исследования (ЛДГ, КФК-МВ + тропонины). Исследование уровня АлАТ и АсАТ проведено у 94,5% и 94,9% пациентов, соответственно, уровня креатинина крови – у 85,7%, мочевины – у 78,1% больных. Отмечается повышение частоты назначения исследований функции почек: креатинина с 72,8 до 94,3%, мочевины с 48,2 до 94,3%. Исследование глюкозы, холестерина, триглицеридов крови проводилось у 91,9%, 75,7% и 64,2% пациентов соответственно. Отмечено увеличение доли обследованных на уровень глюкозы с 83,3 до 97,5% и триглицеридов крови с 78,1 до 91,0%. Электролитный баланс изучался у трети пациентов (уровень калия – у  $30,0 \pm 1,9\%$ , натрия крови – у  $30,3 \pm 1,9\%$ ), при снижении частоты назначений данных методов исследования с 42,1 до 14,8% и с 43,0 до 15,6% соответственно. Белково-синтетическая функция печени (общий белок и альбумины крови) исследовалась в среднем у  $42,3 \pm 2,1\%$  больных и за пятилетний период частота её оценки возросла с 17,5 до 50,0%.

### ТАБЛИЦА.

*Средняя длительность лечения больного в стационаре в связи с болезнями системы кровообращения в зависимости от нозологической формы, дни*

Симптомы фаз СЭВ	Годы		Разница показателя
	2011	2015	
Ишемические болезни сердца, в т. ч.	38,5	34,7	- 9,9%
с изолированным течением	40,7	38,2	- 6,1%
в сочетании с повышенным кровяным давлением	37,4	33,4	- 10,7%
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (изолированное течение)	29,7	22,7	- 23,6%
Другие болезни системы кровообращения	33,3	33,4	- 0,3%



**РИС.**  
Нозологическая структура госпитализации заключенных с БСК в 2011–2015 гг. на 100 пролеченных больных.

Свертывающую систему крови (уровень фибриногена и АЧТВ+ПТИ) изучали у 33,0% и 26,6% пациентов, соответственно. Частота назначений данных методов исследования снизилась с 42,1 до 31,1% и с 32,5 до 25,4% соответственно. Такие специфические биохимические исследования крови, как ЛДГ и КФК-МВ + тропонины, назначались в среднем 4,4±0,2% и 7,2±0,2% пациентов (при снижении доли обследованных с 10,5 до 4,9%). Проба Реберга назначалась 2,1%, анализ мочи по Зимницкому – 2,5% больных.

Функциональные методы исследования включали в себя проведение электрокардиографии (ЭКГ), холтеровского мониторирования (холтер-ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ). Если частота проведения ЭКГ остается высокой (95,1%), то охват такими диагностическими методами, как велоэргометрия (ВЭМ) и Холтер-ЭКГ, снизилась с 23,7 до 4,9% и с 28,1 до 18,9% обследований. Лучевые методы диагностики использовались в среднем у двух третей пациентов и включали проведение: эхокардиографии – у 70,4%, рентгенографии органов грудной клетки – у 87,5%, ультразвукового исследования (УЗИ) внутренних органов – у 71,4% больных. Отмечается увеличение охвата ультразвуковым исследованием внутренних органов с 64,9 до 81,1%.

За период наблюдения выявлено снижение частоты консультаций, проведенных врачом-неврологом, с 42,1 до 24,6%, хирургом – с 47,4 до 25,4%, кардиологом – с 22,8 до 9,8%. В то же время частота консультаций офтальмолога, эндокринолога, ревматолога в течение пятилетнего периода осталась на прежнем уровне (в среднем охват составил 31,0±1,9%, 5,8±0,2% и 3,5±0,2% соответственно).

### Обсуждение

Рост уровня госпитализации лиц с БСК, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС), связываем с увеличением распространенности болезней системы кровообращения среди заключенных. Увеличение частоты госпитализации подследственных свидетельствует о росте распространенности болезней системы кровообращения в стадии обострения заболевания или декомпенсации среди поступающих в следственные изоляторы. Особенностью функционирования медицинской службы УИС является централизация материально-технической базы в стационарных учреждениях, в т. ч. для диагностики болезней системы кровообращения. Госпитализация в пенитенциарные учреждения осуществляется не только в связи с обострением основного заболевания, но и с диагностической целью. Именно данный факт определяет рост уровня госпитализации лиц с БСК и свидетельствует об усилении диагностического поиска среди данной группы лиц.

Снижение среднего числа дней пребывания в стационаре кардиологических больных связано как с повышением эффективности лечения, так и с улучшением оснащения учреждения современным диагностическим оборудованием (холтер-ЭКГ, аппарат УЗИ, лабораторное оборудование). Снижение количества лиц, госпитализированных в экстренном порядке, свидетельствует, с одной стороны, о своевременности плановой госпитализации кардиологических больных, с другой – об эффективности вторичной профилактики болезней системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях.

Достигнутый объем диагностических мероприятий в терапевтическом отделении больницы позволяет выполнить стандарты оказания медицинской помощи. Обращает на себя внимание ежегодное снижение приверженности пациентов к врачебным назначениям (копрологическое исследование), что в первую очередь связано с криминальной субкультурой пенитенциарных больных. Снижение назначения контроля электролитного баланса наблюдается ввиду уменьшения числа пациентов с высокими степенями ХСН и редкого назначения диуретической терапии. Уменьшение потребности в исследовании показателей свертывающей системы крови связано со снижением числа пациентов со стабильной стенокардией напряжения и стойким нарушением ритма.

Потребность в назначении маркеров острого инфаркта миокарда и велоэргометрии уменьшилась из-за снижения первичной заболеваемости ИБС в пенитенциарных учреждениях и поступления в учреждения лиц с подтвержденным диагнозом. Увеличение частоты проведения УЗИ органов и биохимических методов исследования крови связываем с выполнением в УИС стандартов оказания медицинской помощи.

### Выводы

1. Уровень госпитализации пациентов с болезнями системы кровообращения в пенитенциарных учреждениях за пятилетний период составил 12,1±1,0 случая на 1000 заключенных. Среди госпитализированных снижается доля лиц, имеющих высокие степени недостаточности кровообращения.

2. Отмечено снижение длительности пребывания больного с стационаре на 6,1 дня на фоне достаточного обеспечения больницы диагностической аппаратурой.

3. Диагностические мероприятия в пенитенциарных учреждениях в современных условиях максимально приближены к стандартам оказания медицинской помощи, а динамика числа дополнительных методов исследования соответствует изменению структуры и числа госпитализированных больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Куц О.В., Артамонова Г.В., Барбараш Л.С. Социальная эффективность инновационных технологий оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в кемеровской области. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 41. № 1. С. 9.

*Kushch O.V., Artamonova G.V., Barbarash L.S. Sotsial'naya effektivnost' innovatsionnykh tekhnologiy okazaniya meditsinskoy pomoshchi pri boleznyakh sistemy krovoobrashcheniya v kemerovskoy oblasti. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2015. T. 41. № 1. S. 9.*

2. Алексеев М.А. Госпитализированная заболеваемость, особенности смертности от сосудистых заболеваний головного мозга трудоспособного населения мегаполиса и разработка организационных мероприятий по их снижению. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 45. № 5. С. 8.

*Alekseev M.A. Gospitalizirovannaya zabolevaemost', osobennosti smertnosti ot sosudistykh zabolevaniy golovnogo mozga trudospobnogo naseleniya megapolisa i razrabotka organizatsionnykh meropriyatiy po ikh snizheniyu. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2015. T. 45. № 5. S. 8.*

3. Гасников В.К., Савельев В.Н., Стрелков Н.С. Многолетний опыт совершенствования методологического и информационно-аналитического обеспечения управления региональным здравоохранением. Медицинский альманах. 2008. № 4. С. 11–14.

*Gasnikov V.K., Savel'ev V.N., Strelkov N.S. Mnogoletniy opyt sovershenstvovaniya metodologicheskogo i informatsionno-analiticheskogo obespecheniya upravleniya regional'nym zdruvookhraneniem. Meditsinskiy al'manakh. 2008. № 4. S. 11–14.*

4. Поляков К.В., Бондарь В.Ю., Зайцева Т.В. Некоторые аспекты организации специализированной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Дальневосточный медицинский журнал. 2010. № 3. С. 142–146.

*Polyakov K.V., Bondar' V.Yu., Zaytseva T.V. Nekotorye aspekty organizatsii spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi pri serdechno-sosudistykh zabolevaniyakh. Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal. 2010. № 3. S. 142–146.*

5. Сабгайда Т.П., Протасова Н.П., Артюхов И.П. Адаптация расчета daly для анализа потерь здоровья населения вследствие сердечно-сосудистых болезней, не приводящих к смертельному исходу. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 41. № 1. С. 19.

*Sabgayda T.P., Protasova N.P., Artyukhov I.P. Adaptatsiya rascheta daly dlya analiza poter' zdorov'ya naseleniya vsledstvie serdechno-sosudistykh bolezney, ne privodyashchikh k smertel'nomu iskhodu. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2015. T. 41. № 1. S. 19.*

6. Шкатова Е.Ю., Бакшаев И.Н., Королькова Г.С. Гендерные особенности факторов риска и клинического течения артериальной гипертензии. Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 4. С. 542–547.

*Shkatova E.Yu., Bakshaev I.N., Korol'kova G.S. Gendernye osobennosti faktorov riska i klinicheskogo techeniya arterial'noy gipertenzii. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 2015. T. 11. № 4. S. 542–547.*

7. Мартынич С.А., Соколова О.В., Потемкин Е.Л. Формирование системы клинко-статистических групп для оплаты законченного случая стационарной помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга. Социальные аспекты здоровья населения. 2014. Т. 40. № 6. 12 с.

*Martynchik S.A., Sokolova O.V., Potemkin E.L. Formirovanie sistemy kliniko-statisticheskikh grupp dlya oplaty zakonchennogo sluchaya stacionarnoy pomoshchi pri sosudistykh zabolevaniyakh golovnoy mozga. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2014. T. 40. № 6. 12 s.*

8. Шкатова Е.Ю., Бакшаев И.Н., Логинова С.Г. К обоснованию лекарственного обеспечения пациентов с артериальной гипертензией, сочетанной с ишемической болезнью сердца. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2016. № 1. С. 81–84.

*Shkatova E.Yu., Bakshaev I.N., Loginova S.G. K obosnovaniyu lekarstvennogo obespecheniya patsientov s arterial'noy gipertoniey, sochetannoy s ishemicheskoy boleznyu serdtsa. Zdorov'e, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov. 2016. № 1. S. 81–84.*



УДК: 159.923:616.132.2

Код специальности ВАК: 14.02.03; 14.01.05

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТИПА ЛИЧНОСТИ Δ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ И У ЛИЦ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ОБЗОР)

Ю.В. Залесская,

Национальный центр кардиологии и терапии им. акад. М. Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек

*Залесская Юлиана Владимировна – e-mail: jzaleskaya@gmail.com*

В настоящее время тип личности Δ признан одним из значимых психо-социальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В статье приведена характеристика лиц с типом личности Δ в социальной среде. Представлены современные данные о его негативном влиянии на ментальный и физический компоненты статуса здоровья, аспекты трудовой деятельности в общей популяции. Тип личности Δ рассмотрен как предиктор неблагоприятного течения и прогноза у лиц с коронарной болезнью сердца. Показана необходимость своевременного выявления личностного типа Δ и разработки программ интервенции как в общей популяции, так и у больных с коронарной болезнью сердца.

**Ключевые слова:** тип личности Δ, статус здоровья, общая популяция, коронарная болезнь сердца.

Currently type D personality is accepted as one of the psycho-social risk factors of cardiovascular diseases. In the article the description of persons with type D personality in social environment is presented. Current data about its negative influencing on mental and physical health status components, work activity aspects in the general population are adduced. Type D personality is scoped as a predictor of adverse course and prognosis in persons with coronary heart disease. There is shown the necessity of type D personality timely detection and elaboration of interventional programs in the general population and in patients with coronary heart disease.

**Key words:** type D personality, health status, general population, coronary heart disease.

В рамках сердечно-сосудистой патологии в последнее десятилетие стали активно изучаться психо-социальные факторы риска, среди которых выделена относительно новая личностная конструкция – тип личности Д, встречающаяся как у относительно здоровых лиц в общей популяции, так и у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ассоциирующаяся с увеличением заболеваемости и смертности. Ранее представленные материалы по типу Д фокусировались на общих моментах у лиц с заболеваниями сердца и сосудов [1]. В данной работе обобщены ос-

новные вопросы, характеризующие тип личности Д как медико-социальную проблему, связанную с жизнью и взаимоотношениями людей в обществе.

### 1. Проявления типа личности Д в социальной среде.

В отличие от других психо-социальных факторов риска (тревога, депрессия), являющихся патологическими состояниями, тип личности Д представляет собой нормальный тип реагирования личности, не изменяющийся с течением времени. В клинической практике тип Д идентифицируется с помощью анкеты DS-14 и характеризуется