



Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения

Под ред.
Кононца А.С. и Бобрика А.В.

Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения

Под редакцией
Кононца А.С. и Бобрика А.В.

УДК 343.828:614.2
ББК 67.409.13
А43

Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения. Под ред.
А43 Кононца А.С. и Бобрика А.В. — М.: Акварель, 2011. — 120 с.
ISBN 978-5-904787-15-8

Данная публикация является переизданием документа, впервые подготовленного в 2004 году группой экспертов по пенитенциарному здравоохранению. Хотя в последние годы российская служба исполнения наказаний подвергается быстрой и значительной трансформации, данный документ продолжает сохранять большую актуальность, так как дает обобщающую картину по ключевым проблемам организации медицинской помощи и охраны здоровья в местах лишения свободы, т.е. в той области, где доступная и достоверная информация является фрагментарной, что затрудняет реалистичную оценку ситуации и оставляет много места для спекуляций.

Этот тематический сборник статей может быть полезен медицинским работникам, работающим в пенитенциарных учреждениях, специалистам общественного здравоохранения и лицам, принимающим решения, для разработки мероприятий по уменьшению потерь здоровья населения в исправительных учреждениях.

УДК 343.828:614.2
ББК 67.409.13

ISBN 978-5-904787-15-8

© ОИЗ, 2011

Список сокращений	6
Предисловие	7
Глава 1. Из истории организации медицинской помощи в местах лишения свободы	8
Глава 2. Общественное здравоохранение и пенитенциарные учреждения	14
1. Социально-демографическая характеристика заключенных	14
2. Условия содержания	15
2.1. Помещения	16
2.2. Личная гигиена	18
2.3. Одежда, обувь и спальные принадлежности	18
2.4. Питание	18
3. Микросоциальная среда и окружение	20
4. Состояние здоровья заключенных	21
4.1. Заболеваемость	21
4.1.1. Психические заболевания	22
4.1.2. Самоповреждения	23
4.1.3. Инфекционные заболевания	23
4.1.3.1. Воздушно-капельные инфекции	23
4.1.3.2. ИППП и гемоконтактные инфекции	25
4.1.3.3. Инфекции кожи	30
4.1.3.4. Кишечные инфекции	30
4.2. Смертность	31
4.3. Особенности состояния здоровья в различных пенитенциарных учреждениях	34
4.4. Особенности анализа показателей здоровья заключенных	35
5. Особые группы заключенных	37
5.1. Женщины	37
5.2. Несовершеннолетние	38
5.3. Пожилые и старшие	39
5.4. Инвалиды	40
5.5. Этнические меньшинства и иностранцы	40
6. Взаимосвязь со здоровьем общества	41
7. Приоритеты охраны здоровья в учреждениях УИС РФ	42

Глава 3. Психические заболевания и наркомания в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации	45
---	-----------

Глава 4. Особенности санитарно- противоэпидемических мероприятий в пенитенциарных учреждениях МЮ РФ	52
--	-----------

1. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в учреждениях уголовно-исполнительной системы России	52
2. Общие принципы организации санитарно- противоэпидемических (профилактических) мероприятий в учреждениях УИС	54
3. Особенности организации санитарно- противоэпидемических (профилактических) мероприятий при отдельных инфекционных заболеваниях	64
3.1. Острые кишечные инфекции	64
3.1.1. Организация санитарно-противоэпидемических мероприятий при эпидемической вспышке острого кишечного заболевания	68
3.2. Педикулез	70
3.3. Дифтерия	72
3.4. Менингококковая инфекция	73
3.5. Корь	74
3.6. Особо опасные инфекции	74
3.7. Клещевой энцефалит	75
3.8. Вирусный гепатит В	76
3.9. ВИЧ-инфекция	76
4. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при перевозках	78
5. Иммунопрофилактика	80
6. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация	83

Глава 5. Туберкулез в пенитенциарных учреждениях	85
---	-----------

1. Стратегический подход	86
2. Выявление заболевания	87
3. Контроль за приемом препаратов и приверженность больных	88
4. Принципы лечения	89
5. Побочные эффекты терапии	92
6. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью	93
7. Профилактическое лечение ТБ	95

8. Инфекционный контроль	95
9. Проблемы и рекомендации по контролю ТБ в учреждениях УИС РФ	97
Глава 6. Состояние здоровья детей, содержащихся в домах ребенка исправительных учреждений	99
Глава 7. Реализация конституционных гарантий медицинской помощи в уголовно-исполнительной системе России	103
Литература	106

Список сокращений

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГУИН	Главное управление исполнения наказаний
ИК	Исправительная колония
ИУ	Исправительное учреждение
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛИУ	Лечебное исправительное учреждение
МЗ	Министерство здравоохранения
МСП	Минимальные стандартные правила
МХГ	Московская Хельсинская группа
МЮ	Министерство Юстиции
ОИЗ	Открытый Институт Здоровья
ОКИ	Острая кишечная инфекция
ООН	Организация Объединенных Наций
ОРВИ	Острые респираторные вирусные инфекции
РФ	Российская Федерация
СССР	Союз Советских Социалистических Республик
СИЗО	Следственный изолятор
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
США	Соединенные Штаты Америки
УИС	Уголовно-исполнительная система
ФЗ	Федеральный закон
ФСИН	Федеральная служба исполнения наказаний
ЦГСЭН	Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Данная публикация является переизданием документа, впервые подготовленного в 2004 году группой экспертов по пенитенциарному здравоохранению. Хотя в последние годы российская служба исполнения наказаний подвергается быстрой и значительной трансформации, данный документ продолжает сохранять большую актуальность, так как дает обобщающую картину по ключевым проблемам организации медицинской помощи и охраны здоровья в местах лишения свободы, т.е. в той области, где доступная и достоверная информация является фрагментарной, что затрудняет реалистичную оценку ситуации и оставляет много места для спекуляций.

Этот тематический сборник статей может быть полезен медицинским работникам, работающим в пенитенциарных учреждениях, специалистам общественного здравоохранения и лицам, принимающим решения, для разработки мероприятий по уменьшению потерь здоровья населения в исправительных учреждениях.

Глава 1. ИЗ ИСТОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

*Плюсов В. Н.,
начальник отдела организации и планирования работы
медицинского управления ФСИН РФ*

Трудно найти какую-либо другую отрасль наших знаний, менее изученную, нежели история тюремной медицины в России, хотя началась она почти четыре века назад и представляет немалый интерес для работников пенитенциарного дела. Этот вопрос важен еще и потому, что условия жизни заключенных в местах лишения свободы и состояние оказания им медицинской помощи во все времена являлись объективным мерилем гуманности и прогрессивности общества.

История сохранила нам немного имен замечательных людей, посвятивших свою жизнь борьбе за облегчение участи людей, находящихся за тюремными стенами. Рядом с именем английского исследователя Джона Говарда (1726—1790 гг.), являющегося фактически основоположником пенитенциарной науки, в этом ряду можно с гордостью назвать имя великого тюремного врача Федора Петровича Гааза, который работал в Санкт-Петербурге и много сделал для облегчения условий жизни русских арестантов. По свидетельству современников: «Всякое страдание, всякая просьба, доходившая до него, встречала живой отклик в его отзывчивой душе, и каких бы это ни стоило хлопот, он всеми силами стремился облегчить и удовлетворить их».

Уже в наши годы заслуженным деятелем науки профессором М.Н. Гарнетом была завершена многолетняя научно-исследовательская работа по истории тюрем дореволюционной России. Наряду с ранее изданными работами С.В. Позднышева, Н.Ф. Лучинского, И.Я. Фойницкого и др. труд М.Н. Гарнета является капитальным пособием по этому вопросу.

Традиционно в Российской Империи тюремные камеры в большинстве своем оборудовались в подземных или полуподвальных помещениях. Узкие и маленькие, они напоминали «каменные мешки», где процветали антисанитария, сырость, многочисленные болезни. Пищей заклю-

ченные обеспечивались недостаточно, перебивались во многих случаях подавляющими или другими случайными источниками ее получения. В тюрьмах того времени широко использовались физические пытки, телесные наказания и кандалы. Как следовало из одного донесения при царице Елизавете Петровне, «из содержащихся в полковом Полтавском Секвестре колодников, один с приключившейся ему от голода пухлости умре», а прочим колодникам, более 30, как говорилось в донесении, «по недостатку пищи то же следовать может».

Первым законодательным актом, предусматривающим необходимость «лечения больных арестантов», явилось издание в 1755 году «Учреждения об управлении губерниями». До наших дней дошел весьма любопытный документ, составленный в 1787 году Екатериной II в виде «Проекта об устройстве тюрем». Основной причиной, послужившей толчком к разработке этого документа, явилось посещение России Джоном Говардом в 1781 году. Побывав в тюрьмах, Джон Говард столкнулся с ужасными условиями, в которых находились русские арестанты. Чтобы развеять эту мрачную картину и успокоить общественное мнение, Екатерина II разработала указанный документ, который, к сожалению, так и не был оформлен государственным указом. Однако интересен сам факт его разработки и заложенные в нем идеи, не утратившие своего значения и по сей день. Екатерининский «Проект об устройстве тюрем» впервые предусматривал учет правил санитарии и гигиены при выборе места для постройки тюрем — «близ воды и на вольном воздухе», в нем уже определялся и размер помещений для арестантов, размеры печей и окон в тюремных зданиях. Двор тюрьмы предполагалось устилать камнем. Фактически в этом проекте уже закладывались основы тюремной архитектуры, нормы жилой площади, кубатуры, освещенности и т.д. Основное внимание в Проекте уделялось устройству тюремных больниц с койками, с тремя сменами белья на них, с больничными халатами и колпаками, ночными столиками при койках и колокольчиками при них для вызова медицинского персонала. Был даже разработан проект штатов тюремной больницы. Больницу должен был возглавлять доктор, которому устанавливался твердый оклад в размере 300 руб в год. В штат больницы входили также смотритель (надзиратель), лекарь, подлекарь, лекарские ученики, стража, «сидельники», «сидельницы» и др.

На протяжении всего XIX века положение в российских тюрьмах продолжало оставаться весьма тяжелым. Болезни, вшивость и грязь, высокая смертность, чахотка и цинга прочно вошли в тюремный быт. Количество заключенных все возрастало. Все это заставляло принимать меры для наведения хотя бы элементарного порядка в тюрьмах. В мае 1831 года была принята инструкция, в которой уже довольно подробно излагались основные правила тюремного распорядка. Наряду с другими вопросами в главе XI этой инструкции определялись и функции

больницы: 1. Общие положения, 2. Прием больных, 3. Лечение и содержание больных, 4. Выпуск выздоравливающих, 5. Инstrukция по различным должностям при больнице, 6. О пище. Несомненно, это было уже определенным сдвигом в сторону упорядочения организации лечения больных арестантов, возлагая на администрацию тюрем ответственность за состояние здоровья заключенных.

Тем не менее тюремных врачей и больниц не хватало, а там, где они и были, состояние больниц не укладывалось в какое-либо понятие о лечебном учреждении даже тогдашнего времени. Ф. М. Достоевский дает следующее описание тюремных больниц и состояния лечения в них: «...у двери, замкнутой железным болтом, стоял часовой с ружьем. Младший унтер-офицер из госпитального караула велел пропустить меня и я очутился в длинной и узкой комнате, по обеим продольным стенам которой стояли кровати, числом около двадцати двух... Кровати были деревянные, окрашенные зеленой краской, слишком знакомые всем и каждому на Руси; те самые кровати, которые по какому-то предопределению, никак не могут быть без клопов... В палате был чрезвычайно душливый, больничный запах. Воздух был заражен разными неприятными испарениями и запахом лекарств...». Одетый «халат был до последней степени грязный, но оценил я его вполне уже на месте... я заметил, что он уже давно возбуждал мое внимание своим сильным запахом; он успел уже на мне нагреться и пахнул все сильнее лекарствами, пластырями и как мне казалось, каким-то гноем, что не мудрено, т.к. он с незапамятных лет не сходил с плеч больных».

Переполнение тюрем и фактическое отсутствие санитарного надзора порождали большое количество больных, лечить которых было негде. Поэтому циркуляром от 5 ноября 1861 года было разрешено помещать больных заключенных и в гражданские лечебные учреждения. 27 февраля 1879 года в составе Министерства внутренних дел было организовано Главное тюремное управление, которое имело на местах местные органы управления тюрьмами. В 1887 году законом от 13 июля в Управление тюрьмами на местах, кроме других служб, были введены должности врачей и фельдшеров — то есть для медицинского обслуживания больных арестантов в тюрьмах уже имелся специальный аппарат. В циркуляре от 26 февраля 1910 года рекомендовалось в тюрьмах проводить дезинфекцию, уничтожение насекомых и т.д. Учитывая то, что цинга в течение многих десятков лет являлась одним из распространенных заболеваний в тюрьмах, в 1916 году появилось указание о введении в рацион заключенных достаточного количества овощей. Таким образом, на рубеже XIX—XX веков в Российской Империи были приняты законы, устанавливающие некоторый порядок в тюрьмах и ограничивающие произвол тюремной администрации по отношению к осужденным.

Однако в целом положение арестантов оставалось тяжелым, процветали повальные болезни. Туберкулез, цинга и тифы были неотъемлемой принадлежностью тюремного быта. Так, например, по сохранившейся статистике за 1885 год, в харьковских тюрьмах была большая заболеваемость цингой. В среднем в 1891–1896 гг. заболеваемость цингой среди арестантов в тюрьмах достигала 12%, а смертность — от 6 до 10 человек на 1000 тюремного населения. В Орловском каторжном центре в 1909 году на 1000 заключенных среднесуточного состава 100 человек болели туберкулезом. За 8 месяцев в нем только от чахотки умерло 60 человек.

После Октябрьской революции 1917 года организация медико-санитарного обеспечения осужденных возлагалась на различные ведомства, такие, как Наркомат здравоохранения, НКВД (Главное управление лагерей), Министерство внутренних дел. Основные принципы построения и деятельности медицинской службы для осужденных в это время разработаны в период ГУЛАГа. В последующем они дорабатывались, детализировались с учетом требования времени, но в существенной части дошли и до наших дней.

До 60-х годов двадцатого столетия медицинское обеспечение контингентов МВД организовывалось и осуществлялось медицинскими подразделениями и учреждениями, созданных при различных Главках, а оказание специализированной медицинской помощи — учреждениями органов здравоохранения. Ведомственная медицина МВД входила, как правило, в состав хозяйственных органов (медицинский отдел ХОЗУ министерств краев, областей). Так, наиболее крупный медицинский отдел входил в состав ХОЗУ МВД СССР, постепенно расширяясь путем поглощения и централизации медицинских функций и структур других Главков.

В сентябре 1969 года в структуре Центрального аппарата МВД был создан единый самостоятельный орган управления ведомственной медицины. Создание медицинского управления положило начало дальнейшему совершенствованию организационной структуры медицинского обеспечения (создание в ряде союзных республик, краев и областей медицинских управлений и отделов, вывод их из подчиненности хозорганов), то есть складывалась новая стратегия организации и развития единой медицинской службы ведомства. После создания медицинского управления произошел качественный и количественный рост ведомственного здравоохранения правоохранительных органов. Практически заново были созданы психопрофилактическая, психонаркологическая, противотуберкулезная виды помощи, значительно усилилась сеть учреждений санитарно-эпидемиологического надзора, военно-врачебная экспертиза. Была создана система профессионального психологического отбора в органы внутренних дел и внутренние войска МВД. Значительно

увеличилось количество видов специализированной медицинской помощи, повысилась оснащенность лечебно-профилактических учреждений новой медицинской техникой.

В 1998 г. уголовно-исполнительная система (УИС) передана из ведения МВД России в Министерство Юстиции Российской Федерации, в котором образовано Главное управление исполнения наказания (ГУИН). В этот период была утверждена и начала реализовываться Программа реформирования уголовно-исполнительной системы, охватывающая все направления ее деятельности, в том числе и организацию медицинского обеспечения лиц, содержащихся в следственных изоляторах, исправительных и воспитательных колониях.

Передача УИС в ведение Минюста совпала с периодом крайне тяжелого положения системы. Сметные ассигнования на ее содержание в том году были утверждены в размерах менее 50% от минимальной потребности. Фактическое финансирование из государственного бюджета составило только 28,5%, а на ведомственное здравоохранение были выделены средства в размере менее 10% от потребности. Начиная с 1999 г., то есть с начала фактического функционирования системы в составе Министерства Юстиции, положение с финансированием стало исправляться.

Переход в другое ведомство потребовал принятия крупномасштабных мер по формированию новых структур УИС, в том числе и медицинской службы. В ГУИН Минюста РФ было создано Медицинское управление. За короткий промежуток времени сформированы аппараты управления медицинской службой во всех территориальных органах УИС. Созданы санитарно-противоэпидемическая служба, являющаяся частью государственной системы санитарно-эпидемиологического надзора, а также служба военно-врачебной экспертизы. Кроме того, реформа УИС России позволила решить важную во всех отношениях проблему, связанную с закрытостью информации о состоянии здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных, заболеваемости этого контингента.

За прошедшее время функционирования медицинской службы ГУИН Минюста России в нормативном порядке решены вопросы организационно-штатного построения учреждений здравоохранения для лиц, содержащихся в учреждениях УИС, приняты меры по укреплению коечного фонда больниц для осужденных, в первую очередь больных туберкулезом. Организована и проводится в централизованном порядке планомерная работа по переоснащению лечебно-профилактических учреждений основными видами диагностического и лечебного оборудования. Осуществлены практические шаги по созданию и укреплению лабораторной базы для бактериологической диагностики туберкулеза.

Издан ряд нормативных документов, регламентирующих организацию медицинской помощи, санитарно-противоэпидемического обеспечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

В результате реформы государственного аппарата 2004 года Главное управление исполнения наказаний Министерства юстиции Российской Федерации реорганизовано в Федеральную службу исполнения наказаний (ФСИН России). Положением, утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 13 октября 2004 года, на нее возложено: «...медико-санитарное обеспечение осужденных и лиц, содержащихся под стражей, надзор за исполнением санитарного законодательства Российской Федерации, а также применение к осужденным мер медицинского характера и обязательного лечения». Реализация этих полномочий возлагается на медицинскую службу ФСИН России.

Глава 2. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПЕНИТЕНЦИАРНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Бобрик А. В.,
исполнительный директор, Открытый Институт Здоровья

1. Социально-демографическая характеристика заключенных

Во многих странах лица, находящиеся в местах лишения свободы, представляют собой значительную часть общей популяции, что обычно выражается относительным количеством заключенных на 100 тысяч населения. Кроме того, лица, содержащиеся в пенитенциарных учреждениях, нередко имеют специфические социально-демографические характеристики, которые выделяют их в особую целевую группу общественного здравоохранения. Во всем мире большинство заключенных — мужчины. Значительная часть этих людей происходит из социально незащищенных и маргинализированных социальных групп. Антисанитария, нездоровые условия и хаотичный образ жизни, неполноценное питание, отсутствие нормального доступа к медицинской помощи являются обычными для многих из них еще до заключения. Например, исследование среди лиц, поступающих во французские тюрьмы, выявило, что 56% из них не имели профессионального образования, 62% были безработными. Более половины не получали никакой медицинской помощи в период, предшествующий лишению свободы [1]. Около 60% заключенных США имеют менее 12 условных лет образования [2], что, согласно эпидемиологическим исследованиям, коррелирует с трехкратным увеличением смертности по сравнению с американцами, которые учились 12 и более лет [3]. Высокий уровень насилия также достаточно характерен для среды и окружения этих людей. Так, каждый четвертый человек, ожидающий суда в Чикаго, сообщал, что в течение жизни в него хотя бы один раз стреляли из огнестрельного оружия [4].

До конца 90-х годов Российская Федерация занимала первое место в мире по числу заключенных на душу населения, но широкомасштабная судебная реформа позволила в последние два года существенно снизить количество лиц, содержащихся в пенитенциарных

учреждениях, и пальма первенства перешла к США. В конце 2004 года в 1024 учреждениях ГУИН Минюста РФ содержалось 743 тысячи человек, что соответствует относительному показателю 550 на 100 тысяч населения [5, 6].

Вероятно, наиболее подробную социально-демографическую характеристику лиц в российских пенитенциарных учреждениях предоставляют материалы специальной переписи заключенных, последняя из которых проводилась в 1999 году [8, 9]. Среди заключенных в РФ мужчины составили более 90%, женщины и подростки примерно по 4–5%. Более 85% заключенных принадлежали к возрастным группам 20–49 лет, причем около 60% имели возраст до 30 лет.

Образовательный уровень заключенных составил в среднем около 10 условных лет обучения. Примерно 20% российских заключенных имели профессиональное или высшее образование, около 75% — среднее образование, 5% — не имели обязательного неполного среднего образования.

Более 90% лиц в российских пенитенциарных учреждениях были признаны полностью трудоспособными. Однако около 60% заключенных составили лица без определенных занятий, т.е. те, кто не работал, не учился и не имел определенного источника дохода в период, предшествующий аресту.

Значительная часть лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, имела очень слабые социальные связи и поддержку со свободы. Так, около 70% заключенных не состояли в браке к моменту ареста. Среди состоявших в браке заключенных более чем у 30% семьи распались в период лишения свободы. Почти половина заключенных не получали никакой помощи со свободы, т.е. посылок, передач, денежных переводов. От 50 до 80% лиц, находящихся в следственных изоляторах, за три месяца предшествующих переписи не имели ни одного свидания.

2. Условия содержания

Санитарные нормы, необходимые для поддержания здоровья заключенных, определены Минимальными стандартными правилами обращения с заключенными ООН (МСП). Этот основополагающий международный документ устанавливает минимальные нормативы площади, вентиляции, освещения и оборудования жилых, производственных, санитарных помещений в местах лишения свободы.

Положению российских заключенных посвящено множество публикаций, в большинстве из которых санитарные и бытовые условия в учреждениях УИС оцениваются как крайне неблагоприятные [10–14]. Однако лишь небольшое число работ проводят детальный анализ условий содержания. Данный обзор в значительной степени основывается на отчете Московской Хельсинской группы (МХГ), которая в 2002 году провела, вероятно, самое масштабное и всеобъемлющее общероссийское мониторинговое исследование положения российских заключенных [15]. Помимо анализа статистической и иной информации из официальных источников, интервьюирования сотрудников пенитенциарной системы и заключенных, в рамках данного исследования проведена систематическая оценка 117 мест заключения (41 СИЗО, 74 колонии и 2 тюрьмы). Что особенно важно, авторами исследования проводился сравнительный анализ на соответствие национального законодательства и реального положения российских заключенных основным международным нормам, в первую очередь МСП.

2.1. Помещения

Минимальная норма жилой площади установлена Федеральным законом «О ратификации Конвенции о защите прав человека и основных свобод и протоколов к ней» в 4 кв. м. на каждого заключенного под стражу. Однако санитарные нормы, установленные в УИС РФ уголовно-исполнительным законодательством (ст. 99 УИК РФ) и ведомственными актами санитарно-эпидемиологической службы, несколько иные:

- В исправительных колониях — 2 кв. м для мужчин, 3 кв. м для женщин
- В тюрьмах — 2,5 кв. м
- В лечебно-исправительных учреждениях — 3 кв. м
- В воспитательных колониях — 3,5 кв. м
- В лечебно-профилактических учреждениях — 5 кв. м

В реальности уже в течение многих лет эти нормативы не выдерживаются, особенно в следственных изоляторах (СИЗО). С одной стороны, это было связано с традиционно жесткой карательной политикой государства и практикой широкого применения лишения свободы, а с другой — с серьезным недофинансированием уголовно-исполнительной системы. Начиная с конца 1980-х годов финансирование УИС не превышало 60% ее реальных потребностей, а по некоторым статьям расходов — 20% [16]. В результате к середине 1990-х пенитенциарные учреждения оказались переполненными. В 2000 году в среднем по России на одного человека в СИЗО приходилось 1,7 кв. м, а в некоторых учреждениях —

0,5 кв. м [17]. Крайне сложной и болезненной проблемой является неудовлетворительное, нередко аварийное состояние многих зданий СИЗО и тюрем, половина из которых построена более 100 лет назад.

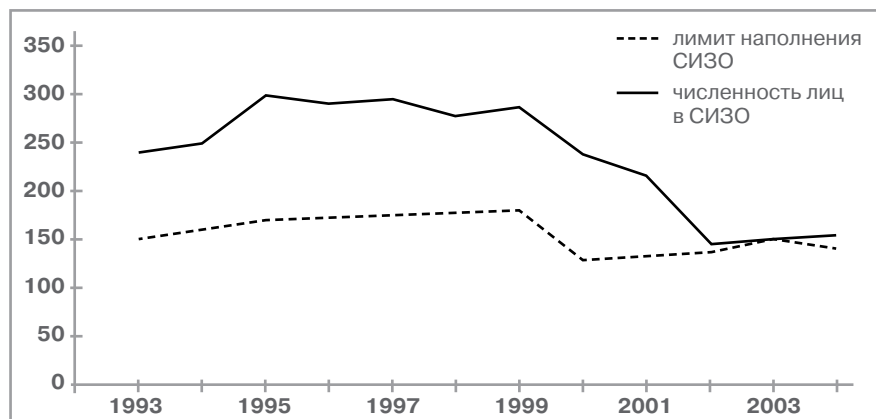
Различные исследователи отмечают неадекватную вентиляцию во многих учреждениях УИС [11, 12, 18], что нередко способствует духоте и высокой влажности в жилых помещениях.

В ряде работ указывается, что во многих местах заключения естественное и искусственное освещение является недостаточным. В некоторых СИЗО основным препятствием для естественного освещения является наличие на окнах плотных жалюзи, установленных для ограничения визуальной и иной связи с камерными помещениями.

Лица, содержащиеся в следственных изоляторах, имеют право лишь на ежедневную прогулку, что по оценке Московской Хельсинской группы противоречит МСП. В подавляющем большинстве исправительных колоний у осужденных есть возможность заниматься физическими упражнениями. Лишь в единичных колониях отсутствуют спортивные площадки и спортивный инвентарь.

В последние 2–3 года переполнение учреждений УИС значительно снизилось благодаря сокращению численности спецконтингента более чем на 200 тысяч человек и созданию новых 2,5 тысяч мест в следственных изоляторах. К концу 2004 года установленные лимиты наполнения были превышены лишь в 10 из 89 территорий Российской Федерации.

Рис. 1. Соотношение лимита наполнения и численности заключенных в следственных изоляторах РФ (тыс. человек)



Надежды на дальнейшее улучшение ситуации в ближайшие 5 лет связаны с планами УИС по дополнительному введению 46 тысяч мест в СИЗО, дальнейшему сокращению численности заключенных и расширению практики назначения наказаний, альтернативных лишению свободы [16].

2.2. Личная гигиена

По результатам мониторинга независимых экспертов в российских исправительных колониях, как правило, имеются закрытые санузлы, однако в ряде следственных изоляторов отсутствуют унитазы и другое сантехническое оборудование, которое до сих пор нередко заменяется альтернативными приспособлениями.

Практически во всех исправительных учреждениях имеются душевые установки и/или банные помещения. Однако в отдельных колониях существуют серьезные проблемы и перебои с водоснабжением вследствие плохого состояния водопровода и водонапорных сооружений. Во многих колониях в жилых помещениях отсутствует горячая вода. Из-за недостаточного финансирования заключенные нередко не обеспечиваются в достаточном количестве мылом и другими туалетными принадлежностями.

2.3. Одежда, обувь и спальные принадлежности

Российское уголовно-исполнительное законодательство обязывает администрацию исправительного учреждения обеспечивать заключенных спальным местом, постельными принадлежностями, а также одеждой, бельем и обувью по сезону, с учетом пола и климатических условий. Однако основные проблемы в этой сфере опять определяются нехваткой финансирования пенитенциарной системы, что по оценкам независимых наблюдателей нередко ведет к недостаточному вещевому снабжению колоний. По данным специальной переписи заключенных, в 1999 году 34,2% мужчин и 22,7% женщин в СИЗО не обеспечивались отдельным спальным местом [9]. В отчете Московской Хельсинской группы указывается, что и в 2002 году заключенные обеспечивались одеждой и спальными принадлежностями в лучшем случае на 70%, причем особенно сложная ситуация наблюдалась в некоторых следственных изоляторах.

2.4. Питание

Для всех мест лишения свободы российским законодательством определена достаточно гибкая система норм питания, которые рассчитаны по

пищевой ценности продуктов, дифференцированы по физиологическим потребностям заключенных и климатическим условиям [19]. Однако в отдельных работах адекватность действующих норм довольствия подвергается сомнению, по крайней мере в отношении определенных категорий осужденных [20, 21]. По результатам мониторинга, проведенного Московской Хельсинской группой, в 117 учреждениях УИС было установлено, что примерно в половине регионов существенных нареканий по качеству пищи, ее приготовлению, санитарному состоянию кухни и столовой не было. В то же время в ряде учреждений рацион питания был признан однообразным, с минимальным содержанием фруктов и овощей. Нормы по калорийности выдерживались за счет макаронных изделий и хлеба, а по содержанию белка — за счет соевых продуктов.

Финансирование, предусмотренное для содержания заключенного, не всегда достаточно для прямого обеспечения установленных норм питания и в большинстве исправительных учреждений эти проблемы решаются за счет подсобных хозяйств. Кроме того, заключенные имеют возможность улучшить и разнообразить свой рацион за счет посылок и передач со свободы, а также приобретая продукты в магазине учреждения. В целом большинство независимых экспертов отмечают, что в последние два года ситуация с питанием заключенных кардинально изменилась в лучшую сторону. Это подтверждается и снижением числа жалоб осужденных в правозащитные организации.

Питьевая вода в российских пенитенциарных учреждениях, как правило, свободно доступна, однако нередкой проблемой является недостаточное качество воды. Так, по данным Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора ГУИН МЮ, в 2002–2003 годах около 20% проб водопроводной воды не соответствовало санитарно-гигиеническим нормам по химическим показателям, а 17% — и по микробиологическим показателям.

В целом можно констатировать, что на сегодняшний день в отношении условий содержания российских заключенных существует достаточно взвешенная правовая база, которая в большинстве положений соответствует международным нормам. Однако гарантии государства по обеспечению условий в пенитенциарных учреждениях далеко не всегда подкреплены соответствующим финансированием, что на практике не позволяет обеспечить выполнение всех установленных норм. В сфере материально-бытового обеспечения осужденных, безусловно, имеются определенные факты злоупотребления и нарушения прав осужденных по вине администраций учреждений УИС, которые периодически регистрируются правозащитными организациями (ограничение времени, отводимого на мытьё заключенных, нерегулярная смена белья, ограничение доступа к физическим упражнениям и пр.). Однако абсолютное

большинство независимых экспертов свидетельствуют, что основные проблемы в обеспечении приемлемых социальных условий обусловлены именно недостаточным финансированием пенитенциарной системы. Следует также отметить значительные различия в условиях содержания, которые обеспечиваются в различных учреждениях. По оценке экспертов и признанию заключенных, во многих учреждениях УИС администрация предпринимает реальные и значительные усилия для улучшения социально-бытовых условий (ремонт помещений, оснащение санузлов, пошив одежды на собственном производстве, расширение рациона питания и пр.).

По оценке Московской Хельсинской группы, пока «руководство колоний не в состоянии создать условий, соответствующих требованиям российского законодательства и МСП. При этом существующие нарушения не могут быть в полной мере отнесены на счет администрации. В первую очередь сложившееся положение обусловлено скудностью государственного финансирования исправительных учреждений».

3. Микросоциальная среда и окружение

Арест и лишение свободы — это сильнейший стресс для большинства людей. Психическое перенапряжение связано с проведением следственно-судебных действий, необходимостью беспрекословного подчинения администрации и выполнения режима, особенностями и трудностями быта в камере, прекращением привычных связей с семьей и обществом. Процесс адаптации к новым условиям и новой социальной среде крайне сложен и протекает сугубо индивидуально, нередко ведет к эмоциональной подавленности, тяжелому и гнетущему состоянию у подследственных и осужденных [22–24].

По свидетельствам очевидцев и исследователей, во многих тюрьмах мира параллельно с официальной тюремной администрацией существует неформальная, но очень значимая социальная структура. Так, для многих отечественных пенитенциарных учреждений типична иерархия осужденных, которая включает привилегированную группу лидеров, нейтральную прослойку осужденных, низшую касту и лиц, сотрудничающих с администрацией [25–28]. Принадлежность к уровню внутренней иерархии или неформальному объединению (семья, землячество и пр.) нередко непосредственно влияет на здоровье и образ жизни заключенного. Например, лица, находящиеся внизу этой социальной лестницы, могут иметь худшие материально-бытовые условия и подвергаться притеснениям и насилию со стороны других заключенных.

Статистика о масштабе проблемы насилия, в том числе и сексуального, в пенитенциарных учреждениях не является надежной, и большинство экспертов полагает, что официальные данные преуменьшают число жертв. Оценочные данные различных исследований за рубежом свидетельствуют, что 0,5–10% заключенных мужчин подвергаются сексуальному насилию [29–32]. Имеется целый ряд причин, по которым мужчины реже, чем женщины, сообщают об изнасиловании, среди них — стыд, страх, чувство вины и предубеждения, основанные на мифах о мужской сексуальности. Имеющиеся исследования показывают, что мужчины-жертвы сексуального насилия часто страдают от ряда психологических последствий, иногда даже по прошествии многих лет. Среди них — чувство вины, гнев, тревога, депрессия, посттравматический стресс, сексуальная дисфункция, соматические жалобы, нарушения сна, попытки суицида [33].

Хотя это явление с трудом поддается количественной оценке, имеется множество свидетельств о том, что в структуре ценностей заключенных вопросы состояния здоровья могут занимать второстепенное место, что иногда ведет к утилитарному стремлению использовать медицинские программы лишь для получения определенных льгот. Авторы, изучавшие эту проблему еще в СССР, указывали, что в 1980-е годы в исправительно-трудовых колониях частота симулятивных проявлений составляла 1 случай на 35 обращений к врачу [26]. Имеются сообщения отечественных и зарубежных исследователей о попытках заключенных по самозаражению туберкулезом и затягиванию процесса лечения путем уклонения от приема препаратов. Таким образом, высокий уровень насилия, специфическая субкультура и внутренняя иерархия пенитенциарного учреждения помимо прямого влияния на состояние здоровья заключенных, нередко могут и существенно затруднять реализацию в тюрьмах лечебно-профилактических мероприятий [34].

4. Состояние здоровья заключенных

4.1. Заболеваемость

Во многих странах в местах лишения свободы отмечается высокая концентрация психических заболеваний, наркоманий и ряда инфекционных заболеваний. В 2004 году в структуре заболеваемости осужденных в УИС РФ ведущие места занимали болезни органов дыхания — 26,1% (ОРВИ, хронические неспецифические заболевания легких, пневмония и пр.); психические расстройства 18,9% (хронический алкоголизм, наркомании и пр.), инфекционные и паразитарные болезни — 16,0% (туберкулез, ИППП и пр.), болезни кожи и п/к клетчатки — 9,1% (чесотка, педикулез и пр.).

4.1.1. Психические заболевания

По данным многих исследований, в местах лишения свободы в избыточном количестве представлены лица с патологией психической сферы [37, 38, 39]. Каждому третьему осужденному Великобритании может быть поставлен диагноз психического заболевания [40]. Распространенность психозов среди лиц, ожидающих суда в Англии и Уэльсе, в 5 раз превышает аналогичный показатель для общего населения. 55% арестованных лиц имели показания для немедленного начала психиатрического лечения — большинству помощь могла быть оказана в условиях пенитенциарного учреждения, однако 9% нуждались в переводе в специализированный психиатрический стационар [41]. Угрожающие размеры принимает и проблема употребления нелегальных психоактивных веществ. В настоящее время пропорция наркозависимых заключенных в странах Евросоюза варьирует от 30% до 86%. При этом потребности заключенных в психиатрической и наркологической помощи намного превосходят возможности тюремных служб здравоохранения [42, 43].

Имеется несколько объяснений столь высокой распространенности психических заболеваний среди заключенных. С одной стороны, поведение, с высокой вероятностью приводящее к лишению свободы, может быть обусловлено некоторыми типами психопатологии. С другой стороны, существует корреляция между сокращением коечного фонда психиатрических стационаров и резким увеличением количества заключенных в последние несколько десятилетий [44]. По мнению ряда авторов, именно деинституциализация социально дезадаптированных людей привела к их массовому притоку в пенитенциарные учреждения. Это явление даже получило специальное определение: транс-институциализация [45]. Во многих странах мира тюрьмы теперь вынуждены выполнять изначально несвойственную им роль размещения и лечения психически больных людей, которые просто неспособны к адекватному функционированию в обществе. В ряде штатов США основной объем психиатрической помощи населению уже оказывается именно в пенитенциарных учреждениях [46].

Сходные тенденции наблюдаются и в России. Еще в 1980-х годах выборочные исследования свидетельствовали о том, что 50–60% осужденных в исправительно-трудовых учреждениях имеют различную психическую патологию [47, 48]. Ко второй половине 1990-х годов ситуация значительно усложнилась, особенно вследствие быстрого распространения в обществе употребления наркотиков. В 2003 году в учреждениях УИС РФ содержалось 86,5 тысяч человек с диагнозом наркомания, 60,7 тысяч с диагнозом алкоголизм и 120,8 тысяч человек с диагнозами других психических заболеваний.

4.1.2. Самоповреждения

Во всем мире для пенитенциарных учреждений характерен уникально высокий уровень аутоагрессии и самоповреждений. Обычно это связывается с широкой распространенностью психической патологии, а также с манипулятивными попытками заключенных, однако единого четкого объяснения данный феномен пока не имеет [49–51].

В российских исправительных учреждениях наиболее типичными проявлениями аутоагрессии являются: повреждение кожных покровов и легко доступных органов (порезы кожи, вскрытие вен), проглатывание инородных тел, переломы конечностей, вбивание/введение острых предметов в стопы, кисти, грудную клетку и пр.) [26, 52]. Отдельного статистического учета данной патологии в учреждениях УИС не ведется, однако некоторые авторы указывают, что в среднем в отдельной исправительной колонии ежегодно регистрируется 20–50 случаев самоповреждения [53].

4.1.3. Инфекционные заболевания

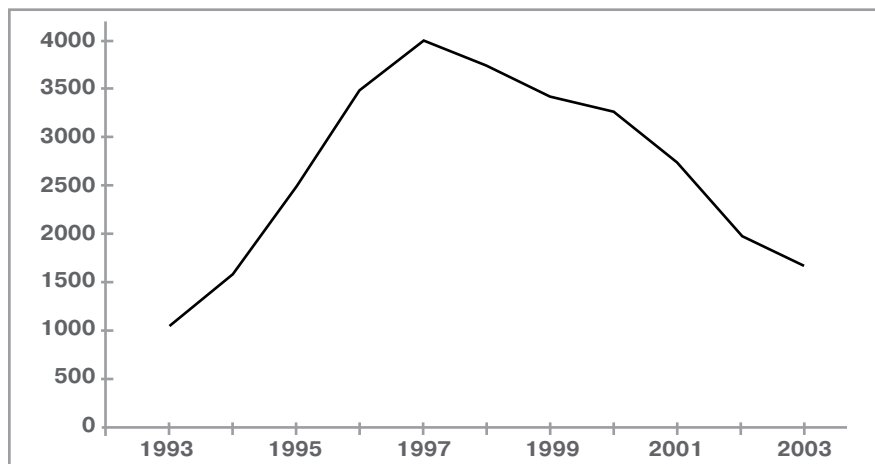
4.1.3.1 Воздушно-капельные инфекции

Переполнение пенитенциарных учреждений является достаточно частой проблемой во всем мире, что потенциально создает условия для быстрого распространения воздушно-капельных инфекционных заболеваний. Примером могут служить вспышки краснухи [54], ветряной оспы [55] и менингококковой инфекции [56–58], зарегистрированные в тюрьмах США и Великобритании. Однако традиционно места лишения свободы всегда ассоциировались с высоким уровнем туберкулеза. В начале XX века около 3% заключенных в тюрьмах Нью-Йорка страдали активной формой чахотки [59]. И в наши дни даже в развитых индустриальных странах, несмотря на небольшую общую заболеваемость туберкулезом, заключенные остаются важной группой риска вследствие низкого социально-экономического статуса многих из них. Проспективное когортное исследование выявило, что распространенность туберкулеза в тюрьмах Женевы в 5–10 раз выше таковой в общем населении Швейцарии [60]. Заболеваемость туберкулезом в исправительных учреждениях США в 3,5 раза выше, чем аналогичный коэффициент для лиц такого же возраста вне тюрем [61]. В течение десяти лет, с 1976 по 1986 годы, был отмечен семикратный рост показателя заболеваемости туберкулезом в пенитенциарных учреждениях штата Нью-Йорк, что в значительной степени было обусловлено влиянием ВИЧ/СПИДа [62]. Вскоре, в начале 1990-х годов, там же были зарегистрированы несколько крупных эпидемических вспышек мультирезистентного туберкулеза [63]. При показателе заболеваемости туберкулезом среди

общего населения 6,8/100 000 в 1998 году, в ряде американских тюрем регистрировались цифры 200–760 на 100 тысяч [64, 65].

Из всех проблем общественного здравоохранения в российских тюрьмах именно туберкулез получил самое пристальное внимание [66–72]. По оценкам российских исследователей, даже в относительно благополучном 1991 году заболеваемость туберкулезом в исправительно-трудовых учреждениях МВД России значительно превышала аналогичный показатель среди общего населения. Эффективность лечения впервые диагностированных случаев также была низкая и составляла 74,2% по прекращению бактериовыделения и 64,4% по закрытию полостей распада [73]. Однако в течение последующего десятилетия показатель заболеваемости туберкулезом в УИС многократно вырос и к 1997 году достиг отметки 4055/100 000 при смертности от туберкулеза 485/100 000. В некоторых исправительных учреждениях регистрировались беспрецедентные показатели заболеваемости, превышавшие 7 тысяч на 100 000. Подобная драматическая ситуация сложилась и в ряде других государств постсоветского пространства [13, 74–76]. По мнению большинства исследователей, эта эпидемия туберкулеза была предопределена комбинацией таких факторов, как экономическая нестабильность, последовавшая после развала СССР, невозможность поддержания социальной и медицинской инфраструктуры, резкий рост количества заключенных и переполнение пенитенциарных учреждений. Также независимые эксперты признают, что российские власти не пытались скрыть происходящее от окружающего мира или преуменьшить серьезность положения.

Рис. 2. Заболеваемость туберкулезом органов дыхания в исправительных колониях РФ (на 100 тыс. человек)



В последние 3—4 года в учреждениях УИС РФ отмечается улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу, что объясняется сокращением количества лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, вследствие широкомасштабной реформы, а также практически полным обеспечением противотуберкулезной службы препаратами первого ряда.

Тем не менее показатель заболеваемости туберкулезом в УИС РФ все еще остается высоким (в 2003 году — 1652/100 000). Особую тревогу вызывает широкое распространение форм заболевания с множественной лекарственной устойчивостью (16%). Эффективный подход к контролю мультирезистентного туберкулеза в УИС РФ отработан в Томской области с участием международной организации «Партнеры во имя здоровья» и при финансовой поддержке Института «Открытое Общество» [72]. Однако повсеместное внедрение подобной модели требует значительных финансовых затрат для создания мощной лабораторной базы по бактериологической диагностике, а также для бесперебойного снабжения медицинских служб дорогостоящими препаратами второго ряда. Традиционно сложными для контроля туберкулеза в пенитенциарных учреждениях остаются вопросы приверженности больных лечению, а также эффективное взаимодействие с гражданскими службами здравоохранения и социальной защиты [70, 77—79].

4.1.3.2. ИППП и гемоконтактные инфекции

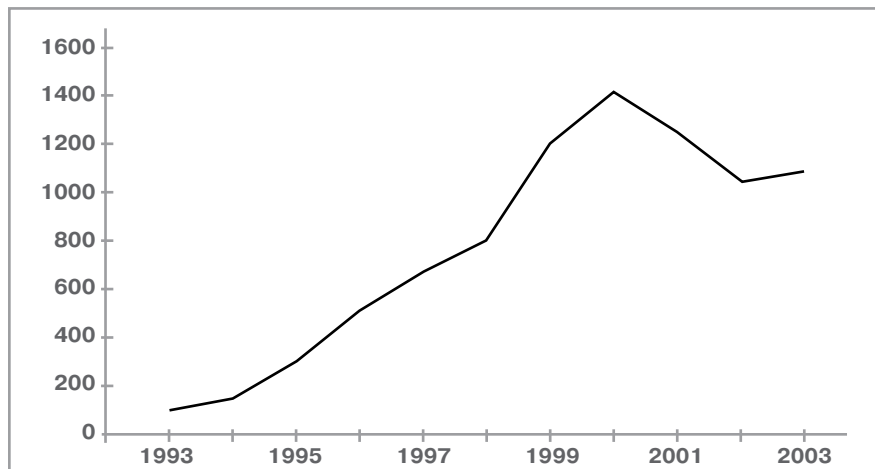
Характерной для мест лишения свободы является и высокая распространенность инфекций, передаваемых половым путем [80]. В австралийских тюрьмах ранее не диагностированный сифилис был выявлен у 1% женщин и 2% мужчин. У 40% женщин обнаружены цитологические изменения в цервикальном мазке [81]. В Индии 4,6% заключенных имели активные проявления сифилиса [82]. При скрининге женщин, поступающих в тюрьму Нью-Йорка, выявляемость сифилиса составила 25%, что более чем в 1000 раз (!) превосходит показатель для женского населения города [83]. Хорошо документировано заражение сифилисом и гонореей при сексуальных контактах между заключенными [84—87].

Первые отечественные работы, свидетельствующие о высоком уровне инфекций, передаваемых половым путем, среди заключенных относятся к середине 20-х годов прошлого века. Обследования заключенных в Казани [88] и Пензе [89] в 1926—27 годах выявляли распространенность сифилиса около 14%, а гонореи — 11%. На пике последней эпидемии ИППП в России во второй половине 1990-х годов заболеваемость лиц, находящихся в следственном изоляторе Нижегородской области, превышала цифры для общего населения по сифилису в 27 раз, по гонорее — в 14 раз, по остроконечным кондиломам (папилломо-вирусная

инфекция) — в 125 раз. Причем заболеваемость женщин была в 8–10 раз выше, чем среди мужчин; например, по сифилису — 9220,8/100 000 против 877,6/100 000 в 1997 году [90–92].

В целом по России за последние 10 лет показатель заболеваемости сифилисом в учреждениях УИС увеличился почти в 17 раз и, несмотря на некоторое снижение в 2001–2002 годах, сохраняется на очень высоком уровне.

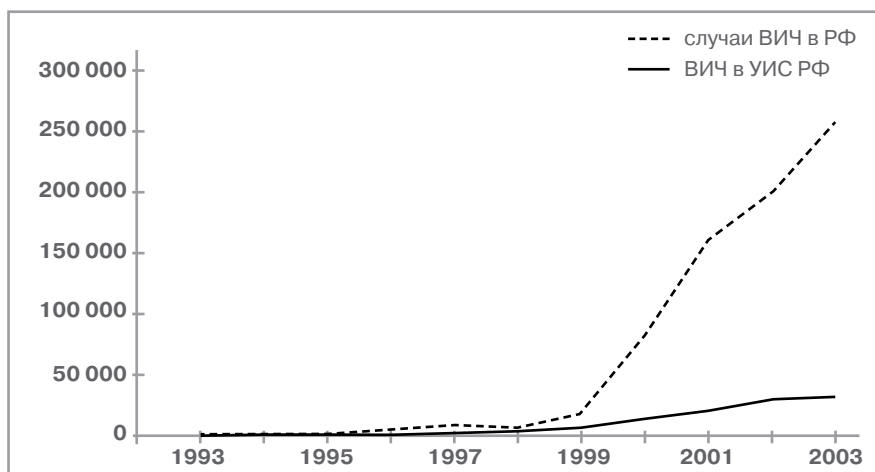
Рис. 3. Заболеваемость сифилисом в учреждениях УИС РФ (на 100 тыс. человек)



Более 90% случаев венерических заболеваний в российских пенитенциарных учреждениях выявляется при поступлении в следственные изоляторы, т.е. является непосредственным проявлением заражений, происходящих на свободе. Регистрировались среди российских заключенных и отдельные эпидемические вспышки, как, например, заражение сифилисом 76 человек в ИК-11 Краснодарского края [93], однако сведений о реальной ситуации с распространением ИППП внутри учреждений УИС РФ недостаточно. В 2003 году совместное одномоментное исследование Медицинского управления ГУИН МЮ РФ и ОИЗ в 2 колониях строгого режима Тверской области выявило 7 и 14 новых случаев сифилиса соответственно среди 1300 и 1500 осужденных. Учитывая, что при поступлении в следственный изолятор весь спецконтингент тестируется серологически, столь большое число новых случаев сифилиса несомненно свидетельствует об активном заражении внутри пенитенциарного учреждения.

Ситуация с ВИЧ/СПИДом и другими гемоконтактными инфекциями в тюрьмах в значительной степени определяется особенностями эпидемиологии в конкретной стране. Так, в ряде африканских государств распространенность ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях вполне сравнима с пораженностью общего населения. Например, 27% заключенных Замбии ВИЧ-инфицированы, при оценочном показателе распространенности 19% в среднем по стране и до 32% в крупных городах [94]. В индустриальных странах, напротив, распространенность ВИЧ-инфекции среди спецконтингента обычно коррелирует с уровнем инфицированности потребителей внутривенных наркотиков. Так, в США, где пораженность наркоманов очень высока, распространенность ВИЧ-инфекции среди поступающих в тюрьмы варьирует от 1% до 20% в зависимости от штата, в сравнении с 0,03% среди доноров [80, 95]. Также и в Шотландии, где регистрировались крупные вспышки ВИЧ-инфекции среди наркоманов, показатель распространенности среди заключенных достигает 4,5% [96]. Напротив, в Англии, Австралии и Канаде, где удалось сдержать эпидемию ВИЧ среди наркопотребителей, общая распространенность ВИЧ среди заключенных составляет менее 1% [97–99]. Эта закономерность повторяется и в России – лавинообразное увеличение числа ВИЧ-инфицированных заключенных началось вслед за стремительным распространением эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков [100]. На конец 2002 года в УИС РФ находилось свыше 36 тысяч ВИЧ-положительных лиц или около 20% от общего числа инфицированных в стране.

Рис. 4. Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в УИС РФ и в России в целом



В течение 2003 года количество ВИЧ-инфицированных в российской пенитенциарной системе сократилось примерно на тысячу человек, что можно объяснить тремя факторами. Во-первых, снижением общей численности спецконтингента в учреждениях УИС; во-вторых, стремлением администраций многих исправительных учреждений к досрочному освобождению ЛЖВ на основании ст. 172 УИК и ст. 79 УК РФ; в-третьих, уменьшением охвата обследованиями на ВИЧ-инфекцию.

За период 1990–1995 в учреждениях УИС вдвое выросли показатели заболеваемости вирусным гепатитом В (с 71,2 до 156,9 на 100 000) и в последующие 5–6 лет оставались на этом высоком уровне, который в 3–4 раза превышает аналогичный показатель, регистрируемый в целом по России. В 2002 году наметилась тенденция к снижению заболеваемости гепатитом В (показатель на 100 000 составил 96,9), однако в ряде регионов РФ показатели заболеваемости вирусным гепатитом В в учреждениях УИС превышали 300/100 000. В 2002 заболеваемость вирусным гепатитом С составила 26,5/100 000, что превышает средний уровень по России в 3,7 раза. Среди случаев вирусных гепатитов, регистрируемых в учреждениях УИС РФ, удельный вес вирусного гепатита С составляет 9–10%, однако в 15% случаев этиология вирусных гепатитов не установлена.

Следует также учитывать, что, хотя большинство случаев заражения гемоконтактными и сексуально-трансмиссивными инфекциями происходит вне стен пенитенциарных учреждений, рискованное поведение не прекращается и в тюрьмах. Например, имеются убедительные свидетельства того, что нанесение татуировок и незащищенные гомосексуальные контакты среди заключенных встречаются чаще, чем в общем населении [30, 32, 101]. Кроме того, тюремное заключение не означает и автоматического прекращения употребления нелегальных психотропных веществ. Пусть в меньшем количестве и не так регулярно, как на свободе, но наркотики проникают в пенитенциарные учреждения [102]. Особенности жизни в тюрьме могут даже увеличивать риск, связанный с их употреблением. Так, ограниченная доступность инъекционного инструментария нередко создает условия для более частого совместного использования шприцев. В отсутствие доступа к медицинским шприцам заключенные изготавливают самодельные приспособления для инъекций из авторучек и других подручных средств. В странах Евросоюза о регулярном использовании наркотиков во время пребывания в тюрьме сообщают от 5 до 36% бывших заключенных. От 70 до 100% лиц, признавших инъекции в тюрьмах, указали, что при этом они использовали общий шприц [42].

Среди немногих публикаций, посвященных распространенности рискованного поведения среди российских заключенных, следует особо

выделить работу, выполненную в 2000 году сотрудниками международной организации «Врачи без границ» в 10 российских пенитенциарных учреждениях [103]. Согласно результатам этого исследования, 10% заключенных хотя бы раз делали инъекции психоактивных веществ в заключение, причем каждый четвертый (т.е. около 2% от всех осужденных) — регулярно. Две трети лиц, употребляющих внутривенные наркотики в тюрьме, признавали и совместное использование инъекционного инструментария. О нанесении татуировок в тюрьме сообщили 26% заключенных, причем 62% из них использовали общие иглы для татуажа. О сексуальных отношениях во время заключения сообщили 9,7% осужденных. Учитывая крайнюю чувствительность в вопросах, относящихся к сфере незаконного употребления наркотиков и секса, авторы исследования рекомендовали трактовать полученные результаты как минимальные оценочные цифры возможного риска.

Такая взрывоопасная комбинация факторов риска делает исправительные учреждения очень уязвимыми для распространения гемоконтактных инфекций. В тюрьмах Австралии, Европы и США неоднократно регистрировались случаи заражения гепатитами и ВИЧ-инфекцией, в основном обусловленные совместным использованием инструментария для парентеральных манипуляций и сексуальными контактами между осужденными [104–110]. Масштаб некоторых эпидемических вспышек просто поражает. Например, в 2002 году в Литве в тюрьме строгого режима Алитус было выявлено инфицирование вирусом иммунодефицита 207 заключенных [111]. При последующих обследованиях эта цифра возросла до 296 [112]. В 2001 году в исправительной колонии в Татарстане произошло заражение ВИЧ-инфекцией 260 осужденных [113–115].

В 2001 году в соответствии с нормами международного права были отменены требования по раздельному содержанию и этапированию ВИЧ-инфицированных заключенных [116]. Однако вопрос о содержании ЛЖВ с мест лишения свободы решается по-разному. Официальной позицией ФСИН Министерства Юстиции РФ является «раздельное проживание, совместное содержание», что на практике подразумевает размещение ЛЖВ в отдельном жилом помещении при использовании объектов коммунально-бытового назначения (столовой, бани и пр.) совместно с другими осужденными. По мнению многих сотрудников УИС, раздельное проживание в первую очередь соответствует интересам ВИЧ-инфицированных, так как защищает их от дискриминации со стороны неинфицированных заключенных. В небольшом числе учреждений УИС ЛЖВ проживают и содержатся совместно с другими осужденными. Как правило, именно в этих учреждениях персонал и осужденные обладают наибольшей грамотностью в отношении вопросов ВИЧ/СПИДа, а руководители УИС считают совместное содержание безопасной практикой.

4.1.3.3. Инфекции кожи

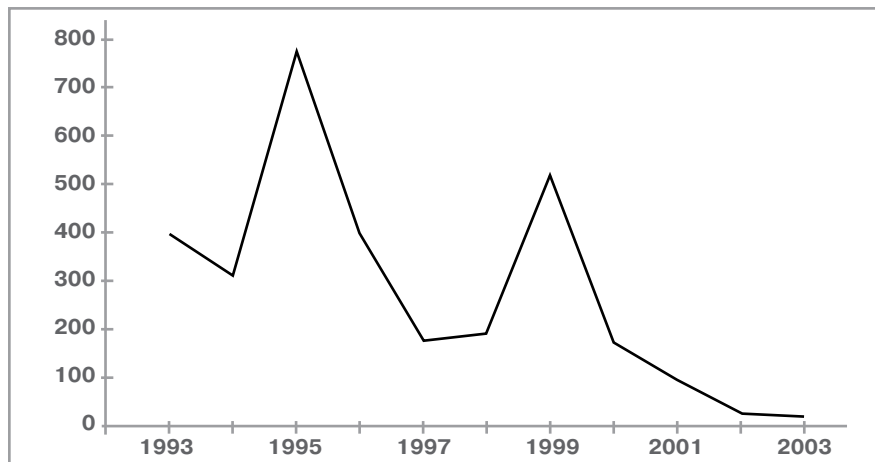
Паразитарные заболевания кожи (педикулез и чесотка) являются очень типичной патологией для многих пенитенциарных учреждений, занимая от 10 до 15% в общей структуре заболеваемости российских заключенных.

4.1.3.4. Кишечные инфекции

Как и любые учреждения с централизованной системой питания и водоснабжения, тюрьмы являются потенциально уязвимыми для инфекций, передаваемых с водой или через пищу. Например, крупные вспышки пищевых токсикоинфекций, вызванных кишечной палочкой, неоднократно регистрировались в тюрьмах Великобритании [117, 118]. Есть сообщения о подобных эпидемических вспышках и в двух российских пенитенциарных учреждениях Ленинградской области в 1999 году [18].

При этом следует особо отметить, что заболеваемость кишечными инфекциями в учреждениях УИС РФ, как правило, значительно ниже аналогичных среднероссийских показателей, что может свидетельствовать об эффективности санитарно-эпидемиологического надзора. Например, в 2002 г. уровень заболеваемости вирусным гепатитом А составил 35,5/100 000, что на треть меньше такового по России. Заболеваемость дизентерией в учреждениях УИС в течение последнего десятилетия изменялась волнообразно, но с общей динамикой к снижению, и сейчас находится на одном из самых низких уровней регистрации.

Рис. 5. Заболеваемость дизентерией в учреждениях УИС РФ (на 100 тыс. человек)



4.2. Смертность

Информативность заболеваемости как характеристики здоровья населения весьма ограничена, так как ее регистрируемые уровни не в полной мере характеризуют действительную распространенность патологии. Более достоверной характеристикой здоровья популяции является смертность — как наиболее точно определяемая конечная точка.

В начале XIX века смертность заключенных британских тюрем в 5 раз превосходила таковую в общем населении [119]. В тот же период была продемонстрирована колоссальная разница в смертности заключенных, которая может наблюдаться в зависимости от условий содержания. Например, в 1815–1818 годах общий показатель смертности заключенных в разных тюрьмах Франции варьировал от 24,5 до 251,9 на 1000 [120].

В 1972 г. общий показатель смертности в исправительных учреждениях штата Теннесси почти в 20 раз превосходил данный коэффициент для населения США [121]. В конце XX века коэффициент смертности в пенитенциарных учреждениях Канады в два раза превышал среденациональный показатель для мужчин такого же возраста [122]. В этом крупном исследовании было установлено, что более половины всех случаев смерти в тюрьмах обусловлены насильственными причинами — самоубийствами, отравлениями (чаще при передозировке наркотиков) и убийствами. В федеральных исправительных учреждениях Канады смерть от отравлений встречается в 50 раз чаще, а самоубийства — в 10 раз чаще, чем в общем населении. Подобная структура смертности с преобладанием внешних причин достаточно типична для пенитенциарных учреждений большинства индустриально развитых стран [123, 124]. Исключением являются США, где в 80–90-х годах прошлого века на первое место среди причин смерти в местах лишения свободы вышел СПИД [125–127]. Однако уже к 1998 после начала широкого предоставления американским заключенным высокоактивной антиретровирусной терапии смертность от ВИЧ-ассоциированных заболеваний резко снизилась [128]. В последние годы особое внимание исследователей привлекает повышенная смертность лиц, которые освобождаются из пенитенциарных учреждений [129], причем большое количество смертей регистрируется в течение первой недели после освобождения и обусловлено передозировкой психоактивных веществ, что, вероятно, объясняется снижением толерантности к опиатам в период лишения свободы и возобновлением приема наркотиков по возвращении из тюрьмы [130–132].

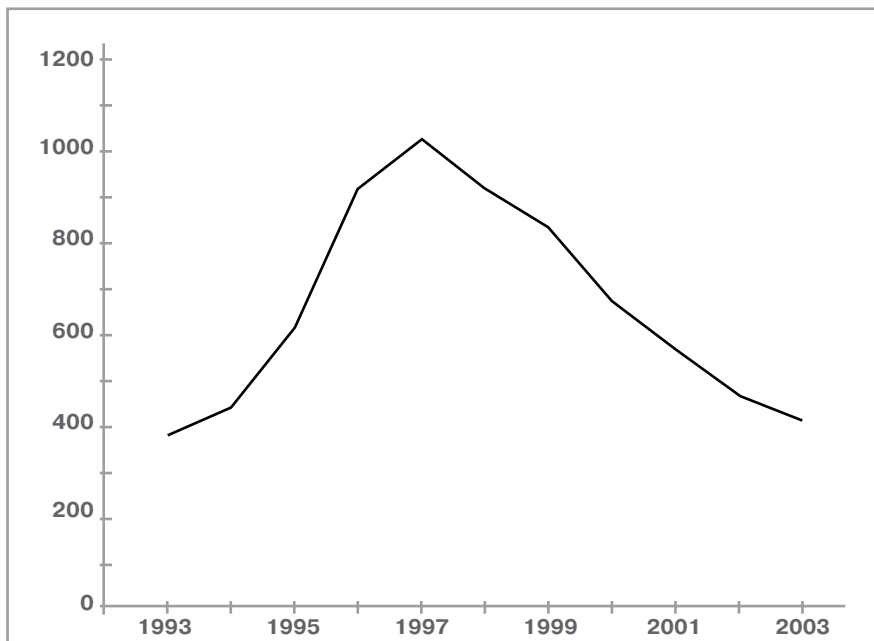
Существует и целый ряд работ, которые продемонстрировали более низкие показатели смертности заключенных по сравнению с общенациональными цифрами [133], главным образом за счет сокращения смертности от тех причин, которые преобладают в социально-демографических группах, представленных среди заключенных. Так, несмотря на общепризнанно высокий уровень насилия в пенитенциарных учреждениях, в 1994 году смертность от убийств в пенитенциарных учреждениях США (4,7/100 000) была в два раза меньше таковой в общем населении (9,7/100 000). Естественно также, что до ничтожных цифр снижалась и смертность от дорожно-транспортных происшествий и огнестрельных ранений, которая занимает одно из ведущих мест в структуре смертности молодых американских мужчин [134].

Как известно, смертность от внешних причин (212,7 на 100 000 населения в 2002 г.) находится в России на втором месте в структуре смертности. В целом в Российской Федерации насильственная смертность, включая убийства (28,3/100 000) и суициды (39,3/100 000), составляет третью часть смертности от внешних причин (67,6/100 000) и в 3 раза превышает среднемировые показатели насильственной смертности [135]. Даже простая экстраполяция этих цифр на тюремное население России, без учета повышенного риска, типичного для пенитенциарных учреждений, предполагает, что ежегодно в учреждениях УИС РФ можно ожидать более 300 самоубийств заключенных, однако данные об истинном размере проблемы недостаточны.

Несмотря на несовершенство статистической отчетности в первой четверти прошлого века, общее впечатление о структуре смертности российских заключенных в тот период дают следующие цифры: в 1925 году в местах заключения Московской губернии было зарегистрировано 64 случая смерти, среди них 19 было обусловлено туберкулезом, 13 — хирургической патологией, 2 — инфекционными заболеваниями, 2 — психическими заболеваниями [136].

За время, прошедшее с распада Советского Союза, смертность лиц, содержащихся в российских пенитенциарных учреждениях, претерпела целый ряд существенных изменений. Сначала, в период с 1991 по 1997 годы, в исправительных колониях (т.е. в учреждениях, которые и определяют общую картину смертности в УИС) общий показатель смертности осужденных увеличился в 3,2 раза (с 323,0 до 1027,3 на 100 000). Смертность от травм, занимавшая в начале 1990-х годов 1-е место среди причин смерти осужденных, резко снизилась в течение 6—7 лет, что, вероятно, можно объяснить общим падением производства в исправительных колониях.

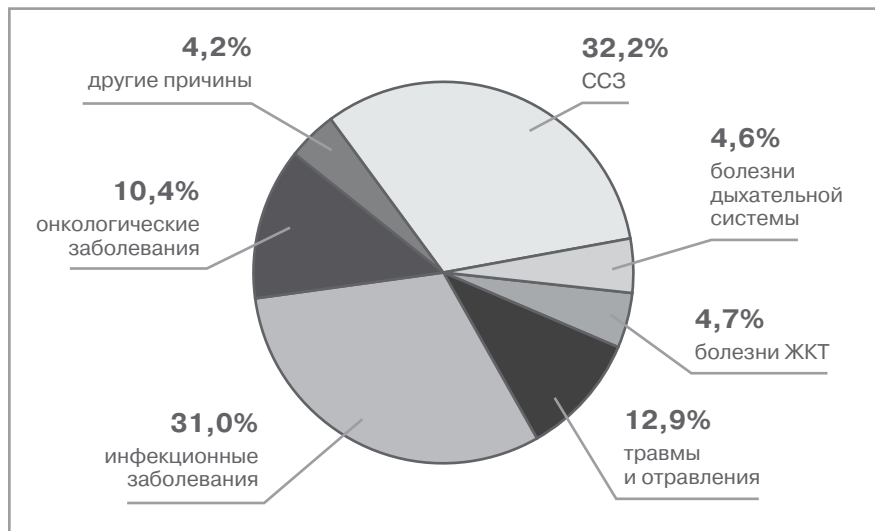
**Рис. 6. Общий показатель смертности в исправительных колониях РФ
(на 100 тыс.)**



К середине 1990-х годов в структуре смертности ведущие позиции заняли инфекционные и паразитарные болезни (главным образом, туберкулез) — 49,2% и болезни сердечно-сосудистой системы — 18,2%. Однако с 1998 года в УИС наблюдается неуклонное снижение смертности, что в первую очередь определяется снижением смертности заключенных от туберкулеза.

К 2003 году общий коэффициент смертности осужденных в РФ снизился до 423,3/100 000, т.е. практически к уровню начала 1990-х годов. В настоящее время в структуре смертности осужденных ведущие места занимают сердечно-сосудистые заболевания (32,2%), инфекционные заболевания (31%) и внешние причины смерти (12,9%).

Рис. 7. Структура смертности в исправительных колониях РФ, 2003 г.



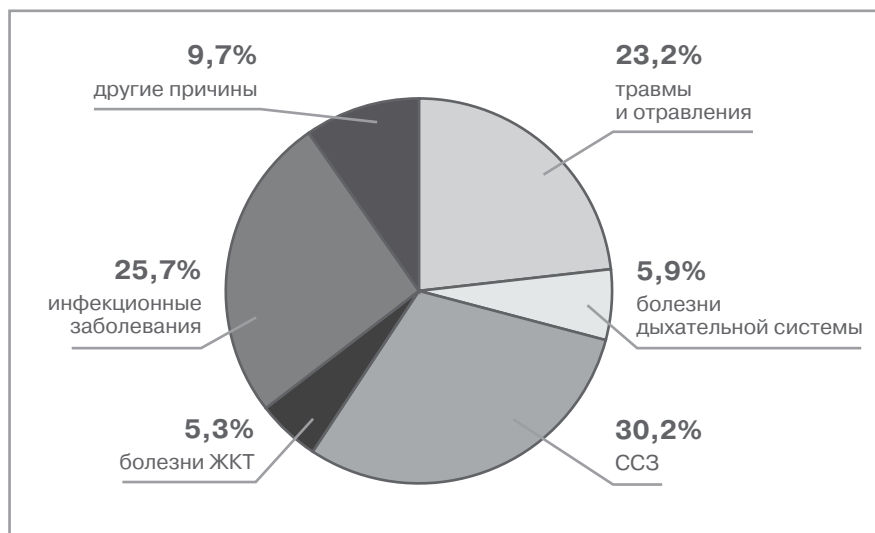
4.3. Особенности состояния здоровья в различных пенитенциарных учреждениях

Целый ряд зарубежных исследований свидетельствует, что в пенитенциарных учреждениях краткосрочного содержания частота самоубийств выше по сравнению с учреждениями долгосрочного содержания, предназначенными для отбытия наказания по приговору суда [138], что, вероятно, объясняется провоцирующим эффектом стрессовой ситуации, возникающей вследствие ареста.

В российские следственные изоляторы граждане поступают прямо из общего населения и содержатся там лишь до приговора суда, поэтому основные показатели заболеваемости в СИЗО являются непосредственным отражением состояния здоровья социально дезадаптированных групп населения, наиболее представленных в пенитенциарных учреждениях. Учитывая, что эти лица при поступлении в следственные изоляторы проходят обязательный медицинский осмотр, флюорографическое обследование и лабораторное тестирование на ряд инфекционных заболеваний, именно в СИЗО выявляется наибольшее количество такой социально детерминированной патологии, как ВИЧ-инфекция, ИППП, вирусные гепатиты, педикулез и чесотка. Например, уровни заболеваемости вирусными гепатитами А и В в следственных изоляторах в 3 раза выше аналогичных показателей в исправительных учреждениях.

Существуют также существенные различия в смертности заключенных, находящихся в СИЗО и исправительных колониях. Так, вследствие различных сроков пребывания в данных учреждениях смертность подследственных в 10–20 раз ниже аналогичных показателей среди осужденных как по общему коэффициенту (24,33 против 423,3 на 100 тысяч в 2003 г.), так и по всем отдельным причинам смерти.

Рис. 8. Структура смертности в следственных изоляторах РФ, 2003 г.



4.4. Особенности анализа показателей здоровья заключенных

Заболеваемость и смертность заключенных могут значительно отличаться от таковых среди общего населения, однако прямое сравнение общих показателей является не вполне корректным по целому ряду причин. Большинство заключенных — это мужчины трудоспособного возраста, поэтому при сравнении состояния их здоровья с общенациональными цифрами необходимо использовать стандартизованные показатели, позволяющие нивелировать половозрастные различия. Несмотря на определенные ограничения доступной статистической информации (например, использование в отчетности МЗ и МЮ различных возрастных интервалов), ориентировочное сравнение показателей смертности вполне возможно при использовании метода косвенной стандартизации. Если бы возрастные показатели смертности осужденных соответствовали среднероссийским, то ожидаемая смертность осужденных

в исправительных колониях примерно в 2,5 раза превышала бы фактический уровень среди мужчин РФ (таблица 1).

Таблица 1. Расчет ожидаемой смертности осужденных

Возраст, лет	Смертность мужчин от всех причин на 100 тыс. по РФ [139]	Численность осужденных (исходя из средне-списочной численности 731 878 и возраст-ного состава осужденных [6, 7])	Ожидаемая смертность осужденных (абсолют-ные числа)	Фактическая смертность осужденных (абсолютные числа)
15–19	194	87 094	169	
20–29	507	305 925	1550	
30–39	809	201 998	1634	
40–49	1558	96 608	1505	
50–59	2959	40 253	1191	
Всего		731 878	6049	2399

Эта разница возникает за счет того, что показатели смертности осужденных значительно ниже смертности трудоспособного населения [139] по двум основным причинам: от сердечно-сосудистых заболеваний (104,12 против 230,5 на 100 тысяч в 2002 году; Стандартизованный Показатель Смертности [SMR] = 0,463), а также от травм и отравлений (49,87 против 286,5 на 100 тысяч в 2002 году; Стандартизованный Показатель Смертности [SMR] = 0,125). Эти различия настолько существенны, что компенсируют повышенную смертность осужденных от инфекционных и паразитарных болезней (89,77/100 000 против 32,3/100 000 среди трудоспособного населения РФ).

Следует также учитывать, что лица, содержащиеся в пенитенциарных учреждениях, обладают совершенно особыми социальными и поведенческими характеристиками, которые непосредственно связаны с состоянием их здоровья. Например, хорошо известно, что для алкоголиков риск самоубийства увеличивается в 5–9 раз [135]. Среди лиц, страдающих психическими расстройствами, этот риск еще выше. Поэтому при сравнении показателей насильственной смертности среди заключен-

ных и общего населения следует принимать во внимание концентрацию в учреждениях УИС лиц, страдающих указанной патологией.

Кроме того, обычно при расчете коэффициентов заболеваемости и смертности в пенитенциарных учреждениях в качестве знаменателя используется среднесписочная численность заключенных. Это может приводить к существенному завышению относительных показателей, так как в реальности общее количество людей, проходящих через пенитенциарные учреждения, намного выше. Например, среди заключенных федеральных исправительных учреждений Канады заболеваемость активным туберкулезом (41,7/100 000) примерно вдвое превосходит аналогичный показатель для аборигенов и лиц, родившихся за пределами Канады. Однако учет 40% ежегодного оборота заключенных снизил этот коэффициент до 29,8 на 100 000, что уже вполне сопоставимо с заболеваемостью среди основных этнических групп, представленных в пенитенциарных учреждениях [140].

Следует также учитывать, что в такой огромной стране, как Россия, за усредненными коэффициентами заболеваемости и смертности неизбежно скрываются существенные региональные различия. Например, в 2003 году при среднем уровне заболеваемости туберкулезом в исправительных колониях УИС РФ 1652/100 000, этот показатель варьировал по различным регионам страны от 70 до 3400 на 100 тысяч осужденных. При среднем уровне смертности осужденных от туберкулеза 130/100 000, более чем в половине территорий РФ смертность от туберкулеза в исправительных колониях отсутствовала, но в 10 регионах превышала 200/100 000 [137].

Наконец, в ряде стран, включая Россию, в отношении заключенных, страдающих тяжелыми заболеваниями, широко практикуется досрочное освобождение, что может приводить к неполному учету смертности, которая в реальности имеет связь с пенитенциарным учреждением.

Таким образом, необходимо соблюдать крайнюю осторожность при анализе и трактовке основных показателей заболеваемости и смертности заключенных, а также при их сравнении со здоровьем общего населения.

5. Особые группы заключенных

5.1. Женщины

Состояние здоровья женщин-заключенных имеет целый ряд специфических особенностей. Исследования в западных странах демонстрируют

их диспропорционально высокую пораженность инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ/СПИДом, наркотической зависимостью и психическими заболеваниями как по сравнению с заключенными мужчинами, так и в сравнении с женщинами в общем населении [81, 83, 141–143]. Большинство этих женщин происходят из наиболее уязвимых социальных слоев, многие пережили физическое и сексуальное насилие, имеют опыт употребления наркотиков и предоставления сексуальных услуг за плату. Они часто лишены жилья, работы и нормального социального окружения. Период лишения свободы нередко является единственной возможностью для этих обездоленных женщин получить базовую медико-профилактическую помощь — скрининг и лечение цервикальной патологии, консультирование, стоматологическую помощь [143–145].

В России мониторинг с целью выявления соответствия между существующей практикой содержания женщин в местах лишения свободы и Минимальными стандартными правилами обращения с заключенными ООН проводился в 1999 году Общественным центром содействия реформе уголовного правосудия в 6 учреждениях УИС, где содержатся женщины [146–149]. В целом это исследование продемонстрировало те же проблемы в материально-бытовых и санитарных условиях, которые характерны для большинства учреждений уголовно-исполнительной системы России. Однако основные замечания заключались в том, что сложившиеся еще в советский период условия отбывания наказания мало учитывают психологические и физиологические особенности женщин. Так, например, российским законодательством не была предусмотрена выдача гигиенических принадлежностей, необходимых женщинам (гигроскопического материала или прокладок). В 2004 году данные принадлежности были внесены в нормы УИК, однако пока еще не подкреплено соответствующим финансированием, поэтому проблема продолжает сохраняться. По оценочным данным этого же исследования, у трети женщин, поступающих в места лишения свободы, выявляются ИППП, более 5% заключенных женщин ВИЧ-инфицированы. Опрос женщин в 2 следственных изоляторах на наличие заболеваний с учетом частоты ответов дал следующий список — ОРВИ, гинекологические болезни, туберкулез, гепатит, кожные заболевания (педикулез, чесотка), сердечно-сосудистые заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта, сифилис.

5.2. Несовершеннолетние

Среди подростков, поступающих в тюрьмы США, отмечается очень высокая распространенность инфекций, передаваемых половым путем. Например, выявляемость хламидийной инфекции варьирует от 14 до 20% среди девушек и от 7 до 12% для юношей [87, 150].

В 2003 году в 64 воспитательных колониях РФ содержалось 10 950 несовершеннолетних осужденных, в следственных изоляторах — еще около 8 тысяч, что в целом соответствует 3,5% от общего числа заключенных. Большинство подростков, совершивших правонарушения, росли и формировались в неблагополучных семьях, около половины несовершеннолетних до ареста не учились и не работали, 25% имеют лишь начальное образование. Более 7% страдают алкоголизмом и наркоманией [6, 151–153].

Особенности здоровья несовершеннолетних заключенных определяются состоянием полового созревания, непрерывного физического и психического развития подростков, периодом становления личности [154]. По данным отечественных авторов, нередкими проблемами подростков в пенитенциарных учреждениях являются расстройства адаптации, поведенческие нарушения и эмоциональные расстройства (психогенные депрессивные эпизоды) [155–158].

Регистрируемая заболеваемость подростков, находящихся в воспитательно-трудовой колонии Оренбургской области, волнообразно изменялась в восьмилетний период с 1988 года. Несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости, значительный прирост был отмечен по инфекционным и паразитарным заболеваниям (83%), а также психическим расстройствам (45,4%) [159, 160].

В 2003 году в структуре заболеваемости несовершеннолетних осужденных в РФ преобладали болезни органов дыхания (36%), болезни кожи и подкожной клетчатки (21%) и психические расстройства (17%).

5.3. Пожилые и старшие

Хотя во всем мире большинство лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, молоды, в ряде стран отмечается устойчивый рост количества и пропорции заключенных старших возрастов. С одной стороны, это является проявлением общих демографических процессов, а с другой — отражает тенденции в уголовно-исполнительном законодательстве. Например, в период 1995–1999 в штате Флорида, США количество заключенных старше 50 лет возросло в 1,5 раза и составило около 8% от общего тюремного населения [161]. Целый ряд исследований показывает, что состояние здоровья заключенных старших и пожилых возрастов имеет существенные отличия [162–164]. Более 80% заключенных старше 60 лет страдают тяжелыми хроническими заболеваниями, что резко увеличивает нагрузку на медицинские службы пенитенциарных учреждений. Серьезной проблемой в местах лишения свободы является оказание паллиативной помощи лицам с онкологической патологией.

Кроме того, пожилые лица нередко подвергаются насилию и дискриминации со стороны других заключенных. Авторы, изучавшие эту проблему в России, отмечают, что у лиц старшего возраста очень затруднена адаптация к сложному микросоциуму пенитенциарных учреждений. Лишение свободы нередко ускоряет у них инволюционные процессы [26].

5.4. Инвалиды

В 2003 году в УИС России отбывали наказание 23 600 инвалидов, что составляет около 4% всех осужденных. Из них каждый 4-й получил инвалидность в местах лишения свободы. Первичный выход осужденных на инвалидность в целом соответствует среднероссийскому уровню, однако ведущими причинами стойкой утраты трудоспособности в УИС являлись инфекционные и паразитарные болезни — 28% (в большинстве случаев — туберкулез) и болезни сердечно-сосудистой системы — 24% (в основном — ишемическая и гипертоническая болезни).

Среди основных социальных проблем данной группы заключенных ряд авторов [11] отмечают, что инвалиды в российских пенитенциарных учреждениях крайне ограничены в возможности реализовать свои права, гарантии и льготы. Имеются сообщения, что состояние здоровья инвалидов мало учитывается при организации питания и обеспечении предметами первой необходимости. Освобождение инвалидов I и II группы от работы и бесплатное предоставление им питания и одежды нередко вызывает непонимание, недовольство и агрессию у остальных осужденных.

5.5. Этнические меньшинства и иностранцы

В течение последних двух десятилетий в ряде индустриальных стран растет пропорция этнических меньшинств и иностранцев в местах заключения. Например, в 1998 году 32% осужденных в федеральных исправительных учреждениях Канады были выходцами из других государств. Среди данной категории заключенных отмечается повышенная распространенность гепатитов, ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Кроме того, в литературе указывается на психологические проблемы, связанные с социальной и культурной изоляцией этих лиц, языковым барьером, невозможностью полноценного общения с другими осужденными [165]. Растущее внимание к этой проблеме со стороны государства выражается в принятии специальных программ, направленных на смягчение этнических, расовых и культуральных противоречий в пенитенциарных учреждениях. Например, ознакомление с правилами режима на родном языке, помещение одноязычных осужденных в одну камеру,

создание условий для изучения языка страны, обеспечение возможностей для совершения религиозных обрядов и пр.

Существует крайне ограниченное количество публикаций, посвященных этническим аспектам в российских пенитенциарных учреждениях. Большинство из этих работ не имеют прямого отношения к проблемам общественного здравоохранения и относятся к правозащитной тематике [15].

6. Взаимосвязь со здоровьем общества

Пенитенциарные учреждения оказывают целый ряд прямых и непрямых эффектов на здоровье общества. Косвенно они влияют на структуру семьи, экономические возможности домохозяйств, нормативные установки общества в отношении образа жизни, секса и насилия [166]. Тюремь нередко непосредственно влияют на эпидемиологическую ситуацию в обществе. Например, еще в XVII–XVIII веках в Англии отмечались случаи заражения сыпным тифом присяжных и судей от заключенных [167]. В наши дни хорошо документирована передача персоналу тюрем и гражданским лицам туберкулеза и менингококковой инфекции от лиц, находящихся в местах лишения свободы [168, 169]. Например, в 2003 году туберкулезом заболели 350 сотрудников УИС РФ. В ряде стран была установлена связь между массовым освобождением заключенных (например, в результате амнистии) и резким подъемом регистрации ВИЧ-инфекции [170–172]. В 2002 году единственная эпидемическая вспышка в тюрьме Алитус кардинально изменила всю статистику Литвы, которая до того времени считалась страной с низким уровнем ВИЧ-инфекции [111]. Как свидетельствуют некоторые исследования, в России пенитенциарные учреждения всегда оказывали существенное влияние на эпидемиологическую ситуацию среди гражданского населения — в начале 1990-х годов до 20% первичной заболеваемости туберкулезом и 57% бактериовыделителей среди гражданского населения приходилось на лиц, освобожденных из исправительно-трудовых учреждений [73, 173].

Следует также учитывать, что системы социального обеспечения и гражданского здравоохранения нередко не имеют адекватного доступа к группам населения, из которых происходит значительная часть заключенных — бездомным, алкоголикам, потребителям наркотиков и т.д. Несмотря на сложные материально-бытовые и санитарные условия в пенитенциарных учреждениях, для ряда заключенных они могут быть более благоприятными, чем тот образ жизни, который они вели на свободе. Для многих из лиц, попавших в места лишения свободы, заключение — это одна из немногих возможностей получить совершенно

необходимую им медико-профилактическую помощь и базовую информацию по сохранению здоровья. Концентрация в пенитенциарной системе лиц, страдающих психической патологией, алкоголизмом, наркоманией и инфекционными заболеваниями, создает уникальную возможность для реализации целого ряда эффективных мероприятий общественного здравоохранения [174]. Так, например, учреждения УИС способны внести большой вклад в контроль эпидемиологической ситуации, выявляя и санируя большое число больных туберкулезом, ИППП, паразитарными заболеваниями кожи, а также путем вакцинации против гепатита В, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и мн. др. Период пребывания в исправительном учреждении должен использоваться на благо здоровья индивидуума и общества в целом.

7. Приоритеты охраны здоровья в учреждениях УИС РФ

Смертность осужденных в РФ в 2,5 раза ниже этого показателя для российских мужчин аналогичного возраста, что обусловлено более низкими показателями смертности заключенных от тех причин, которые являются ведущими для граждан РФ трудоспособного возраста. В первую очередь, это указывает на необходимость проведения активной политики общественного здравоохранения по снижению крайне высокой смертности россиян от сердечно-сосудистых заболеваний, а также от травм и отравлений.

Смертность осужденных от инфекционных и паразитарных болезней в 2,8 раза больше таковой для россиян трудоспособного возраста, а основные резервы для сокращения предотвратимой смертности заключенных в РФ заключаются в эффективном контроле туберкулеза. Общее впечатление о необходимых для этого ресурсах можно получить, исходя из численности заключенных, больных туберкулезом (около 85 тысяч человек, 16% — страдают туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью) и средних общих затрат на медикаменты на курс лечения одного ТБ больного (в настоящее время в РФ — до 70 долларов США на комплекс противотуберкулезных препаратов 1-го ряда, до 8000 долларов США — на препараты второго ряда для лечения мультирезистентного туберкулеза). Итоговая сумма — около 5 млн. долларов на препараты 1 ряда и примерно 110 млн. долларов на препараты 2-го ряда. Средства, выделяемые на лекарственное обеспечение борьбы с туберкулезом в учреждениях УИС (310 млн. рублей или около 11 млн. долларов в год), достаточны для полного обеспечения медицинской службы ГУИН препаратами 1-го ряда, однако потребности в противотуберкулезных препаратах второго ряда остаются в значительной мере необеспеченными. Следует также учитывать, что в общей структуре затрат на лечение туберкулеза расходы на медикаменты составляют менее

половины необходимых средств. Точные оценки по пенитенциарной системе отсутствуют, однако по данным ВОЗ [175] в гражданском секторе здравоохранения РФ при общих затратах на излечение впервые выявленного ТБ больного от 1150 до 1500 долларов США, 50–60% занимают расходы на длительное стационарное лечение больных, которое традиционно широко используется в России в отличие от большинства других стран мира. Это свидетельствует о том, что повышение экономической эффективности лечения туберкулеза в России может быть также достигнуто за счет оптимизации методов лечения, более широкого использования амбулаторных подходов и стандартных курсов терапии. Из других приоритетов для улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу следует отметить дальнейшее сокращение численности заключенных, усиление лабораторной базы, бесперебойное снабжение противотуберкулезными препаратами (в том числе и второго ряда), улучшение взаимодействия с гражданскими медико-социальными службами [176].

Исходя из того, что инфицирование большинства ЛЖВ, содержащихся в российских пенитенциарных учреждениях, произошло в 1999–2001 годах, можно ожидать, что в настоящее время около 5% из них (т.е. примерно 1700–2000 человек) имеют показания для высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Однако уже через четыре–пять лет ВААРТ будет необходима примерно 70% этих людей (т.е. около 25 тысяч человек при сохранении нынешней численности ВИЧ-инфицированных заключенных). В противном случае существенное место в структуре заболеваемости и смертности в УИС РФ займет СПИД, что может ухудшить эпидемиологическую обстановку и по туберкулезу. При ценах, существующих сегодня в России на антиретровирусные препараты (5000–10 000 долларов США в год), расходы на лечение ВИЧ-инфицированных заключенных будут непомерными для бюджета, даже без учета затрат на лабораторное обеспечение такой терапии и обучение персонала. Поэтому для внедрения устойчивой программы лечения ЛЖВ в первую очередь необходимо радикальное снижение цен на антиретровирусные препараты. Кроме того, необходимо учитывать, что высокоактивная антиретровирусная терапия назначается пожизненно. Поэтому особое значение приобретает обеспечение непрерывности лечения ЛЖВ при их поступлении в или освобождении из пенитенциарного учреждения. В отсутствие широкого доступа к ВААРТ на свободе и/или при нарушении преемственности со службой гражданского здравоохранения изолированное внедрение программ лечения ЛЖВ в пенитенциарных учреждениях будет способствовать лишь выработке устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам.

Крайняя ограниченность информации о действительной частоте заражения ИППП, ВИЧ и парентеральными гепатитами внутри пенитенциарных учреждений требует проведения дополнительных исследований

для оценки ситуации. Однако наличие среди части заключенных рискованного поведения в условиях высокой распространенности этих инфекций, а также документированные внутриюрные вспышки ИППП/ВИЧ уже сейчас свидетельствуют о необходимости масштабного внедрения в УИС РФ профилактических программ. Согласно международному опыту и рекомендациям ВОЗ [177, 178, 179], ключевые компоненты этих программ должны включать информирование о снижении риска инфицирования и обеспечение свободного доступа заключенных к презервативам/дезинфектантам, что требует относительно небольших финансовых затрат, но, к сожалению, нередко представляет собой серьезный вызов традиционному мышлению. Поэтому для организации в УИС успешной и устойчивой профилактики ИППП/ВИЧ в первую очередь необходимо закрепление этих новых профилактических мероприятий в ведомственных актах уголовно-исполнительной системы для их интеграции в обычный порядок функционирования российских пенитенциарных учреждений.

Психические заболевания занимают лидирующие позиции в структуре болезненности в пенитенциарных учреждениях, а потребности российских заключенных в наркологической и психиатрической помощи многократно превосходят возможности учреждений УИС. Данная ситуация безусловно требует значительного усиления психиатрической и наркологической служб, а также расширения лечебно-профилактических и реабилитационных программ [180]. Однако в отсутствие надежной информации об адекватных формах помощи заключенным, страдающим психическими заболеваниями и/или наркоманией, представляется крайне затруднительным определить необходимые для этого ресурсы.

Среди условий содержания российских заключенных наибольшее влияние на их здоровье, вероятно, оказывает переполнение и недостаточная вентиляция многих учреждений УИС, что может увеличивать риск воздушно-капельных инфекционных заболеваний (в первую очередь туберкулеза). Существующие проблемы в обеспечении санитарных условий, а также слабая материально-техническая база медицинской службы многих российских пенитенциарных учреждений в основном обусловлены недостаточным финансированием УИС, которое неадекватно огромному количеству заключенных. Как финансовые ограничения, так и отсутствие законодательной базы нередко не позволяют администрации учитывать особенности наиболее уязвимых категорий заключенных. Однако абсолютное большинство независимых экспертов сходятся в том, что в последние 2–3 года в учреждениях УИС России отмечается значительное улучшение ситуации по материально-бытовому и медицинскому обеспечению заключенных, что свидетельствует о серьезном настрое руководства ГУИН МЮ РФ на реформирование пенитенциарной системы.

Глава 3.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАРКОМАНИЯ В УГОЛОВНО- ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ РФ

*Трифонов О.И.,
главный психиатр-нарколог медицинского управления
ГУИН Минюста России*

В настоящее время можно с уверенностью говорить о тенденции к прогрессированию в обществе психических расстройств. По данным ВОЗ, к 2010 г. 30–40% населения имеют тот или иной вид психической патологии.

То же касается и наркомании, которая и ранее являлась злободневной проблемой, а к началу XXI века приобрела драматический характер для всего мирового сообщества. Практически по всем важнейшим параметрам — темпам роста потребления наркотиков, преступности на почве их употребления, увеличению подростковой и женской наркомании, распространению сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит и т.д.), смертности — проблема борьбы с наркоманией выходит на более высокий, социально значимый уровень, т. к. она серьезно подрывает экономические и духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества и государства, угрожает трудовому и интеллектуальному потенциалу человечества.

В России на учете состоит более 400 тысяч больных с диагнозом «наркомания». Это только видимая часть проблемы, т.к. на учет попадает не более 15–20% потребителей наркотиков. Особую тревогу вызывает омоложение заболевания: более 70% принимающих психоактивные вещества в немедицинских целях составляют лица моложе 25 лет и подростки.

Прогрессирующий рост наркомании и психических заболеваний в обществе ведет к увеличению количества больных с названной патологией, поступающих в пенитенциарные учреждения, так как многие из них совершают уголовно наказуемые деяния, что осложняет и так непростую ситуацию в психиатрической и наркологической службах пенитенциарной системы.

По данным ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, из общего числа обвиняемых, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, ежегодно в места отбывания наказания направляется около 69 тысяч человек, признанных вменяемыми, но имеющими психические расстройства, при том, что судебно-психиатрическая экспертиза в России назначается не более 10–15 % лиц, привлекаемым к уголовной ответственности. Среди тех, кто не был освидетельствован судебно-психиатрической экспертизой до суда, также могут быть лица с различной психической патологией.

Лишение свободы, само по себе являясь массивной психотравмой, провоцирует появление или декомпенсацию имеющихся психических расстройств непосредственно в местах отбывания наказания. За последние 2 года количество лиц, обратившихся за психиатрической помощью в медицинские учреждения уголовно-исполнительной системы (УИС), увеличилось почти на 20 тысяч. Если в 2001 г. в лечении у психиатра нуждались около 100 тысяч осужденных и подследственных, то в 2002 г. их количество превысило 120 тысяч, а в 2003 г. составило 121 тысячу, несмотря на общее снижение числа подследственных и осужденных в связи с гуманизацией российского законодательства в части применения лишения свободы за малозначительные преступления. Так, если в 2001 г. общая численность подследственных и осужденных составляла 980 тысяч человек, в 2002 г. — 878 тысяч, то в 2003 г. снизилась до 847 тысяч.

В течение последних лет также неуклонно увеличивается количество лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, склонных к немедицинскому употреблению наркотических средств. В 1998 г. их число составляло около 45 тысяч, в 2001 г. — более 87 тысяч, а в 2002 г. превысило 96 тысяч человек и лишь в 2003 г., благодаря активной работе в области лечения и профилактики наркомании и действию федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002–2004 гг.», удалось снизить число больных наркоманией в уголовно-исполнительной системе до 86,5 тысяч человек. Части из них при проведении судебно-психиатрической экспертизы назначалось принудительное лечение от наркомании, что было предусмотрено Уголовным кодексом Российской Федерации, (с 8 декабря 2003 г. федеральными законами №161 и №162 данный вид лечения был заменен на обязательное). Введение этой законодательной нормы скорее всего существенно не изменит количество нуждающихся в специализированной медицинской помощи наркозависимых, находящихся в учреждениях УИС, так как часть заключенных с наркоманией лечатся на добровольной основе. Их число в учреждениях пенитенциарной системы в 1998 г. составило около 30 тысяч человек, в 2001 г. уже более 47 тысяч, а в 2002 г. их стало более 60 тысяч.

Необходимо отметить, что на основании «Акта о психическом здоровье», принятого Всемирной организацией здравоохранения в 1975 г., принудительное или обязательное лечение больных наркоманией осуществляется во многих странах мира. Например, в США и Канаде (по федеральному законодательству) принудительное лечение проводится в течении 3 лет и включает стационарный и амбулаторный периоды. Похожая ситуация наблюдается и в европейских странах, в частности, в Финляндии, Франции, Германии, что отмечено в «Обзоре зарубежного законодательства в области оказания наркологической помощи населению» В.Е. Пелипаса [181].

В уголовно-исполнительной системе России для лечения данной категории больных действуют 5 межрегиональных психиатрических больниц и 22 психиатрических отделения при соматических больницах с общим лимитом более 2 тысяч коек. Исходя из нормативов пребывания на койке психически больных (45–60 дней) и времени занятости койки — 340 койко-дней в году, разработанных Минздравом России, такое количество коек рассчитано на лечение 10 000–15 000 пациентов в год, т.е. на стационарное лечение могут рассчитывать не более 10–12% от общего количества осужденных больных психическими заболеваниями.

Для лечения больных наркоманией в УИС функционируют 11 лечебно-исправительных учреждений (10 мужских и 1 женское) с лимитом на-полнения около 11,5 тысяч мест, наркологические кабинеты в медицинских частях колоний и следственных изоляторов. При том количестве больных наркоманией, о котором говорилось выше, их явно не достаточно.

Деятельность медицинской службы уголовно-исполнительной системы в настоящее время регламентируют свыше 60 законных и подзаконных нормативных актов, Законы Российской Федерации, Постановления Правительства Российской Федерации, приказы, методические указания Минюста, МВД и Минздрава России. Разнотечения отдельных положений в них осложняют работу, а порой делают ее просто невыполнимой.

Значительные противоречия существуют между Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятым Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3186-1 и введенным в действие 1 января 1993 г. и новым Уголовным кодексом Российской Федерации. При принятии в 1996 г. его нормами не были учтены требования указанного Закона.

Ч. 2 ст. 22 УК РФ предусматривает возможность определения судом лицам, совершившим уголовно наказуемые деяния и имеющим

психическое расстройство, не исключающее вменяемости, принудительного лечения, а ст. 97 и 104 УК РФ предписывают осуществление этих мер одновременно с исполнением наказания. Таким образом, на пенитенциарные учреждения возложено исполнение принудительного наблюдения и лечения психиатром осужденных, признанных судом вменяемыми, но имеющими психические расстройства. Однако соответствующего увеличения финансирования и коечного фонда психиатрической службы УИС не произошло. Очень важная роль при этом отводится подпрограмме «Развитие психиатрической помощи в Российской Федерации» в федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 гг.)», разрабатываемой Минздравом России, в которой должна быть учтена реальная потребность медицинской службы Минюста России на 2005–2006 гг. по оказанию психиатрической помощи.

Кроме этого, отмечается явная несогласованность требований Закона «О психиатрической помощи...» и Уголовного кодекса РФ. В частности, по Закону принудительные медицинские меры осуществляются исключительно в «психиатрических учреждениях органов здравоохранения» (ч. 2 ст. 13), что не согласуется с нормами действующего УК, который предусматривает проведение принудительного лечения по месту отбывания наказания. Более того, Закон разрешает применять любые недобровольные психиатрические меры только к лицам с тяжелыми психическими расстройствами (ст. ст. 4, 24 и 29), к числу которых осужденные, признанные вменяемыми, но имеющие психические расстройства, не относятся. Следовательно, «амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра» осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, предписываемое ст. 22 УК, противоречит Закону о психиатрической помощи. Уголовно-исполнительный кодекс не вносит никаких разъяснений по этому вопросу.

В ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации, принятого 1 июля 1997 г., предусмотрено принудительное лечение в отношении осужденных, имеющих психические расстройства, не исключающие вменяемости. Они должны отбывать наказание в лечебно-исправительных учреждениях соответствующего профиля (п. 8 ст. 74 УИК РФ). Однако в ч. 3 ст. 101 указанного кодекса, где приводится перечень осужденных, отбывающих наказание в учреждениях УИС подобного типа, признанные вменяемыми психически больные уже не упоминаются.

Уголовно-исполнительный кодекс РФ в ч. 2 ст. 18 предписывает администрации исправительного учреждения направлять в суд представления о применении к осужденному медицинских мер принудительного характера в случае обнаружения у него психического расстройства.

При решении данного вопроса немаловажное значение имеет обеспечение медицинской службы УИС необходимой информацией о характере, течении психического расстройства у конкретного лица, полученной из историй болезни, медицинских карт с места жительства и в особенности заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий.

В настоящее время получение такой информации осуществляется только при запросе администрации исправительного учреждения и растягивается на несколько месяцев, что препятствует своевременному и адекватному проведению психофармакотерапии или иной коррекции. Кроме того, направление медицинской документации из психиатрической службы Минздрава России в медицинскую службу ГУИН Минюста России законодательно никак не регламентируется.

Осуществление принудительного лечения, назначенного судом, предполагает выполнение психотерапевтических программ с периодическим (раз в полгода) освидетельствованием на предмет его прекращения.

Методическая система исполнения принудительного амбулаторного наблюдения и лечения психиатром осужденных с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, разработана достаточно четко и состоит из ряда мероприятий.

Во-первых, консультации психиатра сразу при поступлении осужденных, признанных вменяемыми, но имеющих психическое расстройство, в учреждение, исполняющее наказание, и динамическое наблюдение за ними в период адаптации к новым условиям (режиму), т.е. в карантине. Несмотря на принудительный характер мер, перед началом психофармакотерапии, включая купирование актуальных расстройств на симптоматическом уровне, в соответствии с «Законом о психиатрической помощи...» такие осужденные извещаются о возможных побочных последствиях проводимого лечения и письменно подтверждают факт информирования. Первичный осмотр их психиатром представляет определенную сложность из-за негативного отношения к этой процедуре самих осужденных, которые опасаются последствий медикаментозного лечения, постановки на диспансерный учет, потери своего социального статуса вследствие своего психического расстройства. На этом этапе, наряду с разъяснительной беседой, первостепенной задачей психиатра является определение актуального психического состояния.

Привлекать ограниченно вменяемых к труду необходимо с учетом характера психического заболевания, профессиональных, трудовых навыков и способности к овладению ими, а в некоторых случаях и с соблюдением необходимых мер безопасности. Направление осужденного

на производственные работы должно осуществляться на основании заключения психиатра о допуске его к определенному виду работ.

Аспект, касающийся непосредственно лечения психически больных, достаточно сложен в силу невозможности стандартизации лечебных мероприятий с применением типовых схем из-за неоднородности психических расстройств. Необходимые объем и спектр лекарственных препаратов, составление плана профилактических осмотров определяются индивидуально для каждого осужденного с психическим расстройством.

При лечении больных наркоманией в медицинской службе мест лишения свободы принята трехэтапная, приемственная схема.

Первый этап — дезинтоксикационная терапия и снятие наркотической абстиненции (ломки) — обычно проводится в медицинских частях следственных изоляторов, куда поступают задержанные (часто в состоянии наркотического опьянения).

Второй этап — вывод из постнаркотических депрессивных состояний и психологическая коррекция отношения к наркотикам — осуществляется в специализированных лечебно-исправительных учреждениях для наркозависимых. Кроме лекарственной терапии, назначаемой врачами-наркологами и психиатрами, применяются психотерапевтические методики, мануальная терапия и рефлексотерапия, помощь психологов и психоаналитиков.

Третий этап — диспансерное наблюдение врачом психиатром-наркологом за лицами, находящимися в состоянии стойкой ремиссии, и перевод их на обычный режим содержания.

В процессе работы с осужденными, больными наркоманией, большое внимание уделяется их социальной адаптации после отбывания наказания. Лица, не имеющие профессии, в обязательном порядке получают начальное профессиональное образование, овладевают специальностями, востребованными на рынке труда. Желаящие могут заочно обучаться в высших учебных заведениях.

Наибольшие трудности представляет процесс адаптации осужденных в обществе после выхода на свободу. Возникающие сложности с семьей, жильем, трудоустройством часто вынуждают их снова возобновлять прием наркотических веществ в качестве способа ухода от социальных проблем. Необходимо, помимо государственных социальных программ, самое активное участие неправительственных общественных организаций в помощи освобождаемым на данном этапе.

Каждые полгода осужденным с психическими расстройствами или большим наркоманией проводится медицинское освидетельствование, основной задачей которого является решение вопроса о целесообразности прекращения применения принудительного или обязательного наблюдения и лечения. В каждом конкретном случае этот вопрос решается индивидуально и зависит от течения заболевания, в частности, наличия стойкой ремиссии, отсутствия декомпенсаций состояния, характера расстройств, их регрессиентности либо отсутствия динамики.

Соблюдение сроков периодичности освидетельствования в нынешних условиях довольно проблематично, особенно если учитывать необходимость вынесения только комиссионного решения для представления ходатайства в суд. Также абсолютно неясно, какие правовые последствия должны наступать при отказе осужденного, страдающего психическим заболеванием, от назначенных судом принудительных мер медицинского воздействия.

Освидетельствование целесообразно было бы проводить в психиатрических стационарах УИС, однако коечный фонд имеющихся межрегиональных психиатрических больниц и отделений УИС не может принять такого количества больных.

Давно назрела необходимость пересмотра Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в том числе и для более точного определения учреждений, осуществляющих принудительное лечение психически больных, а также регулирования принудительного лечения осужденных, имеющих психические расстройства, или внесения изменений в него и стыковки с Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации, Законом «О наркотических средствах и психотропных веществах», создании нормативно-правовой базы по обязательному лечению наркомании и алкоголизма.

После коррекции законодательства необходимо внести соответствующие изменения в бюджет Российской Федерации, предусматривающие финансирование данного вида помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Существенно повлиять на ситуацию могло бы включение в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 гг.)» подпрограммы «Развитие психиатрической помощи в Российской Федерации» при условии учета реальной финансовой потребности психиатрической службы УИС.

Глава 4. **ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНЮСТА РОССИИ**

*Матвеев А.А.,
заместитель начальника отдела Главного центра государственного
санитарно-эпидемиологического надзора при ФСИН России*

1. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в учреждениях уголовно-исполнительной системы России

Состояние здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных в учреждениях УИС значительно отличается от национальных показателей, что связано с концентрацией в этих учреждениях социально дезадаптированной группы населения и некоторыми условиями (факторами риска), которые могут облегчать распространение инфекционных заболеваний в местах лишения свободы. В следственные изоляторы (СИЗО) поступает достаточно высокий процент лиц из наиболее маргинальных групп населения, в большинстве своем лишенных возможности на воле использовать эффективные средства профилактики и лечения этих заболеваний. Эти проблемы не изолированы, так как большинство лиц, содержащихся в учреждениях УИС, в конечном итоге возвращаются в общество. Поэтому строгое соблюдение требований государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов в местах лишения свободы может как значительно снизить риск распространения инфекционных заболеваний внутри пенитенциарного учреждения, так и обеспечить предупреждение их передачи среди гражданского населения.

С эпидемиологической точки зрения, наиболее актуальными для УИС являются заболевания социального характера: туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, венерические и кожные заразные заболевания, педикулез. Так, например, ВИЧ-инфицированных в пенитенциарных учреждениях содержится более 32 тысяч человек, а уровни заболеваемости вирусными гепатитами «В» и «С» по данным за 2003 год примерно в 5 раз превышали средний уровень, регистрируемый в це-

лом по России. Показатель заболеваемости сифилисом среди лиц, поступающих в следственные изоляторы в 2003 году, был выше среднего показателя по Российской Федерации почти в 55 раз, а уровень заболеваемости туберкулезом органов дыхания указанной группы лиц превышал данные по России более чем в 20 раз.

К факторам риска, способствующим распространению инфекционных заболеваний в учреждениях УИС, относятся изоляция от общества, скученность спецконтингента, отсутствие у него элементарных навыков личной гигиены, высокий уровень сменяемости контингента осужденных, значительное число поступающих из групп риска, серьезные недостатки в водоснабжении, неадекватное состояние очистных сооружений, уровень государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах УИС.

По-прежнему проблемными остаются вопросы, связанные с качеством водообеспечения в ряде регионов. По данным за 2002 и 2003 гг. не отвечали санитарным нормам соответственно 11,8% и 10% источников централизованного водоснабжения в связи с отсутствием зон санитарной охраны и обеззараживающих установок в ряде учреждений УИС. Санитарно-химические и микробиологические показатели качества водопроводной воды в ряде регионов подтверждают актуальность существующей угрозы вспышек острых кишечных инфекций и паразитарных заболеваний, вирусного гепатита А.

Особую тревогу вызывает ситуация в следственных изоляторах, находящихся в крупных городах и регионах, где подозреваемые, обвиняемые и осужденные, в том числе инфекционные больные, нередко содержатся в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях.

Несмотря на четко прослеживающуюся в последнее время тенденцию к совершенствованию и модернизации, материально-техническая база учреждений УИС нуждается в дальнейшем обновлении, внедрении в практику современного высокоэффективного лабораторно-диагностического оборудования, позволяющего выявлять инфекционные заболевания на ранних стадиях. Качественно нового уровня решения требует проблема модернизации службы профилактической дезинфекции, так как существующее оборудование (в первую очередь это касается дезинфекционных камер) в большинстве своем изношено, нуждается в ремонте или замене и поэтому не может обеспечивать эффективных мероприятий по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний.

Аналогичное требование должно предъявляться и к качеству дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств. Научными

исследованиями уже доказано и подтверждается на практике, что традиционно используемые хлорсодержащие препараты имеют низкую эффективность при действии на многих возбудителей инфекционных болезней, особенно на клинические штаммы микобактерий туберкулеза. Поэтому более предпочтительным должно быть применение современных высокоэффективных и экономичных препаратов, особенно положительно зарекомендовавших себя при апробации в сложных условиях исправительных учреждений.

Наряду с перечисленными проблемами и направлениями, требующими незамедлительного решения, вследствие недостаточности финансирования остро стоит вопрос организации плановой специфической профилактики инфекционных заболеваний в соответствии с «Национальным календарем профилактических прививок и календарем прививок по эпидемическим показаниям», утвержденным приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.06.2001 № 229.

2. Общие принципы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в учреждениях УИС

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2003, № 2, ст. 167, № 27, ст. 2700), изменениями и дополнениями к нему, закрепленными Федеральным законом Российской Федерации от 22.08.2004 № 122-ФЗ и Положением о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000 г., № 31, ст. 3295), основной задачей органов и учреждений госсанэпиднадзора уголовно-исполнительной системы (УИС), как составляющей структуры государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия лиц, содержащихся под стражей в следственных изоляторах (СИЗО) и осужденных к лишению свободы в исправительных учреждениях Минюста России и сотрудников УИС в период выполнения ими своих служебных обязанностей, как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Выполнение этой задачи органами и учреждениями госсанэпиднадзора УИС осуществляется в непосредственном взаимодействии с государственными органами и органами, уполномоченными осуществлять

государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации, а также специальными структурными подразделениями других федеральных органов исполнительной власти.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия включают в себя организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию.

Проведение указанных мероприятий осуществляется в учреждениях УИС всеми заинтересованными службами и подразделениями в части, их касающейся.

Ответственным за их реализацию непосредственно в каждом учреждении является начальник этого учреждения.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя прежде всего контроль за выполнением санитарного законодательства, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предписаний и постановлений должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой, разработку предложений о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и др.

В своей деятельности государственная санэпидслужба УИС руководствуется «государственными санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами (далее — санитарные правила) — нормативными правовыми актами, устанавливающими санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека (в том числе лиц, содержащихся под стражей), а также угрозу возникновения и распространения заболеваний» (статья 1 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ).

Основной целью проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по недопущению распространения инфекционных заболеваний среди указанных лиц является предупреждение заноса инфекции в учреждение с вновь прибывающим

контингентом, распространения этих заразных заболеваний после его прибытия и выноса инфекции из учреждения при его освобождении.

Для разработки и своевременного осуществления долгосрочных мероприятий профилактического и противоэпидемического характера в учреждениях проводится эпидемиологический анализ за определенный календарный период — месяц, квартал, год (ретроспективный анализ). При оперативном эпидемиологическом анализе проводится слежение за динамикой развития эпидемического процесса, устанавливаются причины подъема заболеваемости и осуществляется коррекция проводимых мероприятий.

Оперативный и ретроспективный эпидемиологические анализы проводят специалисты ЦГСЭН и медицинских частей учреждений.

Целью эпидемиологического прогнозирования является определение тенденции течения эпидемического процесса в конкретных условиях, которое дается с учетом результатов эпидемиологического наблюдения, эпидемиологического анализа за истекший период времени года и эпидемиологических особенностей конкретных инфекционных заболеваний. Его составление входит в обязанности ЦГСЭН.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия подразделяются на:

- а) мероприятия профилактического характера;
- б) мероприятия противоэпидемического характера (мероприятия по ликвидации эпидемических очагов).

Мероприятия профилактического характера включают в себя:

- а) наблюдение за санитарно-эпидемиологической ситуацией в учреждении и районе его расположения;
- б) проведение плановой иммунопрофилактики;
- в) организацию предварительных и периодических медицинских осмотров и лабораторного обследования декретированных лиц (работники организации питания, водоснабжения и т.д.) в объемах и в сроки, определяемые действующими нормативно-методическими документами Минздрава и Минюста России;
- г) осуществление ветеринарно-санитарных мероприятий;
- д) осуществление санитарно-эпидемиологического контроля за содержанием территории, общежитий, организацией питания, водоснаб-

жения и канализации, банно-прачечным обеспечением, соблюдением правил личной гигиены;

- е) проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий;
- ж) систематическую подготовку и усовершенствование медицинского персонала учреждения по вопросам проведения профилактических мероприятий;
- з) подготовку сил и средств для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения инфекционных заболеваний (дополнительное развертывание коек в медчасти, оснащение необходимым имуществом и др.);
- и) организацию санитарно-противоэпидемических барьеров на путях распространения инфекции в случаях регистрации заболеваемости среди населения, проживающего в районе дислокации исправительного учреждения;
- к) мероприятия, проводимые в учреждении при приеме подозреваемых, обвиняемых или осужденных;
- л) систематическое медицинское наблюдение за контингентами УИС;
- м) гигиеническое воспитание и обучение подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а также просвещение сотрудников учреждений по вопросам профилактики инфекционных заболеваний, пропаганду здорового образа жизни.

Мероприятия противоэпидемического характера включают в себя (осуществляются в дополнение к вышеперечисленным):

- а) своевременное извещение ЦГСЭН об изменении санитарно-эпидемиологической обстановки в учреждении и неукоснительное исполнение предложений ЦГСЭН, направленных на ее стабилизацию;
- б) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости;
- в) проведение экстренной специфической иммунопрофилактики инфекционных заболеваний;
- г) изоляционные, лечебно-диагностические и режимно-ограничительные мероприятия в отношении инфекционных больных.

В целях предупреждения заноса инфекции запрещается принимать в следственные изоляторы Минюста России подозреваемых и обвиняемых с явными признаками острого инфекционного заболевания (температура, диарея, кожные высыпания, кровохарканье и др.)

без письменного заключения о состоянии здоровья, выданного лечебным учреждением территориального органа гражданского здравоохранения.

Характер остальных мероприятий определяется санитарно-эпидемиологической обстановкой в регионе и в конкретном учреждении.

В суточный срок осужденные (а лица, принятые в СИЗО, — в день их поступления) проходят полную санитарную обработку (помывку в бане с камерной дезинфекционной обработкой одежды и нательного белья) и размещаются в карантинном отделении, где за ними устанавливается медицинское наблюдение продолжительностью 15 суток.

При выявлении в этот период инфекционных больных или лиц с подозрением на инфекционное заболевание они немедленно изолируются, а в учреждении начальником медицинской службы под непосредственным контролем ЦГСЭН проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью предупреждения распространения этой инфекции или группы инфекций с аналогичным механизмом передачи.

С целью исключения возможности распространения инфекции выявленных больных, а также лиц с подозрением на инфекционное заболевание до решения вопроса о госпитализации и для медицинского наблюдения немедленно помещают в медицинский изолятор. Медицинский изолятор оборудуется при медицинской части учреждения заблаговременно, как минимум на две инфекции (воздушно-капельную и кишечную). По эпидемическим показаниям (при массовом поступлении больных) под изолятор могут быть приспособлены другие здания и помещения учреждения.

В течение всего времени нахождения указанных лиц в медицинском изоляторе соблюдается противоэпидемический режим.

Под противоэпидемическим режимом понимается такой порядок организации работы медицинского изолятора, который обеспечивает полную безопасность для медицинского персонала, исключает возможность распространения инфекции за его пределы как самим больным, так и обслуживающим персоналом.

Противоэпидемический режим определяется эпидемиологическими особенностями конкретной инфекции.

Общими требованиями к работе изолятора являются:

- а) раздельное поступление и размещение инфекционных больных с разными механизмами передачи инфекции;
- б) размещение медицинского изолятора (или приспособленных под изолятор помещений) в удалении от объектов питания и водоснабжения;
- в) обеспечение медицинского изолятора полным комплектом белья и постельных принадлежностей, достаточным запасом дезинфицирующих и противопаразитарных средств, предметами ухода за больными, столовой посудой и приборами, емкостями для замачивания в дезрастворе белья, посуды, мешками для хранения одежды, емкостями для сбора и дезинфекции выделений больных;
- г) наличие условий для полной санитарной обработки поступающих в медицинский изолятор больных (душ-санпропускник);
- д) неукоснительное соблюдение режима дезинфекции.

Длительность медицинского наблюдения в карантинном помещении исправительной колонии (ИК) или камере СИЗО в этом случае продлевается на срок максимального инкубационного периода данной инфекции, начиная со дня изоляции последнего из заболевших.

При отсутствии признаков инфекционных заболеваний заключенные переводятся в жилую зону.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по прибытии осужденных в учреждение проводятся одновременно с мероприятиями по их медицинскому освидетельствованию.

Во время медицинского освидетельствования в сборном отделении осуществляется сбор эпиданамнеза, выявляются больные туберкулезом легких, кожными, венерическими и другими инфекционными заболеваниями. Лица, находившиеся в контакте с инфекционными больными, подвергаются изоляции, медицинскому наблюдению, при необходимости — лабораторному обследованию и превентивному лечению.

В период пребывания осужденных в карантинном помещении запрещается привлечение их к работам вне этого помещения.

В этот период им также проводятся плановые (в соответствии с возрастом) прививки, организуется проведение гигиенического воспитания и обучения, другие мероприятия, вытекающие из конкретно складывающейся санитарно-эпидемиологической обстановки.

Лица, занятые на постоянной работе на объектах питания и водоснабжения, подлежат систематическому медицинскому контролю. В число этих лиц входят повара, хлеборезы, кладовщики, постоянные кухонные работники, водители продовольственных фургонов и цистерн для воды, слесари и другой персонал, обслуживающий водозаборные сети и сооружения. Порядок обследования и допуска их к работе устанавливается соответствующими нормативными документами Министерства здравоохранения и социального развития России.

Ответственность за своевременность прохождения при приеме на работу и периодических медицинских осмотров лиц декретированной группы несут начальники соответствующих служб.

Осужденные, назначаемые в наряд на кухню, подлежат обязательно медицинскому осмотру на гнойничковые заболевания кожи и подкожной клетчатки, который проводится ежедневно перед заступлением на работу дежурным медицинским работником, о чем делается отметка в журнале медосмотра работников пищеблока. Те лица, у которых выявлены указанные проявления, от работы на кухне временно отстраняются до исчезновения признаков заболевания.

Лица, состоящие на диспансерном учете после заболевания острыми кишечными инфекциями или страдающие хронической формой дизентерии, в наряд на кухню не назначаются.

Своевременное (раннее) выявление инфекционных больных осуществляется медицинскими работниками на амбулаторных приемах, во время медицинских осмотров, а также во время еженедельных обходов общежитий, отрядов и камер совместно с руководством учреждения.

В каждом учреждении должны составляться и ежегодно корректироваться комплексные планы профилактики инфекционных заболеваний, утверждаемые начальником учреждения и согласованные с ЦГСЭН. При этом обязательно предусматривается четкое взаимодействие всех заинтересованных служб и подразделений с целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению возникновения и дальнейшего распространения инфекции.

Противоэпидемические мероприятия должны быть направлены на оперативную локализацию и последующую ликвидацию очага инфекции и включают в себя мероприятия, направленные на все звенья эпидемического процесса: 1) предупреждение появления или ликвидацию (обезвреживание, устранение) источника возбудителя инфекции; 2) предупреждение возможности реализации или выключение (разрыв)

механизма передачи возбудителя; 3) создание или повышение уровня иммунитета у восприимчивого организма.

Инфекционный больной госпитализируется в инфекционное отделение лечебно-профилактического учреждения УИС или в инфекционную больницу (отделение) органа здравоохранения по территориальному принципу.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при выявлении инфекционных заболеваний проводятся в пределах эпидемического очага. Границы эпидемического очага определяются той территорией (камера, отряд, бригада, учреждение), в пределах которой возможна реализация механизма передачи данной инфекции. Длительность существования эпидемического очага определяется максимальным сроком инкубационного периода болезни после устранения источника инфекции (госпитализации последнего заболевшего или бактерионосителя) и проведения заключительной дезинфекции.

При эпидемиологическом обследовании по поводу единичных случаев инфекционного заболевания начальник медицинской службы учреждения организует и проводит:

- а) опрос и обследование больного;
- б) опрос и обследование лиц, находившихся в контакте с больным в очаге;
- в) совместно с ЦГСЭН обследование внешней среды, в том числе и лабораторное (анализ воды, продуктов питания, смывы с окружающих предметов).

Опрос и обследование проводятся целенаправленно в соответствии с эпидемиологическими особенностями конкретной инфекции в целях установления источника инфекции и путей ее передачи.

Результаты, полученные в ходе эпидемиологического обследования, используются для коррекции мероприятий, проводимых в очаге.

Текущий, т.е. оперативный эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости в учреждении УИС должен осуществляться ежедневно.

Для этой цели в ЦГСЭН при территориальном органе УИС ежедневно собираются и накапливаются следующие документы и материалы:

1. Экстренные извещения.
2. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060-у).

3. Карты эпидобследования очагов инфекционных заболеваний.
4. Списки с результатами опроса больных в стационаре.
5. Данные об изменениях в санитарно-гигиеническом фоне.

Помимо перечисленного, в ЦГСЭН должны быть в наличии и постоянно обновляться следующие документы:

1. Карты-схемы снабжения объекта централизованно поступающими продуктами питания.
2. Карты-схемы водоснабжения и канализации объекта.
3. Результаты лабораторных обследований больных и санитарно-бактериологических исследований продуктов питания, воды и смывов на санитарно-показательную микрофлору за последний месяц.
4. Акты санитарных обследований и паспорта эпидзначимых подконтрольных объектов.

О каждом случае возникновения инфекционного заболевания начальник медицинской части докладывает начальнику учреждения с одновременным сообщением в ЦГСЭН с последующим направлением в ЦГСЭН (в течение 12 часов с момента установления диагноза) экстренного извещения об инфекционном (паразитарном) заболевании, пищевом отравлении, необычной реакции на прививку. В случае уточнения, изменения или отмены первоначального диагноза информация об окончательном диагнозе со ссылкой на первоначальный диагноз и имеющиеся результаты лабораторного обследования из лечебно-профилактического учреждения должна передаваться в ЦГСЭН в течение 24 часов. Ответственность за своевременность передачи информации несет начальник учреждения.

В эпидемическом очаге проводятся режимно-ограничительные мероприятия, содержание которых зависит от механизма передачи и путей передачи инфекции, а также особенностей размещения и питания контингентов УИС.

Выделяют три категории режимно-ограничительных мероприятий:

- а) усиленное медицинское наблюдение;
- б) обсервация;
- в) карантин.

Усиленное медицинское наблюдение направлено на активное выявление инфекционных больных с последующей их изоляцией и госпитали-

зацией. Активное выявление инфекционных больных предусматривает ежедневный опрос, осмотр, термометрию, а также лабораторные исследования лиц, контактировавших с больным, или всех содержащихся в учреждении контингентов УИС. Усиленное медицинское наблюдение вводится по указанию начальника медицинской службы учреждения.

Обсервация — это система мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционного заболевания. Обсервация вводится приказом начальника учреждения по представлению начальника медицинской службы.

Обсервация предусматривает:

- а) усиленное медицинское наблюдение;
- б) ограничение поступления контингентов УИС в учреждение и убытия из него.

В случае поступления этапа в учреждение, где введена обсервация, прибывшие лица размещаются отдельно, а вопрос об убытии из учреждения решается в каждом конкретном случае индивидуально;

- в) ограничение или прекращение свиданий с родственниками;
- г) проведение специальных лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на разрыв механизма и путей передачи инфекции.

Карантин — это система противоэпидемических и режимных мероприятий, направленных на полную изоляцию эпидемического очага и ликвидацию инфекционной заболеваемости в нем.

Карантин предусматривает проведение следующих мероприятий:

- а) запрещение приема в учреждение вновь поступающих лиц, запрещение их этапирования и перевода из учреждения, за исключением случаев, когда их перемещение должно осуществляться в определенные законом сроки (выбытие из СИЗО в ИУ после назначения судом наказания в виде лишения свободы, выбытие из ИУ по окончании срока заключения и др.);
- б) запрещение свободного перемещения контингентов УИС внутри учреждения;
- в) усиленное медицинское наблюдение;
- г) специальные лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, направленные на разрыв механизма и путей передачи инфекции.

Материально-техническое снабжение учреждения, где введен карантин, осуществляется через перегрузочные площадки.

В целях выполнения условий карантина работа учреждения организуется по усиленному варианту несения службы. Карантин в учреждении устанавливается и снимается решением руководства территориального органа УИС по представлению начальника ЦГСЭН в соответствии с установленными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

В случае временного запрещения свиданий по эпидемическим показаниям администрация учреждения извещает об этом прокурора, осуществляющего надзор за соблюдением законов в местах лишения свободы.

3. Особенности организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при отдельных инфекционных заболеваниях

3.1. Острые кишечные инфекции

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению острых кишечных инфекций должны проводиться комплексно и постоянно. Основными мероприятиями являются:

- а) обеспечение действенного систематического медицинского контроля с применением лабораторных методов исследования за условиями размещения, организацией водоснабжения и питания лиц, содержащихся в учреждениях УИС;
- б) своевременное и полное лабораторное обследование декретированных контингентов;
- в) проведение профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации, создание надлежащих условий для соблюдения гигиенических правил, медицинский контроль за соблюдением подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными основных требований личной гигиены;
- г) проведение диспансерного наблюдения за всеми переболевшими острыми кишечными заболеваниями в объемах и в сроки, предусмотренные соответственно для каждой нозологии. Данные о состоянии здоровья переболевшего в период проведения диспансерного наблюдения, а также результаты всех лабораторных и клинических обследований заносятся в медицинскую амбулаторную карту обследуемого;

- д) раннее выявление (в первые сутки), обязательная изоляция и госпитализация больных любыми острыми кишечными инфекционными заболеваниями;
- е) медицинское наблюдение (с бактериологическим обследованием) за лицами, находившимися в контакте с больными, и профилактическое фагирование их;
- ж) контроль за санитарно-техническим состоянием инженерных сооружений и сетей учреждений;
- з) проведение гигиенического воспитания и обучения контингентов УИС.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при выявлении больных острыми кишечными инфекциями направлены на локализацию и ликвидацию очага и проводятся на основе результатов эпидемиологического обследования единичных или групповых заболеваний.

Переболевшие острыми кишечными инфекционными (ОКИ) заболеваниями лица из декретированной группы подлежат обязательному учету и диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с клиническим осмотром и 2-кратным бактериологическим обследованием, проведенным в конце наблюдения с интервалом в 2-3 дня. Дети, содержащиеся в домах ребенка, переболевшие ОКИ, подлежат наблюдению в течение 1 месяца после выздоровления с ежедневным осмотром стула.

Лица, переболевшие хроническими формами ОКИ, подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 месяцев с момента установления диагноза с ежемесячным осмотром и лабораторным обследованием.

Материал для лабораторного исследования в период диспансерного наблюдения забирается и доставляется в лабораторию медицинскими работниками учреждений.

В зависимости от санитарно-эпидемиологической обстановки по решению ЦГСЭН контингенты УИС перед этапированием для отбытия наказания из СИЗО в учреждения других республик, краев, областей подвергаются однократному бактериологическому обследованию на кишечную группу инфекций.

В случае неблагоприятного результата бактериологического исследования (выявления возбудителя инфекционного заболевания) этапирование бактериовыделителей не допускается и в отношении их

проводится комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Эпидемиологическое обследование единичных заболеваний острыми кишечными инфекциями проводится врачом учреждения с целью установления места заражения больного, источника инфекции, определения возможных путей и факторов передачи возбудителя, а также круга контактировавших лиц, подвергшихся риску заражения.

Для решения этих задач проводится:

- а) опрос и обследование больного;
- б) опрос и обследование контактировавших лиц;
- в) осмотр и обследование объектов внешней среды в пределах учреждения.

При опросе больного собирается эпидемиологический анамнез. При этом выясняется:

- а) дата начала заболевания;
- б) болел ли ранее кишечными инфекциями (дата заболевания, время и место лечения);
- в) характер питания и водопользования;
- г) место пребывания заболевшего в течение максимального срока инкубационного периода до начала болезни (для решения вопроса о месте заражения), вероятность контакта с лицами, имеющими явные клинические признаки инфекционного заболевания;
- д) клинические особенности данного заболевания.

В соответствии с данными, полученными при опросе больного и других лиц, в целях выяснения условий возможного заражения больного обследуются объекты питания и водоснабжения, канализационные и водопроводные сети, места пребывания больного, места общего пользования, территория и др.).

Устанавливаются лица, которые могли заразиться вместе с больным (или от него) и проводится их бактериологическое обследование.

Начальник медицинской службы обязан:

- а) организовать немедленную изоляцию и госпитализацию больного для начала лечения на возможно более ранней стадии заболевания;

- б) доложить об этом начальнику учреждения и вышестоящему медицинскому начальнику, в течение 12 часов с момента выявления первого больного направить в ЦГСЭН экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку;
- в) организовать проведение заключительной дезинфекции в очаге;
- г) определить круг контактировавших лиц и установить за ними усиленное медицинское наблюдение в течение срока, равного максимальному инкубационному периоду конкретного инфекционного заболевания с проведением необходимого лабораторного обследования;
- д) запретить включения указанных лиц в течение этого времени в состав наряда по кухне;
- е) совместно с заинтересованными службами провести работу по исключению возможности симулятивных проявлений заболевания;
- ж) усилить контроль за питанием и водоснабжением, очисткой территории.

При возникновении групповых случаев острых кишечных инфекций помимо мероприятий, предусмотренных выше, обязательно проводятся следующие мероприятия:

а) при пищевом характере группового заболевания:

- 1) изъятие из употребления подозрительных продуктов, блюд и их остатков с последующим направлением проб на экспертизу в ЦГСЭН, в том числе «суточной пробы»;
- 2) выявление и устранение причин, обусловивших инфицирование пищи и размножение в ней возбудителей;
- 3) тщательная уборка продовольственно-пищевых объектов с применением моющих и дезинфицирующих средств, кипячение посуды и инвентаря; усиление контроля за соблюдением правил личной гигиены работниками пищеблока и лицами из числа наряда по кухне.

б) при водном характере группового заболевания:

- 1) немедленная организация бесперебойного обеспечения контингентов УИС доброкачественной питьевой водой (доставка питьевой воды из другого, безопасного с эпидемиологической точки зрения водисточника, использование только кипяченой воды и т.д.);
- 2) выявление и устранение причин загрязнения системы водоснабжения или отдельных ее элементов;

- 3) дезинфекция водопроводных сооружений, емкостей для воды или водисточников.

Очаг считается ликвидированным, если по истечении максимального срока инкубационного периода (7 дней — при шигеллезах и сальмонеллезах, 21 дня при брюшном тифе, 35 дней — при вирусном гепатите А) после изоляции последнего больного и проведения заключительной дезинфекции в очаге не появились новые больные и не выявлены бактерионосители.

При организации и проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий должны учитываться следующие эпидемиологические особенности некоторых инфекций:

- а) за лицами, бывшими в контакте с заболевшим вирусным гепатитом А, а также за всеми декретированными работниками (работниками объектов питания, водоснабжения и т.д.) устанавливается медицинское наблюдение (термометрия, контроль за цветом кожных покровов и слизистых оболочек, мочи, определение размеров печени и селезенки и т. д.) в течение 35 дней не реже 2 раз в неделю;
- б) при брюшном тифе и паратифах для облегчения эпидемиологического анализа в случае возникновения тифопаратифозных заболеваний, при которых данный бактерионоситель может являться источником инфекции, у каждого хронического носителя бактерий брюшного тифа и паратифов определяется фаготип выделяемых им бактерий с отражением полученного результата в его медицинской карте;
- в) в связи с тем, что острая бактериальная дизентерия часто протекает стерто, по каждому случаю заболевания колитом, энтеритом и энтероколитом в учреждении УИС необходимо проводить весь комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, который проводится при выявлении больного дизентерией;
- г) профилактические мероприятия в отношении кишечного иерсиниоза включают борьбу с грызунами, выявление заболеваний иерсиниозом свиней, крупного рогатого скота, птицы, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима при работах, связанных с транспортировкой, приготовлением и хранением пищевых продуктов. Мероприятия в очаге проводятся как для инфекций с фекально-оральным механизмом передачи.

3.1.1. Организация санитарно-противоэпидемических мероприятий при эпидемической вспышке острого кишечного заболевания

При эпидемиологическом обследовании по поводу групповых заболеваний, характеризующихся одновременным ростом (эпидемической

вспышки), обусловленным общей причиной, начальник медицинской службы учреждения, кроме перечисленных выше мероприятий, проводит анализ распределения заболеваемости по отрядам, бригадам, каменам, датам возникновения заболеваний, особенностям быта заболевших и другим признакам в соответствии с конкретными условиями.

Своевременное выявление начала эпидемической вспышки и причины изменения эпидемического процесса возможно лишь при постоянном комплексном санэпиднадзоре, т.е. систематическом слежении за уровнем заболеваемости среди обслуживаемого контингента и за санитарно-гигиеническим фоном, т.е. за фактами появления эпидемически опасных санитарных нарушений на эпидемиологически значимых объектах.

Эпидемиологическое обследование случаев групповых острых кишечных инфекционных заболеваний (вспышек) осуществляется, как правило, врачом-эпидемиологом при участии представителей медицинской службы учреждения, других заинтересованных служб (продовольственной, коммунальной, инженерно-технической, ветеринарной, оперативной и др.). До прибытия врача-эпидемиолога начальник медицинской части учреждения обязан самостоятельно начать эпидемиологическое расследование и организовать проведение неотложных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

При проведении эпидемиологического обследования групповых заболеваний изучается динамика и структура заболеваемости острыми кишечными инфекциями в период вспышки и предшествующий ей период с учетом условий работы, быта контингентов УИС, особенностей организации питания и водоснабжения.

Основной целью эпидемиологического обследования является установление типа и характера вспышки, а также условий и факторов, способствовавших ее развитию.

По условиям заражения вспышки подразделяются на:

- а) водные,
- б) пищевые,
- в) контактно-бытовые.

В ходе эпидемиологического обследования в целях уточнения предполагаемых причин, обусловивших вспышку, собираются данные о соответствии объектов питания и водоснабжения гигиеническим нормативам, сведения об очистке территории и др. Оценивается структура заболеваемости по отрядам, которая сопоставляется с условиями быта

и труда заболевших с другими факторами, которые могли способствовать развитию вспышки. Одновременно проводятся лабораторные исследования воды, подозрительных в недоброкачественности пищевых продуктов и смывов с инвентаря пищеблока, с рук и спецодежды работников пищеблока, а также бактериологическое обследование работников питания.

Завершающим этапом эпидемиологического обследования является анализ и обобщение всех собранных материалов. На основании сопоставления фактов и критической оценки всех данных формируются окончательные выводы об источниках инфекции, путях передачи и условиях, способствовавших возникновению острых кишечных инфекций. Эти выводы используются для определения объема и характера противоэпидемических мероприятий и их целенаправленного проведения, обеспечивающего наиболее быструю локализацию и ликвидацию очага.

3.2. Педикулез

Начальник медицинской службы обязан организовывать проведение плановых осмотров контингентов УИС с целью выявления и санации лиц с педикулезом в соответствии с приказом № 342 от 26 ноября 1998 г. «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом». Ответственность за проведение противопедикулезных мероприятий несет администрация учреждения.

О каждом выявленном случае педикулеза информация по установленной форме сообщается в ЦГСЭН и заносится в журнал учета инфекционных заболеваний.

Срок наблюдения установленного очага педикулеза составляет 1 месяц. В очаге проводится осмотр контингентов УИС на педикулез с периодичностью 1 раз в 10 дней.

Очаг педикулеза считается санированным при отрицательных результатах трехкратного обследования с интервалом между ними 10 дней. Контроль за санацией очагов ведут работники медицинских частей (здравпунктов) учреждений УИС. Выборочный контроль осуществляется сотрудниками ЦГСЭН.

Контингенты УИС подлежат обязательному осмотру на педикулез при поступлении в учреждение и выбытии из него, а также в плановом порядке не реже 4 раз в год, с обязательной регистрацией результатов осмотра в медицинской амбулаторной карте. Осмотр проводит медицинский персонал с привлечением начальников отрядов, воспитате-

лей, оперативно-режимных работников. Осмотр проводится также при каждом обращении за медицинской помощью, при диспансеризации и при поступлении на стационарное лечение работниками медицинских частей и больниц соответственно.

Результаты осмотров фиксируются в «Журнале проведения медицинских осмотров на педикулез» с указанием даты проведения, фамилии, № отряда (камеры), результата осмотра и подписи медицинского работника, проводившего медосмотр.

Лица, поступающие в стационар, осматриваются медицинской сестрой приемного отделения, а при длительном лечении — медицинской сестрой лечебных отделений не реже 1 раза в 10 дней. Выявленный педикулез не может являться основанием для отказа в госпитализации по основному заболеванию.

При обнаружении вшей на теле человека проводится комплексная санитарная обработка (помывка в душевом отделении с одновременной дезинсекционной обработкой белья и одежды, а в случае необходимости, по заключению медработников, сбривание волос или использование противопедикулезных средств, например «Медифокс-супер», «Ниттифор» и др.). Вопрос о целесообразности короткой стрижки или бритья волос у подследственных должен быть согласован со следственными органами. Остриженные или сбритые волосы собираются и сжигаются в специально выделенной емкости.

Медицинские части должны иметь специальные укладки, предназначенные для проведения противопедикулезных обработок, включающие клеенчатые мешки для сбора вещей человека, пораженного педикулезом, клеенчатую пелерину, перчатки резиновые, ножницы, частые металлические гребни, машинку для стрижки волос, педикулоцидные препараты для уничтожения всех стадий вшей, препараты для дезинсекции помещений.

В противопедикулезные мероприятия входят как действия общего характера, направленные на соблюдение должного санитарно-противоэпидемического режима в коллективах, так и специфические меры по санации людей, у которых обнаружен педикулез.

В целях предотвращения появления вшей и их распространения среди контингентов УИС осуществляются обязательные профилактические мероприятия, включающие мытье в бане не реже 1 раза в 7 дней, смену нательного и постельного белья с последующей стиркой. С этой же целью необходимо не реже 1 раза в квартал проводить камерную дезинфекцию постельных принадлежностей (подушки, одеяла, матрацы).

3.3. Дифтерия

Основными мероприятиями по предупреждению заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, являются:

- а) соблюдение гигиенических требований к содержанию жилых, производственных и других помещений (поддержание температурного режима, режима проветривания, уборки и т. д.);
- б) выявление и изоляция заболевших респираторным заболеванием;
- в) при нарастании заболеваемости проводятся изоляционно-ограничительные мероприятия, может организовываться неспецифическая и специфическая иммунопрофилактика.

В очагах дифтерии лица, контактировавшие с больными, подвергаются ежедневному медицинскому наблюдению в течение 7–10 суток. При обнаружении патологических явлений со стороны ЛОР-органов больным проводят консультацию с врачом-отоларингологом и инфекционистом и однократное бактериологическое исследование мазков из зева. При выявлении возбудителя они подлежат изоляции и госпитализации, а обследование продолжается до прекращения выделения токсигенных коринебактерий у лиц, контактировавших с ними.

После изоляции больного или носителя токсигенного штамма дифтерийной палочки проводится заключительная дезинфекция.

Профилактические прививки против дифтерии в очаге инфекции проводятся:

- непривитым против дифтерии лицам, а также при отсутствии достоверного анамнеза;
- детям и подросткам, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;
- взрослым, у которых согласно медицинской документации от последней прививки прошло 10 и более лет;
- лицам, у которых при серологическом обследовании не обнаружены защитные титры дифтерийных антител (1:20 и более).

Реконвалесценты и носители токсигенных коринебактерий могут находиться среди здоровых лиц только после получения отрицательных результатов бактериологического обследования.

3.4. Менингококковая инфекция

Источником при менингококковой инфекции является больной человек или бессимптомный бактерионоситель (последний представляет наибольшую эпидемиологическую опасность). Как правило, для данного заболевания характерен сезонный подъем в зимне-весенний период.

Заболевшие менингококковой инфекцией подлежат немедленной изоляции с последующей госпитализацией.

Контактировавшие с больным лица подвергаются ежедневному медицинскому наблюдению в течение 10 дней (осмотр зева и носоглотки, кожных покровов и термометрия 2 раза в сутки) и обязательному однократному бактериологическому обследованию. Особое внимание уделяется активному выявлению лиц с хроническими и острыми воспалительными явлениями в зеве и носоглотке, а также имеющих кожные высыпания неясной этиологии. При наличии патологических изменений в зеве и носоглотке (назофарингиты) больных изолируют в медчасть учреждения, у них проводят бактериологическое исследование мазков из зева и носа, по назначению врача-специалиста проводят лечение. Лица с неясными высыпаниями на коже госпитализируются для исключения менингококкемии. С этой же целью больные, предъявляющие жалобы на интенсивную головную боль и имеющие менингеальные симптомы и повышенную температуру тела, не купирующуюся обычными жаропонижающими средствами, подлежат обязательному консультированию у врача-инфекциониста. На срок инкубационного периода (10 дней) в камере (отряде) ограничиваются все перемещения заключенных.

Выявленным бактерионосителям через 3 дня после окончания курса санации однократно проводится контрольное бактериологическое обследование. При наличии отрицательного результата они могут содержаться совместно со здоровыми лицами.

Реконвалесценты допускаются в камеру (отряд) только после отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного однократно не ранее, чем через 5 дней после окончания этиотропного лечения.

При длительном носительстве (свыше 1 месяца) и отсутствии воспалительных изменений в носоглотке носитель допускается в камеру (отряд), где он был выявлен.

Заключительная дезинфекция в очагах не проводится. Не подлежит дезинфекции и транспорт по перевозке больных менингококковой инфекцией.

В помещении проводится ежедневная влажная уборка и частое проветривание, облучение ультрафиолетовыми и бактерицидными лампами.

3.5. Корь

Источник инфекции — больной человек. Инкубационный период 8–21 день.

В случае выявления заболевшего (или при подозрении на заболевание) он подлежит госпитализации в инфекционное отделение. В очаге инфекции проводятся режимно-ограничительные мероприятия в течение 21 дня.

Лицам, находившимся в контакте с больным, в возрасте до 35 лет, не болевшим корью, не привитым, привитым однократно или не имеющим сведений о прививках против кори, проводится вакцинация. При наличии противопоказаний к вакцинации проводится гамма-глобулиновая профилактика.

В очаге проводится влажная уборка, проветривание.

3.6. Особо опасные инфекции

При подозрении на особо опасную или карантинную инфекцию немедленно задействуется оперативный план экстренных мероприятий:

- 1) строгая изоляция больного по месту выявления всех лиц из числа находящихся в данный момент в контакте с ним;
- 2) срочная передача информации о больном по утвержденной схеме оповещения;
- 3) запрещение выхода из помещения, где выявлен больной, и входа в него;
- 4) обязательное использование защитных костюмов для предохранения персонала от заражения;
- 5) превентивное лечение лиц, бывших в контакте с больным, по установленной для конкретного заболевания схеме;

- 6) забор и направление с помощью соответствующей укладки биологического материала в лабораторию для установки подтверждения или отмены диагноза;
- 7) госпитализация больного;
- 8) проведение дезинфекционных мероприятий в учреждении с учетом механизма распространения выявленной особо опасной или карантинной инфекции;
- 9) запрещение приема и направления этапов на срок карантина.

3.7. Клещевой энцефалит

Для предупреждения заболеваний клещевым энцефалитом при дислокации учреждений УИС в районе природного очага этой нозологии необходимо принимать меры по индивидуальной защите от нападения клещей:

- а) одежда должна препятствовать проникновению под нее клещей;
- б) периодически (через 2-4 часа) для обнаружения проникших и присосавшихся клещей проводить само- и взаимоосмотры (так как присасывание клещей безболезненно и происходит, как правило, незаметно);
- в) импрегнировать одежду отпугивающими средствами — реппелентами, входящими в список препаратов, разрешенных Минздравом России для практического использования;
- г) обрабатывать инсектицидами (жидкие формы, аэрозоли) ограниченные участки местности, в которых спецконтингент пребывает особенно часто.
- д) контингенты учреждений УИС, дислоцирующихся в эндемичных районах, подвергаются плановой профилактической вакцинации в соответствии с действующими нормативными документами: СП 3.1.098-96 «Клещевой энцефалит»; Приказ Минздрава СССР № 141 от 09.04.1990 «О дальнейшем совершенствовании мероприятий по профилактике клещевого энцефалита»; распоряжение Госкомсанэпиднадзора России № 15РЦ-1035 от 26.06.1997 «Перечень районов и городов субъектов Российской Федерации, неблагополучных по клещевому энцефалиту (по состоянию на 01.01.1997), при выезде в которые требуется проведение профилактических прививок против этой инфекции».

3.8. Вирусный гепатит В

Медицинской службой организуется и проводится вакцинопрофилактика вирусного гепатита В в соответствии с действующим календарем профилактических прививок, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.06.2001 № 229 (новорожденным детям, далее в возрасте 1 мес., 6 мес., а ранее не привитым — в возрасте 13 лет по схеме 0—1—6 мес.).

В процедурных кабинетах и стационарах медицинских частей, а также во всех больницах для осужденных и лечебных исправительных учреждениях проведение любых парентеральных процедур, дезинфекция объектов внешней среды (кровь, другие биожидкости, белье, посуда, предметы ухода, уборочный инвентарь), предстерилизационная очистка и стерилизация медицинского инструментария должны осуществляться разрешенными Минздравом РФ для применения моющими и дезинфицирующими средствами и в строгом соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности СП 3.5.1378-03, ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы», санитарно-эпидемиологическими правилами «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях» СП 3.1.1275-03, МУ 287-113 от 30.12.1998 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения», приказом МЗ СССР от 12.07.1989 № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» и другими действующими нормативными документами Минздрава России.

3.9. ВИЧ-инфекция

Порядок и объем санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении ВИЧ-инфицированных осужденных определяются соответствующими нормативными документами Минздрава России и прежде всего приказом Минздрава и МП РФ от 25.04.96 № 168 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», а также приказом от 30.06.2000 № 110 ГУИН Минюста России «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в учреждениях УИС Минюста России».

Медицинской частью учреждения организуется:

- а) проведение обязательных исследований на ВИЧ-инфекцию установленным законом категориям граждан;
- б) проведение исследований на ВИЧ-инфекцию изъявившим желание пройти указанное обследование добровольно;
- в) проведение до- и послетестовых консультаций;
- г) контроль за состоянием здоровья выявленных ВИЧ-инфицированных и проведение мероприятий, исключающих их контакт с другими инфекционными больными;
- д) лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию названным категориям граждан в специально аккредитованных для этого лабораториях.
- е) при взятии биологического материала у этих больных, при его хранении и транспортировке — соблюдение необходимых условий и правил техники безопасности в установленном порядке;
- ж) доставка материала транспортом учреждения в лаборатории, осуществляющие исследования на ВИЧ;
- з) в период ремиссии вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных осужденных решается вопрос о возможности привлечения их к трудовой деятельности с учетом медицинских показаний;
- и) направление указанных больных на стационарное лечение в специализированных учреждениях или отделениях. При их отсутствии используются инфекционные стационары или отделения (желательно их боксовые отделения), что облегчает сохранение врачебной тайны и оберегает больного с ВИЧ-инфекцией от контактов с инфекционными больными.

Профилактика ВИЧ-инфекции включает в себя комплекс мероприятий информационно-просветительного характера среди персонала и заключенных пенитенциарных учреждений (например, по принципу «равный обучает равного», меры по пресечению несанкционированного доступа заключенных к наркотикам и средствам их инъекционного введения, предоставление осужденным возможности использования дезсредств в быту, доступность презервативов для использования осужденными во время длительных свиданий и пр.

Для поддержания иммунитета у ВИЧ-инфицированных и предотвращения развития более тяжелых форм заболевания наряду с условиями улучшенного содержания указанным лицам предусмотрено назначение диетического питания по норме 7Б (калорийностью около 3300 ккал).

ВИЧ-инфекция относится к медленным инфекциям с длительным периодом носительства: от момента заражения до развития заболевания может пройти от 5 до 10 лет. При условии соблюдения морально-этических и санитарно-гигиенических норм ВИЧ-инфицированные не представляют угрозы для окружающих.

Федеральным законом от 9 марта 2001 г. № 25-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации и другие законодательные акты Российской Федерации» из части 2 статьи 101 УИК РФ исключена норма, предусматривающая содержание указанной категории осужденных в специализированных лечебных исправительных учреждениях.

В связи с этим на основании разъяснения Минздрава России от 29.09.2003 №1100/2731-03-116 ГУИН Минюста России своим письмом № 18/29-136 от 23.04.2001 рекомендовало как оптимальный вариант совместное содержание ВИЧ-инфицированных в учреждениях УИС со здоровыми подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными, предусматривающее раздельное проживание ВИЧ-инфицированных (в камерах, отрядах, участках) при совместном использовании со здоровыми лицами коммунально-бытовых, спортивных и производственных объектов. Вместе с тем в ряде учреждений УИС (женская ИК в г. Можайске, ВК в г. Икше Московской области, в учреждениях УИН Минюста России по Ярославской области, ГУИН Минюста России по Красноярскому краю и др.) имеется и положительный опыт совместного проживания здоровых и ВИЧ-инфицированных лиц.

4. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при перевозках

Целью проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выбытии контингента из учреждения (окончание срока заключения, перевод в другое учреждение, вывоз на проведение следственных действий и др.) является предупреждение распространения инфекции за пределы учреждения.

Лица, подлежащие выбытию из учреждения, должны пройти комплексную санитарную обработку. Переболевшие инфекциями, при которых может быть реконвалесцентное носительство или развиваются хронические формы болезни, должны быть обследованы бактериологически и пролечены до прекращения бактериовыделения. При необходимости

продолжения наблюдения за выбывающим об этом сообщается по месту его направления, а при освобождении — по месту его дальнейшего пребывания.

Организация перевозок лиц, заключенных под стражу и осужденных, регламентируется соответствующими Федеральными законами, ведомственными нормативными актами Минюста России, приказами и указаниями ГУИН Минюста России, в которых излагаются основные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в пути следования.

При перевозках указанных лиц проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний как среди самих осужденных, так и у сотрудников конвойного подразделения, сопровождающих и обеспечивающих их охрану в пути следования, а также заноса инфекции в пункт назначения, силами медицинских работников учреждения (органа) отправителя, медицинскими работниками управлений (отделов) конвоирования, проводниками железнодорожных вагонов, под контролем ЦГСЭН при соответствующих территориальных органах УИС.

Перевозка инфекционных больных должна осуществляться с соблюдением условий, препятствующих дальнейшему распространению инфекции.

Для сопровождения инфекционных больных до конечного пункта следования по решению учреждения-отправителя (по медицинским показаниям) выделяется медицинский работник, который должен иметь при себе медикаменты, необходимые для оказания неотложной помощи, а также предметы ухода за больным в соответствии с характером инфекционного заболевания (гигиеническая емкость для сбора и обеззараживания выделений больного и др.) и дезинфицирующие средства.

Предназначенный для перевозки лиц, содержащихся в СИЗО и осужденных к лишению свободы в исправительных учреждениях, спецтранспорт должен быть тщательно и правильно продезинфицирован и обору́дован в соответствии с существующими санитарными требованиями.

Готовность специального транспорта к эксплуатации определяется начальником караула в присутствии представителей медицинских служб конвойного управления (отдела по конвоированию). Специалисты ЦГСЭН осуществляют текущий санитарный надзор за организацией подготовки спецтранспорта к перевозкам.

Автотранспорт, на котором перевозился инфекционный больной, подвергается заключительной дезинфекции силами учреждения, в которое госпитализирован данный больной, но не позднее 2 часов после его госпитализации.

Заключительная дезинфекция также проводится по месту выбытия инфекционного больного во всех помещениях, где находился больной, независимо от длительности его пребывания в них.

Медицинским управлением (отделом, отделением, группой) территориального органа УИС совместно с ЦГСЭН при территориальном органе УИС организуется регулярное проведение инструктажа сотрудников службы конвоирования и перевозок по вопросам организации медицинского обеспечения контингентов УИС в пути следования, в том числе и по осуществлению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

5. Иммунопрофилактика

Медицинская часть учреждения (или непосредственно другое лечебно-профилактическое учреждение) организует и проводит иммунопрофилактику инфекционных заболеваний, руководствуясь действующими нормативно-методическими и распорядительными документами Минздрава России и Минюста России.

Медчастью осуществляется:

- а) профилактическая иммунизация контингентов УИС против инфекционных заболеваний медицинскими иммунобиологическими препаратами в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, основными положениями об организации и проведении профилактических прививок и Перечнем медицинских противопоказаний к их проведению;
- б) иммунизация против инфекционных заболеваний, проведение которой необходимо на эндемичных или энзоотичных территориях и по эпидемическим показаниям в соответствии с указанным Календарем.

Профилактическая вакцинация осуществляется на основе ежегодного плана профилактических прививок, составленного медицинской частью учреждения и согласованного с ЦГСЭН. Планирование прививок и расчет потребности в медицинских иммунобиологических препаратах проводится с учетом эпидемической ситуации в районе расположения учреждения.

Иммунобиологические препараты для проведения плановых профилактических прививок получают в территориальных органах здравоохранения в установленном порядке, экстренная вакцинопрофилактика проводится за счет соответствующих статей сметы УИС.

Для вакцинации применяются только медицинские иммунобиологические препараты, прошедшие в установленном порядке государственную регистрацию и разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

Расчет препаратов для иммунизации необходимо проводить в соответствии с численностью контингента, подлежащего проведению прививок в планируемом году. При расчете следует учитывать расход препарата на разлив в пределах до 10%. Определение заявляемого количества по каждой номенклатуре препаратов необходимо проводить при составлении заказа-заявки с учетом:

- а) количества израсходованного препарата за истекший период;
- б) остатка препарата в предшествующем году;
- в) ожидаемого остатка препарата на конец текущего года;
- г) необходимости своевременной замены и пополнения неснижаемых запасов препаратов.

Начальник медицинской службы учреждения обязан обеспечить доставку и хранение бактериальных и вирусных препаратов в соответствии с СП 3.3.2.028-95 «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов».

Применение прививочного материала запрещается:

- а) по истечении срока годности;
- б) в случае явного изменения физических свойств препарата (даже до истечения срока годности);
- в) при нарушении должных условий хранения и транспортирования.

При наличии в медицинском учреждении бактериальных и вирусных препаратов с истекшим сроком годности или хранившихся с нарушением правил они подлежат уничтожению и списанию в установленном порядке.

Сроки плановых прививок в учреждениях устанавливаются приказом руководителя территориального органа управления УИС, согласованным с ЦГСЭН.

В случае необходимости сроки проведения профилактических прививок, как плановых, так и по эпидемическим показаниям, корректируются руководством ЦГСЭН с учетом эпидемической ситуации по предложению территориальных органов здравоохранения и центров госсанэпиднадзора.

Непосредственная организация профилактических прививок и контроль их проведения возлагаются на начальника медицинской части учреждения.

Профилактические прививки проводятся медицинскими работниками, обученными правилам организации и технике их проведения, а также приемам неотложной медицинской помощи в случае развития постпрививочных реакций и осложнений.

Перед проведением прививок необходимо:

- а) составить пофамильные списки лиц, которым должны проводиться прививки, и календарное расписание прививок по отрядам;
- б) выделить и подготовить необходимое помещение для проведения прививок;
- в) изучить с подготовленным и имеющим соответствующий допуск медицинским персоналом инструкцию по применению данного препарата;
- г) осуществить проверку годности (бракераж) препаратов, которые будут использоваться для прививок. Тщательному осмотру подлежит каждая ампула (флакон), обращается внимание на сроки годности, наличие всех необходимых обозначений на этикетках, физические свойства препарата и целостность ампулы;
- д) провести тщательный медицинский осмотр контингентов УИС с термометрией для выявления лиц, которым по состоянию здоровья прививки противопоказаны постоянно или временно. Результаты осмотра и обследования заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

Подготовка к иммунизации и введение медицинских иммунобиологических препаратов осуществляется в строгом соответствии с инструкциями по их применению при обязательном соблюдении установленных правил асептики и антисептики.

Средства экстренной профилактики применяются в эпидемических очагах. В случае необходимости допускается одновременное применение некоторых средств экстренной профилактики и вакцин. Назначение

бактериофагов не является препятствием для одновременного проведения иммунизации.

Сывороточные препараты (противостолбнячная сыворотка, антирабический гамма-глобулин, противоэнцефалитный гамма-глобулин и др.) могут сочетаться с введением соответствующих вакцин. Сыворотку (гамма-глобулин) и вакцину следует вводить с интервалом не менее 30 минут и в разные части тела.

После введения вакцины в медицинской карте привитого лица делается отметка о прививке с указанием даты ее проведения, названия, дозы и серии вакцины, а также о наличии и характере постпрививочных реакций и осложнений, если таковые имели место.

За привитым лицом устанавливается медицинское наблюдение в течение срока, определенного инструкцией по применению данного препарата.

О каждом появлении необычной реакции или осложнения на введение медицинского иммунобиологического препарата необходимо незамедлительно ставить в известность руководство учреждения и направлять экстренное извещение в ЦГСЭН при территориальном органе УИС.

6. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация

Дезинфекция (дезинсекция, дератизация) представляет собой комплекс неспецифических мероприятий, направленных на уничтожение или удаление с объектов внешней среды возбудителей инфекционных заболеваний или их переносчиков — членистоногих и грызунов.

Дезинфекцию подразделяют на профилактическую и очаговую, последняя в свою очередь делится на текущую и заключительную.

Профилактическая дезинфекция проводится систематически в плановом порядке с целью предупреждения возникновения инфекционных заболеваний путем заблаговременного уничтожения патогенных микроорганизмов, членистоногих и грызунов в местах их возможного скопления: пищеблоках, сборных и карантинных отделениях, общежитиях, банно-прачечных комплексах, умывальных комнатах, туалетах, штрафных изоляторах, помещениях камерного типа, специального транспорта и т.п.

Текущая очаговая дезинфекция проводится в стационарах медицинских частей ИУ, больницах, специализированных противотуберкулезных лечебных исправительных учреждениях (ЛИУ), изолированных участках

исправительных учреждений для диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, на специальном транспорте, а также в любых других помещениях, где временно или постоянно содержатся инфекционные больные. Это необходимо для предупреждения распространения возбудителей инфекционных заболеваний за пределы очага.

Заключительная очаговая дезинфекция проводится однократно в помещении, где находился инфекционный больной (в первые часы после его госпитализации, изоляции, перевода, освобождения или смерти), с целью полного обеззараживания инфекционного очага от возбудителя инфекции.

Необходимость назначения и объем проведения заключительной дезинфекции определяются эпидемиологическими особенностями инфекционного заболевания. Обеззараживанию в разных случаях могут подлежать помещение, мебель, постельные принадлежности, личные вещи больного и т.п.

Дезинфекционные мероприятия в следственных изоляторах и исправительных учреждениях проводятся либо силами сотрудников учреждения под руководством и наблюдением врачей или фельдшеров медицинских частей, либо дезинфекторами отделов (отделений) или унитарных организаций профилактической дезинфекции на договорной основе.

Потребности в дезинфекционных средствах и материалах определяются начальником медицинской службы учреждения в соответствии с объемом и характером дезинфекционных работ, предусматриваемых на соответствующий период времени, применительно к плану противоэпидемических и профилактических мероприятий.

При составлении заявок на дезинфекционные средства наряду с существующими нормами и учетом фактического расхода их за предыдущий год необходимо иметь в виду прогнозы эпидемиологической ситуации, а также возможность обеспечения проводимых мероприятий новыми более экономичными, удобными и безопасными современными дезинфекционными средствами.

Дезинфекционные мероприятия в учреждениях проводятся в соответствии с методическими указаниями по применению препаратов. Для целей дезинфекции учреждениями могут использоваться только дезинфекционные средства, прошедшие государственную регистрацию и разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

Глава 5. ТУБЕРКУЛЕЗ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Донна Бэрри, «Партнеры во имя здоровья»,
Сергей Мишустин, департамент здравоохранения Томской области*

Туберкулез (ТБ) является глобальной угрозой для многих стран. Для большинства республик бывшего Советского Союза особую проблему это заболевание представляет для уязвимых групп населения, одной из наиболее подверженных являются лица из числа содержащихся в УИС — подследственные, заключенные под стражу и осужденные к лишению свободы.

Уровень распространенности ТБ в исправительных учреждениях часто в 5–10 раз превышает национальные показатели, а по сравнению с гражданским сектором этот показатель может быть выше в 50 раз [183]. В 1990-х гг., когда на территории России наблюдался общий рост заболеваемости и распространенности ТБ, в учреждениях УИС произошла вспышка эпидемии ТБ. В 2002 году заболеваемость ТБ в УИС составила 2028/100 000 (показатели заболеваемости в гражданском секторе стабилизировались примерно на уровне 80 случаев на 100 тыс. населения). Согласно данным Министерства Юстиции Российской Федерации (МЮ РФ) в пенитенциарных учреждениях РФ в 2003 году выявлено 16 000 больных туберкулезом.

Существует ряд факторов, способствующих высокой заболеваемости и распространенности ТБ среди заключенных. Переполнение камер, неадекватная система вентиляции, несбалансированное питание, наркомания и алкоголизм, а также наличие других сопутствующих заболеваний, особенно вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), резко увеличивают риск развития активного туберкулеза среди заключенных. Поскольку заключенные, как правило, относятся к группе населения с низким социально-экономическим статусом, это способствует повышению вероятности заражения ТБ, и многие подследственные, поступающие в следственные изоляторы (СИЗО), уже являются инфицированными, а у части других заражение происходит во время пребывания в учреждении УИС.

Для пенитенциарных учреждений разработаны международные руководства по контролю за ТБ. ВОЗ подготовила «Руководство по борьбе с ТБ

в тюрьмах», которое было переведено на русский язык [184]. В течение последних нескольких лет МЮ РФ предприняло ряд шагов по борьбе с ТБ среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС. Так, были внедрены меры по реформированию пенитенциарной системы с целью сокращения числа заключенных, увеличения норм питания и обеспечения адекватного лечения туберкулеза, чувствительного к традиционным лекарственным препаратам. Кроме того, был достигнут определенный прогресс по взаимодействию с международными организациями по внедрению доказательного лечения и мер контроля, что позволило снизить показатели заболевания и повысить показатели излечения больных ТБ в некоторых областях России. Тем не менее заболеваемость ТБ по-прежнему остается на довольно высоком уровне, и при увеличении показателей ВИЧ-инфекции и ТБ с лекарственной устойчивостью, как в УИС, так и в гражданском секторе, потребуется привлечение значительных ресурсов и проведение дополнительных мер.

1. Стратегический подход

В 2003 Министерством Здравоохранения Российской Федерации издан приказ № 109, в котором представлен всесторонний план по контролю за ТБ. Кроме того, данный приказ является основой для контроля за ТБ. Копии приказа №109 должны находиться в распоряжении вашего учреждения или могут быть запрошены в МЗ РФ.

Стратегия лечения ТБ, рекомендованная ВОЗ, включает пять основных компонентов для адекватного лечения лекарственно-чувствительного ТБ:

1. Политическая поддержка для эффективного контроля за ТБ
2. Выявление симптоматических больных методом микроскопии мазка мокроты
3. Стандартная схема лечения в течение 6–8 месяцев противотуберкулезными препаратами первого ряда, назначенными при адекватных условиях лечения, включая непосредственный контроль за приемом препаратов
4. Непрерывная поставка всех основных противотуберкулезных препаратов
5. Стандартная учетно-отчетная система, позволяющая проведение мониторинга и оценки результатов лечения.

Более подробную информацию о данных принципах можно найти в публикациях ВОЗ, переведенных на русский язык (www.who.int).

Кроме того, многие публикации размещены в Интернет или их можно получить в Московском представительстве ВОЗ. Основанные на данных принципах отдельные пилотные проекты были успешно внедрены в ряде регионов Российской Федерации. В тех регионах, где выполнялись вышеперечисленные принципы, в УИС также отмечается улучшение раннего выявления больных, снижение смертности от туберкулеза и повышение показателей излечения. Тем не менее, с учетом высокого уровня туберкулеза с лекарственной устойчивостью, наиболее удачными программами являются те, в которых проводится лечение и данных форм туберкулеза (см. ниже).

2. Выявление заболевания

Причиной туберкулеза являются *Mycobacterium tuberculosis*, которые передаются воздушно-капельным путем. В основном бактерии поражают легкие. Больной туберкулезом (как правило, с положительным результатом микроскопии мазка) может передавать заразные бактерии окружающим во время кашля, разговора и пр. После инфицирования *M. tuberculosis* бактерии могут быстро развиваться и перейти в активное заболевание или длительно находиться в организме человека, при этом не проявляя активности в течение многих лет или всей жизни. После инфицирования *M. tuberculosis* риск развития активного заболевания у здорового человека в течение всей его жизни составляет только 10%. Однако у заключенных имеется высокий риск развития активного туберкулеза в силу вышеуказанных причин. Наиболее существенным фактором развития активного туберкулеза является ослабление иммунной системы человека, причиной которого могут быть внешние факторы (плохие условия содержания, стрессы) или другие заболевания, особенно ВИЧ.

Внелегочный ТБ, как правило, поражает лимфатическую систему, плевральную полость, перикард, оболочки мозга и позвоночник. Внелегочный ТБ часто встречается среди ВИЧ-инфицированных и, следовательно, если у человека имеются общие симптомы ТБ (указаны в таблице 1), но при этом результат микроскопии мазка отрицательный и отсутствуют изменения при рентгеновском обследовании, в таком случае, внелегочный ТБ должен рассматриваться как наиболее вероятное заболевание.

Несмотря на то, что в УИС РФ проводится массовый скрининг и выявление случаев ТБ (в основном при проведении системы флюорографических обследований спецконтингента — на входе в пенитенциарную систему, и затем каждые шесть месяцев), многие случаи ТБ выявляются

симптоматически. В нижеприведенной таблице указаны наиболее часто встречающиеся симптомы:

Таблица 1. Симптомы туберкулеза

Общие симптомы	Симптомы легочного ТБ
Температура	Сухой и сильный кашель
Ночное потовыделение	Боль в грудной клетке
Потеря веса	Одышка
Слабость	Кровохарканье
Потеря аппетита	
	Симптомы внелегочного ТБ
	Локальные боли/припухлость (в зависимости от локализации заболевания)

При подозрении на активный туберкулез необходимо провести трехкратный сбор мокроты, (желательно) утром в течение трех последующих дней, образцы которой затем будут исследованы в лаборатории методами микроскопии и посева. С учетом высокого уровня туберкулеза с лекарственной устойчивостью в УИС РФ также необходимо проводить исследование на определение лекарственной чувствительности (DST) по меньшей мере к двум основным препаратам, применяемым для лечения лекарственно-чувствительного ТБ: рифампицину и изониазиду. В УИС РФ имеется большое число лабораторий, в которых проводятся микроскопия мазка, культуральные исследования и определение лекарственной чувствительности. Тем не менее в силу высоких затрат на содержание качественной лабораторной службы для многих лабораторий представляется сложным соблюдение международных стандартов, которые требуют проведения существенных мер по улучшению работы в лабораториях.

3. Контроль за приемом препаратов и приверженность больных

Непосредственное наблюдение за тем, как больной принимает препараты — это один из важнейших факторов улучшения приверженности больного к лечению и исходов лечения, особенно в уголовно-исполнительной системе. При наблюдении за приемом препаратов

медицинские работники также могут быстро оценить состояние больного и оказать необходимую помощь в случае, если больной испытывает побочные эффекты на препараты, или консультацию по вопросам о лечении ТБ. После того, как противотуберкулезные препараты начнут воздействовать на микобактерии и симптомы заболевания начнут снижаться, медицинскому работнику необходимо проводить интенсивную консультативную работу с больным, оказывать поддержку и осуществлять санпросветработу с целью мотивирования больного к завершению лечения. Во многих программах предусматривается поощрение больных (дополнительное питание, гигиенические наборы и т.д.), которые успешно заканчивают установленные периоды лечения (ежемесячно, еженедельно и т.д.).

4. Принципы лечения

В Приказе № 109 представлено подробное руководство по лечению больных всех категорий (I–IV Категории). Подробную информацию о лечении больных всех категорий сложно уместить в небольшой главе. Однако основные принципы лечения ТБ включают следующее:

- Стандартные определения случаев (определены в Приказе № 109) должны применяться во всех программах и основываться в зависимости от локализации заболевания, тяжести процесса, результатах бактериологического/культурального исследования и данных о предыдущем курсе лечения.
- Лечение делится на 2 фазы: интенсивную и поддерживающую. Во время интенсивной фазы обычно применяется большое число препаратов, прием которых делится на несколько доз в день, особенно при лекарственно-устойчивой форме ТБ.
- Схемы лечения, применяемые во время интенсивной фазы, должны включать по меньшей мере четыре препарата для лекарственно-чувствительных форм ТБ.
- Добавление (или замена) одного-двух противотуберкулезных препаратов в неэффективной (или сомнительной по эффективности) действующей схеме лечения, а тем более монотерапия, никогда не должны применяться.
- Стандартные схемы химиотерапии, основанные на национальной методике, должны применяться: в лечении «новых случаев ТБ» (до установления имеющегося спектра лекарственной устойчивости) и при повторном лечении больных с лекарственно-чувствительными формами ТБ.

- Для лечения МЛУ-ТБ должно проводиться исследование на определение лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда. Схема лечения должна учитывать чувствительность ТБ-штаммов больного. При отсутствии возможности для установления спектра лекарственной устойчивости могут применяться эмпирические схемы лечения, которые обязательно должны основываться на региональном спектре лекарственной устойчивости.
- Длительность лечения лекарственно-чувствительного ТБ обычно составляет 6–8 месяцев. Длительность лечения МЛУ-ТБ составляет 18–24 месяца.

После двух недель лечения больные лекарственно-чувствительным ТБ, как правило, перестают быть инфекционно опасными, и их состояние быстро улучшается. У большинства больных чувствительным ТБ, получающих адекватное лечение, негативация мазка и посева происходит на 2-м месяце. Исследования микроскопии мазка и посева должны проводиться ежемесячно. В таблице 2 приведены препараты и их дозировки для лечения туберкулеза.

Таблица 2. Дозировки противотуберкулезных препаратов в зависимости от веса тела (для взрослых пациентов) [189]

Препарат (форма выпуска)	< 33 кг	33–50 кг	51–60 кг	> 60 кг
Изониазид (100, 300 мг)	4–6 мг/кг ежедневно; при приеме 2 раза в не- делю — по- вышенная доза: 15 мг/ кг	200–300 мг ежедневно; при приеме 2 раза в не- делю — по- вышенная доза: 600–900 мг	300 мг еже- дневно; при приеме 2 раза в не- делю — по- вышенная доза: 900 мг	300 мг еже- дневно; при приеме 2 раза в не- делю — по- вышенная доза: 900 мг
Rifampin (150, 300 mg)	10–20 mg/ kg/day	450–600 mg	600 mg	600 mg
Ethambutol (100, 400 mg)	25 mg/kg/ day	800–1200 mg	1200–1600 mg	1600–2000 mg
Пиразинамид (500 мг)	30–40 мг/кг	1000–1750 мг	1750–2000 мг	2000–2500 мг

Препарат (форма выпуска)	< 33 кг	33–50 кг	51–60 кг	> 60 кг
Стрептомицин (ампулы 1 г)	15–20 мг/кг	500–750 мг	1000 мг	1000 мг
Канамицин (ампулы 1 г)	15–20 мг/кг	500–750 мг	1000 мг	1000 мг
Амикацин (ампулы 1 г)	15–20 мг/ кг/день	500–750 мг	1000 мг	1000 мг
Капреомицин (ампулы 1 г)	15–20 мг/ кг/день	500–750 мг	1000 мг	1000 мг
Ципрофлоксацин (250, 500, 750 мг)	20–30 мг/ кг/день	1500 мг	1500 мг	1500 мг
Офлоксацин (200, 300, 400 мг)	Обычно доза для взрослых больных МЛУ-ТБ 800 мг	800 мг	800 мг	800 мг
Левифлоксацин (250, 500 мг)	Обычно доза для взрослых больных МЛУ-ТБ 750 мг	750 мг	750 мг	750 мг
Моксифлоксацин (400 мг)	Обычно доза для взрослых больных МЛУ-ТБ 400 мг	400 мг	400 мг	400 мг
Гатифлоксацин (400 мг)	Обычно доза для взрослых больных МЛУ-ТБ 400 мг	400 мг	400 мг	400 мг
Этионамид (250 мг)	15–20 мг/кг	500 мг	750 мг	1000 мг

Препарат (форма выпуска)	< 33 кг	33–50 кг	51–60 кг	> 60 кг
Протионамид (250 мг)	15–20 мг/кг	500 мг	750 мг	1000 мг
Циклосерин (250 мг)	15 мг/кг	500 мг	750 мг	1000 мг
ПАСК (паке- тики по 4 г, Jacobus PASER ®)	150 мг/кг	8 г	8 г	8 г
Клофазимин (50, 100 мг)	3–5 мг/кг	200–300 мг	200–300 мг	200–300 мг
Амоксицил- лин/ клавула- новая кислота (500/125 мг или 875/125 мг)	45 мг/кг (считая на амоксицил- лин)	2 г или 1,65 г	2 г или 1,65 г	2 г или 1,65 г
Кларитро ми- цин (500 мг)	15 мг/кг	1000 мг	1000 мг	1000 мг
Рифабутин (150 мг)	5 мг/кг	200–300 мг	300 мг	300 мг
Пиридоксин (витамин B6) (25, 50, 100, 300 мг)	Доза не менее 50 мг на каждые 250 мг CS	100–150 мг	150 мг	200 мг

Примечание: Указаны суточные дозы. Два раза в день принимают обычно следующие препараты: ципрофлоксацин, офлоксацин, этионамид, протионамид, циклосерин, ПАСК, амоксициллин/клавулановую кислоту и кларитромицин. Например, суточную дозу этионамида (750 мг) обычно разбивают на два приема – 500 мг утром и 250 мг вечером.

5. Побочные эффекты терапии

У большинства больных во время лечения стандартными схемами химиотерапии значительных побочных эффектов не возникает. Тем не менее, с целью раннего выявления и, при необходимости, проведения симптоматического лечения, необходимо проводить клинический мониторинг побочных реакций. В условиях мониторинга побочных реакций абсолютное большинство больных, получающих 5–7 препаратов

для лечения МЛУ-ТБ в течение 18–24 месяцев, завершают полный курс лечения, и при этом у них не возникает необходимости изменения схемы лечения по причине побочных эффектов.

Подробную информацию о побочных эффектах и их лечении можно найти в *Руководстве по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, разработанном организацией «Партнеры во имя здоровья»*, которое размещено в Интернете на сайте: www.pih.org.

6. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) определяется как туберкулез с устойчивостью по меньшей мере к двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам — рифампицину и изониазиду. У многих больных, особенно в России, отмечается устойчивость и к другим противотуберкулезным препаратам. Человек может заразиться ТБ штаммами, которые уже обладают МЛУ. Это первичная МЛУ. Если МЛУ развивается на фоне противотуберкулезной терапии, такая форма называется приобретенной МЛУ.

В России отмечается один из высоких показателей первичной и приобретенной МЛУ в мире. По разным данным, в УИС РФ от 16 до 25% больных туберкулезом имеют МЛУ. Причинами высокого уровня распространения МЛУ являются следующие:

- Высокие показатели передачи ТБ-инфекции от невыявленных больных в следственных изоляторах (СИЗО), тюрьмах и, в настоящее время, в гражданском секторе.
- Неадекватные режимы лечения, например: монотерапия, перерывы и бесконтрольность в лечении и пр.
- Больные туберкулезом с лекарственной устойчивостью сохраняют бацилловыделение и остаются заразными для окружающих после начала лечения препаратами первого ряда.
- Высокие показатели распространенных форм заболевания в результате ухудшения социально-экономических условий в гражданском секторе и плохих условий содержания в УИС.
- Повторные курсы лечения препаратами первого ряда часто способствуют нарастанию спектра лекарственной резистентности — т.е. амплификации устойчивости среди большинства больных МЛУ-ТБ — и, следовательно, формированию ТБ-случаев, представляющих особую сложность для излечения и поэтому создающих повышенную эпидемическую опасность и социальную значимость [188].

Больные должны рассматриваться как возможные случаи МЛУ-ТБ, если они соответствуют каким-либо нижеперечисленным условиям:

- Сохранение или повторное появление бацилловыделения после 4-го месяца лечения ТБ по I категории.
- Наличие предыдущих (или повторных) курсов лечения ТБ.
- Наличие контакта с известным случаем МЛУ-ТБ.
- Выявление туберкулеза у медицинских работников.
- Выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц [189].

С целью проведения успешного лечения МЛУ-ТБ в некоторых странах мира, в том числе и в России, внедряется стратегия DOTS Plus. Принципы лечения по стратегии DOTS Plus следующие:

- Схема лечения включает, предпочтительно, пять противотуберкулезных препаратов с сохраненной чувствительностью. Как правило, при неизвестном спектре чувствительности или при распространенном двустороннем процессе в легких может быть назначено и более пяти препаратов.
- Препараты назначаются в течение шести дней в неделю, обычно два раза в день (для снижения вероятности появления побочных эффектов некоторые препараты могут назначаться три раза в день).
- Препараты назначаются с постепенным увеличением доз до максимальных (см. таблицу 2).
- Инъекционный препарат (аминогликозид или капреомицин) применяется по меньшей мере шесть месяцев после негативации посева.
- Назначение лечения по меньшей мере 18 месяцев после достижения негативации посева.
- В течение всего курса лечения прием каждой дозы строго контролируется. В карте лечения отмечается каждая принятая доза.
- До начала лечения пациентом должна быть подписана форма «Согласия на лечение».
- Все больные должны быть зарегистрированы в специальной базе данных больных МЛУ-ТБ. Здесь же должен указываться и исход лечения [189].

Лечение МЛУ-ТБ значительно дороже, чем лечение лекарственно-чувствительного ТБ, из-за стоимости препаратов второго ряда. Больные МЛУ-ТБ, выявленные на раннем этапе, имеют больше возможностей для излечения заболевания. В лучших программах DOTS Plus пока-

затели излечения могут превышать 85%. Предварительные результаты пилотного проекта в Томской области говорят о том, что излечение МЛУ-ТБ может достигать более 80% даже среди длительно болеющих пациентов с устойчивостью к большому числу препаратов. В настоящее время в РФ проводится работа по улучшению лабораторных служб, приобретению препаратов второго ряда для многих лечебных учреждений пенитенциарной системы.

7. Профилактическое лечение ТБ

Лечение латентной ТБ инфекции 6-месячным курсом изониазида (300 мг ежедневно) — это эффективный способ предотвращения развития заболевания. Данная мера может быть применима в УИС для сокращения числа больных активным ТБ. Профилактическое лечение изониазидом должно быть назначено ВИЧ-инфицированным или лицам, имеющим контакт с известным случаем туберкулеза с положительным результатом мазка. К сожалению, для больных, инфицированных МЛУ-ТБ, нет какой-либо известной эффективной меры профилактики. В настоящее время для решения данной проблемы планируется проведение ряда исследований.

8. Инфекционный контроль

Одна из первоначальных мер по контролю за туберкулезом, которая должна быть предпринята в учреждениях УИС, — это улучшение системы инфекционного контроля для предотвращения передачи инфекции между заключенными и сотрудниками УИС, а также между самими заключенными. Всемирная Организация Здравоохранения, Центр по контролю и профилактике заболеваний (США) и Международный Союз по Борьбе с Туберкулезом и Болезнями Легких разработали руководство по инфекционному контролю. Согласно данному руководству, инфекционный контроль рекомендуется подразделять на три категории:

1. Меры административного контроля.
2. Технические меры по охране окружающей среды.
3. Индивидуальные средства защиты.

Меры административного контроля должны способствовать снижению риска воздействия, инфицирования и развития заболевания среди заключенных и персонала при внедрении стандартных методов и действий. Данные меры представляют особую важность для проведения контроля за ТБ и обычно являются менее затратными. Тем не менее они требуют четкого выполнения соответственно разработанного

плана и проведения непрерывного мониторинга, а также оценки их эффективности. В каждом учреждении должен иметься письменный и реально осуществимый план по контролю за ТБ, который включает такие разделы, как диагностика и протоколы лечения, разделение и изоляция лиц с подозрением на активный ТБ (особенно на ТБ с лекарственной устойчивостью), особые меры предосторожности для проведения процедур повышенного риска и для помещений повышенного риска (сбор мокроты или стимулирование мокроты, бронхоскопия, помещения для ожидания, хирургическое отделение и т.д.), соблюдение и мониторинг технического контроля и индивидуальные средства защиты. Между персоналом и администрацией пенитенциарного учреждения должно быть достигнуто взаимодействие по созданию подобных планов, и после их разработки медицинский персонал должен содействовать проведению обучения всего персонала учреждения по вопросу внедрения данных планов. Основные моменты, которые должны учитываться при составлении подобных планов, перечислены в руководстве по инфекционному контролю МЮ РФ, которые, к сожалению, не всегда выполняются на местах в учреждениях УИС из-за недостатка информации или средств для их реализации.

В ходе проведения противотуберкулезных мероприятий администрация и персонал УИС также вынуждены анализировать и принимать во внимание возможную специфику структуры тюремной иерархии среди лиц, содержащихся в конкретном учреждении УИС. При размещении пациентов, проведении их обследования и лечения необходимо учитывать живучесть некоторых предрассудков, таких, как «норм арестантской морали», поведенческие и психологические особенности личностей из числа спецконтингента УИС. При соблюдении изоляции пациентов по эпидемическим показаниям желательно принудительно не нарушать сложившуюся систему «тюремной кастовости». Необходимо изначально избегать условий для возможного усиления влияния на пациентов лиц из числа так называемых преступных «авторитетов». Поэтому, исходя из принципов «тюремной иерархии», основным принципом, определяющим порядок и режим содержания спецконтингента, является: «В учреждении УИС может быть только один «авторитет» — это начальник данного учреждения».

Для контроля туберкулеза в условиях пенитенциарных учреждений, помимо укрепления управленческого авторитета администраций учреждений УИС, очень эффективным в обеспечении качественного контроля за приемом медикаментов, соблюдением режима содержания, обследования и лечения оказывается привлечение для этого волонтеров из числа спецконтингента, которые своим трудом в общественной секции «Дисциплины и правопорядка» (СДП) проявляют стойкую приверженность к вступлению на путь своего исправления. За свой вклад в мони-

торинг лечения члены СДП могут поощряться администрацией переводом на улучшенные условия содержания, в установленном порядке представляться на условно-досрочное освобождение и др.

Технические меры, хотя и представляют особую важность для предотвращения передачи инфекции внутри учреждений, тем не менее являются, как правило, высокочрезвычайными и требуют проведения обширных ремонтных работ для улучшения системы вентиляции, фильтрации воздуха и оснащения УФ ламп. Каждое учреждение УИС, особенно лечебное учреждение, должно сотрудничать с инженерами по инфекционному контролю для разработки научно обоснованных планов по улучшению технических мер.

Медицинские работники и другой персонал пенитенциарного учреждения должны постоянно использовать индивидуальные средства защиты, когда находятся рядом с инфекционным больным. Стандартные хирургические маски не обладают защитным свойством и не должны рассматриваться как средства предотвращения передачи ТБ. Такие маски могут носить больные для предотвращения передачи бактерий окружающим, однако они предусмотрены для сдерживания инфекционных бактерий «внутри», в то время как более эффективные индивидуальные респираторы, которые должен носить персонал, предназначены для сдерживания инфекционных бактерий «снаружи». Предоставление индивидуальных респираторов персоналу, работающему в лабораториях и находящемуся рядом с больными, является высоко эффективным способом предотвращения нозокомиальной инфекции.

9. Проблемы и рекомендации по контролю ТБ в учреждениях УИС РФ

Хотя за последние годы были предприняты многие шаги по улучшению контроля за ТБ в учреждениях УИС Российской Федерации, все еще сохраняются существенные барьеры для проведения всеобщего контроля за данной инфекцией, которая требует значительной политической и финансовой поддержки со стороны федеральных и местных систем управления.

В связи с ухудшением ситуации в стране, произошедшим в 1990-х гг., в настоящее время многие лечебные противотуберкулезные учреждения в значительной степени нуждаются в проведении ремонта для обеспечения адекватных условий содержания для заключенных, что поможет снизить уровень передачи инфекции. Во многих учреждениях УИС необходимо проводить работу по усилению лабораторных структур, особенно на региональном уровне, которые бы отвечали требованиям

всех больных и медицинских работников. До сих пор в УИС сохраняется большой резервуар нелеченых больных МЛУ-ТБ, для проведения адекватного лечения которых потребуются миллиарды рублей на приобретение препаратов второго ряда. Несмотря на улучшение питания заключенных, которое произошло в течение последних нескольких лет, необходимо выделение дополнительных ресурсов для улучшения диеты всех заключенных, и особенно тех, кто страдает инфекционным заболеванием, таким как туберкулез. Необходимо проводить широкое внедрение обучения доказательным методам лечения ТБ и новым лабораторным технологиям среди всех медицинских работников УИС. Необходимо увеличение мер по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа на территории всей страны, иначе с ростом ВИЧ-инфекции может произойти значительное увеличение ТБ-инфекции. Кроме того, в УИС должны быть предприняты дополнительные меры по улучшению ведения больных при переводе их в места заключения или при освобождении из УИС в гражданский сектор, для гарантии продолжения лечения, и, следовательно, для предотвращения случаев отрыва от лечения или перерывов в лечении.

Все медицинские работники учреждений УИС, даже те, кто не задействован во фтизиатрической службе, должны быть хорошо осведомлены о ТБ при обследовании новых больных. Соответствующие и своевременные обращения больных туберкулезом могут привести к снижению передачи инфекции и улучшению показателей излечения. С учетом продолжающегося реформирования УИС, поддержки правительства и повышения осведомленности персонала пенитенциарных учреждений о борьбе с ТБ, у больных в России в настоящее время имеется много шансов для того, чтобы излечиться от этого заболевания.

Глава 6. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ДОМАХ РЕБЕНКА ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*Кузнецова А.С.,
заместитель начальника медицинского управления ФСИН*

На территории Российской Федерации наказание в виде лишения свободы за совершение преступления может быть назначено лицам, которым ко времени совершения преступления исполнилось 14 лет. Однако есть особый контингент, который не совершал преступлений, но содержится в доме ребенка исправительного учреждения от рождения и до трехлетнего возраста, а иногда и до конца срока отбывания наказания матери, но не более четырех лет.

В настоящее время при женских исправительных колониях для оказания медицинской и педагогической помощи детям осужденных женщин организовано 10 домов ребенка на 620 мест. Размещаются они, как правило, за пределами исправительного учреждения или выгораживаются из жилой зоны учреждения. Занимаемые домами ребенка земельные участки оборудованы изолированными друг от друга площадками для проведения прогулок и сна детей на свежем воздухе. Помещение дома ребенка, твердый и мягкий инвентарь, медицинское и хозяйственное оборудование должны соответствовать санитарно-гигиеническим нормам.

Структура дома ребенка и его штаты утверждаются начальником территориального органа УИС в пределах штатной численности и фонда оплаты труда. Непосредственную ответственность за организацию работы дома ребенка несут начальник исправительной колонии, в ведении которой находится дом ребенка и начальник дома ребенка. На должность начальника дома ребенка назначается врач, имеющий профессиональное образование по специальности «педиатрия» и квалификационную категорию по указанной специальности.

Дом ребенка можно рассматривать как лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее медицинскую помощь, а также комплексную медико-психолого-педагогическую реабилитацию. Дом ребенка обеспечивает:

- уход и воспитание детей;
- комплексную оценку состояния здоровья детей, их психического и физического развития;
- организацию и проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, оценку их эффективности;
- оказание детям медицинской помощи и проведение реабилитации;
- соблюдение санитарно-гигиенического режима, режима дня, организацию рационального питания и физического воспитания, оптимизацию двигательного режима.

Дети старше трех лет передаются на содержание близким родственникам осужденных женщин, а в случае отсутствия таковых или при отказе принять ребенка они подлежат передаче в детские лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения. Ответственность по дальнейшему устройству детей лежит на администрации учреждения, при котором находится дом ребенка. При согласии матери дети могут выписываться из дома ребенка и передаваться на воспитание родственникам и до достижения ими трехлетнего возраста. По решению органов опеки и попечительства, при согласии матери дети могут передаваться иным лицам.

У большинства детей, содержащихся в домах ребенка, имеется неблагоприятный анамнез, в основе которого: патологическое течение беременности и родов у матерей, алкоголизм и наркомания родителей, заболевания периода новорожденности. Многие дети уже с рождения имеют низкие показатели здоровья, о чем свидетельствует значительный процент детей, рожденных преждевременно (7,2%), высокая частота перинатальной патологии (58%) и врожденных аномалий развития или наследственных заболеваний (18,2%). В 2003 году в домах ребенка УИС зарегистрировано 274 новорожденных, причем 8 детей родилось от ВИЧ-инфицированных матерей.

Большое количество детей в домах ребенка отстают в физическом развитии, в первую очередь в связи с низкими показателями массы и длины тела. Выявлено значительное отставание этих детей и по уровню нервно-психического развития от сверстников, воспитывающихся в условиях семьи: у 21% детей первого года жизни выявляется грубая задержка психического развития; у 43,2% детей второго и третьего года жизни наблюдается задержка развития речи, у 29,2% детей задержка речевого развития на фоне психической недостаточности или задержки психомоторного развития, 14% детей имеют тяжелые неврологические расстройства, обусловленные органическими поражениями мозга. Однако в структуре общей заболеваемости детей, воспитывающихся

в домах ребенка и в семьях, существенных различий не наблюдается, за исключением класса врожденных аномалий.

Пребывание в домах ребенка при исправительных учреждениях в первые три года жизни благотворно влияет на состояние здоровья. Так, у детей в возрасте двух и трех лет по сравнению с детьми первого года жизни почти в 3 раза снижается заболеваемость патологией нервной системы, эндокринными заболеваниями; в 4 раза — расстройствами питания. Проведенная оценка состояния здоровья детей раннего возраста свидетельствует о преобладании детей III группы здоровья (нуждающихся в систематическом врачебном наблюдении), которых было 77,7% на первом году жизни, по сравнению с 22,3% на третьем году.

Из 270 детей, убывших из дома ребенка, 58,8% «освобождаются» после окончания срока отбывания наказания их мам, 7% переводятся в детские лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения, 35% детей передаются на содержание близким родственникам осужденных женщин. Из них 54% детей до 1 года, 33% детей до двух лет и 13% детей от двух до трех лет.

Воспитание ребенка вне семьи — явление нежелательное и противостественное. Каждому ребенку для полноценного развития нужна материнская любовь. Если мать по каким-то причинам отсутствует, нарушается его развитие и формирование личности ребенок имеет типичные особенности психологического портрета «недолюбленного ребенка», которые потом в течении жизни сопровождаются психологическими изменениями вплоть до социальной дезадаптации, невозможности создать семью, притупления материнского инстинкта, сложностей в адаптации вне привычного коллектива и пр. Как показывают исследования, наиболее значительную часть осужденных несовершеннолетних составляют именно подростки, у которых был нарушен первичный контакт с матерью, искажены или совсем отсутствовали ранние детско-родительские отношения. Именно поэтому в первые три года жизни пребывание детей в домах ребенка при исправительных учреждениях, где содержится мать, благоприятно сказывается на физическом и психическом развитии ребенка, что дополняется полноценным питанием, лечением, достаточным для этого возраста кругом общения. Однако пребывание детей в домах ребенка свыше этого срока нежелательно по нескольким причинам: замкнутый мир «ведомственных» детей, длительное пребывание детей в закрытом коллективе, однообразие окружающей природы, необходимость проведения ранних и полноценных лечебно-профилактических мероприятий в отношении каждого ребенка с высоким социально-биологическим риском. Нельзя отрицать и того, что дети в домах ребенка для персонала в первую очередь являются объектом ухода, медицинского обслуживания и педагогических

воздействий. Отношения с персоналом зачастую не имеют личностного характера, необходимого для полноценного формирования личности. Этот постоянный дефицит индивидуального общения может тормозить развитие детей после трех лет в детских домах при исправительных учреждениях. Многолетние наблюдения за детьми, находящимися в домах ребенка учреждений, также подтверждают, что после того, как дети старше трех лет покидают дом ребенка, наблюдается «скачок» в их нервно-психическом развитии.

Таким образом, состояние здоровья детей раннего возраста в домах ребенка свидетельствует о целесообразности выделения этого контингента в группу высокого медико-социального риска. Множество нерешенных проблем в этой сфере указывает на необходимость проработки вопросов ведомственной подчиненности, а также на потребность в координации усилий медицинских, государственных и общественных организаций. У ребенка, обделенного заботой и вниманием в самом начале жизни, не будет второй возможности для нормального роста и развития!

Глава 7. РЕАЛИЗАЦИЯ КОНСТИТУЦИОННЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ РОССИИ

*Смирнов Д.А.,
Академия права и управления Минюста РФ, г. Рязань*

Статья 41 Конституции РФ (Г993) закрепляет право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Эта норма распространяется и на лиц, содержащихся в местах лишения свободы. Приговор суда не может и не должен подвергать здоровье заключенного опасности, которая зачастую представляет угрозу для жизни. При этом места лишения свободы в нашем обществе — очень неблагоприятная для здоровья человека среда.

В российском правовом поле действуют общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договора России, опубликованные для всеобщего сведения, в соответствии с ч. 3 и 4 ст. 15 Конституции, среди которых наибольшее практическое значение имеют Минимальные стандартные правила обращения с заключенными.

Право заключенных на охрану здоровья, прямо вытекающее из Конституции, является понятием более широким, чем право на медицинскую помощь, ведь под охраной здоровья заключенных в целом понимается и охрана окружающей среды, и соответствие условий труда требованиям безопасности и гигиены, не говоря уже об условиях быта и т.п. Это право заключенных определяется целой группой конституционных (ст. 37 и 42 Конституции РФ) и других норм [190].

Нас прежде всего интересует право на медицинскую помощь. В ст. 29 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993) предусматривается, что лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы, имеют право на получение медицинской помощи. Этой же статьей определено, что порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы, устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства здравоохранения, Министерства юстиции и Министерства внутренних дел Российской Федерации. Кроме того,

ч. 6 ст. 12 Уголовно-исполнительного кодекса РФ «Основные права осужденных» (1997) гласит: «Осужденные имеют право на охрану здоровья, включая получение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения». При получении специализированной медицинской помощи заключенный имеет право на бесплатную помощь при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования.

Какие проблемы стоят перед реализацией конституционного права заключенных на медицинскую помощь?

В соответствии с приказом Минздрава РФ «Об организации лицензирования медицинской деятельности» от 26.07.2002 г. № 238 все лечебно-профилактические учреждения (далее ЛПУ) федерального подчинения проходят лицензирование в Центральной лицензионной комиссии Минздрава России. Это положение распространяется на все ЛПУ УИС Минюста России. При отсутствии лицензии органы исполнения наказания обязаны помещать заключенных в ЛПУ государственной или муниципальной системы здравоохранения, имеющие лицензию на указанный вид деятельности.

Неисполнение этого требования при необходимых квалифицирующих условиях влечет как для медперсонала, так и для руководства учреждений органов исполнения наказания ответственность, вплоть до уголовной. Но, несмотря на это, большинство ЛПУ УИС Минюста России пока не имеют лицензии и действуют незаконно.

Поскольку в отношении заключенных нет законодательного ограничения на оказание им медицинской помощи только медперсоналом учреждений, входящих в систему органов исполнения наказания, следует признать и более детально регламентировать, что медицинская помощь заключенным может и должна оказываться этой категории граждан государственной или муниципальной системой здравоохранения, если нет возможности ее оказания медицинской службой учреждений органов исполнения наказания в тот же срок и того же качества.

Очень слабо реализовано право заключенных на заключение договоров об обязательном (а в некоторых случаях — добровольном) медицинском страховании [191]. Следует дополнить часть 1 статьи 98 УИК РФ абзацем следующего содержания: «Осужденные к лишению свободы подлежат обязательному медицинскому страхованию», изменив при этом название указанной статьи «Статья 98. Обязательное государственное социальное, медицинское страхование и пенсионное обеспечение осужденных к лишению свободы».

Тотальное незнание (или нежелание знать) должностными лицами органов исполнения наказания правовых последствий вышеуказанных законодательных актов повсеместно влечет нарушение прав заключенных, препятствует развитию платных медицинских услуг в местах заключения, например, улучшенного зубного или ортопедического протезирования, на что все без исключения заключенные имеют право даже в случае, если в их страховом полисе этой услуги нет.

Рассмотрев приведенные вопросы реализации конституционных гарантий медицинской помощи в УИС, вырисовывается далеко не благоприятная картина. Очень слабо реализуются даже такие права заключенных, на которые не требуется денег. Значит, дело не в деньгах, а в нежелании органов исполнения наказания эти права соблюдать, органов прокуратуры — надзирать за соблюдением этих прав, а государства в целом — повернуться лицом к проблеме.

1. Duhamel A., Renard J.M., Nuttens M.C., Devos P., Beuscart R., Archer E. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001; 49(3): 229–238
2. Reiman J. The rich get richer and the poor get prison. New Work, Macmillan, 1990; 114
3. National Center for Health Statistics: Health, United States, 1995. Hyattsville, MD: Public Health Service 1996; Tables 35 and 62
4. May J.P., Ferguson M.G., Ferguson R., et al Prior nonfatal firearm injuries in detainees of a large urban jail. *J Health Care Poor Underserved* 1995; 6 (2): 162–176
5. Абрамкин В. Тюремное население России и других стран. Проблемы и тенденции. РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2003; 27
6. Преступность и правопорядок в России. Статистический аспект. 2003: Стат. сб./Госкомстат России. М., 2003; 85
7. Уголовно-исполнительная система России. Статистический сборник. МЮ, ГУИН 2004: 35
8. Характеристика осужденных к лишению свободы. По материалам специальной переписи 1999 года. /Под ред. Проф. А.С.Михлина М. Юриспруденция 2001; 464 с.
9. Характеристика подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в следственных изоляторах. По материалам специальной переписи 1999 года. Под ред. проф. А.С.Михлина. М. Юриспруденция 2000; 160
10. Рекомендации Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания Правительству Российской Федерации. (Посещение СИЗО-1 г. Владивосток). Ведомости УИС. 2002; 8: 81–96
11. Санников А.Л. Здоровье и социальная защищенность осужденных. // Российский медицинский журнал. 1998; 5: 10–12
12. Stern V. Problems in prisons worldwide with a particular focus on Russia. *Ann N. Y. Acad Sci* 2001; 953: 113–119
13. Стерн В. Приговоренные к смерти? Проблема туберкулеза в тюрьмах Восточной Европы и Центральной Азии. Москва, Penal Reform International, 2001: 332

14. Newsletter Penal Reform Project in Eastern Europe and Central Asia 1999; 5: 6
15. Положение заключенных в современной России. Доклад и тематические статьи. Московская Хельсинкская группа. 2003, 245
16. Калинин Ю.И. Российская пенитенциарная система: прошлое, настоящее, будущее. Преступление и наказание. 2003; 1: 26–37
17. Леонов А. Необходимы конкретные меры. // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2000; 3
18. Сажин В.Л., Таматорин И.В., Таматорина Н.Л. Сравнительный анализ динамики и структуры заболеваемости лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях ГУИН Минюста России по г. Санкт-Петербургу и ЛО. Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. / Под редакцией проф. Вишнякова Н.И. СПб: Изд. НИИХ СПбГУ, 2000, Выпуск 5, 90–95
19. Александров Ю.К. Если Вам дали срок... (Справочник осужденного), Москва, «Права человека», 2003, 266 с
20. Грабарь В.Ф. Комплексная оценка характера питания и здоровья лесозаготовителей пенитенциарной системы в условиях крайнего севера. Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. С-Петербург, 1997
21. Исаков А., Мишустин С. О необходимости изменения нормы питания осужденных, больных туберкулезом, получающих лечение противотуберкулезными препаратами 2-го ряда (DOTS-PLUS). Медицина в пенитенциарной системе России (сборник). М. «Права человека» 2001; 101–106
22. Toch H. Men in crisis: human breakdowns in prisons. Chicago, Aldine Publishing, 1975
23. Плоточкин А.Д., Пирожков В.Ф. Исправительно-трудовая психология. Москва, Академия МВД СССР, 1974: 426
24. Евграфов А.П., Андреев В.Н. Изучение личности заключенных, содержащихся в следственных изоляторах. Москва, ВНИИ МВД СССР, 1980: 52
25. Мокрецов А.И., Шмаров И.В. Микросреда осужденных в ИТУ. Пособие. Москва, ВНИИ МВД СССР, 1979: 80
26. Волков В.Н. Медицинская психология в ИТУ. Москва, Юридическая литература, 1989, 253
27. Мокрецов А.И. Общая характеристика асоциальной субкультуры осужденных. Рабочая книга пенитенциарного психолога. М., ВНИИ МВД России, ГУИН МВД России, 1998

28. Хохряков Г.Ф. Социальная среда и личность. Пособие. Москва, ВНИИ МВД СССР, 1982: 88
29. Moss C., Hosford R., Anderson W. Sexual assault in prison. *Psychol Rep* 1979; 44: 823–828
30. Nacci P., Kane T. Sex and sexual aggression in federal prisons. Washington: Federal Bureau of Prisons, 1982
31. Saum C.A., Surratt H.L., et al Sex in prisons: Exploring the myths and realities. *Prison J* 1995; 75 (4): 413–430
32. Tewksbury R. Measure of sexual behavior in an Ohio prison. *Sociol Soc Res* 1989; 74: 34–39
33. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире./Под ред. Э. Круга и др./Пер. с английского. — М. Издательство — «Весь Мир»/ВОЗ, Москва, 2003: 376
34. Hernán R. Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons *BMJ* 1997; 315: 1447–1450
35. Сажин В.Л., Юрьев В.К. Здоровье и болезни заключенных. СПб, Издательство «Лань», 1999; 112
36. Сажин В.Л. Особенности и динамика состояния здоровья лиц, содержащихся в исправительно-трудовых учреждениях Российской Федерации в 1990-х годах. Актуальные проблемы социальной медицины. Сб. научных трудов. СПб, 1998: 70–73
37. Bland R.C., Newman S.C., Thompson A.H., Dyck R.J. Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *Int J Law Psychiatry* 1998; 21: 273–279
38. Mitchison S., Rix K.J., Renvoize E.B., Schweiger M. Recorded psychiatric morbidity in a large prison for male remanded and sentenced prisoners. *Med Sci Law* 1994; 34 (4): 324–330
39. Sinleton et al. Psychiatric morbidity among prisoners: summary report. Office for National Statistics. London 1998: 23
40. Gunn J., Maden A., Sweinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991; 303: 338–341
41. Brooke D., Taylor C., Gunn J., Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 1524–1527
42. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Annual report on the state of the drugs in the European Union and Norway 2002; 46–51
43. Gore S.M., Hutchinson S.J., Cassidy J., Bird A.G., Biswas S. How many drug rehabilitation places are needed in prisons to reduce the risk of bloodborne virus infection? *Communicable Disease and Public Health* 1999; 2: 193–195

44. Chelala C. More mentally ill people reported in US prisons. *BMJ* 1999; 319: 210
45. Johnson A.B. *Out of bedlam: The truth about deinstitutionalization*. New York, Basic Books, 1990
46. Torrey E.F. Jails and prisons: America's new mental hospitals. *Am J Public Health* 1995; 85: 1611–1613
47. Антонян Ю.М. Личность осужденных, имеющих психические аномалии, и их поведение в местах лишения свободы. Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных. Сб. научных трудов. Рязань, ВШ МВД СССР, 1984, 64–77
48. Волков В.Н. Организация психиатрической помощи осужденным. Специальные вопросы организации медицинского обеспечения в ИТУ. Сб. лекций № 2, Домодедово, ВИПК МВД СССР, 1985, 3–19
49. O'Connor H.M., Stringer D.G. Review of traumatic injuries in regional federal penitentiaries *Canadian Medical Association Journal*. 1985; 133 (3): 204–205
50. Thorburn K.M. Self-mutilation and self-inflicted illness in prison. *J Prison Jail Health* 1984; 4: 40–51
51. Haycock J. Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Q* 1989; 60: 85–98
52. Санников А.Л. Социально-гигиенические проблемы здоровья и воспроизводства поколений в экстремальных условиях Севера. Автореферат диссертации д.м.н. Архангельск, 1999; 42
53. Бойко И.Б. Виды самоповреждений у осужденных в местах лишения свободы. Судебно-медицинская экспертиза 1992; 4:20–22
54. Centers for Disease Control: Rubella outbreaks in prisons-New York City, West Virginia, California *MMWR* 1985; 34: 615–618
55. Centers for Disease Control: Varicella outbreak in a women's prison – Kentucky *MMWR* 1989; 38: 635–642
56. Hoge Ch.W., Reicher M.R., Dominguez E.A., Bremer J.C., Mastro T.D., Hendricks K.A., Musher D.M., Elliott J.A., Facklam R.R., Breiman R.F. An epidemic of pneumococcal disease in an overcrowded, inadequately ventilated jail. *The New England Journal of Medicine* 1994; 331: 643–648
57. Tapero J.W., Reporter R., Wenger J.D., Ward B.A., Reeves M.W., Missbach T.S., Plikaytis B.D., Mascola L., Schuchat A. Meningococcal disease in Los Angeles county, California and among men in the county jails. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335: 833–841
58. Thomas J.C., Bendana N.S., Waterman S.H. Risk factors for carriage of meningococcus in the Los Angeles county men's jail system. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 186–295

59. History of the care of dependents-New York City, in Wright H.C., McAneny G., Cromwell G. (eds): Report of the Committee on Inquiry into the Departments of Health, Charities and Bellevue and Allied Hospitals. New York, J.J. Little & Ives, 1913, 427–448
60. Chevallay B., de Haller R., Bernheim J. Epidemiology of pulmonary tuberculosis in the prison environment Schweiz Med Wochenschr 1983; 113(7): 261–265
61. Hutton M.D., Cauthen G.M., Bloch A.B. Results of a 29-state survey of tuberculosis in nursing homes and correctional facilities. Public Health Rep 1993; 108(3): 305–314
62. Braun M.M., Truman B.I., Maguire B., et al Increasing incidence of tuberculosis in a prison inmate population: Association with HIV infection. JAMA 1989; 261: 393–397
63. Valway S.E., Richards S.B., Kovacovich J. et al. Outbreak of multi-drug resistant tuberculosis in a New York State prison, 1991 Am J Epidemiol 1994; 140: 113–122
64. Jones T.F., Craig A.S., Valway S.E. Woodley C.L., Schaffner W. Transmission of tuberculosis in a jail. Ann Intern Med 1999; 131: 557–563;
65. Bergmire-Sweat D., Barnett B.J., Harris S.L., Taylor J.P., Mazurek G.H., Reddy V. Tuberculosis outbreak in a Texas prison, 1994 Epidemiol Infect 1996; 117(3): 485–492;
66. Yerokhin V.V., Punga V.V., Rybka L.N. Tuberculosis in Russia and the problem of multiple drug resistance. Ann N Y Acad Sci 2001; 953: 133–137
67. Бубочкин Б.П. Особенности эпидемиологической ситуации по туберкулезу в исправительно-трудовых учреждениях. Проблемы туберкулеза. 1995; 3: 7–9
68. Вежнина Н.Н., Демеленааре М.К., Сиэр В., Ключе Х. Опыт сотрудничества ИК-33 и миссии «Врачи без границ» (Бельгия) в борьбе с туберкулезом. Проблемы туберкулеза 1999; 2: 15–17
69. Анохин Л.В., Коновалов О.Е., Петроченко И.И., Тарарышкин А.П. Заболеваемость туберкулезом органов дыхания лиц, отбывающих наказание. Здравоохранение Российской Федерации, 2000; 6: 32–34
70. Slavuckij A., Sizaire V., Lobera L., Matthys F., Kimerling M.E. Decentralization of the DOTS programme within a Russian penitentiary system. How to ensure the continuity of tuberculosis treatment in pre-trial detention centres. Eur J Public Health 2002; 12 (2) : 94–98
71. Нечаева О.Б. Туберкулез в учреждениях уголовно-исполнительной системы Свердловской области. Здравоохранение Российской Федерации. 2000; 3: 38–40

72. Barnashov A.V., Mishustin S.P., Andreev E.G., Kim J.Y., Barry D., Mukherjee J., et al Analysis of mortality in TB penal hospital od Tomsk oblast (1996–2000). Abstracts of the 4th World Congress on Tuberculosis, Washington, June 3–5, 2002; 53–54
73. Рыбкина Т.А., Белов Ю.А. Туберкулез в исправительно-трудовых учреждениях МВД России. // Туберкулез и экология, 1993, 1, 34–36
74. Aerts A., Habouzit M., Mschiladze L., Malakmadze N., Sadradze N., Menteshashvili O., Portaels F., Sudre P. Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex-USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(12): 1104–1110
75. Coninx R., Pfyffer G.E., Mathieu C., Savina D., Debacker M., Jafarov F. Et al Drug resistant tuberculosis in prisons of Azerbaijan: case study. *BMJ* 1998; 316: 1423–25
76. Georgia: ICRC TB programme in prisons under way. *ICRC News*, 4 June 1998
77. Мишустин С.П., Андреев Е.Г., Барнашов А.В., Сальников А.А. и др. Опыт межведомственной интеграции противотуберкулезных служб Томской области на основе DOT-Strategy. Медицина в пенитенциарной системе России (сборник). М. «Права человека», 2001; 97–100
78. Рыбкина Т.А., Кудрявцева И.А., Кирбшина Л.А., Миронова Л.И., Игнатович В.А., Косарев В.Н., Булавченков А.С. Социально-гигиеническая характеристика контингентов больных туберкулезом, находящихся в местах лишения свободы. // Туберкулез и экология. 1993; 1: 19–20
79. Санников А.Л., Кузнецов А.А. Социальная характеристика больных туберкулезом в пенитенциарных учреждениях. Проблемы туберкулеза. 1998; 5: 11–13
80. Hammett T.M., Harmon P., Maruschak L. 1996–1997 Update: HIV/AIDS and STDs in Correctional Facilities. Washington, D.C., U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice/US Public Health Service, CDC, July 1999
81. Inmate Health Survey Report. The Corrections Health Service, the NSW Department of Health and Department of Corrective Services, Matraville NSW Australia. 1999
82. Singh S, Prasad R, Mohanty A. High prevalence of sexually transmitted and blood borne infections amongst the inmates of a district jail in North India. *Int J STD AIDS* 1999 ; 10 (7) : 475–478
83. Blank S., Sternberg M., Neylans L.L., Rubin S.R., Weisfuse I.B., Louis M.E. Incident syphilis among women with multiple admissions to jail in New York City. *The Journal of Infectious Diseases* 1999; 180: 1159–1163
84. Wolfe M.I., Xu F., Patel P., O'Cain M., Schillinger J.A., St Louis M.E., Finelli L. An outbreak of syphilis in Alabama prisons: correctional health policy and communicable disease control. *Am J Public Health* 2001 Aug; 91(8):1220–5

85. Alcabes P., Braslow C. A cluster of cases of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoe* in an adolescent detention center. *N Y State J Med* 1988; 88: 495–496
86. van Hoesen K.H., Rooney W.C., Joseph S.C. Evidence of gonococcal transmission within a correctional system. *Am J Public Health* 1990; 80: 1505–06
87. Puisis M., Levine W., Mertz K. Overview of sexually transmitted diseases. In: *Correctional Medicine*. Ed. Puisis M., Mosby, 1998; 127–140
88. Батунина М. Венерические болезни среди заключенных. *Венерология и дерматология*. 1927; 2: 183–185
89. Клячкин Г.Н. Половой быт и венерические болезни среди заключенных Пензенского губисправдома. *Венерология и дерматология*. 1929; 3–4: 77–80
90. Никулин Н.К., Шлико И.Л., Чурин А.К., Ефимочкина Т.К., Бобылева А.Е. Анализ заболеваемости сифилисом в учреждениях пенитенциарной системы. *Инфекции, передаваемые половым путем*. 2001; 4: 19–23
91. Никулин Н.К., Сыресин В.А. Заболеваемость ИППП в учреждениях УИС, меры профилактики. Тезисы докладов конференции «Проблемы профилактики социально-значимых заболеваний в УИС» Н. Новгород, 2002: 17
92. Кунцевич Л.Д., Мишанов В.Р., Борщевская Р.П., Жукова Г.И., Соломанина Л.А. Состояние заболеваемости ИППП и меры борьбы с ними в учреждениях пенитенциарной системы. Тезисы докладов конференции «Проблемы профилактики социально-значимых заболеваний в УИС» Н. Новгород 2002: 18
93. Бородуллин В.Г. Об итогах работы в 2000 году по организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы России. *Медицина в пенитенциарной системе России (сборник)*. М. «Права человека» 2001: 54–62
94. Simooya O.O., Sanjobo N., Kaetano L., Sijumbila G., Munkonze F., Tailoka F. “Behind walls”: a study of HIV risk behaviors and seroprevalence in prisons of Zambia. *AIDS* 2001; 15: 1741–1744
95. Vlahov D., Brewer T.F., Castro K.G., Narkunas J.P., Salive M.E., Ullrich J., et al. Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US correctional facilities. *JAMA* 1991; 265: 1129–32
96. Bird A.G., Gore S.M., Jolliffe D.W., Burns S.M. Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh. *AIDS* 1992; 6: 725–33
97. Curtis S.P., Edwards A. HIV in UK prisons: a review of seroprevalence, transmission and patterns of risk. *Int J STD AIDS* 1995; 6: 387–91

98. Gaughwin M.D., Douglas R.M., Liew C., Davies L., Mylvaganam A., Trefke H., et al. HIV prevalence and risk behaviours for HIV transmission in South Australia prisons. *AIDS* 1991; 5: 845–51
99. Ford P.M., Pearson M., Sankar-Mistry P., Stevenson T., Bell D., Austin J. HIV, hepatitis C and risk behavior in a Canadian medium-security federal penitentiary *Q J Med* 2000; 93 (2): 113–119
100. Потемкина Л.П., Бабошкина А.Е., Бычков Е.Н. Краткий обзор ситуации по ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе. Социальные, медицинские и психологические аспекты профилактики ИППП/ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях. Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. Саратов, 2002; 19–21
101. Куприянова И.С. Уголовная субкультура как социальная детерминанта гомосексуального поведения мужчин в пенитенциарных учреждениях. Социальные, медицинские и психологические аспекты профилактики ИППП/ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях. Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. Саратов, 2002: 30–33
102. Алферов Ю.А. Наркомания в ИТУ: опыт работы с осужденными наркоманами. Учебное пособие. Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1991: 102
103. Frost L., Tchertkov V. Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention*, 2002, 14, Supplement B, 7–23
104. Post J.J., Dolan K.A., Whybin L.R., Carter I., Haber P.S., Lloyd A.R. Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route, *Med J Australia*, 2001; 174: 183–184
105. Christie B. HIV outbreak investigated in Scottish jail. *BMJ* 1993; 307: 151–152
106. Taylor A., Goldberg D., Emslie J., Wrencj J., Gruer L., Cameron S., et al. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ* 1995; 310: 289–92.
107. Crofts N., Stewart T., Hearne P., Ping X.Y., Breschkin A.M., Locarnini S.A. Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants. *BMJ* 1995; 310: 285–8
108. Dolan K., Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian state. *Medical Journal of Australia*, 1999; 171: 14–17
109. Krebs C.P., Simmons M. Intraprison HIV transmission: an assessment of whether it occurs, how it occurs, and who is at risk. *AIDS Education and prevention*, 2002; 14: Supplement B: 53–64
110. Mutter R.C., Grimes R.M., Labarthe D. Evidence of intraprison spread of HIV infection. *Arch Intern Med* 1994; 154: 793–795

111. Caplinskas S., Likatavicius G., Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania. *Eurosurveillance weekly*. 2002; June 27: 6 (26) Online version: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020627.asp>
112. Касперунас В., Семенайте Б. Медицинская службы ГУИН Минюста Литвы. Доклад на 6-й Европейской конференции по наркотикам и ВИЧ/СПИДу в тюрьмах, Вена, октябрь, 2002
113. Селиванов С.Б., Матвеев А.А., Ракова С.А. Меры противодействия распространению ВИЧ-инфекции в УИС. *Ведомости уголовно-исполнительной системы*, 2002; 4: 9–10
114. Рощупкин Г. Профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа в пенитенциарных учреждениях России. Положение заключенных в современной России. Доклад и тематические статьи. *Московская Хельсинская группа*. М., 2003; 191–204
115. Чиков П.В., Хабибрахманова Л.И. Ситуация с социально-значимыми заболеваниями в УИС республики Татарстан. Тезисы докладов конференции «Проблемы профилактики социально-значимых заболеваний в УИС», Н. Новгород 2002: 34–36
116. Сажин В.П., Ляровский А.Ю., Таматорин И.В., Панин А.Л., Черюканов А.В. Санитарно-гигиенические и социально-бытовые аспекты содержания ВИЧ-инфицированных женщин в местах лишения свободы. Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в вооруженных силах РФ. Под ред. В.С.Новикова СПб: ВмедА, 1999; 82–83
117. Outbreak of VTEC O157 infection at a prison in the Midlands. *CDR WEEKLY* 1999; 9: 32: 281–284
118. Outbreaks of Escherichia coli O157 infection in two prisons. *CDR WEEKLY* 2000; 10: 42: 375
119. Forbes T.R. A mortality record for Coldbath Fields prison, London, in 1795–1829. *Bull New York Academy of Medicine* 1977; 53: 666–670
120. King L.N. Doctors, patients, and the history of correctional medicine. In: *Correctional Medicine*. Ed. Puisis M., Mosby, 1998: 6
121. Jones D. Health risks of imprisonment. Lexington. MA, DC Health, 1976
122. Wobester W.L., Datema J., Bechard B., Ford P. Causes of death among people in custody in Ontario, 1990–1999. *Canadian Medical Association Journal* 2002, 167 (10): 1109–1113
123. Dalton V. Death and dying in prisons in Australia: national overview, 1980–98. *Journal of Law and Medical Ethics* 1999; 27: 269–274
124. Raba J. Mortality in prisons and jails. In: *Correctional Medicine*. Ed. Puisis M., Mosby, 1998; 288–300

125. New York State Commission of Corrections: Acquired Immunodeficiency Syndrom: A Demographic Profile of New York State: Mortalities 1982–1985. Albany, NY State Commission of Corrections, 1986
126. Salive M.E. Smith G.S., Brewer T.F. Death in prison: changing mortality patterns among male prisoners in Maryland 1979–1987 American Journal of Public Health 1990; 80: 1479–80
127. Amankawaa A.A. Causes of death in Florida prisons: the dominance of AIDS. American Journal of Public Health 1995; 85: 1710–1711;
128. Centers for Disease Control and Prevention. Decrease in AIDS-related mortality in a state correctional system – New York, 1995–1998. Morbidity and Mortality Weekly Report 1999; 47(51/52):1115–1117
129. Joukamaa M. The mortality of released Finnish prisoners; a 7 year follow-up study of the WATTU project. Forensic Sci Int 1998; 96(1):11–19
130. Harding-Pink D. Mortality following release from prison. Med Sci Law 1990; 30(1): 12–16
131. Seymour A., Oliver J.S., Black M. Drug-related deaths among recently released prisoners in the Strathclyde Region of Scotland. J Forensic Sci 2000; 45(3): 649–654
132. Seaman S.R., Brettle R.P., Gore S.M. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. BMJ 1998; 316: 426–428
133. Clavel F., Benhamou S., Flamant R. Decreased mortality among male prisoners. Lancet 1987; 2: 104:1012–1014
134. May J.P., Lambert W.E. Preventive health issues for individuals in jails and prisons. In: Correctional Medicine. Ed. Puisis M., Mosby, 1998; 259–274
135. Вельтишев Д.Ю. Насилие и здоровье населения России. Статистический обзор. ВОЗ. 2003; 29
136. Файнберг Ц.М. Медико-санитарная организация в московских местах заключения. // Московский медицинский журнал. 1926; 11: 83–93
137. Состояние здоровья контингентов, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации в 2002 году. Статистические материалы. МЮ РФ, ГУИН, Медицинское управление. 2003; 107
138. Hayes L.M. Prison suicide: an overview and guide to prevention. Washington D.C., National Institute of Corrections, U.S. Dept of Justice, 1995
139. Смертность населения Российской Федерации, 2002 год. Статистические материалы. Официальное издание МЗ РФ, Департамента организации и развития медицинской помощи населению, ЦНИИОИЗ. Москва 2002: 13, 29

140. Tuberculosis prevention and control in Canadian federal prisons, 1998: reported results of the Correctional Service of Canada Tuberculosis Tracking System. Correctional Service of Canada. 2000: 27
141. De Groot AS. HIV infection among incarcerated women: epidemic behind bars. *AIDS Read* 2000; 10(5): 287–95
142. Holmes M.D., Safyer S.M., Bickell N.A., et al: Chlamidial cervical infection in jailed women. *Am J Public Health* 1993; 83: 551–555
143. Keamy L. Women's health care in the incarcerated setting. In: *Correctional Medicine*. Ed. Puisis M., Mosby 1998; 188–205
144. Peter M. Ford, Wendy L. Wobester S. Health care problems in prisons *JAMC*. 7 MARS 2000; 162 (5) 664–665
145. Martin RE. A review of a prison cervical cancer program in British Columbia. *Can J Public Health* 1998;89:382–6
146. Альперн Л.И. Женщины в российской тюрьме. Проблемы, свидетельства, взгляд изнутри. Сборник материалов «Человек и тюрьма». М., РОО Центр содействия реформе уголовного правосудия, 2001, 84 с.
147. Альперн Л.И. Положение женщин в системе уголовного правосудия в России в 2000–2002 годах. Положение заключенных в современной России. Доклад и тематические статьи. Московская Хельсинская группа. М., 2003; 205–221
148. Альперн Л.И. Факторы ресоциализации женщин, отбывающих наказание в местах лишения свободы. М., РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия» 2002; 152
149. Альперн Л.И. К вопросу о социальной реабилитации наиболее уязвимых групп тюремного населения (подростки и женщины). Материалы исследований. Мнения. Личные документы. М., РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия» 2001; 152;
150. Oh M.K., Cloud G.A., Wallace L.S., et al Sexual behavior and sexually transmitted diseases among male adolescents in detention. *Sex Transm Dis* 1994: 21: 127–132
151. Они приходят ниоткуда и уходят в никуда. Проблемы социальной реабилитации несовершеннолетних заключенных. РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2003; 22
152. Альперн Л.И. Всего лишь десятая часть. Женщины и дети в российской тюрьме: заметки посетителя тюрем. РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2001; 136
153. Данилин Е.М., Курганов С.И., Лысягин О.Б., Поздняков В.И. Характеристика осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях. (По материалам специально переписи 1994 г.) М. ВНИИ МВД России, 1997: 44

154. Колесников А.А. «Практически здоровы, но...». Воспитание и правопорядок, 1987; 6: 52–54
155. Башкатов И.П., Фицула М.Н. Основы исправления и перевоспитания несовершеннолетних осужденных в воспитательно-трудовых колониях. Москва, 1984, 324 с.
156. Вагина О.Л. Социально-психологическая реабилитация осужденных в воспитательной колонии №349/66 // Бюллетень: Снижение Вреда в России. 2002; 1 (2): 26–27
157. Барыльник Ю.Б., Парашенко А.Ф. Первично-вторичная профилактика психоактивных веществ в пенитенциарных учреждениях. Социальные, медицинские и психологические аспекты профилактики ИППП/ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях. Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. Саратов, 2002, 24–25;
158. Ермаков В.Д., Крюкова Н.И. Несовершеннолетние преступники в России. М., Институт международного права и экономики им. Грибоедова, 1999; 256
159. Иванов В.В. Заболеваемость подростков, находящихся в колониях для несовершеннолетних преступников, и пути совершенствования медицинского их обеспечения. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. Оренбург, 1996
160. Лебедева И.В., Иванов В.В., Романов В.А. Заболеваемость воспитанников воспитательно-трудовой колонии. Здравоохранение Российской Федерации. 1996; 3: 38–39
161. Florida Corrections Commission 1999 Annual Report
162. An Examination of Elder Inmates Services: An Aging Crisis, Florida House of Representatives Criminal Justice & Corrections Council Committee on Corrections. 1999
163. Fazel S., Hope T., O'Donnell I., Piper M., Jacoby R. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. Age Ageing 2001; 30(5) :403–7
164. Falter R.G. Selected predictors of health services needs of inmates over age 50. PhD dissertation. Walden University, 1993
165. Агаларзаде А.З., Дианов Д.А. Распространенность психической патологии осужденных с учетом этнокультурного состава тюремной популяции (по данным зарубежной литературы) // Российский психиатрический журнал, 1997; 3: 14–17
166. Freudenberg N. Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. J Urban Health 2001; 78(2): 214–35

167. Harding C., Hines B., Ireland R., Rawlings P. Imprisonment in England and Wales: A Concise History. Croom Helm. London
168. Tapero J.W., Reporter R., Wenger J.D., Ward B.A., Reeves M.W., Missbach T.S., Plikaytis B.D., Mascola L., Schuchat A. Meningococcal Disease in Los Angeles County, California and among Men in the County Jails. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335: 833–841
169. Nelson J.D. Jails, Microbes and the Three-Foot Barrier. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335: 885–886
170. Wright N., Vanichseni S., Akarasewi P., Wasi C., Choopanya K. Was the 1988 HIV epidemic among Bangkok's injecting drug users a common source outbreak? *AIDS*, 1994, 8, 529–532
171. Badrieva L., Karchevsky E. Building volunteer network: secondary needle exchange, peer education. Kazan 2001; 72
172. Dolan K., Rutter S., Wodak A.D. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction*, 2003; 98: 153–158
173. Нечаева О.Б., Аренский В.А., Наumenko Е.С., Филиппов В.А., Дедюхин К.И., Коровина Т.И., Ливанов С.В. Влияние туберкулеза в исправительно-трудовых учреждениях на эпидемиологическую ситуацию в Свердловской области. *Проблемы туберкулеза*, 1998; 4: 11–13
174. Glaser J.B., Greifinger R.B. Correctional health care: A public health opportunity. *Ann Int Med* 1993; 118: 139–145
175. WHO project report “Cost-effective TB control in the Russian Federation”, St. Petersburg, 2002
176. Борьба с туберкулезом в тюрьмах. Справочник для руководителей программ. Всемирная организация Здравоохранения. М.: «Права человека» 2002: 208
177. Тюрьмы, наркотики и общество. Согласованное заявление о принципах, политике и практике. Проект ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» и Группа Помпиду Совета Европы. 2001: 30
178. Международный компендиум современной практики решения вопросов, связанных с инфекционными заболеваниями в тюрьмах. Совместная публикация Международного центра по реформе уголовного права и политики в области криминальной юстиции и Международной ассоциации исправительных служб и тюрем. Ванкувер, Канада, 2001: 81
179. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Prisons and AIDS: UNAIDS technical update. 1997. Available online at www.unaids.org
180. Mental health promotion in prisons. WHO “Health in prisons” project, Hague, 1998: 16

181. Пелипас В.Е. Правовое регулирование в сфере оказания наркологической помощи, профилактики ВИЧ/СПИД, противодействия незаконному обороту наркотиков: Международный опыт, М. 2002, с. 34–44
182. Drobniewski F. Tuberculosis in prisons: a forgotten plague. *Lancet* 1995; 346: 948–9
183. Pravda.ru “Over 500000 Russian prisoners suffer from a variety of sicknesses”, http://english.pravda.ru/main/18/90/361/14377_prisoner.html
184. Maher D. Grzemska M. Coninx R. Reyes H. Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. WHO/TB/98.250. Geneva, World Health Organization. 1998
185. Marco A. Cayla J.A. Serra M Pedro R. Sanrama C. Guerrrero R. Robot N. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. *European Respiratory Journal* 1998. 12: 967–971
186. Jasmer R.M., Seaman C.B., Gonzalez L.C., Kawamura L.M., Osmond D.H., Daley C.L. Tuberculosis treatment outcomes: directly observed therapy compared with self-administered therapy. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 2004 Sep 1;170(5):474–5
187. The PIH Guide to the Medical Management of Multi-drug Resistant Tuberculosis. International Edition. Ed. Michael Rich. Boston, USA 2003
188. The Global Impact of Drug-Resistant Tuberculosis. Harvard Medical School/ Open Society Institute. Boston, USA, 1999
189. PIH Guide
190. Якубовский Д.О. Конституционные гарантии охраны здоровья в местах заключения // *Следователь*. 1998: 3; 55
191. Смирнов А.М, Датий А.В. Методические рекомендации по внедрению добровольного медицинского страхования в УИС МЮ РФ. М.: Мед. упр. ГУИН МЮ РФ, НИИ УИС МЮ РФ. 2004; 7

Научное издание

Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения

Под ред. Кононца А.С. и Бобрика А.В.

Сдано в набор 26.04.2011. Подписано в печать 02.05.2011.
Бумага офсетная. Формат 60*90/16. Усл. печ. л. 7,5. Тираж 4500 экз.
Заказ №67.

ООО «Акварель»
129090, Москва, Выползов пер., д. 8
Отпечатано в типографии ООО «НОВАТОР»

