

Тюремная библиотека

Выпуск 1

Проблемы

уголовно-исполнительной системы

России

(туберкулез)

Москва

1999

Редакционный совет:

Александров Ю.К. (член правления общественной организации «Новый Дом», консультант Нью-Йоркского института здравоохранения) – руководитель; **Зайцев И.Н.** (генеральный директор издательства «Права человека»); **Пономаренко О.И.** (директор программ Нью-Йоркского института здравоохранения); **Клименко С.К.** (старший прокурор Главного следственного управления Генеральной прокуратуры РФ, старший советник юстиции, кандидат юридических наук); **Иванова Н.И.** (исполнительный директор общественной организации «Новый Дом»); **Полозюк В.Л.** (заместитель начальника Управления воспитательной работы с осужденными ГУИН МЮ РФ, полковник внутренней службы); **Кудиненко В.А.** (кандидат психологических наук, полковник запаса).

Издание осуществлено общественной организацией «Новый Дом» при финансовой и информационной поддержке Европейской Комиссии и Нью-Йоркского института здравоохранения.

Только для бесплатного распространения.

В сборнике рассматривается проблема туберкулеза в уголовно-исполнительной системе России. Предназначается для сотрудников уголовно-исполнительной системы, прокуратуры, судов, других заинтересованных лиц и организаций.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	5
Справка о состоянии медицинского обеспечения в учреждениях УИС	7
<i>В. Божедаров, С. Клименко</i> Надзор за соблюдением прав на охрану здоровья лиц, осужденных к лишению свободы, – приоритетное направление деятельности органов прокуратуры	12
<i>Е. Блохин</i> Проблемные вопросы по условиям отбывания уголовного наказания в виде лишения свободы в лечебных исправительных учреждениях для осужденных, больных туберкулезом.....	25
<i>С. Мишустин, Е. Андреев</i> О реорганизации противотуберкулезной службы в учреждениях УИН Томской области согласно DOTS (1994 – 1999 гг.).....	30
<i>Ю. Александров</i> Бомба замедленного действия	46
<i>М. Перин</i> Переломить ситуацию может преимущество лечения.....	51
<i>А. Бакурина, г. Дрынов</i> Программа борьбы с туберкулезом Нью-Йоркского института здравоохранения	55

<i>А. Гольдфарб, Ю. Александров</i> О проблеме туберкулеза в России	63
<i>А. Захаров</i> Оказание противотуберкулезной помощи спецконтингенту УИН Курской области в 1997 – 1998 гг.	67
<i>Г. Целмс</i> Приключения палочки Коха в России	78
<i>Г. Целмс, Ю. Александров</i> Подполковник Наталья Вежнина победила лагерный туберкулез	84
<i>Б. Смирнов</i> Беспрецедентный рост туберкулеза в учреждениях, исполняющих наказание, как достоверный показатель общественного неблагополучия.....	91
Что такое DOTS? (По материалам Всемирной организации здравоохранения).....	99
<i>Приложение 1</i> Статистические данные	105
<i>Приложение 2</i> Нормы питания, установленные для осужденных (извлечение)	116
<i>Приложение 3</i> Нормы снабжения больных осужденных, находящихся на стационарном лечении в ЛПУ или ЛИУ (извлечение)	122

Этим сборником общественная организация «Новый Дом» при поддержке различных международных организаций начинает выпуск серии «Тюремная библиотека». В состав серии мы предполагаем включать сборники, посвященные отдельным проблемам уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы России – положению в следственных изоляторах и колониях, воспитательной работе, криминальной субкультуре, развитию взаимоотношений администрации учреждений УИС с российскими и зарубежными неправительственными организациями, другим актуальным темам. Кроме того, мы предполагаем опубликовать ряд сборников, в которых будет представлено российское и международное законодательство, касающееся заключенных. В наших планах также – публикация различных справочных материалов в помощь заключенным и сотрудникам УИС.

Мы надеемся, что в написании статей для сборников примут участие представители уголовно-исполнительной системы, прокуратуры, журналисты, депутаты, другие заинтересованные лица, в том числе и заключенные.

Почему первый выпуск данной серии мы решили посвятить туберкулезу? Потому что, по нашему мнению, в настоящее время – это проблема номер один. В УИС сложилась крайне тяжелая ситуация с лечением этой страшной болезни: не хватает лекарств, отсутствует медицинская техника, питание мало соответствует международным нормам. Мы отдаем себе отчет в том, что винить в этом Минюст России и ГУИН МЮ РФ было бы некорректно. К сожалению, наше государство, проводя очень жесткую «посадочную» политику, забывает при этом обеспечивать всех тех, кого оно отправляет за решетку, хотя бы тем минимумом, который предусмотрен законодательством.

Изданием этих сборников мы надеемся не только привлечь внимание общественности и органов власти и управления к проблемам нашей пенитенциарной системы, но и оказать консульта-

тивную помощь как заключенным, так и сотрудникам пенитенциарных учреждений.

Мы будем благодарны всем тем, кто откликнется на наши публикации.

Редакционный совет

СПРАВКА О СОСТОЯНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УИС¹

В 1998 г. в учреждениях УИС медицинская помощь оказывалась более чем 1 миллиону 200 тысячам подозреваемых, обвиняемых и осужденных на базе 119 больниц различного профиля и в 189 медицинских частях и здравпунктах следственных изоляторов и колоний, в том числе специализированная противотуберкулезная помощь – в 33 лечебно-профилактических (ЛПУ) и 53 лечебных исправительных учреждениях (ЛИУ), наркологическая помощь – в 8 специализированных ЛИУ, психиатрическая – в 6 ЛИУ.

Сложившееся в учреждениях УИС положение с организацией медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным оценивается как крайне напряженное и имеющее тенденцию к ухудшению.

Продолжается увеличение количества туберкулезных больных, численность которых уже составляет почти 100 тысяч человек. Ежегодно 35–40 тысяч осужденных вновь заболевает и около 30 тысяч больных поступает в следственные изоляторы. По причине нехватки мест в специализированных противотуберкулезных учреждениях примерно 15 тысяч туберкулезных больных содержится в изолированных участках ИУ, а около 2 тысяч – среди здоровых осужденных.

Практически полностью прекращено проведение плановых хирургических операций, неуклонно растут показатели заболеваемости, смертности и инвалидизации осужденных.

Оснащение медицинской техникой и оборудованием не превышает 15% от необходимого, здания и сооружения боль-

¹ Представлена 13.03.99 г. ГУИН МЮ РФ на слушания в Палату по правам человека Политического консультативного совета при Президенте РФ.

шинства лечебных учреждений требуют проведения капитального ремонта.

Также вызывает серьезную озабоченность увеличивающееся количество поступающих в следственные изоляторы и далее в учреждения УИС ВИЧ-инфицированных граждан. В настоящее время в системе исполнения наказаний содержится около 2500 человек указанной категории. Переполненность исправительных учреждений и СИЗО не позволяет создать для них изолированные условия содержания, а отсутствие должного понимания проблемы у руководителей территориальных органов управления Российской Федерации – организовать специализированные исправительные учреждения для их содержания и лечения.

Бюджетные средства, выделяемые уголовно-исполнительной системе на приобретение лекарственных средств, в течение последних 5–6 лет не превышали 20–30% от потребности. Кроме того, на покупку необходимой медицинской техники, проведение вакцинопрофилактики, на оплату процедуры установления группы инвалидности осужденным и на другие необходимые мероприятия выделение финансовых средств бюджетом не предусмотрено вовсе.

В 1998 г. лимит бюджетного финансирования был определен в размере 253 млн. рублей, фактическое финансирование составило 49,6% от указанной суммы.

Лечебно-профилактические мероприятия, предусмотренные федеральной целевой программой «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России в 1998–2004 годах», не имеют финансового обеспечения. В 1998 г. денежных средств выделено не было.

Для улучшения медицинского обеспечения подразделений УИС Медуправлением ГУИН и медицинскими службами территориальных органов управления УИС проводится активная работа по привлечению финансовых средств от сторонних, в том числе и международных организаций, а также гуманитарной помощи.

Постоянно проводится работа по организации новых и расширению действующих специализированных противотуберкулезных учреждений. Так, в 1997–1998 гг. организовано 4 лечебных исправительных учреждения для содержания и амбулаторного лечения больных туберкулезом осужденных на 2805 человек, более чем на 3500 коек увеличилась мощность туберкулезных стационаров. В настоящее время подготовлен и

представлен руководству Министерства проект очередного приказа, объявляющего открытие дополнительных 3 лечебных исправительных учреждений с общим лимитом наполнения 4461 человек и 4 туберкулезных больниц при исправительных учреждениях на 1550 коек.

Проводится работа по организации собственной медицинской службы УИС.

Заболеваемость и смертность среди заключенных СИЗО и осужденных в период 1995 – 1997 гг.

Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. человек	1995	1996	1997
Среди заключенных СИЗО	1119,2	1378,7	1592,0
<i>Превышает относительно средний показатель по России</i>	В 19,3 раз	В 20,4 раз	В 21,5 раз
Среди осужденных	2481,0	3395,2	4055,9
<i>Превышает относительно средний показатель по России</i>	В 42,9 раз	В 50,3 раз	В 54,9 раз
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. человек	1995	1996	1997
Среди заключенных СИЗО	222,7	207,4	573,8
<i>Превышает относительно средний показатель по России</i>	В 14,5 раз	В 12,2 раз	В 34,4 раз
Среди осужденных	201,5	307,8	484,6
<i>Превышает относительно средний показатель по России</i>	В 13,1 раз	В 18,1 раз	В 29,0 раз

**Показатели по Главному управлению исполнения наказаний
Министерства юстиции Российской Федерации**

Показатель	1995	1996	1997
Число лиц, больных активной формой туберкулеза, поступивших в СИЗО	17960	26250	41880
Заболеваемость (выявляемость) туберкулезом на 100 тыс. контингента СИЗО	1119,2	1378,65	1592,01 (рост за 3 года на 42,2%)
Процент умерших от туберкулеза от числа лиц, больных активной формой туберкулеза в СИЗО	1,24	0,79	1,37
Заболеваемость активной формой туберкулеза на 100 тыс. осужденных	2481,04	3395,17	4055,85 (рост за 3 года на 63,45%)
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. осужденных	201,54	307,75	484,62 (рост за 3 года на 140%)
Показатель первичного выхода на инвалидность от туберкулеза на 100 тыс. осужденных	185,9 (77,4% инвалиды II группы)		211,4 (75,7% инвалиды II группы)

Показатель заболеваемости туберкулезом среди осужденных в учреждениях уголовно-исполнительной системы в 1997 г. в 56 раз, а смертность – в 29 раз превышают аналогичные показатели среди населения России.

Не финансируется Федеральная целевая программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 годы», которой предусматриваются для учреждений УИС дополнительные бюджетные ассигнования в 1998 г. в размере 340 млн. рублей.

В 1996 г. потребность УИС в финансах была удовлетворена лишь на 66%, в 1997 г. – на 37%. В соответствии с решением Правительства Российской Федерации от 30.04.98 г. и протоколом заседания Временной межведомственной комиссии по рест-

руктуризации бюджетных обязательств от 07.04.98 г. в 1998 г. уголовно-исполнительной системе определен лимит минимальных бюджетных обязательств на 37,4% ниже уровня финансирования в 1997 г. В этих условиях предполагаемые затраты на питание одного осужденного снизились до 22 рублей в месяц (при норме 225 рублей), еще меньшими стали затраты на медицинское обеспечение, которые сегодня в 5 раз ниже установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Виктор БОЖЕДАРОВ,
государственный советник юстиции 3-го класса,
заместитель начальника Управления по надзору
за законностью исполнения уголовных
наказаний Генеральной прокуратуры РФ

Станислав КЛИМЕНКО,
старший советник юстиции,
старший прокурор Управления
по надзору за законностью исполнения уголовных
наказаний Генеральной прокуратуры РФ,
кандидат юридических наук²

НАДЗОР ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ, – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ПРОКУРАТУРЫ³

Актуальность изучения и освещения в средствах массовой информации данного направления деятельности органов прокуратуры обусловлена широкой распространенностью в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) Министерства юстиции РФ нарушений законов о медико-санитарном обеспечении арестованных и осужденных и необходимостью выполнения обязательств, вытекающих из членства России в Совете Европы, по созданию цивилизованных условий содержания в данных учреждениях.

² В настоящее время – старший прокурор Главного следственного управления Генеральной прокуратуры РФ.

³ Статья впервые была опубликована в журнале «Правозащитник» № 1 за 1999 г.

Имеющиеся в Генеральной прокуратуре РФ материалы свидетельствуют о том, что органы прокуратуры на местах проводят определенную работу по реализации требований приказа Генерального прокурора РФ № 8 от 26 февраля 1997 г. «О совершенствовании прокурорского надзора за соблюдением законов при исполнении уголовных наказаний и в следственных изоляторах», регулярно осуществляют проверки исполнения законов об организации и предоставлении арестованным и осужденным лечебной и санитарно-профилактической помощи.

Однако ситуация с соблюдением указанных законов крайне неблагоприятна. Существующий на сегодня уровень медицинского обслуживания не гарантирует лишенным свободы лицам реализацию их конституционного права на медицинскую помощь и охрану здоровья. Только за последние 3 года в исправительных учреждениях (ИУ) умерло от болезней свыше 20 тыс. человек. Во многом из-за халатности работников ИУ в Пермской области и Краснодарском крае стали возможны многочисленные случаи смерти осужденных от алиментарной дистрофии. К сожалению, надзирающие прокуроры не среагировали своевременно на сложившуюся кризисную обстановку и не приняли упреждающих мер.

В колониях Курганской, Магаданской, Тверской, Саратовской областей из-за нарушений санитарно-гигиенических норм, выдачи недоброкачественной пищи имели место такие чрезвычайные происшествия, как массовые отравления, групповые инфекционные, паразитарные, желудочно-кишечные заболевания. В колониях № 13 и № 33 Саратовской области в результате отравлений пострадало около тысячи осужденных, а в колонии № 7 и туберкулезной больнице были обнаружены больные брюшным тифом. Стремительно распространяется в местах лишения свободы СПИД. По причине отсутствия специализированных колоний для содержания и лечения ВИЧ-инфицированных большинство таких больных продолжает незаконно отбывать наказание в следственных изоляторах. Растет число больных кожными и венерическими заболеваниями.

В настоящее время заболеваемость туберкулезом в учреждениях УИС приняла характер эпидемии. По сравнению с 1994 г. она возросла в 2,5 раза, а в республиках Бурятия и Карелия, Алтайском крае, Нижегородской и Тверской областях – от 3,5 до 6 раз. В Читинской области этот показатель увеличился в 20 раз.

Только за 1997 г. заболеваемость туберкулезом возросла на 19,5% и составила 4056 на 100 тыс. осужденных. В ИУ Ставропольского и Алтайского краев, Нижегородской и Тюменской областей, республик Бурятия, Хакасия, Тыва и Карелия распространенность туберкулеза выше средней на 40%, а в некоторых регионах даже на 240%.

Из общего числа лиц, содержащихся в ИУ Минюста России, туберкулезом больны почти 100 тыс., или примерно каждый десятый. Год назад эта цифра равнялась 65 тыс. Почти 30 тыс. из числа больных заражены смертельной, устойчивой к лекарствам формой этой болезни.

Растет также число осужденных, ставших вследствие заболевания туберкулезом инвалидами. Их доля в структуре первичной инвалидности осужденных в 1998 г. составила 43%.

Угрожающих размеров достигла смертность от туберкулеза. В течение 1995–1997 гг. в СИЗО и исправительных колониях по этой причине умерло свыше 10 тыс. арестованных и осужденных. В 1997 г. на 100 тыс. человек зарегистрировано 484 случая смерти от туберкулеза против 307 случаев в предшествующем году. По предварительным подсчетам, в 1999 г. можно прогнозировать более высокий показатель смертности из-за недостатка еды, тепла и медикаментов, что напрямую связано с экономическим кризисом в стране.

Особенно велика смертность в ИУ республик Карелия и Тыва, Алтайского края, Еврейской автономной области, Волгоградской, Кемеровской, Нижегородской, Новгородской, Ростовской, Саратовской областей, где она превышает средние цифры от 1,5 до 8,5 раз. Так, к примеру, в 1997 г. только в двух противотуберкулезных подразделениях Алтайского края зарегистрирована смерть 527 больных. И лишь вмешательство Генеральной прокуратуры РФ привело к определенным положительным изменениям в организации прокурорского надзора за охраной здоровья осужденных и в целом к стабилизации эпидемиологической обстановки в учреждениях УИС этого края.

Показатели заболеваемости туберкулезом в учреждениях УИС превышают подобные показатели по стране в 54 раза, а по смертности – в 28 раз.

Одним из крайне негативных факторов стало ежегодное освобождение из мест лишения свободы тысяч не излечившихся туберкулезных больных, которые в большинстве случаев остаются

вне поля зрения территориальных органов здравоохранения, осложняя и без того напряженную эпидемиологическую обстановку по заболеваемости туберкулезом в стране. Как отмечают специалисты международных благотворительных гуманитарных организаций «Врачи без границ», Нью-Йоркский институт здравоохранения и МЕРЛИН («Медицинская помощь в чрезвычайных ситуациях» – Великобритания), эпидемия туберкулеза в российской тюрьме не просто отдаленная гуманитарная катастрофа. Это угроза каждому из нас, ибо палочка Коха не знает ни замков, ни границ.

Как показала прошедшая 13 августа 1998 г. коллегия Генеральной прокуратуры РФ, проблема туберкулеза в исправительных учреждениях УИС России превратилась из ведомственной в общегосударственную. По данным Минздрава России, показатель заболеваемости туберкулезом среди населения с 1991 года вырос в 2,2 раза, смертности – в 2,1 раза. На учете в противотуберкулезных учреждениях находится свыше 2,2 млн. больных туберкулезом, из них 300 тыс. – в активной форме. Снижение профилактической работы и быстроты выявления больных приводит к тому, что ежегодно 25–30% больных туберкулезом под медицинское наблюдение не попадают, пополняя тем самым источники туберкулеза среди здорового населения.

Представители Международного комитета Красного Креста в своей статье «Трудности реализации антитуберкулезных программ в тюрьмах» указывают, что для успешного лечения туберкулеза и сокращения заболеваемости им в странах с низким уровнем жизни крайне необходима информация о многочисленных трудностях, которые возникают в связи с реализацией антитуберкулезных программ в тюрьмах.

Изучение материалов прокурорской практики показывает, что в ИУ продолжает действовать множество факторов, оказывающих негативное влияние на уровень заболеваемости, распространенности туберкулеза и организацию его лечения.

Так, существенно отстают от потребностей темпы расширения сети противотуберкулезных больниц и колоний. В специализированных больницах УИС, рассчитанных на 17,5 тыс. мест, находится свыше 24 тыс. человек, а в Республике Бурятия, Алтайском, Краснодарском и Приморском краях, Архангельской, Омской, Тюменской, Калининградской, Кировской, Мурманской, Новосибирской и некоторых других областях такие больницы пе-

реполнены почти в три раза. Из-за нехватки мест в лечебных учреждениях более 15 тыс. осужденных, страдающих туберкулезом, незаконно содержатся без надлежащего лечения в изолированных участках при обычных колониях или среди здоровых осужденных, создавая реальную угрозу их заражения.

Улучшение качества диагностирования и повышение эффективности лечения сдерживаются недостаточным снабжением лечебных исправительных учреждений медикаментами, отсутствием оборудованных на современном уровне бактериологических и биохимических лабораторий, изношенностью медицинской техники. Обеспеченность противотуберкулезными препаратами в местах лишения свободы составляет в среднем 20%, а в Башкирии, Дагестане, Карелии, Тыве, Якутии, Алтайском крае, Волгоградской, Вологодской, Нижегородской, Кировской, Оренбургской, Пермской, Саратовской областях – менее 10% от потребности. Вследствие изношенности требуется замена более половины имеющихся рентгенофлюорографических установок.

В силу сложившихся обстоятельств во многих лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждениях не проводятся плановые хирургические операции, вынужденно сокращаются сроки противотуберкулезного лечения. В результате больные оказываются в еще более тяжелом состоянии, чем до начала лечения, так как неправильное и неполное применение лекарственных противотуберкулезных препаратов приводит к появлению новой устойчивой к лекарствам формы туберкулеза (микобактериозный туберкулез).

Каждое пятое лечебное исправительное учреждение находится в аварийном состоянии, часть из них не отвечает статусу лечебного. К их числу относится, в частности, колония № 8 УИН Архангельской области. Из-за переполненности лечебных помещений больные в колонии содержатся в непригодных служебных помещениях, не учитываются формы заболевания, осужденные-бацилловыделители не изолируются. В стационаре нет горячего водоснабжения, комнат для хранения и приема пищи, рентгеноаппаратуры, не укомплектован штат медицинских работников, крайне изношена система канализации. Нормы питания больных из-за отсутствия финансирования занижены. В целях ускорения оборота койко-мест больные в стационарах без прохождения полного курса лечения выписываются с открытой формой туберкулеза. С перебоями работает банно-прачечный комбинат,

сточные воды без обеззараживания сбрасываются в водоем, используемый для нужд местного населения. Несмотря на неоднократные предписания органов санэпиднадзора о приведении условий содержания и лечения больных в соответствие с санитарно-гигиеническими и противоэпидемиологическими нормами, эта колония продолжает функционировать с грубейшими нарушениями закона. Весьма низкой оказалась действенность прокурорского надзора, осуществляемого прокуратурой Архангельской области, которая не добилась выполнения своих предложений о наведении в колонии предусмотренного законом порядка.

Критическая ситуация с размещением и лечением больных и недопустимое переполнение следственных изоляторов делают их одним из основных очагов распространения туберкулеза.

Как свидетельствуют имеющиеся материалы, органы управления УИС Минюста России на местах не приняли все зависящие от них организационные, методические, экономические и иные меры, направленные на решение проблемы.

Малоэффективными оказались предпринимаемые как МВД России, так и Минюстом России усилия по обеспечению неукоснительного выполнения законов о медико-санитарном обеспечении граждан в местах лишения свободы. Крайне медленно решаются вопросы создания новых, в том числе за счет перепрофилирования, противотуберкулезных колоний. Не налажено взаимодействие пенитенциарных медслужб с территориальными в области лечения больных туберкулезом, освобождающихся из мест лишения свободы. В свое время МВД России не использовало возможности ускорить рассмотрение и утверждение Правительством РФ Федеральной программы «О неотложных мерах борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 годы», которая была принята лишь в июне 1998 г.

Прогнозы дальнейшего развития проблемы туберкулеза в пенитенциарных учреждениях, по крайней мере в ближайшие годы, неблагоприятны, что обусловлено главным образом социально-экономической нестабильностью в обществе, низким уровнем жизни значительной части населения, ростом заболеваемости туберкулезом в стране.

Одновременно следует отметить и определенные просчеты и недостатки в организации прокурорского надзора за исполнением

законов о медико-санитарном обеспечении арестованных и осужденных.

В ряде субъектов Российской Федерации организация прокурорского надзора носит формальный характер. Некоторые прокуратуры не владеют обстановкой в полной мере, не располагают сведениями по данному вопросу, проверки в ряде случаев проводят поверхностно, без должного прокурорского реагирования, не уделяют данной проблеме требуемого внимания – имеет место так называемый «остаточный принцип». Например, прокуратура Тюменской области, где в местах лишения свободы сложилась неблагоприятная обстановка по туберкулезу, в 1997 году осуществление надзора за соблюдением закона об охране здоровья арестованных и осужденных не планировала. В Нижегородской области в 1997 г. произошло беспрецедентное увеличение числа осужденных, заболевших туберкулезом. На протяжении ряда лет ежегодный рост заболеваемости составлял 60%, смертности – 80%. Показатель же заболеваемости туберкулезом в местах лишения свободы в 1997 г. превысил среднеобластной в 72 раза. Такому положению, как показала проверка, проведенная Генеральной прокуратурой РФ, в значительной степени способствовало незаконное создание при обычных колониях изолированных участков для содержания и лечения осужденных, больных открытой формой туберкулеза 1-й и 2-й ГДУ (группы диспансерного учета). В нарушение норм уголовно-исполнительного законодательства в этих колониях осужденные, являющиеся бактериовыделителями, содержались совместно со здоровыми, что способствовало дальнейшему распространению туберкулеза, так как общеизвестно, что заражение туберкулезом происходит воздушно-капельным путем в результате прямого контакта с больными. Прокуратура области, зная о незаконности создания в обычных колониях этих участков, не приняла решительных мер по опротестованию незаконных действий руководства Управления исполнения наказаний (УИН).

К сожалению, за грубейшие нарушения прав на охрану здоровья арестованных и осужденных и неоказание им медицинской помощи прокуроры редко применяют меры уголовно-правового характера. В отдельных случаях, когда уголовные дела возбуждались, делалось это несвоевременно. Так, Березниковской прокуратурой по надзору за соблюдением законов в ИУ Пермской области уголовное дело по части 2 статьи 293 УК РФ было

возбуждено лишь после поступления многочисленных жалоб родственников осужденных в связи с тем, что в течение 1996 и января 1997 г. от туберкулеза и алиментарной дистрофии в межобластной больнице умерло 12 осужденных, поступивших из колонии № 38. Характерно, что во время расследования уголовного дела администрация этой колонии взяла на учет несколько десятков осужденных с дефицитом веса и выделила им дополнительное питание.

Краснодарская прокуратура по надзору за соблюдением законов в ИУ при проверке в колонии № 11 своевременно не пресекла халатность администрации, повлекшую смерть от алиментарной дистрофии пятерых осужденных. Потеря массы тела умерших составляла от 26 до 43%. Возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного частью 2 статьи 293 УК РФ (халатность, повлекшая по неосторожности смерть человека или иные тяжкие последствия). Как установлено в ходе следствия, в данной колонии более 120 осужденных имели снижение массы тела от возрастных норм на 15–20%. Около 60 из них нуждались в стационарном лечении, но по вине администрации его не получали.

Недопустимым следует признать также явление, когда руководители прокуратур субъектов Российской Федерации крайне редко посещают с проверками лечебные исправительные учреждения, а некоторые, в частности прокуроры республик Коми, Тыва, Приморского края, Еврейской автономной области, Омской, Архангельской и некоторых других областей, к примеру, в 1997 г. не приняли участия ни в одной проверке исправительных учреждений.

Справки о соблюдении законов об охране здоровья арестованных и осужденных во многих прокуратурах мало чем отличаются от отчетов территориальных УИН и медотделов УВД. Об этом свидетельствуют выезды работников управления в Ставропольский край, Самарскую область, материалы, поступившие из Еврейской автономной области, Кемеровской, Липецкой, Тюменской, Волгоградской и ряда других областей.

Почти повсеместно прокуратуры субъектов Российской Федерации не требовали от руководителей медицинских и санитарно-эпидемиологических служб проведения проверок в местах лишения свободы, сами редко привлекали специалистов ведомственных и территориальных служб к участию в таких проверках.

Прокуратуры недостаточно строго требовали от должностных лиц УИС и территориальных органов здравоохранения выполнения ими закона о порядке оказания осужденным медицинской помощи, организации и проведения санитарного надзора, использования лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений органов здравоохранения и привлечения для этих целей их медицинского персонала. Не проявляли прокуроры должной настойчивости и в постановке перед органами законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации вопросов о выделении для нужд УИС дополнительных средств местных бюджетов.

Особо требуется усилить и повысить результативность прокурорского надзора в республиках Бурятия, Карелия, Коми, Тыва, Хакасия, в Алтайском, Ставропольском краях, Волгоградской, Саратовской, Кемеровской, Курганской, Нижегородской, Новгородской, Томской, Тюменской, Читинской областях, в местах лишения свободы которых наиболее распространен туберкулез.

В то же время практика показывает, что там, где проявляется заинтересованность, где не ждут указаний и помощи сверху, проблемы решаются. В республиках Дагестан, Марий Эл, Татарстан, в Красноярском крае, Белгородской, Курской, Орловской, Ярославской и ряде других областей в результате согласованных действий прокуратур, местной администрации и органов, исполняющих наказания, удалось предупредить многие нарушения законов о медико-санитарном обеспечении осужденных, что в известной степени способствовало стабилизации эпидемиологической обстановки и снижению уровня заболеваемости лиц, содержащихся в СИЗО и ИУ.

Нельзя не сказать и о важных обстоятельствах объективного характера, во многом влияющих на выполнение законов о медико-санитарном обеспечении арестованных и осужденных к лишению свободы. Прежде всего имеется в виду крайне неудовлетворительное бюджетное финансирование УИС. На медобслуживание одного осужденного отпускается в два раза меньше средств, чем в медицинских учреждениях Минздрава России, и в пять раз меньше потребности. Фактические расходы на лечение одного осужденного, больного туберкулезом, в 1997 г. составили 0,85 млн. рублей при минимальной потребности 5,06 млн. рублей. В качестве примера следует привести тот факт, что в апреле-мае 1998 г. на медикаменты и перевязочные средства учреждениям

УИС, при плане 73,2 млн. рублей, бюджетные ассигнования Минфином России вообще не выделялись. Обеспечивались только расходы по оплате труда персонала ИУ, 50% сложившихся фактических расходов на питание арестованных и осужденных и 10% (32,2 млн. рублей) на медицинское обслуживание. Крайне обострилась ситуация с финансированием УИС после августа 1998 г.

Как уже отмечалось, рассматриваемое направление прокурорского надзора является одним из приоритетных в деятельности Генеральной прокуратуры. Соответствующая информация в 1997–1998 гг. направлялась Президенту Российской Федерации, Председателю Правительства, Председателям Совета Федерации и Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, главам администраций субъектов Федерации. Вопросы охраны здоровья арестованных и осужденных, борьбы с туберкулезом в учреждениях УИС рассматривались на состоявшемся в марте 1997 г. координационном совещании руководителей федеральных правоохранительных органах.

В 1998 г. Генеральной прокуратурой РФ перед Председателем Правительства был поставлен вопрос об ответственности руководителей МВД, Минздрава, Минфина, Минэкономики, МВЭС и Минюста России за невыполнение постановлений Правительства Российской Федерации. Всем было рекомендовано всесторонне рассмотреть положение дел в УИС, принять действенные меры по устранению имеющихся недостатков, а также потребованы объяснения о крайне неудовлетворительном финансировании учреждений и органов, исполняющих наказания. В МВД России внесено представление об устранении нарушений законов о медико-санитарном обеспечении арестованных и осужденных к лишению свободы.

В результате активного вмешательства Генеральной прокуратуры и Минздрава РФ в июне 1998 г. была принята Федеральная целевая программа «О неотложных мерах борьбы с туберкулезом в России на 1998 – 2004 годы».

Совет Федерации, Государственная Дума и Правительство РФ по итогам коллегии Генеральной прокуратуры РФ от 13 августа 1998 г. были проинформированы о критическом положении дел с охраной здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных к лишению свободы. Также на коллегии Генпрокуратуры

были внесены конкретные предложения по стабилизации и улучшению ситуации в этой области.

Управлением по надзору за законностью исполнения уголовных наказаний Генеральной прокуратуры РФ оказывалась и оказывается постоянная практическая помощь нижестоящим прокуратурам в организации надзора за соблюдением законов об обеспечении прав на медицинское обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных к лишению свободы. Работниками управления для изучения данного вопроса и оказания практической помощи были организованы выезды в регионы, где сложилась наиболее сложная обстановка.

В результате усилий органов прокуратуры, территориальных органов управления УИС и здравоохранения наметились некоторые положительные сдвиги.

В 1998 г. отмечалось увеличение процента охвата рентгенофлюорографическим обследованием арестованных и осужденных. Данный показатель значительно превысил уровень охвата этими обследованиями населения Российской Федерации. В учреждениях УИС 22 регионов значительно снизились показатели заболеваемости туберкулезом. На 24% уменьшился показатель смертности от туберкулеза в следственных изоляторах, а в ИУ среди больных, у которых впервые установлен диагноз туберкулеза, на 5% уменьшилась доля больных с тяжелыми деструктивными процессами и на 6,6% возрос показатель прекращения бактериовыделения. Наблюдается снижение темпов роста заболеваемости туберкулезом и среди осужденных.

Более чем на 2% уменьшился показатель летальности (смертности) осужденных, больных туберкулезом, в туберкулезных стационарах ИУ и специализированных пенитенциарных больницах. К примеру, если в лечебном исправительном учреждении (ЛИУ-10) Нижегородской области для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом, в первом полугодии 1997 г. умерло 74 человека, то за аналогичный период 1998 г. – 42 человека.

В УИС открыто 6 новых лечебных исправительных учреждений для содержания и амбулаторного лечения осужденных, больных туберкулезом, на 4600 мест, а также дополнительно развернуто свыше 3500 коек в туберкулезных больницах и стационарах.

Некоторой стабилизации положения с заболеваемостью туберкулезом в учреждениях УИС, улучшению взаимодействия между органами прокуратуры и иными организациями способствовала упомянутая выше прошедшая 13 августа 1998 г. коллегия Генеральной прокуратуры РФ с участием представителей заинтересованных министерств и ведомств, где был рассмотрен вопрос о соблюдении законов об обеспечении прав на охрану здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных к лишению свободы и приняты конкретные предложения и рекомендации прокуратурам на местах:

- перенести акцент с исправительных учреждений на органы управления УИС и медицинские службы при осуществлении надзора за соблюдением законов о медико-санитарном обеспечении лиц, лишенных свободы;

- систематически осуществлять проверки исполнения законов об охране здоровья арестованных и осужденных в лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждениях УИС Министерства юстиции России. При проведении проверок, как правило, привлекать специалистов территориальных медицинских и санитарно-эпидемиологических служб;

- принять надлежащие меры к содержанию и амбулаторному лечению осужденных, больных открытой формой туберкулеза, в местах, предусмотренных уголовно-исполнительным законодательством, т. е. в лечебных исправительных учреждениях;

- шире использовать меры уголовно-правового характера по фактам нарушений законов о медико-санитарном обеспечении арестованных и осужденных;

- проявлять настойчивость перед органами власти субъектов Федерации при решении вопросов об оказании учреждениям УИС необходимой финансовой помощи. Разработать и осуществить при содействии местных органов власти комплекс мер по стабилизации эпидемиологической обстановки.

В связи с важностью рассматриваемой проблемы усилия нашего управления в настоящее время сосредоточены на:

- повышении спроса с соответствующих служб Министерства юстиции России, призванных обеспечить права на охрану здоровья арестованных и осужденных к лишению свободы;

- оказании постоянной помощи нижестоящим прокуратурам (особенно прокуратурам республик Бурятия, Карелия, Коми, Тыва, Хакасия, Алтайского, Ставропольского краев, Волгоградской,

Саратовской, Кемеровской, Курганской, Нижегородской, Новгородской, Томской, Тюменской, Читинской областей, в местах лишения свободы которых наиболее распространен туберкулез) в организации действенного надзора по защите прав на охрану здоровья арестованных и осужденных;

– продолжении изучения и обобщения в 1999 г. положительного опыта организации прокурорского надзора за исполнением законов об охране здоровья арестованных и осужденных;

– подготовке совместно с НИИ проблем укрепления законности и правопорядка при Генеральной прокуратуре РФ методических рекомендаций по организации прокурорского надзора за исполнением законов об охране здоровья арестованных и осужденных;

– осуществлении постоянного контроля за реализацией Федеральной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998 – 2004 годы».

Несмотря на проделанную работу, мы понимаем, что коренным образом изменить положение с обеспечением законности и защиты прав на охрану здоровья арестованных и осужденных средствами только лишь прокурорского надзора крайне сложно.

На наш взгляд, с учетом важности решения данной проблемы и, главное, осуществления эффективной борьбы с таким опасным заболеванием, как туберкулез, необходимо на государственном уровне объединение усилий не только органов законодательной и исполнительной власти, но и потенциала научно-исследовательских учреждений, а также общественных правозащитных организаций.

Е. Блохин,
старший помощник прокурора
Тверской области по надзору
за соблюдением законов при исполнении
уголовных наказаний,
советник юстиции

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПО УСЛОВИЯМ ОТБЫВАНИЯ УГОЛОВНОГО НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ В ЛЕЧЕБНЫХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ОСУЖДЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Уже более двух лет действует на территории России новый Уголовно-исполнительный кодекс РФ, введенный в действие с 1 июля 1999 г. Срок достаточно немалый для того, чтобы приступить к оценке результативности новых норм, к устранению имеющихся недостатков и повышению эффективности действующего уголовно-исполнительного законодательства. Однако за этот период времени, при наличии в действующих нормах противоречий, а также и пробелов по отдельным вопросам, в УИК РФ существенных изменений не вносилось.

Пробелы в действующем уголовно-исполнительном законодательстве касаются деятельности лечебных исправительных учреждений и, в частности, лечебных исправительных учреждений для осужденных, больных туберкулезом.

Оценивая с практической точки зрения результативность норм УИК РФ, необходимо отметить, что введение в исправительных учреждениях трех видов условий отбывания наказания – обычных, облегченных для положительно характеризующихся и соблюдающих режим содержания осужденных, строгих – для злостных нарушителей режима, дало возможность администрации учреждений более дифференцированно подходить к нарушителям режима содержания, изолировать злостных нарушителей от основной массы осужденных в запираемые помещения и, таким

образом, более усиленно воздействовать на состояние дисциплины в сторону уменьшения количества совершаемых осужденными правонарушений.

Как показывает практика, в результате действия норм нового уголовно-исполнительного законодательства количество нарушений режима содержания в учреждениях уголовно-исполнительной системы Тверской области с 1997 г. по 1 сентября 1999 г. сократилось более чем в 1,5 раза. Однако нарушения режима отбывания наказания осужденными продолжают оставаться объективной реальностью существования исправительных учреждений, в том числе лечебных исправительных учреждений для осужденных, больных туберкулезом.

В отличие от ИТК РСФСР (ст. 12) Уголовно-исполнительный кодекс РФ в части 1 ст. 74 выделяет лечебные исправительные учреждения в самостоятельный вид исправительных учреждений. К сожалению, ни нормы УИК РФ, ни существующие научно-практические комментарии⁴ не содержат разъяснений по порядку и условиям отбывания наказания в лечебных исправительных учреждениях, а лишь содержат указания на категории осужденных, которые могут в них содержаться (ст. 18, ч. 8 ст. 74 УИК РФ).

В соответствии с частью 4 ст. 80 УИК РФ требования отдельного содержания осужденных не распространяются на лечебные исправительные учреждения. Осужденные, направленные в указанные учреждения, должны содержаться в условиях, установленных законом для колонии того вида, который назначен судом.

На основании части 1 ст. 87 УИК РФ в пределах одной исправительной колонии осужденные к лишению свободы могут находиться, как отмечалось ранее, в обычных, облегченных и строгих условиях отбывания наказания, а в тюрьме устанавливаются общий и строгий виды режима. Перевод осужденных из одних условий отбывания наказания в другие осуществляется по основаниям, предусмотренным статьями 120, 122, 124, 127, 130 и 132 УИК РФ. Решение о переводе осужденного из одних условий в другие принимается комиссией исправительного учреждения.

⁴ См., например: Комментарий к Уголовно-исполнительному кодексу РФ/Под ред. П.Г. Мищенко. – М.: Вердикт, 1997. – С. 64–66, 163–168, 224–226.

Данные нормы связывают перевод на строгие условия отбывания наказания с признанием осужденного злостным нарушителем установленного порядка отбывания наказания. При этом время проведения прогулок в запираемых помещениях составляет полтора часа, а параграф 21 Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений увеличивает продолжительность прогулки в ЛИУ до двух часов.

Действующее законодательство делает отступление от требований, изложенных в статье 87 УИК РФ. В частности, статьи 128, 129 УИК РФ, регламентирующие порядок и условия отбывания наказания в колониях-поселениях (подвид исправительных колоний), не содержат норм по установлению отбывания наказания в трех условиях, указанных в статье 87 УИК РФ, в воспитательных колониях выделяют четвертые – льготные условия отбывания наказания.

Более подробно особенности размещения и условия содержания осужденных в лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждениях изложены в параграфах 20 и 21 Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений, утвержденных приказом МВД РФ № 330.

В лечебных исправительных учреждениях, в отличие от лечебно-профилактических учреждений, в соответствии с параграфом 21 Правил, к злостным нарушителям установленного порядка отбывания наказания могут применяться меры взыскания в виде водворения в штрафной изолятор, перевода в помещение камерного типа, одиночные камеры. В остальной части на указанную категорию осужденных Правила внутреннего распорядка распространяются так же, как на осужденных, содержащихся в лечебно-профилактических учреждениях. Конкретных норм по порядку и условиям содержания осужденных, больных туберкулезом, в строгих условиях отбывания наказания не содержится, и на практике содержание злостных нарушителей установленного порядка отбывания наказания в лечебном исправительном учреждении для больных туберкулезом осужденных осуществляется исходя из положений части 4 ст. 80 УИК РФ, на основании которой осужденным создаются условия по виду колонии, назначенной судом.

Представляется, что в условиях роста заболеваемости туберкулезом, которая в учреждениях уголовно-исполнительной системы приобрела характер эпидемии, в условиях недостаточности

диагностического оборудования, лекарственных средств, финансирования, – и это положение констатировано в Постановлении Совета Федерации Федерального Собрания РФ «О положении в уголовно-исполнительной системе Министерства юстиции РФ» от 24 декабря 1998 г. № 567-СФ, – необходимо четко в законе – УИК РФ – сформулировать условия отбывания наказания в ЛИУ для осужденных, больных туберкулезом, особенно в ШИЗО, ПКТ, строгих условиях, где содержание злостных нарушителей осуществляется в запираемых помещениях с ограничением времени прогулок, что, на мой взгляд, противоречит методам лечения туберкулеза.

Лечение туберкулеза должно быть комплексным; наряду с лекарственным лечением огромное значение имеет общеукрепляющий гигиено-диетический режим. При этом использование свежего воздуха должно быть обеспечено в наибольшей мере (вплоть до почти круглосуточного, за исключением времени, отведенного на сон, пребывания на воздухе)⁵. В связи с этим представляется, что время прогулок осужденных, находящихся на лечении в ЛИУ и содержащихся в штрафных изоляторах, помещениях камерного типа, строгих условиях, должно быть больше двух часов либо их условия содержания должны быть уравнены с содержанием осужденных в лечебно-профилактических учреждениях.

Другая проблема – это проблема преемственности в лечении больных туберкулезом, освобождающихся из мест лишения свободы, территориальными органами здравоохранения.

В соответствии с частью 4 статьи 18 УИК РФ к осужденным, больным открытой формой туберкулеза, учреждением, исполняющим наказание, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение. Однако освобождение таких осужденных из мест лишения свободы производится в зависимости не от прохождения полного курса лечения, а от отбытого срока наказания. В то же время положения глав 21 и 22 УИК РФ не содержат конкретных норм по контролю за осужденными, освобождаемыми из мест лишения свободы. Это приводит к тому, что многие больные туберкулезом не проходят полного курса лечения и соответственно представляют опасность для окружающих.

⁵ Популярная медицинская энциклопедия/Под ред. Бакунева А.Н. – М.: Советская энциклопедия. 1963. С. 1096.

Думается, что в данных главах УИК РФ должны быть четко прописаны действия администрации исправительного учреждения, территориальных органов здравоохранения, а также обязанности освобождающегося лица по дальнейшему прохождению обязательного лечения, а также меры возможного воздействия при уклонении от лечения.

Безопасность законопослушного населения должна быть обеспечена не только изоляцией преступника от общества, но и возвращением в общество здорового человека.

С. Мишустин,
начальник туберкулезной больницы
ИК-1 УИН МЮ РФ по Томской области,
полковник внутренней службы

Е. Андреев,
начальник медицинского отдела
УИН МЮ РФ по Томской области,
подполковник внутренней службы

О РЕОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УИН ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ DOTS (1994–1999 ГГ.)

Краткая справка

Город Томск, административный и культурный центр Томской области с населением около 1 млн. человек, основан в 1604 г. В городе проживает более полумиллиона жителей. Имеются 6 высших учебных заведений, включая университет, открытый первым в России за Уралом в 1888 г. В связи с этим каждый четвертый житель города – это студент или учащийся. Исключительно велик научный потенциал города. С начала века за Томском закрепилось название «сибирские Афины». В 1998 г. городу официально присвоен статус «Наукограда». При этом в Томской области находятся на учете и получают лечение около 3 600 жителей больных туберкулезом (ТБ), причем каждый третий из них находится в местах лишения свободы.

Управление исполнения наказаний Томской области (начальник – полковник вн. службы А.А. Сальников) имеет в своем составе 8 учреждений: четыре исправительные колонии, две воспитательные колонии и два следственных изолятора. Расположены учреждения компактно: пять колоний и СИ-1 в областном центре, другие в районных центрах: колония в г.Асино (100 км от

Томска) и СИ-2 в г. Колпашево (300 км от Томска). Общая численность содержащегося контингента составляет около 9 000 человек, из них треть находится в следственных изоляторах.

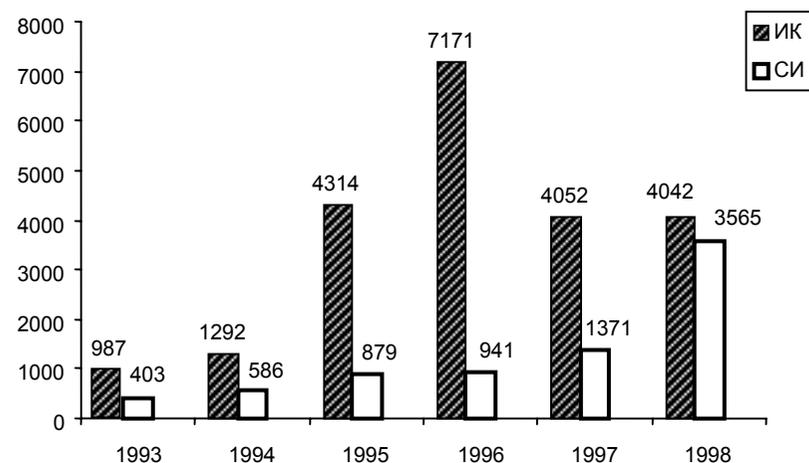
Медицинская служба представлена медчастями в каждом учреждении и двумя больницами: туберкулезной при ИК-1 и соматической при ИК-4, находящимися в г.Томске. ИК-1 (начальник – подполковник вн. службы Н.М. Коростелев) с лимитом наполнения в полторы тысячи осужденных имеет статус «специализированной колонии с правами лечебного учреждения для содержания и лечения лиц, страдающих активным туберкулезом». Руководит медслужбой медицинский отдел УИН (начальник – подполковник вн. службы Е.Г. Андреев). Общий штатный коечный фонд туберкулезного профиля в УИН Томской области составляет 260 коек, из них в туббольнице ИК-1 – 200 коек и в медчасти СИ-1 – 60 коек. Медицинские штаты укомплектованы полностью.

Обстановка по туберкулезу среди спецконтингента УИН

Среди спецконтингента УИН Томской области резкий рост заболеваемости ТБ начался в 1993–1994 гг. (рис. 1). Так, за 1994 г. рост заболеваемости составил 30%, за 1995 г. возрос еще в 3,3 раза, а за 1996 г. – в 1,7 раза. Наивысший уровень заболеваемости туберкулезом отмечен в 1996 г. – 7171,3 случаев в расчете на 100 тысяч населения, что превысило заболеваемость среди населения области почти в 100 раз.

При этом основной проблемой стал крайний недостаток противотуберкулезных препаратов в медучреждениях УИН. Из-за недостатка финансирования медслужба была обеспечена противотуберкулезными препаратами на 10–15% от минимально необходимого уровня, а рентгеновской пленкой – на 5%. Практически с 1994 г. в наличии имелся только один противотуберкулезный препарат – изониазид.

Рис.1. Заболеваемость активным туберкулезом в УИН Томской области (на 100 тысяч населения) Гуманитарная миссия организации MERLIN



В 1994 г. международная гуманитарная организация MERLIN (Великобритания) начала сотрудничество с территориальной противотуберкулезной службой Томской области. Представители организации MERLIN в июле 1994 г. впервые побывали в ИК-1 УИН Томской области, а в 1995 г. ИК-1 посетила баронесса Кокс. Предоставление MERLIN с 1994 по 1998 г. всех необходимых препаратов для лечения впервые выявленных туббольных стало основным фактором в борьбе с эпидемией в УИН.

Основными направлениями деятельности MERLIN в Томске, кроме поставок медикаментов и оборудования, стали: обучение медперсонала принципам лечения по стратегии DOTS, контроль над правильностью выдачи больным и расходованием предоставляемых медикаментов. Эти задачи выполнялись постоянным медицинским координатором MERLIN в Томске Т.В. Лягошиной и сменяющимися представителями организации MERLIN.

В результате совместных действий пролечено более 2100 больных с активными формами туберкулеза. При этом удалось снизить заболеваемость ТБ в 1997 г. в 1,8 раза. Заболеваемость туберкулезом в 1997 г. составила 4052, а в 1998 г. 4042 случая на

100 тысяч населения.

Программа борьбы с ТБ Нью-Йоркского института здравоохранения (PHRI)

В январе 1998 г. был заключен Договор о совместной борьбе с ТБ между УИН Томской области и Представителем Нью-Йоркского института здравоохранения в России А.Д. Гольдфарбом. Под руководством ЦНИИТ РАМН (директор акад. РАМН А.Г. Хоменко) была разработана и с 1 января 1998 г. начата новая Программа борьбы с туберкулезом (ПБТБ), которая продолжила дальнейшее внедрение стратегии DOTS по лечению туберкулеза среди спецконтингента области. Действие Программы рассчитано на 2 года работы. Финансирование проводится по гранту Фонда Дж.Сороса. Для введения ПБТБ в действие был создан Координационный совет при начальнике УИН и подготовлен комплекс директивных документов по реорганизации медслужбы УИН.

В ходе выполнения Программы были оплачены НИИЗ и получены УИН:

- противотуберкулезные медикаменты (рифатер, рифинаг, этамбутол, стрептомицин);
- оборудование для бактериологической лаборатории туббольницы и клинических лабораторий медчастей;
- оргтехника;
- рентгено-флюорографическая пленка;
- бактерицидные лампы;
- бланки и журналы учетно-отчетной документации;
- автотранспорт для доставки мокроты в бактериологическую лабораторию;
- пищевая добавка (молоко) и различные расходные материалы.

Силами специалистов ЦНИИТ РАМН доктора мед. наук Т.А. Гришиной и кандидата биол. наук С.Г. Сафоновой проведено обучение 22 врачей по циклу «Программа борьбы с туберкулезом, основанная на стратегии DOTS» и 10 лаборантов по циклу «Диагностика туберкулеза легких микробиологическими методами» с получением сертификатов.

Отличительной чертой Программы НИИЗ от Программы MERLIN стал приоритет бактериологической верификации забо-

левания с установлением чувствительности возбудителя к назначаемым противотуберкулезным препаратам. При выявлении бацилловыделителей с наличием полирезистентности к АБП проводится их активная изоляция с коррекцией лечения. Применено активное скрининг-выявление заболевших ТБ лиц в подразделениях УИН.

В НИИЗ проводится генетическая идентификация штаммов возбудителей ТБ и созданы предпосылки для отслеживания процесса распространения возбудителя среди спецконтингента УИН. В результате выявлены штаммы микобактерий туберкулеза, эндемичные для Томского региона, ранее не встречавшиеся.

В 1998 г. при относительной стабилизации заболеваемости туберкулезом среди осужденных Томского УИН крайне беспокоящим фактором стал рост заболеваемости в 2,6 раза среди подследственных лиц, поступающих со свободы в следственные изоляторы. В новых условиях бороться с эпидемией ТБ только в ведомственных рамках УИН без интеграции с территориальной противотуберкулезной службой стало нерационально.

Межведомственная интеграция

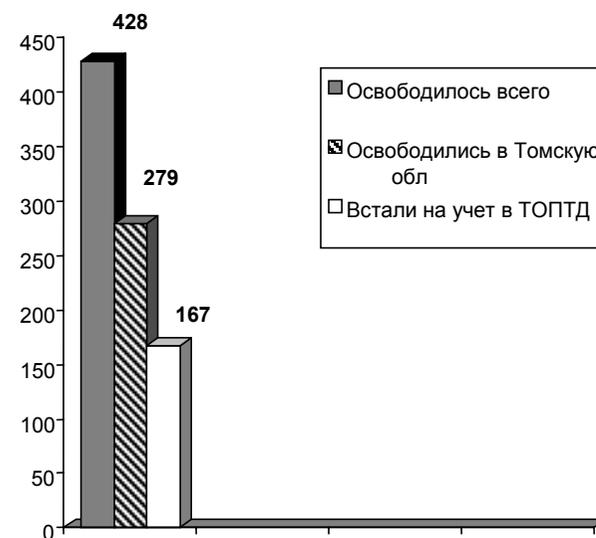
Истоки данной интеграции лежат в совместной деятельности представителей трех российских Министерств: юстиции, внутренних дел и здравоохранения, объединившихся в пределах Томской области при спонсорской поддержке организации MERLIN и Нью-Йоркского института здравоохранения. Сотрудники референс-лаборатории Томского областного объединения «Фтизиатрия» оказывают помощь, выполняя на своей базе определение лекарственной устойчивости в период реорганизации баклаборатории УИН. Реализуются совместные организационно-методические мероприятия в осуществлении лечебного процесса: единая учетно-отчетная документация, передача рентген-архивов и данных бактериологического обследований больных.

Больные, освобождающиеся из УИН по состоянию здоровья, беспрепятственно принимаются для дальнейшего лечения в туберкулезную больницу Томского объединения «Фтизиатрия». Благодаря распоряжению начальника УВД области достигнута преемственность в лечении районными фтизиатрами подследственных лиц в ИВС, поступающих из следственных изоляторов.

В целях оптимизации регистрации и мониторинга больных создана совместная компьютерная база данных, используются современные средства коммуникации противотуберкулезных учреждений (факсимильная и электронная почта), налажено постоянное автомобильное сообщение. Для согласования совместных действий представители медслужбы УИН введены в состав Координационного совета объединения «Фтизиатрия».

Туберкулезом страдает в основном экономически дезадаптированная и асоциально настроенная группа населения области: лица без определенного места жительства, мигранты и лица, освободившиеся из учреждений УИН. Это направление находится под контролем методдела УВД области (рис.2).

Рис. 2. Структура больных туберкулезом, освободившихся в 1998 г. и вставших на учет в ОПТД



В 1998 г. из учреждений УИН освобождено в г. Томск 279 лиц, больных туберкулезом. На учет по месту жительства из них встали 167 человек, т.е. только 60%. В связи с негативным

настроим части туббольных к продолжению лечения после освобождения из мест лишения свободы представителями организации MERLIN проводятся занятия по их социально-психологической адаптации к моменту освобождения из УИН (к.м.н. Л.Ф. Сперанская).

Новый этап интеграции ознаменовался подписанием 25 июня 1999 г. в Лондоне соглашения между Томской областной администрацией, Управлением исполнения наказаний Томской области, НИИЗ и MERLIN «О реализации на территории Томской области комплексной вневедомственной программы борьбы с туберкулезом, включая его лекарственно-устойчивые формы».

Основные предпосылки для реорганизации медслужбы УИН

В условиях эпидемии туберкулеза в учреждениях УИН при недостаточном наличии противотуберкулезных препаратов из-за общего экономического кризиса имеется ограниченное финансирование всех сторон деятельности уголовно-исполнительной системы. В связи с этим штаты противотуберкулезной службы УИН, введенные в действие в 1989 г., несмотря на резко возросшее число туббольных, до настоящего времени существенно не изменялись. Рекомендуемая классическая методика, делавшая основной упор на длительное стационарное пребывание больного, стала в данных условиях практически невыполнимой. Так, в 1996–1997 гг. в туббольнице УИН на 200 штатных койках постоянно находилось 310–340 больных. Резко возросло число туббольных среди подследственных лиц.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) предложена стратегия борьбы с туберкулезом, известная под названием DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course, т.е. «лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением»). Поэтому экономически положения стратегии DOTS о раннем выявлении источников заболевания с их быстрой изоляцией, в комплексе с полноценной, жестко контролируемой краткосрочной терапией являются неоспоримыми. Оптимизированный мониторинг позволяет точно проследить ход течения заболевания у каждого больного, включая амбулаторное лечение.

Для лечения по стратегии DOTS была необходима реорганизация имеющейся медслужбы УИН с целью произвести маневр для оптимизации своей деятельности в сложных эпидемических и социально-экономических условиях с одновременным улучшением качественных показателей в выявлении и лечении туббольных.

Реорганизация медицинской службы УИН

В ходе внедрения данной Программы основными направлениями изменений в структуре медслужбы и методах ее работы стали:

- выявляемость,
- изоляция,
- изменение штатов медслужбы,
- методическая работа,
- мониторинг,
- лечебный процесс,
- бактериологическое обеспечение,
- профилактическая работа,
- поддержка руководством.

Выявление больных туберкулезом в подразделениях

С апреля 1998 г. в учреждениях УИН в периоды между очередными ежегодными двукратными флюорографическими обследованиями введен скрининговый опрос спецконтингента на предмет выявления лиц, страдающих длительным кашлем, а также лиц, предъявляющих другие жалобы туберкулезного симптомокомплекса. У таких лиц в медчастях СИЗО и ИК проводился трехкратный сбор мокроты для микроскопического исследования по методу Циль–Нильсена. Контрольные исследования выполнялись в туббольнице УИН и в референс-лаборатории областного тубдиспансера. Отмечено, что из 8253 лиц, опрошенных на наличие длительного кашля, такие жалобы предъявили 1499 человек (18,2%). Бацилловыделение методом микроскопии выявлено у 15 человек, что соответствует 1,0% от числа лиц, предъявивших жа-

лобы на кашель (табл.1).

Табл. 1. Итоги обследования кашляющих лиц по подразделениям УИН за 1998 г.

Учреждение УИН	Опрошено лиц на наличие кашля	Бактериоскопически обследовано лиц	Выявлено лиц с бацилловыделением
ВК-1	96	11	-
ВК-2	412	17	-
ИК-1	289	41	-
ИК-2	737	197	4
ИК-3	1794	164	2
ИК-4	1442	191	4
СИ-1 (г. Томск)	2987	836	4
СИ-2 (г. Колпашево)	496	42	1
Всего	8253	1499	15

Постоянно при поступлении в учреждения УИН, во время нахождения в карантине осуществляется выявление лиц, страдающих длительным кашлем, с микроскопией мазка мокроты. В случае отсутствия у них бацилловыделения проводится флюорографическое обследование органов грудной клетки. Сведения о числе лиц, обследованных микроскопически на бацилловыделение в подразделениях УИН, и о случаях отказов больных от лечения были введены в реестр ежедневных докладов начальнику УИН.

Учитывая актуальность раннего выявления бацилловыделителей, достигнуто соглашение с противотуберкулезными территориальными подразделениями здравоохранения о совместной работе в изоляторах временного содержания УВД области по изоляции и обследованию лиц, содержащихся под стражей, заявивших о длительном кашле или о наличии у них активного туберкулеза. Распоряжение начальника УВД об этом в августе

1998 г. направлено в городские и районные отделы внутренних дел Томской области.

Важным фактором в выявлении туббольных методом микроскопии является контроль над качеством сбора мокроты. Изучив методику сбора мокроты в ИК-33 ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области, доработав ее в эпидемиологическом плане, медслужбы внедрили ее в туббольнице Томского УИН. Это позволило на четверть повысить бацилловыявляемость методом микроскопии мазка.

Изоляция больных по эпидемиологическим показаниям

При исключительной значимости контакта с бацилловыделителями в распространении туберкулеза и перекрестном инфицировании, особенно выделяя случаи с полирезистентностью микобактерий туберкулеза, изоляция бацилловыделителей от прочих больных стала основным принципом в размещении туббольных.

В 1998 г. в УИН Томской области находилось 1302 больных с активными формами туберкулеза, т.е. треть от всех зарегистрированных в области туббольных находилась в местах лишения свободы. Из них в ИК-1 – 1200 больных, в СИ – 98 и ВК-2 – 4. Все выявленные туббольные находятся на лечении в тубколонии (ИК-1) или в медчастях СИ-1 и СИ-2. Локальные тубсектора в подразделениях УИН отсутствуют, за исключением ВК-2, где содержатся 4 туббольные-воспитанницы, в этапировании которых отказано ГУИН МЮ РФ.

В зависимости от наличия и характера бацилловыделения произведено размещение туббольных на изолированные потоки: бацилловыделители с сохраненной чувствительностью к АБП, бацилловыделители с наличием полирезистентности к АБП, туббольные без бацилловыделения, выздоравливающие и диагностические пациенты.

В связи с этими требованиями для постоянного содержания 123 бацилловыделителей с множественной лекарственной устойчивостью созданы изолированные подразделения: отделение в туббольнице и камеры в медчасти СИ-1, а также жилой отряд ИК-1, в котором оборудована для этой категории больных отдельная столовая.

Организационно-штатные изменения медслужбы УИН

Проведение всех исследований мокроты туббольных передано из клинической лаборатории туббольницы в бактериологическую с одновременной передачей высвободившихся штатов.

Для выполнения возросших объемов по исследованию мокроты в клинические лаборатории СИ-1 и ИК-3 в бактериологическую лабораторию туббольницы введены дополнительные штатные ставки.

В тубколонии отряду для содержания и лечения туббольных с множественной лекарственной устойчивостью, согласно Правилам внутреннего распорядка, придан статус филиала туббольницы.

Баклаборатория туббольницы стала центральной для медчастей УИН. Автомашинной в нее организована ежедневная доставка мокроты туббольных из СИ-1 и ВК-2 для посевов и для изготовления слайдов на контрольную микроскопию из медчастей УИН.

Организационно-методическая работа и мониторинг

Создан оснащенный оргтехникой и средствами современной коммуникации организационно-методический кабинет туббольницы.

Центром информационных медицинских технологий (Москва) под руководством Е.М. Белиловского создана и постоянно заполняется компьютерная база данных на больных, включенных в Программу.

Врачом-методистом осуществляется постоянный мониторинг по контролю за лечением и обследованием туббольных.

Произведено индивидуальное закрепление врачей-фтизиатров туббольницы в качестве кураторов Программы за подразделениями УИН.

Оптимизировано ведение учетно-отчетной документации по DOTS.

Подготовлены три методические рекомендации по выявлению, лечению и мониторингу для врачей и пособие для лиц, сдающих мокроту.

Лечение

Изменена стратегия в определении длительности пребывания больного в стационаре. Принята тенденция на амбулаторное лечение в медчасти тубколонии (диспансерное отделение туббольницы). В 1998 г. стационарное лечение в туббольнице получали только тяжелобольные и лица, проходящие интенсивную фазу лечения. В связи с этим средняя длительность пребывания больного на койке сократилась с 121,3 дней (1997 г.) до 78,0 дней (1998 г.). В результате произошло сокращение реально развернутого коечного фонда туббольницы с 320–340 коек до 200–210 коек, т.е. прекратилась постоянная перегрузка имеющихся 200 штатных коек. За счет интенсификации лечения в 1998 г. пролечено на 11% больных больше, чем в 1997 г. Оборот койки при этом составил 4,5 больных.

Летальность среди больных, пролеченных по стратегии DOTS, составила 0,9%, из них по I категории ВОЗ – 0,5%, по II категории ВОЗ – 1,6%. В сравнении с этим летальность больных, получавших лечение по индивидуальным схемам за этот же период, составила 3,2%.

Достигнута преемственность в продолжение лечения лиц, убывающих из СИ-1 в районные изоляторы временного содержания, силами местных органов здравоохранения, в результате обеспечена непрерывность курса лечения, чего раньше не было в принципе.

Табл. 2. Характеристика больных, зарегистрированных для лечения

Всего	I категория ВОЗ		II категория ВОЗ		III категория ВОЗ		Индивид. схема лечения	
	абс. числа	%	абс. числа	%	абс. числа	%	абс. числа	%
1078	319	29,6	503	46,7	246	22,8	10	0,9

С 1 января 1998 г. по 1 июля 1999 г. по Программе НИИЗ было взято на лечение 1078 больных активным туберкулезом (табл. 2). В 1998 г. интенсивную фазу лечения закончили 439 больных.

Прекращение бацилловыделения наступило в 88,6% случаев у больных I категории и в 89,4% случаев – у больных II категории ВОЗ. Неудача лечения составила по I категории 11,4%. Данные больные были направлены на повторное лечение по II категории ВОЗ.

Из числа больных, зарегистрированных на лечение по DOTS в 1998 г., полный курс лечения (интенсивная и продолжающаяся фазы) завершили 198 больных. Из них: по I категории – 64 больных, по II категории – 70, по III категории – 64. Все они продолжают оставаться под диспансерным наблюдением в медчасти ИК-1. Рецидивов не отмечено.

Причиной летальных исходов туббольных в 83% случаев явился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Поэтому раннее выявление у больных наличия МЛУ и в целом качество результатов бактериологических исследований являются решающим фактором в выработке тактики и прогнозе лечения туббольных.

Бактериологическое обеспечение

Исследование мокроты на микроскопию и посев проведено у 100% поступивших больных. Множественная лекарственная устойчивость выявлена у 26% первичных больных, у больных с рецидивами – в 58%. Среди больных хроническими формами ТБ МЛУ отмечена в 61,6%.

Произведены реорганизация и расширение баклаборатории туббольницы. Получено и установлено оборудование: автоклавы, центрифуга, ламинарный бокс, холодильники, микроскопы, что позволило проводить бактериологические исследования на достаточно высоком уровне.

Контроль над качеством работы клинических лабораторий медчасти осуществляется баклабораторией туббольницы, куда направляются все слайды с положительными результатами исследования мокроты на наличие микобактерий ТБ и 10% слайдов с отрицательными результатами.

Профилактическая работа

Среди спецконтингента распространяется печатная информация, в которой отражены сведения об особенностях туберкулеза, возможности его излечения и значимости раннего выявления заболевания. Регулярно проводятся беседы и радиолекции о предупреждении опасности заболевания туберкулезом. Совместно с представителями организации МЕРЛИН с лицами, освобожденными из мест лишения свободы, проводятся беседы по социальной адаптации с предоставлением конкретных адресов, куда можно обратиться при подозрении на заболевание туберкулезом или для продолжения лечения. Благодаря спонсорской поддержке Фонда Дж. Сороса в лечебных учреждениях УИН, где проводится обследование и лечение больных туберкулезом, установлено необходимое количество бактерицидных ламп. Проводится работа с контактными лицами. Предупреждаются контакты больных и здоровых лиц. Достигнуто необходимое качество заключительной и текущей дезинфекции.

Поддержка реорганизации медслужбы руководством УИН

Настоящая реорганизация медслужбы УИН стала возможной благодаря активной поддержке Программ MERLIN и Нью-Йоркского института здравоохранения со стороны начальника УИН полковника вн. сл. А.А. Сальникова, начальников подразделений УИН подполковника вн. сл. Н.М. Коростелева (ИК-1) и подполковника вн. сл. В.В. Айкин (СИ-1). Руководство реорганизацией противотуберкулезной службы проводилось медотделом

УВД (подполковник вн. сл. С.К. Куликов) и медотделом УИН (подполковник вн. сл. Е.Г. Андреев).

Каждый случай отказа от лечения и исследования мокроты со стороны осужденного расценивается как чрезвычайное происшествие, как нарушение режима содержания, что в обязательном порядке доводится до сведения руководства УИН. В связи с этим принимаются все меры индивидуально-воспитательного характера для продолжения лечения и обследования.

Прямая заинтересованность в результатах реорганизации и требовательность руководства к ее быстрейшему проведению позволили медслужбе УИН занять высокий уровень в рейтинге служб управления, который ранее был недоступен в силу существующих барьеров ведомственного характера.

Следствием проведенной реорганизации стали повышение эффективности лечебного процесса и снижение смертности.

Выводы

В ходе проведенной реорганизации противотуберкулезной службы УИН достигнуто:

- Внедрение всех положений стратегии DOTS по борьбе с туберкулезом.

- Программы борьбы с туберкулезом в УИН Томской области, финансируемые MERLIN и НИИЗ, проходят успешно: ситуация по заболеваемости туберкулезом стабилизирована и контролируется.

- В результате проводимого лечения по стратегии DOTS снижена смертность от туберкулеза среди впервые выявленных лиц в 2 раза. Сократилась летальность среди лиц, получавших лечение по этой методике, до 0,9% (летальность среди лиц, получавших другое лечение – 3,2%).

- Сокращен реальный фонд развернутых коек туббольницы УИН до штатной коечной мощности.

- Повышены качество и эффективность амбулаторного лечения туббольных.

- Первичная полирезистентность к АБП выявлена в 26% случаях.

- Развита интеграция с Томским объединением «Фтизиатрия» и медслужбой УВД.

- Подготовлена организационная и методическая база, проводится закупка медикаментов для лечения лиц с МЛУ и больных с хроническими формами туберкулеза, что позволит предотвратить их дальнейшее накопление в системе УИН и снизить смертность от туберкулеза.

Ю. Александров,
член правления общественной
организации «Новый Дом»,
консультант Нью-Йоркского
института здравоохранения

БОМБА ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

То, что сейчас происходит с туберкулезом в уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системе России, иначе как катастрофой назвать нельзя. Для начала приведем несколько цифр. Если численность заключенных (подследственных и уже осужденных) на протяжении с 1996 по 1999 г. оставалась относительно стабильной, т.е. в пределах (или чуть больше) одного миллиона человек, то численность заключенных, больных туберкулезом, стремительно росла: 1995 – 54122, 1996 – 75218, 1997 – 82600, 1998 – 93133, 1999 – более 98000 человек. Правда, по данным ГУИН МЮ РФ, численность заключенных больных туберкулезом по состоянию на 1 июля 1999 г. несколько снизилась. Но это незначительное снижение (около тысячи человек) произошло не потому, что больных стало меньше или лечить стали лучше. Снижение произошло за счет значительного увеличения смертности от туберкулеза среди заключенных. Если в 1993 г. смертность от туберкулеза в российских тюрьмах составляла 99,14 человека на 100 тысяч заключенных, то в 1997 г. она составила 484,62 человека на 100 тысяч, т.е. рост смертности составил 4,9 раза!

Эпидемия туберкулеза осложняется и начинающейся эпидемией СПИДа. Так, если до 1997 г. число заключенных, инфицированных ВИЧ, исчислялось единицами, то на 1 июля 1999 г. таких больных в тюрьмах России уже более 2700 человек. Трудно представить, что может случиться, если обе эти болезни начнут «налагаться» одна на другую.

Методика ВОЗ, которой пользуются международная гуманитарная организация «Врачи без границ» и Нью-Йоркский институт здравоохранения, показала свою эффективность в ряде регионов России, в которых проводятся проекты, направленные на борьбу с туберкулезом. Достаточно сказать, что после того как члены организации «Врачи без границ» начали свою работу в колонии № 33 Кемеровской области, смертность в данной в колонии снизилась в десятки раз.

Программа ВОЗ вовсе не отрицает основной метод диагностики туберкулеза, принятый в России – флюорографию. Другое дело, что методика, предлагаемая ВОЗ, гораздо дешевле и не менее эффективна, что важно в условиях хронической нехватки денег в уголовно-исполнительной системе. А что касается комплексного лечения и неприятия в качестве лечения монотерапии, которая широко распространена в России, особенно в уголовно-исполнительной системе, то не надо быть медиком, чтобы понимать существенный вред, который данная монотерапия несет для больных туберкулезом.

На наш взгляд, основные причины возникновения и распространения туберкулеза в следственных изоляторах (СИЗО) и пенитенциарных учреждениях (исправительных и воспитательных колониях, колониях-поселениях и тюрьмах) следующие:

- Неправильная диагностика.
- Неправильное лечение.
- Недостаточность лечения.
- Скудность в результате перелимита. В первую очередь это, конечно, проблема следственных изоляторов. Лимит в СИЗО и тюрьмах составляет чуть меньше **180 тысяч** человек. Реально же содержится более **270 тысяч** человек, т.е. процент наполняемости равен примерно **160**. Причем чем крупнее СИЗО, тем эта проблема стоит острее. Например, в камерах «Бутырки», «Матросской тишины», «Крестов» и в ряде других СИЗО наполняемость бывает в 3, а то и в 4 раза выше нормы.
- Переполненность колоний, предназначенных для лечения больных туберкулезом. В результате этого больные туберкулезом содержатся в локальных участках обычных колоний, что способствует его распространению. Сюда же можно отнести и неудовлетворительность перевозок, в результате чего многие осужденные, не являющиеся за-

разными больными и могущие продолжать лечение в обычных колониях, продолжают находиться в специализированных колониях, тогда как осужденные, страдающие заразными формами туберкулеза, продолжают находиться в колониях для здоровых осужденных. Отсюда неудовлетворительное обеспечение постельными принадлежностями, моющими средствами, медицинским и санитарным обеспечением, трудности с питанием заключенных и т.д.

- Стало «нормой», когда невиновные по закону люди ждут судебного заседания месяцы и годы. И никому, кроме руководителей СИЗО, до этого нет дела. В 1997 г. в СИЗО содержалось около **146 тысяч** подсудимых, из них с нарушением УПК (ожидание судебного процесса более месяца, ожидание справок о вступлении приговоров в законную силу, ожидание решений кассационных инстанций) – 33%. Свыше **1000** человек ожидали суда более трех лет. Из СИЗО по различным основаниям было освобождено **126 тысяч** человек (прекращение уголовного дела, изменение меры пресечения, условное осуждение, оправдание в суде), т.е. эти лица вообще могли бы и не содержаться под стражей. Учитывая то, что только на питание одного заключенного приходится примерно один доллар в день, а время пребывания под стражей составляет в среднем 9 месяцев, можно представить подсудимых, в какую сумму вылилось содержание под стражей этих 126 тысяч человек. А эти деньги могли бы быть истрачены на другие цели, в том числе и на улучшение питания подсудимых, и на повышение заработной платы, и на лечение туберкулеза.
- Не последняя роль в распространении туберкулеза в СИЗО принадлежит Министерству путей сообщения в результате того, что перевозка осужденных, их этапирование из СИЗО в колонии осуществляется крайне плохо и нерегулярно. В СИЗО постоянно незаконно содержится более **10 тысяч** осужденных, которые давно должны быть в колониях.
- Неоправданно частое применение взысканий в виде водворения в штрафной изолятор (ШИЗО) и перевод в помещение камерного типа (ПКТ), что также способствует

возникновению и распространению туберкулеза, так как условия содержания в ШИЗО и ПКТ далеки от нормальных.

- Неудовлетворительное финансирование ГУИН, что не позволяет обеспечивать российские тюрьмы в достаточной степени медикаментами, оборудованием и т.д. Так, в 1995 г. ГУИН было профинансировано только на 70,1%, в 1996 – на 73,2%, а в 1998 г. – только на 56,5%. Получаемые на медицинское обеспечение заключенных средства составляли и составляют не более 30% от минимально необходимых. Причем ГУИН давно уже не получает средств на приобретение медицинской аппаратуры и инструментария, шовного материала и средств для наркоза, витаминных и иммунобиологических препаратов и т.д. В некоторых регионах СИЗО и колонии снабжаются медикаментами всего на 5–15% от минимально необходимого. На всю медицину российские тюрьмы в 1999 г. должны были получить 500 млн. рублей. В первом полугодии было получено примерно 50% от запланированного на первое полугодие. Можно ли вылечить человека на 50%? И что это за лечение? Конечно, невозможно излечить болезнь или профилактировать ее, если это просто нечем сделать.

Какие меры могут помочь в прекращении распространения эпидемии туберкулеза и не потребуют никаких затрат? На наш взгляд, это:

□ В корне необходимо изменить уголовную политику государства в целом. Необходимо как можно меньше, как это делают западноевропейские страны, применять как наказание лишение свободы. С 1992 по 1996 г. число осужденных судами постоянно росло и составило в 1996 г. 374,8 тысяч человек. В 1997 г. наметился некоторый спад, т.е. осуждено к лишению свободы было «всего» 331 тысяча человек, но уже в 1998 г. это число выросло до 344,9 тысячи человек.

□ Прокуратуре и суду необходимо более взвешенно подходить к избранию меры пресечения в виде содержания под стражей. Лицо, которому государство не может обеспечить того, что требует закон, не должно содержаться под стражей. В 1997 г. наметилось было снижение числа арестованных, но уже в 1998 г. их число выросло вновь (с 500057 до 517278 человек).

□ Уменьшить срок содержания под стражей на период предварительного следствия. В настоящее время срок содержания под стражей в среднем составляет 9 месяцев, но бывает и больше.

□ Необходимо законодательно ограничить срок содержания под стражей до суда. Для несовершеннолетних такой срок не должен превышать 6 месяцев, для взрослых – одного года. В настоящее время этот срок не определен, он может составлять и полгода, и год, и два, и более. Минюст выступил с таким предложением. Согласятся ли законодатели внести соответствующие изменения в закон – вопрос.

□ Необходимо провести ревизию статьи 96 УПК РСФСР с целью уменьшения количества статей, по которым содержание под стражей предусматривается только одной тяжестью совершенного преступления. С такой инициативой также выступил Минюст.

□ Предоставить начальникам СИЗО право не принимать следственно-арестованных в том случае, если перелимит в учреждении превышает 10%.

□ В корне изменить судебную практику – больше применять условное осуждение и другие виды наказания, альтернативные лишению свободы (штраф, исправительные работы и др.).

□ Значительно осторожнее подходить к применению таких мер воздействия по отношению к заключенным, как водворение в СИЗО (ДИЗО, карцер), ПКТ, ЕПКТ, условия пребывания в которых, и это далеко не секрет, весьма способствуют возникновению туберкулеза;

□ Необходимо больше и шире привлекать к сотрудничеству российские и международные неправительственные организации, которые могут помочь в снабжении медикаментами, продуктами питания и т.д. К сожалению, в ряде регионов руководство региональных управлений исполнения наказаний опасается это делать, предпочитая, так сказать, «глухую оборону».

М. Перин,
начальник отдела медобеспечения
ГУИН МЮ РФ, полковник⁶

ПЕРЕЛОМИТЬ СИТУАЦИЮ МОЖЕТ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ⁷

Уголовно-исполнительная система (УИС) – губка, которой общество стирает со своего лица социальную грязь, и наивно было бы предполагать, что губка может быть чище лица. Большинство находящихся в наших учреждениях – социально дезадаптированные граждане, утратившие родственные связи, страдающие алкоголизмом или наркоманией, имеющие за плечами не одну судимость. Прежде всего именно они и заболевают туберкулезом. Только за два последних года в следственные изоляторы поступило около 60 тысяч больных. Иными словами, положение дел в уголовно-исполнительной системе – не результат, характеризующий ее работу, а в первую очередь отражение ситуации, связанной с охраной здоровья в государстве, снижением уровня социальной защищенности граждан.

Анализ данных статистики показывает прямую корреляционную связь между ростом заболеваемости в системе гражданского здравоохранения и в учреждениях УИС. В 1993 г. в них было 35 тысяч больных туберкулезом, в 1998 г. – более 90 тысяч, что поставило уголовно-исполнительную систему в очень сложное положение.

В Федеральной целевой программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998 – 2004 годы» ситуация в стране охарактеризована как «угроза начинающейся эпидемии».

⁶ В настоящее время – начальник методотдела УИН МЮ РФ по Москве.

⁷ Из выступления на международной конференции по туберкулезу в Москве (август 1998 г.).

В разгар любой эпидемии главными становятся организационные меры. Первая проблема – улучшение санитарно-гигиенических условий содержания подозреваемых, обвиняемых и осужденных в следственных изоляторах, снижение возможности взаимного заражения. Сейчас при расчете нормы площади на одного человека (даже в соответствии со старым Исправительно-трудовым кодексом РСФСР) СИЗО переполнены на 135%. Если учитывать требования нового кодекса⁸, предусматривающего увеличение этой нормы до 4 кв. м, ситуация окажется еще хуже. Для решения проблемы Министерство юстиции Российской Федерации подготовило и передало на рассмотрение в Государственную Думу проект закона, определяющего предельные сроки содержания под стражей граждан, находящихся под судом и следствием⁹. Закон позволит исключить случаи, когда обвиняемые годами ожидают рассмотрения своего дела. Обосновано также изменение меры пресечения в виде содержания под стражей к совершившим преступление, но не представляющим большой общественной опасности. Это позволит существенно снизить перенаселенность в СИЗО и улучшит эпидемическую обстановку в них.

Вторая группа мер направлена на своевременное выявление больных туберкулезом, их изоляцию и эффективное лечение. Здесь есть трудности, причины которых лежат на поверхности: в нынешней экономической ситуации уголовно-исполнительная система испытывает все тяготы недостаточного финансирования. Самое печальное – из-за дефицита противотуберкулезных препаратов в лечебно-исправительных учреждениях снижается эффективность лечения. Применение неполных схем химиотерапии, прерывание ее приводят к развитию лекарственно-устойчивых форм, резкому уменьшению показателей излечения и дальнейшему распространению этой крайне опасной формы туберкулеза. Не хватает материалов для рентгеновской техники. Результат – снижение показателей выявления больных. Распространение лекарственно-устойчивых форм – проблема не уголовно-

⁸ Нормы жилой площади для лиц, содержащихся в СИЗО, определяет не Уголовно-исполнительный кодекс РФ, а Закон РФ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».

⁹ Законопроект, внесенный в Государственную Думу и ограничивающий срок содержания под стражей для лиц, уголовные дела в отношении которых переданы в суд, до сих пор не рассмотрен.

исполнительной системы, даже не России в целом. Она имеет глобальный масштаб, и мировое сообщество реально оценивает возникшую опасность для всего человечества. В поисках новых возможностей борьбы с туберкулезом мы начали сотрудничество с Нью-Йоркским институтом здравоохранения, другими международными благотворительными организациями и достигли определенных положительных результатов. Нам удалось найти учитывающий специфику нашей системы вариант применения предложенной Всемирной организацией здравоохранения стратегии DOTS, в дискуссиях о которой уже сломано немало копий. Методика ВОЗ прежде всего дала нам возможность улучшить выявление больных. При плановых обследованиях мы проводим бактериологическое исследование мокроты у всех кашляющих пациентов, что позволяет своевременно диагностировать туберкулез и изолировать больных. При стопроцентной обеспеченности лекарственными препаратами, организации их контролируемого приема удается добиваться высоких результатов излечения.

Можно долго обсуждать эффективность применения различных схем антибиотикотерапии, но когда горит дом, надо не спорить, чем его тушить, а заливать огонь.

В нашем сотрудничестве наиболее ценно, что мы получаем не рыбу, а удочку. Борьба с туберкулезом в нынешней ситуации невозможно без построения четкой системы этапной помощи (туберкулезные стационары, лечебно-оздоровительные учреждения для амбулаторного долечивания, противотуберкулезные диспансеры Минздрава), строго контролируемого и обеспеченного необходимыми препаратами лечения. Наш опыт позволяет сделать вывод: на основе применения методики ВОЗ такая схема действует эффективно.

Конечно, у международных благотворительных организаций при всем их желании не хватит финансовых возможностей для лечения больных во всей уголовно-исполнительной системе России. По-видимому, пришло время расширять число регионов, включающихся в программу DOTS собственными силами, брать на себя обеспечение лекарствами, решение организационных вопросов. Нью-Йоркский институт здравоохранения мог бы концентрировать усилия на подготовке медицинских кадров, оказании помощи в оснащении лабораторий, организации контроля эффективности лечения и обобщении научных результатов. Главное управление исполнения наказаний рассчитывает также

на поддержку Министерства здравоохранения России, так как только тесное взаимодействие противотуберкулезных служб в регионах, преемственность лечения смогут переломить ситуацию. Это наглядно видно на примере Томской области, где службы Министерства здравоохранения РФ и уголовно-исполнительной системы начали реальное сотрудничество.

А. Бакурина,
координатор НИИЗ по связям
с общественностью

Г. Дрынов,
координатор региональных
программ НИИЗ

ПРОГРАММА БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НЬЮ-ЙОРКСКОГО ИНСТИТУТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федеральной целевой программой «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 годы» ситуация в стране охарактеризована как «угроза начинающейся эпидемии». Принимая во внимание катастрофический рост заболеваемости, смертности, а также резкое увеличение частоты остро прогрессирующих форм, можно расценить нынешнюю обстановку как уже состоявшуюся эпидемию.

Заболеваемость туберкулезом начала возрастать в России в 1991 г. В 1997 г. она составила 73,9 на 100 тысяч жителей. Случаи наиболее опасных бациллярных форм увеличились на 95,2% (23,8 на 100 тысяч населения).

Распространению туберкулеза способствуют: снижение жизненного уровня населения; резко возросшие миграционные процессы; высокая инфицированность среди лиц БОМЖ. Одна из причин ухудшения эпидемической ситуации – крайне недостаточное финансирование противотуберкулезной службы, а особенно нерациональное использование имеющихся средств и ресурсов.

Возрастает заболеваемость людей, контактирующих с бацилловыделителями. Особенно высок риск заражения в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Анализ статистических данных указывает на прямую корреляционную связь между ростом заболеваемости в системе гражданского здравоохранения и в уч-

реждениях УИС. В 1993 г. их было около 35 тысяч в 1998 г. уже около 100 тысяч, что поставило уголовно-исполнительную систему в очень сложное положение.

Отечественная фтизиатрия накопила огромный опыт предупреждения, выявления, лечения туберкулеза, в том числе и в тяжелых материальных условиях. Противотуберкулезная служба России объединяет научно-исследовательские институты, специализированные диспансеры и имеет стационары для взрослых и детей. Вместе с тем обособленность противотуберкулезной службы страны (особенно в условиях длительной изоляции от мировой медицинской общественности) не могла не сказаться на образе мышления отечественных фтизиатров. Сейчас, когда ситуация, связанная с распространением туберкулеза в России, чрезвычайно осложнилась, вопрос об интегрировании этой службы в мировую практику и преодолении определенного консерватизма встал как никогда остро.

Эту цель и преследует данная публикация, в которой мы стараемся изложить программу Нью-Йоркского института здравоохранения и достижения ее за 18 месяцев работы в российских регионах.

За время существования НИИЗ его ученые добились заметных результатов в различных областях, таких как диагностика, терапия, разработка вакцин и т.д. Вот некоторые из них:

- Ученые НИИЗ работали над созданием вакцины против оспы, которая использовалась во время эпидемии в 40-х годах.
- В 50-х годах НИИЗ разработал новую систему диагностики гриппа.
- В 70-х годах институт одним из первых стал проводить эксперименты по изучению образования и развития раковых опухолей.
- В 80-х годах учеными института был выделен и клонирован ген, ответственный за синдром токсического шока.
- В начале 90-х годов НИИЗ сыграл важную роль в ликвидации вспышки туберкулеза в Нью-Йорке. В частности, учеными института был выявлен штамм «W» лекарственно-устойчивого туберкулеза – наиболее опасный компонент эпидемии.

Противотуберкулезная программа НИИЗ осуществляется в России с конца 1997 г. Задача программы – создать жизнеспособные системы борьбы с туберкулезом, распространяющиеся как на гражданское население, так и на заключенных в ряде российских регионов.

Программа состоит из пяти основных компонентов:

1. Обучение персонала с целью подготовки кадров, которые смогут управлять противотуберкулезными мероприятиями в России в долгосрочной перспективе.
2. Обеспечение оборудованием и материалами для диагностики и лечения больных.
3. Создание и оснащение сети бактериологических лабораторий для достижения современного уровня диагностики.
4. Контроль над осуществлением программы российскими организациями-участниками, а также над качеством этой работы.
5. Разъяснительная работа среди представителей официальных структур.

Все части программы проводятся при непосредственном участии федеральных и местных властей, а также международных благотворительных организаций. За первый год работы НИИЗ создал базовую инфраструктуру противотуберкулезных систем и внедряет комплексные схемы лечения, основанные на методике DOTS. Томск, где НИИЗ уже проводит программу DOTS, избран для проведения проекта DOTS+ (лечение антибиотикорезистентного туберкулеза препаратами второго ряда).

На основании чего действуют НИИЗ и его партнеры в борьбе с туберкулезом в России? На федеральном уровне подписаны соглашения между НИИЗ и Министерством здравоохранения, а также между НИИЗ и Главным управлением исполнения наказаний Министерства юстиции РФ. На региональном уровне деятельность НИИЗ осуществляется на основании конкретных соглашений о сотрудничестве с региональными властями.

Основным партнером НИИЗ является Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН, возглавляемый академиком А.Г. Хоменко, распоряжением МЗ РФ уполномоченный курировать медицинские аспекты программы и принимать участие в их реализации.

Московская медицинская академия им. Сеченова, возглавляемая академиком М.А. Пальцевым, совместно с НИИЗ создала российский информационный центр по туберкулезу.

В связи с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в

учреждениях уголовно-исполнительной системы в программе им уделяется особое внимание. Вместе с тем эффективные противотуберкулезные мероприятия должны охватывать как тюремную, так и общую популяцию, так как существует значительное взаимопроникновение этих двух групп и больные зачастую кочуют из одной среды в другую.

Отдельно взятая региональная уголовно-исполнительная система, как правило, включает в себя одно-два учреждения для больных туберкулезом (1000–2000 больных), СИЗО и несколько обычных колоний с локальными участками туберкулеза.

В программе НИИЗ участвуют пять регионов с крупными уголовно-исполнительными системами:

Регион	Число учреждений	Число заключенных
Ивановская область	11	12 000
Республика Марий-Эл	7	7 500
Владимирская область	13	15 000
Томская область	8	8 000
Нижегородская область	20	27 000
Итого	59	67 000

Программой НИИЗ охвачены гражданские противотуберкулезные службы трех регионов:

Регион	Численность населения (чел.)
Ивановская область	1 260 000
Республика Марий-Эл	760 000
Томская область	1 100 000
Итого	3 120 000

Работа в гражданских противотуберкулезных службах во всех регионах осуществляется по единой схеме. В каждом медицинском учреждении области оборудуются первичные лаборато-

рии (завозятся микроскопы и специальные красители, которые необходимы для проведения анализа), персонал лабораторий проходит обучение. Здесь производится микроскопия мазка мокроты. Одновременно многие из таких лабораторий являются и посевными пунктами, где производится посев культур (анализ, который с большей точностью, чем мазок, позволяет выявить бактерии ТБ). В областном противотуберкулезном диспансере и в областной больнице оборудуются общие для всего региона бактериологические лаборатории, где производятся бактериологические исследования: анализ посевов, анализ на устойчивость, а также контроль качества (для этого исследуются все положительные мазки, а также 10% отрицательных). Бактериологическая лаборатория является общим звеном для гражданской противотуберкулезной службы и системы УИС.

Лекарственные средства поставляются в регионы в соответствии с количеством зарегистрированных больных (вновь выявленные случаи и рецидивы) и прогнозом заболеваемости.

Базовые проекты в Москве

1. Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН. Выбран Всемирной организацией здравоохранения в качестве официального российского сотрудничающего центра. НИИЗ обеспечивает как финансовую, так и техническую поддержку Всероссийской туберкулезной референс-лаборатории ЦНИИТ, которая курирует деятельность всех лабораторий, работающих в общих тубслужбах и при учреждениях УИС тех регионов, где проводится программа НИИЗ, а также обеспечивает технический контроль их работы. Лаборатория ЦНИИТ в свою очередь курируется туберкулезной лабораторией штата Массачусетс в Бостоне, а анализ ДНК присланных из ЦНИИТ бактериальных штаммов проводится в лабораториях туберкулезного центра НИИЗ в Нью-Йорке. Создание такой сети – это первая систематическая попытка отслеживать лекарственно-устойчивый туберкулез в России и обеспечивать доступ к этой информации международным организациям, работающим в области здравоохранения. ЦНИИТ также стал основным в стране местом обучения медперсонала из региональных тубслужб и мест лишения свободы.

2. Информационный центр по туберкулезу при Московской медицинской академии (ММА). Обеспечивает программу информационной поддержкой как для внутреннего, так и для внешнего пользования. Центр является главным узлом единой базы данных, содержащей информацию о больных и их лечении. Информация поступает из совместимых баз данных, которые ведутся сотрудниками каждого из проектов противотуберкулезной программы. Центр обеспечивает своих коллег в регионах технической поддержкой, а также координирует с ними представление отчетов и сбор статистических данных о работе программы.

3. Институт физико-химической биологии Московского государственного университета (МГУ). Цель научного проекта, над которым НИИЗ работает вместе с Институтом физико-химической биологии МГУ – изучить молекулярные механизмы действия рифампицина, а также устойчивости к этому препарату. При этом используются современные подходы молекулярной биологии, которые будут способствовать разработке новых противотуберкулезных препаратов. Группа исследователей, работающих над этим проектом, также отвечает за разработку и внедрение экспресс-диагностики устойчивости к рифампицину, основанной на определении ДНК-последовательности методом PCR («полимеразно-цепной реакции»).

Основная цель программы – ускорить принятие российским правительством методов борьбы с туберкулезом, рекомендованных ВОЗ. В настоящее время система DOTS официально разрешена Министерством здравоохранения к применению в Томской, Ивановской областях и Республике Марий-Эл в экспериментальном порядке. НИИЗ пытается убедить Министерство здравоохранения принять систему DOTS в качестве общей политики для всей страны, сосредоточив также свои усилия на том, чтобы отменить утвержденные Министерством здравоохранения протоколы лечения туберкулеза (известные как приказ № 33), которые НИИЗ считает основным препятствием на пути к прогрессу.

НИИЗ (совместно с ЦНИИТ) обучил системе DOTS свыше 250 врачей-терапевтов и организовал 176 первичных лабораторий для проведения диагностики методом микроскопии мазка мокроты, оснащенных микроскопами, учебными пособиями и различными материалами следующим образом:

Томская областная тубслужба	48
Томский УИН	7
Марий-Эл тубслужба	27
Марий-Эл УИН	7
Ивановская тубслужба	15
Ивановский УИН	6
Нижегородский УИН	22
Кемеровский УИН ¹⁰	24
Владимирский УИН	20

Программа НИИЗ действует в различных регионах в течение последних 9–18 месяцев.

За это время:

- создана инфраструктура программы DOTS в областных тубслужбах Томской и Ивановской областей и в республиканской тубслужбе Марий Эл;
- создана инфраструктура программы DOTS в пенитенциарных системах Томской, Ивановской, Нижегородской, Владимирской областей и Республики Марий Эл;
- создана сеть бактериологических лабораторий для определения восприимчивости к противотуберкулезным препаратам;
- проведена предварительная работа для пробных проектов по лечению ТБ МЛУ (с помощью DOTS-Plus) в Томской и Ивановской областях;
- в настоящее время общее число больных, проходящих лечение в рамках программы НИИЗ, составляет примерно 5500 человек;
- противотуберкулезные учреждения, участвующие в программе, обеспечены диагностическим оборудованием и запасом высококачественных лекарственных препаратов первого ряда;
- создана единая компьютеризированная информационная система, охватывающая всю программу;

¹⁰ Для программы международной организации «Врачи без границ».

- создана управленческая инфраструктура, поддерживающая программу;
- проводятся исследования устойчивости к препаратам, молекулярной эпидемиологии, методов экспресс-диагностики.

Конечно, у международных благотворительных организаций при всем их желании не хватит финансовых возможностей для лечения больных по всей России. По-видимому, пришло время расширять число регионов, включающихся в программу DOTS собственными силами, брать на себя обеспечение лекарствами, решение организационных вопросов. Нью-Йоркский институт здравоохранения мог бы концентрировать усилия на подготовке медицинских кадров, оказании помощи в оснащении лабораторий, организации контроля эффективности лечения и обобщении научных результатов. Только тесное взаимодействие противотуберкулезных служб в регионах, преемственность лечения смогут переломить ситуацию. Это наглядно видно на примере Томской области, Нижнего Новгорода, Республики Марий-Эл и Владимира, где службы Министерства здравоохранения РФ и уголовно-исполнительной системы начали реальное сотрудничество и результаты этой работы не замедлили сказаться.

Д-р А. Гольдфарб,
глава Российского представительства
Нью-Йоркского института здравоохранения

Ю. Александров,
член правления общественной
организации «Новый Дом»,
консультант Нью-Йоркского
института здравоохранения

О ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ¹¹

Программы, которые Нью-Йоркский институт здравоохранения (НИИЗ) осуществляет в шести регионах России (Томской, Ивановской, Владимирской, Нижегородской и Кемеровской областях, а также в Республике Марий-Эл), позволяют практикующим врачам изучить методику DOTS, в результате чего добиться практически полного излечения туберкулеза в подведомственных им пенитенциарных учреждениях.

Что же такое DOTS? И почему вокруг этой методики столько шума?

DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) – это название стратегии, которую медицинские учреждения используют для выявления и лечения туберкулеза. Необходимым условием этой стратегии является контроль со стороны медицинских работников за приемом больными лекарств, а также мониторинг процесса лечения больного вплоть до его полного выздоровления. Необходимым условием применения DOTS является также бесперебойное снабжение лекарственными препаратами.

Стратегия DOTS на сегодняшний день – единственная стратегия борьбы с туберкулезом, которая позволяет излечить свыше

¹¹ Статья впервые была опубликована в газете «Телеграф-N» № 2 за 1999 г.

85% больных. Стратегия DOTS, что немаловажно, экономически очень эффективна, так как не требует такого большого финансирования, как другие методы лечения туберкулеза. Вместе с тем DOTS вовсе не отрицает другие методики. Каковы же конкретные преимущества DOTS перед другими методиками? Во-первых, никакой другой метод лечения туберкулеза не давал таких стабильно высоких показателей излечения. Как отмечалось выше, применение этого метода позволяет излечить от 85 (минимум) до 95% больных туберкулезом. Во-вторых, DOTS способствует ликвидации источника заболевания, так как излечивает носителя туберкулеза. В-третьих, применение DOTS практически полностью исключает возможность развития лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. И наконец, в-четвертых, метод DOTS очень дешев. В среднем лечение одного больного туберкулезом обходится в 20 долларов США.

Как стратегия DOTS начал реализовываться десять лет назад. Он был успешно использован в Танзании, Гвинее, Китае, Нью-Йорке и в ряде других стран. В настоящее время почти 70 стран мира с самыми разными социально-экономическими условиями используют эту стратегию, получая при этом хорошие результаты. Только в 1997 г. в результате применения DOTS в мире было излечено около одного миллиона человек.

Распространение туберкулеза в России (в первую очередь его форм, устойчивых к лекарствам) приобрело такие масштабы, что это перестало быть ее внутренней проблемой. Однако мировое сообщество, исходя из чувства самосохранения и следуя традициям благотворительности, не может сделать многого без сотрудничества с российскими учреждениями, российским обществом.

«Врачи без границ», МЕРЛИН и НИИЗ – эти три международные организации, достаточно давно и плодотворно работающие в России, создав некий консорциум, поставили своей целью расширение этой работы как на другие регионы, так и вглубь, т.е. начать лечение больных лекарственно-устойчивыми формами. Из опыта работы НИИЗ, а также наших коллег из организаций «Врачи без границ» и МЕРЛИН вытекает, что самый эффективный путь – не дожидаясь нормативных документов, введения или отмены тех или иных приказов, идти туда, где проблема стоит наиболее остро, – в конкретные регионы и учреждения УИС.

Наша работа с региональными управлениями исполнения наказаний, а равно и с ГУИН МЮ РФ показала, что у нас практически не возникает проблем по реализации программы. Мы выражаем удовлетворение достигнутым сотрудничеством и помощью, которую нам оказывают руководители высокого ранга из Минюста и ГУИН.

Каковы же причины столь резкого за последние годы увеличения численности осужденных больных туберкулезом? Их множество, но главные, на наш взгляд, следующие:

- дефицит противотуберкулезных препаратов, что не позволяет проводить комплексное и полное лечение (по официальным данным, обеспеченность учреждений УИС лекарствами составляет от 10 до 37%);

- применение неполных курсов химиотерапии или ее прерывание;

- отсутствие медицинской техники, ее неукomплектованность, отсутствие расходных материалов и т.д.

При этом необходимо заметить, что российское тюремное ведомство, в отличие от Министерства здравоохранения, начинает более широко использовать методику ВОЗ.

Вывод, который можно сделать по результатам наших поездок по регионам, однозначен: проблему туберкулеза в российских тюрьмах можно решить. Для этого необходимо только одно условие – наличие средств. По оценкам трех организаций (НИИЗ, МЕРЛИН и «Врачи без границ») для решения этой задачи в рамках ГУИН необходима сумма в 100 миллионов долларов. Деньги, безусловно, большие. Но, не решая эту проблему, государство потеряет гораздо больше.

Несколько по-другому мы оцениваем возможности ГУИН по решению проблемы лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза. Здесь ГУИН своими силами вряд ли сможет обойтись. Поясним. Когда в Нью-Йорке в 1991 г. было зарегистрировано всего 600 случаев заболеваний лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, правительство США выделило на решение этой проблемы один миллиард долларов. Проблема была взята под контроль и успешно решена. В России же, по нашим подсчетам (впрочем весьма приблизительным, так как такая статистика просто не ведется), число больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза составляет не менее 20 тысяч человек, две трети из которых

находятся в тюрьмах. Самое страшное то, что если ничего не делать, то через год количество таких больных может достигнуть 50 тысяч. Почему? Накопление лекарственно-устойчивых форм происходит в небывалом масштабе из-за массового неправильного или недостаточного лечения антибиотиками.

Без помощи заграницы России самой вряд ли удастся справиться с лечением этих опасных форм туберкулеза. Но для того чтобы заграница дала деньги на лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза, необходимо, чтобы Россия официально признала две вещи: 1) разработанную Всемирной организацией здравоохранения методику – DOTS, кстати, признанную всем миром, и 2) наличие в России эпидемии, что, собственно, и имеется на самом деле. Что необходимо сделать в первую очередь? Обеспечить бесперебойное обеспечение учреждений уголовно-исполнительной системы лекарствами, наладить их систематический прием, создать бактериологические лаборатории, которые позволят отслеживать лекарственно-устойчивые формы туберкулеза.

Нью-Йоркский институт здравоохранения в ближайшее время не намерен заканчивать или свертывать свою программу по лечению туберкулеза в пенитенциарных учреждениях. Мы изыскиваем возможности как расширения программы в другие регионы, так и углубления ее, т.е. на базе Томского и Кемеровского УИН мы намерены начать осуществление проекта по лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

А. Захаров,
начальник областной больницы УИН
МЮ РФ по Курской области,
подполковник внутренней службы

ОКАЗАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ СПЕЦКОНТИНГЕНТУ УИН КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 1997–1998 ГОДАХ

В настоящее время в учреждениях УИН Курской области сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу.

В течение 1998 г. в подразделениях области продолжалась концентрация больных туберкулезом. По итогам первого полугодия (на 1 июля 1998 г.) в подразделениях области на диспансерном наблюдении по поводу туберкулеза состояло 753 чел. (11% от всех содержащихся в ИУ), из них 359 чел. (5,3% от содержащихся в ИУ) по поводу активного туберкулеза (ГДУ-I, II) На конец первого полугодия 1998 г. показатель составил 5279 на 100 тысяч человек, что в 1,1 раза выше показателя 1997 г., в 1,5 раза показателя 1996 г. и в 28 раз выше аналогичного показателя 1997 г. у населения Курской области. Существенное влияние на нормирование напряженной эпидобстановки по туберкулезу в ИУ области оказывает ежегодно возрастающее количество больных активным туберкулезом, поступающих в следственные изоляторы области. Так, в 1996 г. в СИЗО области поступило 84 человек, больных активным туберкулезом, из которых у 35 человек туберкулез был выявлен впервые в жизни, в 1997 г. соответственно 92 и 41 человек, а в первом полугодии 1998 г. уже поступило 70 человек, из которых у 31 человека заболевание выявлено впервые в жизни. Таким образом в 1996–1998 г. в СИЗО области поступи-

ло соответственно 51% , 41% и 51% от числа всех выявленных в УИН больных активным туберкулезом.

Острейшей медико-социальной проблемой последних лет стала высокая заболеваемость туберкулезом. В 1997 г. в учреждениях УИН области впервые заболело туберкулезом 94 человека. Заболеваемость спецконтингента за год выросла на 22% и составила 1274,9 на 100 тысяч человек, что в 24 раза больше аналогичного показателя по Курской области (по итогам 1997 г. заболеваемость населения Курской области составила 52,2 на 100 тысяч человек).

В первом полугодии 1998 г. в подразделениях области выявлено 48 человек впервые заболевших туберкулезом, что составило 51% от уровня 1997 г. Основными причинами роста заболеваемости туберкулезом в подразделениях области в 1998 г. следует считать:

- сложившуюся ситуацию контролируемой эпидемии туберкулеза в подразделениях области;
- социально-личностные особенности обслуживаемого спецконтингента;
- условия содержания спецконтингента: высокая контагиозность вследствие скученности, недостаточное финансирование, в том числе и для медицинского обеспечения;
- ежегодно возрастающее количество больных активным туберкулезом, поступающих в СИЗО области, как следствие неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу, сложившейся в России.

В 1998 г., как и в предыдущие 3 года, в связи с недостаточным финансированием, отмечается значительное снижение возможностей лечебно-профилактических учреждений области в обеспечении надлежащего процесса профилактики, выявления и лечения больных туберкулезом.

В 1997–1998 г. подразделения области испытывали серьезные трудности в обеспечении рентгеновской и флюорографической техникой, пленкой, медоборудованием и аппаратурой, противотуберкулезными препаратами и средствами специфической профилактики. В большинстве подразделений УИН области, из-за морально устаревшей и физически изношенной аппаратуры, отмечается невысокое качество рентгено- и флюорографических, лабораторных обследований. При увеличении числа штатных коек туберкулезного отделения больницы УИН с 60 коек в декабре

1995 г. до 180 коек в 1998 г. (фактически в туботделении больницы находится 230 больных) не было приобретено ни одной единицы лечебно-диагностической аппаратуры, а имевшаяся аппаратура на 100% подлежит списанию.

В настоящее время в отделении не функционируют физиотерапевтический и бронхоскопический кабинеты, кабинет функциональной диагностики и биохимическая лаборатория. Не удалось обеспечить в 1997-98 г. и достаточный объем показаний режим-антибактериальной терапии. Только 30% больных отделения в основном курсе лечения получали 4 препарата, остальные же получали лечение 2--3 препаратами. Из-за недостаточного финансирования практически прекращены патогенетическое, симптоматическое, общеукрепляющее лечение, туберкулинотерапия.

Анализ первичной заболеваемости туберкулезом среди спецконтингента УИН Курской области за 1997 год

В настоящее время в учреждениях УИН УВД Курской области, как и в целом по УИС МВД России, сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. В течение 1997 г. в подразделениях области продолжалась концентрация больных, страдающих туберкулезом. На 31 декабря 1997 г. в подразделениях области из 6787 содержащихся 577 человек (8,5%) находились на диспансерном наблюдении по поводу туберкулеза, из них 333 человека (4,9%) по поводу активного туберкулеза (ГДУ-I, II). На конец анализируемого года показатель составил 4906,4 на 100 тысяч человек., что в 1,4 раза выше показателя 1996 г., в 2 раза показателя 1995 г. и в 26 раз выше аналогичного показателя у населения Курской области (по итогам 1997 г. – 189 на 100 человек).

Существенное влияние на формирование напряженной эпидобстановки в 1997 г. оказали: прекращение направления больных ГДУ-II на амбулаторное лечение в туб. ИК, что привело к «оседанию» больных в подразделениях области, непригодных для их изолированного содержания и лечения (в истекшем году из ГДУ-I в ГДУ-II было переведено 127 человек); ежегодно возрастающее количество больных активными формами туберкулеза, поступающих в СИЗО области. Так, в 1995 г. в СИЗО области поступило 41 человек, больных активным тубер-

кулезом, из которых у 26 человек туберкулез был выявлен впервые в жизни, в 1996 г. 84 и 35 человек соответственно, а в 1997 г. уже 92 человека из них 41 человек с впервые выявленным заболеванием. Таким образом, в 1995--1996--1997 г. в СИЗО области поступило соответственно 35% – 51,5% – 40,7% от числа всех выявленных в системе УИН больных активным туберкулезом.

Острейшей медико-социальной проблемой последних лет стала высокая заболеваемость туберкулезом как в целом в исправительных учреждениях системы МВД России, так и в подразделениях УИН области. В 1997 г. в учреждениях УИН области впервые заболело туберкулезом 94 человека. Заболеваемость спецконтингента за год возросла на 22% и составила 1274,9 на 100 тысяч человек, что в 2 раза меньше средней заболеваемости по УИС МВД РФ, но в 24 раза больше аналогичного показателя по Курской области (52,2 на 100 тысяч населения – по итогам 1997 г., рост за год на 15%). Анализ заболеваемости спецконтингента в подразделениях области показал снижение показателей заболеваемости туберкулезом в ИК-2 с 1101,5 в 1996 г. до 592,7 в 1997 г. (на 48%) и ЛВК (Локнинская воспитательная колония для несовершеннолетних) с 1858,7 до 489,4 (на 73%), но рост их в ИК-3 с 1197,1 до 2410,5 (на 101%) и в ИК-9 с 487 до 827 (на 50%).

Увеличение числа впервые выявленных больных в ИК-9 с 4 до 11 человек не может говорить о реальном росте заболеваемости в этом подразделении, так как:

- в течение года численность осужденных в ИК увеличилась на 50%;
- из-за отсутствия в 1996 г. аппаратуры плановое флюорографическое обследование в учреждении не проводилось, а больные выявлялись только по обращению в медицинскую часть, что практически исключало выявление больных с бессимптомным течением болезни, в то время как в 1997 г. в учреждении проведено двухкратное рентгенофлюорографическое обследование.

Значительная отрицательная динамика показателя заболеваемости туберкулезом в ИК-3, скорее всего, неполно отражает реальную ситуацию по туберкулезу, сложившуюся в этом подразделении. В 1997 г. в ИК-3 выявлено впервые 66 больных активным туберкулезом (1995 – 24, 1996 – 28), а показатель заболеваемости вырос в 2 раза. Однако ретроспективное изучение флюорограмм осужденных, поступивших в 1997 г. в туботделе-

ние больницы, расшифровка которых до середины 1997 г. осуществлялась только рентгенологом Львовского РТМО показало, что у 12 человек активный туберкулез легких необходимо было подозревать еще в 1996 г., но выраженные изменения в легких (полости деструкции легочной ткани, туберкуломы) не распознаны и больные не попали в поле зрения медицинской части. Констатируя реальный рост заболеваемости в подразделении, целесообразнее считать заболеваемость как 40 случаев в 1996 г. и 54 в 1997 г. (т. е. + 35%).

Ниже приводится таблица клинической структуры туберкулеза у впервые заболевших в 1997 г. в исправительных учреждениях Курской области и структура впервые выявленного туберкулеза у лиц, поступивших в следственные изоляторы области.

Формы процесса	ИК-2	ИК-3	ИК-9	ЛВК	Всего по ИК	СИЗО-1	СИЗО-2	Всего по СИЗО	Всего по УИН
Плеврит туб. этиологии		1			1				1
Очаговый туберкулез ВСЕГО		17	1	1	19	2	1	3	22
в т.ч. с фазой распада		1			1				1
с выделением МБК		1			1				1
Инfiltrативный туберкулез ВСЕГО	11	44	10	2	67	22	9	31	98
в т.ч. с фазой распада	10	29	6	2	47	11	9	20	67
с выделением МБК	9	21	5	1	36	10	8	18	54
Туберкул ома ВСЕГО		2			2	2	1	3	5

Формы процесса	ИК-2	ИК-3	ИК-9	ЛВК	Всего по ИК	СИЗО-1	СИЗО-2	Всего по СИЗО	Всего по УИН
в т.ч. с фазой распада		2			2	2	1	3	5
с выделением МБК		1			1	1		1	2
Диссеминированный туберкулез ВСЕГО	3	2			5	8	1	9	14
в т.ч. с фазой распада	3	2			5	7	1	8	13
с выделением МБК	3	2			5	7	1	8	13
Фиброзно-кавернозный туберкулез ВСЕГО						2		2	2
в т.ч. с выделением МБК						2		2	2
ВСЕГО	14	66	11	3	94	36	12	48	142
в т.ч. с фазой распада	13	35	6	2	55	22	12	34	103
с выделением МБК	12	25	5	1	43	20	10	30	72

В анализируемом году из 142 человек, заболевших туберкулезом, 3% составили подростки до 18 лет, 48,5% лица молодого возраста (19–30 лет), 26,9% лица в возрасте 31–40 лет и 21,5% – лица 40 и более лет.

Изучение клинической структуры туберкулеза у впервые заболевших в исправительных учреждениях области показало, что очаговый туберкулез составил 20,2%, инфильтративный туберкулез 71,3%, диссеминированный туберкулез – 5,3%. Частота де-

структивного туберкулеза и туберкулеза с бацилловыделением наблюдалась в 58,5% и 46% случаев соответственно, против 55,8% – 56,8% по Курской области (данные ОТД за 1996 год). Случаев выявления запущенного фиброзно-кавернозного туберкулеза не было. Рентгенологическое проявление впервые выявленного туберкулеза у осужденных характеризуется преобладанием ограниченных односторонних моно-бисегментарных процессов, экссудативной фазы воспаления, каверн малых размеров. Из 94 анализируемых случаев моно- и бисегментарные процессы зарегистрированы в 77 случаях (81,9%), а долевыми и свыше доли в 17 случаях (18,1%). Двустороннее поражение легких диагностировано в 19 случаях (20,2%).

Структура впервые выявленного туберкулеза у осужденных в анализируемый год была более благоприятной, чем среди населения области, за счет большей доли в ней очагового туберкулеза (20,2% против 7,8%), меньшей частоты выявления диссеминированного туберкулеза (5,3% против 21,9%) и туберкулеза с бацилловыделением, отсутствия случаев выявления фиброзно-кавернозного туберкулеза (против 3,7% по области), что скорее всего обусловлено высоким охватом рентгенофлюорографическим обследованием осужденных (97,2% в 1997 г. против 55,4% по Курской области в 1996 г.). В тоже время, анализ клинической структуры туберкулеза, выявленного впервые у лиц, поступивших в СИЗО области, показал большую частоту диссеминированного (18,8%) и фиброзно-кавернозного туберкулеза (4,2%) за счет уменьшения доли малых форм, большую частоту выявления деструктивных процессов (70,8%).

Анализ обстоятельств выявления туберкулеза показал, что 86,2% больных выявлено активно при профилактических осмотрах, после плановых флюорографических обследований (1996 г. – 72%, по Курской области в 1996 г. – 36,8%); 5,5% больных выявлено при обращении их в медицинские части с симптоматикой туберкулеза (1996 г. – 11,5%), 8,3% случаев заболевания туберкулезом выявлено среди больных, находившихся на лечении в соматических отделениях ОБ УИН.

Таблица обстоятельств выявления туберкулеза (ГДУ-1 + УП Б) в подразделениях области (в процентах)

Выявлено туберкулеза	ИК-2	ИК-3	ИК-9	ЛВК	СИЗО-1	СИЗО-2	Всего
Профилактические осмотры, в т.ч. осмотры в карантине	68,1	82,6	77,3	100	92,1	85,7	86,2
При обращении	21,3	3,5	9,1				5,5
В соматических отделениях ОБ УИН	10,6	14	13,6				8,3
В карантине ИК лиц с активным туберкулезом, не выявленных в СИЗО					6 чел. 7,9	4 чел. 14,3	10 чел. 9,6
Своевременность диагностики активного туберкулеза	93	74	91	100	92	86	77

При анализе обстоятельств выявления туберкулеза в 1997 г. отмечается относительное благополучие в организации работы по своевременности диагностики туберкулеза в ИК-2, ИК-9, ЛВК, СИЗО-1. В тоже время снизилось качество этой работы в ИК-3, не отмечено улучшений в работе СИЗО-2.

Обращает на себя внимание отсутствие настороженности медицинских работников ИК-3 в отношении туберкулеза, о чем свидетельствует крайне низкая выявляемость туберкулеза при обращении осужденных в медчасть. Из 70 больных активным туберкулезом, выявленных в учреждении в течение года, только у 3 человек (4,3%, в 1996 г. – 11, 5%) заболевание заподозрено на амбулаторном приеме. Следует обратить внимание на низкое качество рентгено-флюорографического обследования, исследования мокроты на МБК по методу Циля-Нильсена. При изучении флюорограмм осеннего (октябрь-ноябрь 1997 г.) обследования врачом-рентгенологом подразделения было выявлено 2% осуж-

денных с рентгеноположительными результатами, тогда как при втором чтении, осуществленном рентгенологом больницы, выявлено 5% осужденных, нуждающихся в дообследовании. По анализу туботделения больницы по крайней мере у 18 больных, поступивших в 1997 г. на дообследование, туберкулез легких необходимо было подозревать при предыдущих (весна 1997 г. – осень 1996 г.) флюорографических обследованиях, но пропущенных рентгенологом ИК.

Отмечены случаи, когда назначения не анализируются врачами медчастей: на флюорограмме осужденного Мамедова З.К., сделанной в августе 1996 г., отчетливо определялась полость деструкции легочной ткани, однако флюорограмма рентгенологом не была прочитана и описана, а больной выпал из поля зрения медчасти до очередного обследования в марте 1997 г. и только через 7 месяцев после выявления патологии больной был госпитализирован в ОБ УИН. О низком качестве бактериоскопического исследования мокроты на БК по Цилю-Нильсену свидетельствует тот факт, что из 39 бактериовыделителей, поступивших в анализируемом году в ОБ УИН, ни у одного больного БК не были обнаружены в медчасти ИК. О необходимости двух-трех-дневной специализации лаборанта на базе ОБ УИН указывалось начальнику медчасти и руководству учреждения, однако до сих пор лаборант на специализацию направлен не был.

В 1997 г. в туботделение больницы поступили из исправительных учреждений области 10 осужденных с активным туберкулезом легких, не выявленным в СИЗО области: в 6 случаях (все из СИЗО-1) имелись объективные трудности в определении активности туберкулеза – у трех из них активность процесса установлена по бацилловыделению после многократного бактериологического исследования мокроты и консультации больных профессором кафедры туберкулеза КГМУ; четверем осужденным (все СИЗО-2) диагноз не был поставлен своевременно из-за халатного отношения медработников учреждений к исполнению своих обязанностей; трое осужденных после рентгенообследования, выявившего активный туберкулез легких, описанный в медкарте рентгенологом, без каких-либо последующих записей в меддокументации, были направлены в ИК-2; осужденный Золотарев Д.В., пробыв в СИЗО более трех месяцев, без флюорографического обследования был направлен в ИК-9.

Итак, основными причинами роста заболеваемости туберкулезом в подразделениях Курской области в 1997 г. следует считать:

- ежегодно возрастающее количество больных активным туберкулезом, поступающих в СИЗО области, как следствие неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу, сложившейся в России – заболеваемость населения РФ в 1997 г. составила 67,5 на 100 тысяч человек;
- ситуация контролируемой эпидемии туберкулеза в подразделениях области, как и в целом по УИС МВД РФ: критерием эпидемии туберкулеза по данным ВОЗ считается заболеваемость 100 случаев на 100 тысяч населения;
- социально-личностные особенности обслуживаемых спецконтингентов;
- условия содержания спецконтингента: высокая контагиозность вследствие скученности;
- преобладание углеводов в пищевом рационе;
- недостаточность финансирования, в том числе и для медицинского обеспечения;
- недостаточно высокая настороженность по туберкулезу сотрудников, в том числе медицинских работников учреждений и, как следствие, высокий процент несвоевременного выявления и изоляции больных активным туберкулезом.

Анализ клинической структуры туберкулеза, выявляемого у осужденных в подразделениях области, показал, что у большинства больных диагностируются ограниченные процессы, что предполагает высокую эффективность лечения. По результатам работы туботделения ОБ УИН эффективность лечения впервые заболевших составила в 1997 г.: закрытие полостей распада 74,5% (по Курской области в 1997 г. – 69%, по МВД в 1996 г. – 59,9%); абациллирование – 80,9% (по Курской области в 1997 г. 80%, по МВД – 60,7%). При достаточно высокой эффективности лечения, сопоставимой с результатами стационара областного тубдиспансера, сроки лечения в ОБ УИН несколько превышали аналогичные в ОТД и составили по итогам года – 161 день (ОТД–4–5 месяцев), что объясняется тем, что:

- из-за недостаточного финансирования в 1997 г. не удалось обеспечить достаточный объем показанных режимов антибактериальной терапии – при необходимости лечения

4–5 препаратами только 75–80% больных в течение основного курса лечения получали 3–4 АБП, остальные получили 2–3 препарата; по той же причине патогенетическое, физиотерапевтическое лечение практически не проводилось;

- высокой, до 20%, первичной устойчивостью МБК к 1–2 антибактериальным препаратам;
- отсутствием возможности направления больных (ГДУ-I) на амбулаторное лечение из-за отсутствия в УИН Курской области изолированного туб участка, следствием чего является необходимость проведения всего курса лечения (весь срок наблюдения в ГДУ-I) в условиях стационара;
- несвоевременно начатым комплексным лечением вследствие длительных задержек (1–3 месяца) госпитализации в областную больницу, из-за отсутствия мест в туб отделении (до 30% больных ИК-3 в 1997 г. были госпитализированы в ОБ УИН через 1–1,5 месяца после выявления заболевания);
- ограничением мест для направления больных на хирургическое лечение в МОБ г. Воронежа.

Г. Целмс,
обозреватель газеты
«Новые Известия»

ПРИКЛЮЧЕНИЯ ПАЛОЧКИ КОХА В РОССИИ¹²

В туберкулезной исправительной колонии № 33 (Кемеровская область, г. Мариинск) в 1995 г. из 1800 заключенных умерли от туберкулеза 400 человек, в 1996 г. – 270, в 1997 г. – только 80. Есть все основания полагать, что в 1998 г. в этой переполненной – чуть ли не вдвое против нормы – колонии смертность будет еще ниже. И палочка Коха продолжит свое паническое отступление до тех пор, пока здесь «в порядке эксперимента» идет лечение по методике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которое проводят специалисты международной благотворительной организации «Врачи без границ». И пока в колонии главврачом работает Наталья Вежнина, подполковник медицинской службы¹³.

Методика ВОЗ проста, относительно дешева и прошла многолетнюю проверку в 90 странах мира. Но, как известно, у России всегда особый, неповторимый путь...

Путешествие в Томск. Когда рост туберкулеза в России стал угрожать всему мировому сообществу – болезни, как говорится, не знают границ, – ВОЗ решила отправить к нам разведчиков. Чтобы на месте осознали масштабы грозящей катастрофы и конкретно показали, как с ней бороться. Так в Россию прибыли врачи британской организации МЕРЛИН, предназначение которой оказывать срочную помощь в кризисных ситуациях.

¹² Впервые опубликовано в газете «Новые Известия» от 24 июня 1998 г. Дается в сокращенном варианте.

¹³ В настоящее время кандидат медицинских наук, полковник вн. сл. Н.Н. Вежнина является заместителем начальника медотдела ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области.

Выбор для эксперимента пал на Томск – местный губернатор Виктор Кресс производил впечатление дальновидного хозяйственника. Но губернатор ничего не брал на веру – ему требовались доказательства. Доказательства появились. Был проведен наглядный опыт: 50 больных лечили по методике ВОЗ, 50 – по классической советской схеме. Вылечили и тех и других. Только по «возовской» методике гораздо быстрее и дешевле.

Путешествие в экономику. Врачи МЕРЛИНа вызвали из Лондона на подмогу экономистов. Те составили толщенный (в 200 стр.) анализ. Суть его можно было бы свести к одной фразе: так больше лечить нельзя. Выяснилось, например, что из 17,5 миллиона долларов, что Томская область в год тратит на здравоохранение, примерно 4,4 съедает борьба с туберкулезом. Да если бы успешная, а то ведь заболеваемость стремительно растет. Две трети этой суммы идет на содержание персонала и всей громоздкой медицинской сети. При всем при этом заработная плата медиков абсолютно нищенская.

Флюорографическое обследование (главный наш метод диагностики) прошла за год примерно треть населения области – 300 тысяч человек. По нашим же стандартам полагается каждому пройти его дважды в год. При этом выявление одного больного обходится примерно в 5000 долларов (рентгеновская пленка – страшно дорогая штука). И это лишь при частичном обследовании населения. А если бы при всеобщем, как положено по нашим стандартам?!

Когда британцы посетили детский туберкулезный санаторий, они увидели экзотическую картину: 11 больных детей, согласно штатному расписанию, обслуживали 250 человек. Одних только ставок дворников было 20. И при этом территория санатория напоминала свалку. Дети обитали здесь по году и больше. Их регулярно выписывали и регулярно же оформляли обратно – иначе персонал рисковал остаться вообще без пациентов.

Британцам бы полагалось поразиться увиденному, но они сохранили врожденную невозмутимость. Тем более, что в свое время и в Англии (а также в Америке, Германии, Франции, дальше – везде) подобное можно было увидеть почти в каждом санатории. Российская специфика заключалась только в том, что количество персонала было вдвое меньше штатного расписания – каждый, набирая по две и более ставок, старался поднять зарплату хотя бы до прожиточного минимума.

Путешествие в кабинет губернатора. То, что предстоит радикальная реформа «туберкулезной» системы, которая в свою очередь заставит реформировать все здравоохранение, томский губернатор Виктор Кресс понял быстро. Та реформа, которую давно уже пережил весь цивилизованный мир и теперь переживает не совсем еще цивилизованный: переход от стационарной формы лечения к амбулаторной. Это стало возможным после открытия антибиотиков. Но потребовалась еще парочка десятилетий, чтобы страны решились выбраться из традиционной колеи. Первыми это, боясь разорения, сделали богатые страны.

Губернатор прекрасно знал, что на поддержание традиционной системы давно не хватает денег. И поэтому даже стационарные медучреждения не могут проводить полноценное лечение. Нет денег – нет лекарств. Так становится все больше больных и требуется все больше денег. Губернатор понимал, что этот порочный круг надо разорвать, но он также осознавал, насколько серьезным будет сопротивление реформе. Персонал яростно вцепится в «койко-места» – ведь от их количества напрямую зависит финансирование. Кроме того, на переходный период требовались немалые «живые» деньги: предстояло ведь закупить лекарства, оборудование и обучить людей новой методике.

Путешествие в историю. СССР считался страной не только победившего социализма, но и бесповоротно побежденного туберкулеза. Согласно официальной статистике кривая заболеваемости ТБ постоянно снижалась с 1970 г. примерно на 2,4% в год. Дойти до круглого нуля ей помешал 1991 г., когда, по мнению ветеранов борьбы с туберкулезом, «все развалилось». Не будем преуменьшать масштабов развала. Однако отметим и то, что с началом перемен многое тайное стало явным. И в частности лукавство советской статистики. В былые-то годы, если врачи не давали постоянного снижения заболеваний, не сносить бы им головы. Как считают эксперты, внутренняя статистика по туберкулезу в СССР была занижена как минимум на 30%. Статистика на экспорт – еще на 20%. Ну и, кроме всего прочего, из отчетов полностью выпадала тюрьма. А именно на нее сегодня приходится больше половины туберкулезных больных. Если все это учесть, понятней станет, откуда вдруг взялась нынешняя вспышка туберкулеза.

За годы борьбы советской власти с палочкой Коха возникла не только огромная сеть туберкулезных больниц и санаториев,

куда шло денег немерено, но и многочисленная научная школа, представители которой не видели иного способа лечения больных, кроме их повальной и многомесячной госпитализации. Когда время круто изменилось и пришлось считать деньги, когда страна вступила в череду кризисов, а главное, когда стало известно о современных методах лечения, неизбежность реформы вплотную приблизилась и к нам.

Путешествие в кабинет губернатора. Итак, для реформы требовались «живые» деньги, не бартер, не взаимозачет, а самые настоящие. И тут, словно в сказке, в кабинете у губернатора оказались представители Нью-Йоркского института здравоохранения, возглавлял которых наш бывший соотечественник Алекс, он же Александр Давидович Гольдфарб. Известнейший финансист и меценат, Джордж Сорос решил поучаствовать в реализации проекта реформ, выделив на это 10 миллионов долларов. А возглавить проект пригласил микробиолога и бывшего советского диссидента Гольдфарба. По расчетам авторов проекта, для перестройки системы борьбы с туберкулезом в масштабах одной области вполне хватало одного миллиона долларов. Затем система должна была принести экономию средств примерно в 3,4 миллиона. Таким образом, соросовских денег могло хватить на 10 из 89 «субъектов Федерации».

И все-таки счастье, а вернее, успех реформ был не только в деньгах. Опытный политик, Кресс предвидел, с какими трудностями предстоит столкнуться. И они не заставили себя ждать. Местная пресса с подачи забеспокоившихся о своей судьбе фтизиатров подняла громкий крик, что больных детей эти бессовестные иностранцы собираются выбросить на улицу (это по поводу детского санатория, где на 11 детей 250 сотрудников), а всех прочих больных затравить таблетками...

Путешествие в медицину. Смысл методики ВОЗ состоит прежде всего в иной диагностике (той, что была до изобретения флюорографии). То есть анализ мокроты при помощи микроскопа. Флюорография при всех своих плюсах, как уже говорилось, слишком дорога для всеобщего диагностирования. А кроме того, даже если прогонять через рентгеновский кабинет каждого «гомо-сапиенса» раз в полгода, в промежутках между этими посещениями он может, заболев, заразить сотни людей. Здесь надо сказать, что уже третье поколение советских врачей не пользуется микроскопом и они напрочь забыли, как это делать. Далее ме-

тодика ВОЗ предполагает держать в стационарах только заразных больных (да и то не всех). Через два же месяца, перестав быть заразным, больной выписывается для амбулаторного долечивания. И ему ежедневно социальные работники вручают под расписку комплекс препаратов (4–5). Тут, конечно, есть проблема – не такто просто лечить больных из трущобных районов, а ведь именно там максимум туберкулезных. Кое-кого заманивают бесплатным супом, кое-кого ловят на дому... Примерно 85% таким образом способны вылечиться. Кстати, на весь огромный Нью-Йорк и его пригороды приходится только 25 стационарных коек. А ведь там есть кварталы похуже наших.

И все-таки какой-то процент больных не поддается антибиотикам. Большинство из них тоже можно вылечить, но, как показал эксперимент в Перу, лечение каждого обходится в 8 тысяч долларов. Самое опасное, когда применяется моно терапия, иначе, когда дают один антибиотик. Или делают перерыв в лечении. Именно так происходит у нас в России. То нет денег на лекарства, то медикаменты не завезли... Особенно часто подобное случается в тюрьмах. Ставший хроником в ходе такого лечения больной передает другим сразу хроническую форму и невосприимчивость к антибиотикам. Так что, если нет полного комплекта лекарств, лучше вообще не давать таблетки. Но попробуйте это сделать, скажем, в тюрьме. Во-первых, врач не имеет права ослушаться приказа. А во-вторых, взбунтуются сами зеки, решив, что их лишили лекарств, чтобы загубить.

Отечественная медицина давно разделилась на два неравных лагеря. Официальную позицию государства внутри и за рубежом представлял Институт фтизиопульмонологии во главе с академиком Приймаком. Представители этого лагеря проповедовали «индивидуальный, а не механический подход к человеку» и не хотели считаться с реальностью. Пытался противостоять им Центральный НИИ туберкулеза РАМН, специалисты которого приняли методику ВОЗ. Недавно Приймак, который был еще и главным фтизиатром страны, лишился своих постов. Однако дело его живет, и позиции советской, «самой передовой и гуманной в мире» методики еще достаточно сильны. Благодаря этому, в частности уже после ухода Приймака, вышел приказ Минздрава № 33, в котором опять-таки игнорировались рекомендации ВОЗ и изобретались свои «советско-российские велосипеды».

Путешествие в тюрьму. В Томской туберкулезной колонии уже несколько лет применяется методика ВОЗ и достигнуты весьма впечатляющие показатели по исцелению больных заключенных. Огромная заслуга в этом главврача С.П. Мишустина. Тубзона быстро вылечивает и пропускает через себя больных зеков. В итоге в зонах Томской области палочка Коха не наблюдается. Но это пока исключение из правил. Среди тюремного населения больны ТБ сотня на тысячу. (Среди всех прочих – на тысячу один.) Всего в заключении находится примерно 100 тысяч больных туберкулезом. Из почти тысячи «учреждений» (СИЗО, тюрьма, колония) специализированных «туберкулезных» зон всего около 60. Ясно, что они могут вместить лишь незначительную часть больных. Так что в обычной зоне больных изолируют в туберкулезный барак. Условий для лечения там никаких, это по сути бараки смертников. Да и изоляция от остальных относительная – столовая общая. Но все это, понятно, не в Томске.

Эксперимент, который на деньги Сороса проводят нью-йоркские врачи, пока распространяется на шесть регионов: он охватывает все слои населения в Томске, Иваново и Республике Марий-Эл и пока только места лишения свободы во Владимире, Кемерово¹⁴ и Нижнем Новгороде. С подачи главного нижегородского фтизиатра А.В. Шкарина местные власти «во имя самой гуманной советской методики» отказались от рекомендаций ВОЗ, а значит, и от денег. С тюремным начальством, однако, удалось договориться. Так что в Нижнем, чтобы вылечиться от туберкулеза, стоит, пожалуй, сесть в тюрьму...

¹⁴ В Кемерово работает организация «Врачи без границ». НИИЗ оказывал значительную финансовую помощь, но непосредственного лечения не осуществляет.

Г. Целмс,
обозреватель газеты
«Новые Известия»

Ю. Александров,
«Новый Дом», НИИЗ

ПОДПОЛКОВНИК НАТАЛЬЯ ВЕЖНИНА¹⁵ ПОБЕДИЛА ЛАГЕРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ¹⁶

Эту симпатичную женщину, подполковника внутренней службы из заштатного сибирского городка Мариинска, знаменитого лишь своим лагерным прошлым и лагерным же настоящим, знают во многих странах мира. Только за последний год у нее в гостях побывали директор департамента гуманитарной помощи России ЕС, пятнадцать американских профессоров – участников международной конференции по борьбе с туберкулезом, эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), первый секретарь японского посольства в Москве, которого для простоты общения здесь называли Толей... О ней снимали фильмы Би-би-си и голландское телевидение. А в настоящий момент король Бельгии, определяя итог конкурса на звание «человек года», знакомится с ее достижениями...

Эту женщину уважают и российские правозащитники, и высокие чины ГУЛАГа – по-нынешнему ГУИНа. Кандидат медицинских наук, врач высшей категории Наталья Николаевна Вежнина работает заместителем начальника по лечебной работе исправительной колонии № 33 для больных туберкулезом¹⁷. На

¹⁵ В настоящее время – полковник.

¹⁶ Статья впервые опубликована в газете «Новые Известия» от 29 января 1999 г.

¹⁷ В настоящее время – заместителем начальника медотдела ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области.

блатном жаргоне тюремного врача называют лепилой. Но никому из здешних зеков, даже самому отвязанному из них, не придет в голову так ее называть. Сама же она в шутку именуется «медикомент», что означает медицинский мент. В каждой шутке, как говорится, есть доля правды...

Место распределения – тюрьма. После окончания Кемеровского мединститута она распределилась в Мариинск – поехала туда вслед за мужем. Стала работать в колонии № 33 зав. лабораторией. Туберкулезная бацилла завораживала ее своей красотой и непобедимостью – не брали зловредную ни щелочи, ни кислоты. Она преспокойненько сохранялась в снегу, а в земле могла лежать тысячелетиями. О красоте ее оболочки Вежнина говорит чуть ли не стихами.

Первые годы жизни в Мариинске считает Наталья золотым веком. Команда врачей подобралась дружная и талантливая (МВД было чем сюда заманивать). Досуг проводили совместно, ничуть не страдая от глуши... Тогда они могли успешно побеждать бациллу, но скоро палочка Коха одержит над ними верх: доктора останутся безоружными – без лекарств...

Мариинск стоит на Сибирском тракте. По нему несколько веков подряд шли колонны колодников. Ехал в ссылку Радищев. Брели в каторгу декабристы. Остроги, тюрьмы, зоны с вышками по углам – главные строительные объекты этих мест. Позднее, уже в советские времена, ГУЛАГ здесь развернется со всем сталинским размахом, сделав Мариинск столицей Сиблага. На сегодняшний день в городишке на 30 тысяч жителей пять колоний и одна пересыльная тюрьма.

Через несколько лет службы отбыла Вежнина учиться в Москву – защитила кандидатскую досрочно и вознамерилась поехать в Африку, но вернулась в Мариинск. Это было время разительных перемен – Наталья не узнала родное учреждение. Колония буквально нищенствовала – деньги из бюджета практически не поступали. Какое уж там усиленное питание больных – жили впроголодь. А главное, не было лекарств. Начался мор. За год из 1800 заключенных умерли 400 человек (раньше эта цифра не превышала 20). Родные, приезжавшие забрать трупы своих бедолаг, кидали в лицо медперсоналу: «У вас тут концлагерь! Лагерь уничтожения!» Врачи смотрели в молящие глаза умирающих и ничем не могли помочь. Сначала поступал один препарат, затем другой, потом вообще ничего не поступало. Врачи знали, на-

сколько неэффективно и даже зачастую вредно такое лечение, но выбора не было. Именно в это время появилось в колонии большое число больных, невосприимчивых к лекарствам. Иначе – неизлечимых. При подобном лечении недобитая бацилла легко приобретает устойчивость к антибиотикам и агрессивность.

Раньше зеки мечтали заболеть туберкулезом. Хозяева заразной мокроты выгодно приторговывали ею, покупатели же ее глотали. Туберкулез давал возможность досиживать срок чуть ли не в санаторных условиях – при усиленном питании, без работы. Многочисленные льготы ждали и по выходе на волю: жилплощадь, пенсия по инвалидности, путевки на курорты. Теперь же заразиться стало смертельно опасно.

Наступил момент, и Наталья Вежнина не выдержала – поехала в Москву на международную конференцию по правам человека. Для ее должности и ранга само по себе это было неслыханной дерзостью. Но она еще и выступила на этой конференции: рассказала – подумать только! – в присутствии иностранцев о жутком положении наших заключенных. Надо, впрочем, отдать должное ее начальству – разрешение на участие в конференции ей было выдано. А позднее никто не упрекнул за откровенность.

После выступления к ней подошли представители международной организации «Врачи без границ». Так завязалось спасительное сотрудничество, к которому впоследствии примкнули врачи британской организации МЕРЛИН, а также представители Нью-Йоркского института здравоохранения. И в России начался обнадеживающий эксперимент.

«Караул! Иностранцы в зоне!» В ходе командировки у нас возникло немало острых вопросов к лагерному начальству – и к высшему, и к местному. Похоже, оно (начальство) не очень-то разобралось в сути эксперимента. И потому, как рассказывала нам руководительница бельгийской группы организации «Врачи без границ» госпожа Сизэр¹⁸, «нас то толкают в спину – торопят разворачиваться побыстрее, хотя необходимая подготовка еще не сделана, то тормозят лечение»¹⁹. Долго (почти два года) не пуска-

¹⁸ В. Сизэр – главный медицинский координатор представителей организации «Врачи без границ» в Кемеровской области.

¹⁹ В настоящее время организация «Врачи без границ» осуществляет свою программу лечения заключенных больных туберкулезом практически во всех тюремных учреждениях Кемеровской области.

ли, например, в колонию № 16, что в Новокузнецке. Для администрации это колония строгого режима, для врачей – рассадник туберкулеза. Начальники никак не возьмут в толк, почему иностранцы не доверят им целиком расходование денег, выделенных Европейской комиссией на борьбу с туберкулезом, а лечение – местному медперсоналу и пр., и пр. И все-таки подобные недоразумения (назовем это так) ничто по сравнению с тем воистину героическим шагом, который сделали работники системы ГУИНа. Столичные, и в особенности местные. Они ДОПУСТИЛИ ИНОСТРАНЦЕВ В ЗОНУ. Взяли всю полноту ответственности на себя. За возможный – не дай Бог! – захват иностранных заложников. Да просто за то, что «за бугром» узнают о жутком положении наших зеков, о голоде, холоде, о том, что нет, например, постельного белья, а самое главное, об эпидемии туберкулеза, которая приобретает все более устрашающий размах. Право же, не для заморского глаза, например, поступление зеков с этапа. Мы видели одного такого: сущий скелет, словно бухенвальдский узник, медсестры из ушей ложкой выгребали грязь со вшами...

Шестеро представителей бельгийского отделения «Врачей без границ» – два врача, два лаборанта, медсестра и медбрат – живут и работают в достаточно экзотических для них условиях. И никакие переводчики (бельгийцы наняли томских и кемеровских студентов) не помогли бы им найти общий язык с администрацией, если бы не «доктор Наталья». Она свой человек для администрации и свой для «Врачей без границ». Вот уж воистину медицинский коммент!

Реализация программы лечения заключенных от туберкулеза по методике ВОЗ началась здесь в 1996 г. Ее результат: смертность с 400 человек в год сократилась до 22. И это при том, что в колонию больные заключенные поступают, как правило, в крайне тяжелом состоянии. Программа предусматривает охватить лечением все звенья тюремной цепи – начиная со следственных изоляторов. Именно в СИЗО, в условиях невероятной скученности и антисанитарии, происходит массовое заражение туберкулезом. Но именно здесь осуществить непрерывный курс лечения чрезвычайно сложно: заключенных возят на допросы, на следственные эксперименты, в суд, иногда выпускают на свободу. А значит, наступает перерыв в лечении, что чревато возникновением неизлечимой формы туберкулеза. Вообще-то и ее можно вылечить, но, как показывает мировая практика, на это требуется от 20

до 100 тысяч долларов на одного больного. Комментарии, как говорится, излишни. Для сравнения: излечение обычных форм туберкулеза по методике ВОЗ требует от 50 до 100 долларов на человека.

Невероятно, но руководство ГУИНа и Минюста пришло будто бы к соглашению с МВД и прокуратурой о такой организации следственно-судебных действий, которая позволила бы не допускать перерывов в лечении в СИЗО. По крайней мере так будто бы будет в Кемеровской области.

Жертвы лечения с перерывами, а также монотерапии, когда вместо комплекса препаратов больному выдавался один-два, обитают в 33-й колонии в специальном корпусе. Мы побывали там, поговорили с молодыми еще людьми, которые обречены. Большинство из них не догадываются об этом. Здесь же обитает также бывший врач, который 14 лет отсидел уже за убийство. Он в отличие от других хорошо понимает, что его ждет.

Процедура лечения начинается утром, после завтрака. Зеки выстраиваются в очередь в кабинет, где каждому делается укол (первые два месяца), а затем выдается пригоршня таблеток. Заключенные заталкивают в рот таблетки, запивают их раствором молока с растительным маслом. А затем показывают бдительной сестре ладони и открывают рты, демонстрируя, что лекарство честно проглочено. Словно в детском саду. Конвейер работает безостановочно. И так 8–10 месяцев подряд!

Большинство относится к лечению ответственно. Тем более, что, как мы узнали, слава о лечении в 33-й колонии разлетелась по всем зонам. Однако и здесь находились несознательные «малолетки», которые пытались «косить» – тайком выбрасывали таблетки. Вежливой даже пришлось обращаться за помощью к местным «авторитетам». И «авторитеты» распорядились: лечиться по-честному! «Малолетки», ясное дело, ослушаться не посмели.

И медперсоналу, и администрации поначалу было непонятно, почему это бельгийцы так много времени тратят на обучение своих российских коллег, почему так дотошно контролируют все их действия. Очевидно, иностранцы быстро разобрались в особенностях нашего национального характера. Лечение не терпит ни малейшего отклонения.

Госпожа Сизэр до России побывала в Гвинее. Мы спросили ее вроде как в шутку: похожа ли Россия на Африку? Она ответила

вполне серьезно: «Нет! Совсем не похожа!» А потом разъяснила свою мысль: «В России накоплен богатейший опыт борьбы с туберкулезом. Но именно это затрудняет внедрение методики ВОЗ. Африканцы принимают ее без рассуждений, в России же приходится преодолевать сопротивление медицинских авторитетов, колею традиции». «А в Бельгии применяется методика ВОЗ?» – выдали мы вопрос на засыпку. «Не применяется, – ответила она, – у нас ведь нет эпидемии».

У советских собственная гордость. И на буржуев соответственно мы смотрим свысока. Приведем высказывание столпа отечественной фтизиатрии академика А. Приймака, бывшего до недавнего времени главным фтизиатром Минздрава: «Я с гордостью могу сказать, что Россия – одна из единичных стран, сохранивших противотуберкулезную службу. В России эксклюзивный подход к профилактике, лечению туберкулеза, реабилитации больных. И мы должны сохранить собственный, очень действенный путь... Россия – страна открытых людей, и за это ее «пользуют», беспрепятственно получая все что угодно: «мозги», рынки сбыта и прочее». Последнее сказано, видимо, в адрес методики ВОЗ. Вот уж воистину нас, «открытых людей», иностранцы «пользуют»: на свои деньги завозят лекарства и специалистов, которые готовы работать сутки напролет. Что же касается «эксклюзивного подхода», то в СССР он действительно был. То ли революционеры-большевики пострадали в свое время от чахотки, то ли мы утирали нос Западу по этому «показателю», но именно в борьбе с туберкулезом были достигнуты большие (хотя и сильно преувеличенные) успехи. Однако академик сейчас живет на облаке, поскольку не знает, не желает знать нынешних реалий.

Здесь надо сказать беспощадное: в стране давно эпидемия туберкулеза. А тюрьма – ее рассадник. Мы уже приводили цифры: на тысячу заключенных сотня больных. Итого: из почти миллиона тюремного населения 100 тысяч туберкулезников. На воле эти цифры, понятно, поменьше (два миллиона выявленных больных), но вполне соответствуют общепринятым показателям эпидемии. В геометрической прогрессии растет количество больных, не восприимчивых к лекарствам. Вернулась из прошлого и набирает силу быстротечная чахотка. Именно этим, а отнюдь не только безграничным гуманизмом и уж никак не желанием завоевать «рынки сбыта» (для бесплатных лекарств?) руководствуются ме-

ждународные благотворительные организации. Из России исходит опасность для всего мира. Мы же продолжаем застенчиво именовать эпидемию «эпидситуацией». Воистину велик и могуч бюрократический язык!

Да, методика ВОЗ для бедных. И для того, чтобы загасить эпидемию. Поэтому ее широко применяют в странах третьего мира, уподобляться которым нам крайне обидно. Вот и гуиновские чиновники областного масштаба высказывали нам, вторя академику Приймаку, свою обиду. Эти, мол, иностранцы пытаются вернуть нас в первобытное состояние. Однако чиновники в отличие от научного светила имеют дело с реальностью. И когда в колонии за год вымирает четверть ее населения, тут уж не до научных дискуссий.

Как опять не вспомнить здесь «доктора Наталью», которая, понимая настроение своих соотечественников и в то же время смысл и назначение методики ВОЗ, пытается найти компромисс. Она на свой страх и риск «достраивает» иноземную методику нашей отечественной. Так, в частности, кроме микроскопии (исследования мокроты под микроскопом) в колонии для диагностики применяют и рентгеноскопию. Бельгийцы недоумевают: зачем распылять скудные средства? (Рентгеновская пленка очень дорога.) Но ведь приходится считаться и с гордостью великороссов.

Тут кстати можно сказать, что «гордые великороссы» из правительства РФ приняли Федеральную целевую программу о неотложных мерах по борьбе с туберкулезом в России на 1998 – 2004 гг. За год эта программа была профинансирована менее чем на **один процент**...

А вообще-то победить эпидемию туберкулеза в тюрьмах и все прочие эпидемии будет возможно лишь при радикальном изменении нашей криминальной политики. Пока в местах лишения свободы находится миллион сограждан, никаких средств, никаких благотворителей не хватит. Но это уже, увы, не во власти доктора Натальи.

**Смирнов Б.В.,
начальник кафедры
пенитенциарной педагогики
и психологии
Владимирского юридического
института Минюста РФ,
кандидат медицинских наук, доцент,
полковник внутренней службы**

БЕСПРЕЦЕДЕНТНЫЙ РОСТ ТУБЕРКУЛЕЗА В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ИСПОЛНЯЮЩИХ НАКАЗАНИЕ, КАК ДОСТОВЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Многовековой опыт исследователей всех стран мира говорит о том, что так называемые «трусобные болезни», такие, как туберкулез, сифилис, педикулез, чесотка и пр., являются неотъемлемыми спутниками нищеты, безработицы, высокой преступности, перманентных войн и прочих несчастий человечества.

Исследование динамических рядов различных социальных процессов однозначно показывает, что в отсутствие существенных перемен общественных отношений, связанных с реформацией общества и государства, эти процессы относительно стационарны, в то время как глубокие изменения общественных отношений приводят к резким колебаниям конкретных социальных явлений (таких, например, как преступность), наблюдаемых на достаточно больших отрезках времени (до 50 лет)²⁰.

²⁰ Смирнов Б.В. Трусобные болезни//Преступность и культура. – М., 1999. – С. 52–55; Смирнов Б.В., Васильев В.С., Курьесев К.Н. Преступность во Владимирской области за полвека. Прогноз ее развития// Материалы Всероссийской научно-технической конференции. – Владимир. – С.231–236.

Анализ исторических фактов убедительно показывает, что динамические модели многих опасных инфекций (холера, чума, туберкулез, сифилис) колеблются волнообразно, то затихают, то вспыхивают до размеров эпидемий. Так, первая, в пределах досягаемости древней истории, была зарегистрирована на юге Европы в конце XV века, откуда была занесена в страны Африки и Азии. Вспышки сифилиса констатировались на протяжении всей истории человечества, как правило, во время войн, революций и других социальных потрясений

Эту мысль подтверждают и результаты изучения заболеваемости сифилисом и туберкулезом в нашей стране на протяжении десятилетий. Так, известен высокий послевоенный уровень заболеваемости населения России туберкулезом.

За последние полвека в России в целом, и во Владимирской области в частности, отмечалось два мощных подъема заболеваемости сифилисом и туберкулезом. Первый – послевоенный, что, несомненно, было связано с ограничениями, трудностями военного, послевоенного времени, демобилизацией огромного числа военнослужащих, миграцией населения, относительной демократизацией общественных отношений.

Второй – впечатляющий, беспрецедентный всплеск заболеваемости начался с 1990 г., зафиксированный на фоне глубоких деструктивных процессов в российском обществе. После распада в 1991 г. СССР на его территории образовалось 15 суверенных государств, в том числе Российская Федерация, в которой начались экономические и политические реформы. В России, как и в других бывших союзных республиках, обозначились проявления переходного периода, возврат от социализма к капитализму, переход к рынку, разгосударствление, приватизация. Начались изменения в социально-политическом строе, структуре общества, органов власти и управления, в сознании россиян и экономике страны.

Россия, включая ее центральные регионы, оказалась в глубочайшем социальном и экономическом кризисе. Реформы в основном сводятся к беспрецедентному захвату государственной собственности, переделу ее и власти, созданию не широкого среднего класса, а группы предпринимателей, мощной финансово-промышленной элиты, криминальной экономики, коррумпированности власти и общества, образованию региональных элит,

росту сепаратизма и крайнему обнищанию подавляющей части населения.

На протяжении 1992 – 1998 гг. шло беспрецедентное обогащение кучки людей, разворовывание национальных богатств, созданных упорным трудом предыдущих поколений. Бюрократизм, коррупция, профессиональная некомпетентность чиновников, непорядочность так называемых «новых русских» приобрели невиданные масштабы.

Реформы в России, их монетаристский курс, основанный на сжатии денежной массы, оказались несостоятельными.

В 1997 г. по 24 основным показателям страна вышла за пределы допустимого, порогового критического уровня, все это обозначило устойчивую тенденцию распада государства и общества, нравственную и физическую деградацию человека.

Крайне негативно на положение в социальной сфере влияют долги по выплате пенсий, зарплаты, пособий, рост безработицы и числа обездоленных россиян. К 1997 г. долги в России по пенсиям достигли 14 триллионов рублей, по детским пособиям – 6 триллионов рублей. Только в Москве в 1996 г. проживало более 100 тысяч так называемых «бомжей». С позиции социальной конфликтологии в обществе социальная напряженность достигла апогея. Она выражается в физиологической дезадаптации к трудностям (невозможности приспособиться к нескончаемому повышению цен) и психофизиологической дезадаптации – росте пограничных болезненных психических состояний (тревожности, депрессии, апатии, агрессии, хронических стрессовых состояний, реактивных психозов и т.д.).

Социальная напряженность – это массовый дезадаптационный синдром, отражающий степень дезадаптации различных групп населения к хронической фрустрации.

Можно выделить следующую уровневую иерархию типизации высокой социальной напряженности: регионы с высоким уровнем безработицы и низким уровнем жизни населения, предприятия, где не выплачивается заработная плата и ожидаются массовые сокращения, семьи или определенные граждане, испытывающие постоянный стресс социальной напряженности, мирное население «горячих» точек, находящееся за гранью нищеты, постоянно испытывающее угрозу физического уничтожения.

В периоды негативных социальных трансформаций и кризисов у значительной части населения срабатывает психологиче-

ская защита в виде различных компенсаторных реакций (алкоголизация, сексуальная раскрепощенность, наркотизация, проявление агрессии к обществу, в том числе в виде совершения антиобщественных поступков и преступлений и т.д.).

В качестве одного из маркеров социальной напряженности населения средней полосы России может служить суицидальная статистика. Уровень самоубийств среди жителей Владимирской области составляет 55,4 на 100 тысяч населения.

Одним из проявлений социальной напряженности является также массовое снижение иммунного барьера у населения к инфекциям, что ведет к росту туберкулеза и венерических заболеваний.

В последние годы в странах Восточной Европы, СНГ коэффициенты регистрации новых случаев заболеваний туберкулезом, смертности от этой опасной инфекции резко увеличились, особенно среди возрастных групп производительных возрастов. По данным ВОЗ около 20 миллионов человек в различных странах страдает активным туберкулезом. Ежегодно регистрируется около 8 миллионов новых случаев заболеваний. Более 3 миллионов умирают от данного заболевания. В странах Восточной Европы фиксируется более четверти миллиона новых случаев туберкулеза.

По мнению экспертов ВОЗ, ситуацию, когда уровень заболеваемости туберкулезом среди населения превышает 20 случаев на 100 тысяч населения, следует расценивать как эпидемию. В России этот показатель в 1997 г. составил 73,9. Заболеваемость туберкулезом в России в 1997 г. по сравнению с 1991 г. возросла на 70%, что отбросило страну в этом отношении почти на 20 лет назад.

В качестве распространенных факторов риска в 90-е годы можно назвать влияние на рост заболеваемости интенсивных миграционных процессов, резкое обнищание широких слоев населения, психолого-дезадаптационный дискомфорт, ослабление профилактической и лечебной работы вследствие недофинансирования медицинской сети и т.д.

Автором изучалась заболеваемость туберкулезом спецконтингента учреждений, исполняющих наказания – осужденных, содержащихся на территории Владимирской области. Помимо беспрецедентного роста заболеваемости этой инфекцией, мы отмечаем неблагоприятное влияние пораженности этой группы на

население области в целом. Результаты наших исследований согласуются с мнением ряда других отечественных исследователей²¹.

На фоне неблагополучия с заболеваемостью туберкулезом гражданского населения Владимирской области цифры таковой среди спецконтингента СИЗО тюрем впечатляют. Так, в этой системе в 1988 г. по области было зарегистрировано больных в 32, а в 1997 г. – в 61 раз больше, чем среди гражданского населения.

Ввиду свертывания производства в колониях и тюрьмах крайне осложнилось обеспечение спецконтингента лекарственными препаратами, в частности противотуберкулезными, из-за отсутствия средств на их приобретение. Резко возросло число больных с запущенными формами туберкулеза. В условиях перелимита пенитенциарных учреждений отмечается рост скученности. Так, на сегодняшний день в исправительных учреждениях области 217 осужденных, страдающих открытой формой туберкулеза, находятся среди здоровых лиц, отбывающих наказание. У администрации этих учреждений нет никакой возможности изолировать этих заразных больных. Это ведет к быстрому распространению инфекции. Нарастает число инфицированных лиц среди личного состава и обслуживающего персонала исправительных учреждений. Несомненно, пенитенциарная система на сегодняшний день стала рассадником смертельно опасной инфекции.

Колонии и тюрьмы, специализирующиеся на лечении туберкулезных больных, не в состоянии вместить всех заболевших, направляемых туда из других зон. Кроме того, высока миграция осужденных из мест лишения свободы домой и обратно. За последние 10 лет в стране было 11 амнистий. Каждый раз значительное число освободившихся недолеченных больных возвращалось для проживания по месту жительства, инфицируя гражданское население. Больные из числа спецконтингента, по нашим данным, составляют до 30% всех больных туберкулезом в области.

²¹ Бубочкин Б.П. Особенности эпидемиологической ситуации по туберкулезу в исправительно-трудовых учреждениях// Проблемы туберкулеза. – 1955. – № 3. С. 7–9; Коломиец В.М. Группа риска в контингентах ИТУ: структура и тактика ее наблюдения// Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 4 – С.5–6.

Особой группой риска по заболеваемости являются психически больные, заболеваемость среди них в 5 – 6 раз выше, чем среди осужденных нетуберкулезного профиля.

Тревогу вызывает рост детского и подросткового туберкулеза. Так, во Владимирской ВК в 1998 г. было выявлено 7 подростков, заболевших туберкулезом, а только за 6 месяцев 1999 г. – 16 человек (и это при наполняемости 360 человек).

Своеобразными конденсаторами туберкулезной инфекции являются 2 следственных изолятора области. Заболеваемость за последние годы составила: в 1997 г. – 4098, в 1998 г. – 5478, а только за 9 месяцев 1999 г. – 4924 (из расчета на 100 тысяч населения; смертность соответственно составила: 1,2; 1,5; 4,2).

С 17 октября 1998 г. в области внедряется лечение осужденных по программе DOTS. В Китае и Перу эта методика лечения дала впечатляющие результаты. Однако она предполагает обязательное соблюдение ряда факторов успеха лечения, таких, как, например, витаминизированное высококалорийное белковое питание и т.д.

Однако при недостаточном финансировании противотуберкулезного учреждения ОД 1/СТ-3 за 6 месяцев 1999 г. затраты на питание составили в сутки на осужденного 6 руб. 01 коп., а на медикаменты – 1 руб. 88 коп. В противотуберкулезной колонии ОД-1/8 соответственно: 3 руб. 01 коп. и 00 руб.

Не лучше ситуация и в городских и областных противотуберкулезных лечебных учреждениях. Высокая криминализация контингентов туббольных порождает необходимость выписки из стационаров недолеченных больных в связи с нарушением больничного режима. Сложный социальный состав туберкулезных больных (насыщенность бывшими осужденными и подследственными) нередко приводит к групповым нарушениям дисциплины, угрозам и даже попыткам расправы с медперсоналом и преступлениям.

Руководители лечебных учреждений неоднократно выходили в УВД с предложениями о внедрении в туберкулезных стационарах постов милиции в ночное и вечернее время для охраны медперсонала. Однако этот вопрос остается нерешенным ввиду отсутствия средств на их содержание.

Приводимые выше цифры роста заболеваемости туберкулезом осужденных в учреждениях, исполняющих наказания во Владимирской области, говорят о крайнем неблагополучии органи-

зации борьбы с этой опасной инфекцией. И если уже сегодня не применять радикальных мер борьбы с туберкулезом в одной из центральных областей России, как и в стране в целом, в частности в учреждениях УИС, то ситуация с распространением эпидемии может стать неуправляемой.

Вышеприведенная удручающая картина активного наступления «трусобных болезней», и в первую очередь туберкулеза, на жителей Владимирской области – зеркальное отражение неблагополучия населения страны в целом.

По результатам исследований ЮНЕСКО – ВОЗ динамики уровня жизни и «жизнеспособности народов» в 1994 –1995 гг. коэффициент жизнеспособности народов был определен в 1,4 балла. А балл ниже 1,5 по ЮНЕСКО–ВОЗ означает, что население страны вступило в полосу обезличивания, дебилизации и вымирания.

Выводы

1. Во Владимирской области в течение последнего десятилетия отмечается беспрецедентный рост ведущей, «трусобной» болезни – туберкулеза среди гражданского населения, особенно в системе пенитенциарных учреждений. Если, по мнению экспертов ВОЗ, уровень заболеваемости туберкулезом превышает 20 случаев на 100 тысяч населения, то этот показатель следует расценивать как эпидемию. Вышеобозначенный показатель заболеваемости туберкулезом спецконтингента следственных изоляторов Владимирской области составил за 1998 г. 5478,2.

2. Такие социальные процессы, как преступность и заболеваемость «трусобными» болезнями, имеют аналогичные закономерности своего развития. Эти процессы относительно стационарны в обществе с тоталитарными формами государственного управления и активизируются до непредсказуемых пределов в условиях демократических перемен и социально-экономических потрясений.

3. Лавинообразный рост заболеваемости «трусобными» болезнями, в частности туберкулезом, происходит параллельно с криминализацией общества на фоне социальной незащищенности основной массы населения и низкой культуры отношения к этим

заболеваниям как со стороны разных должностных лиц, самих больных, так и со стороны медицинских работников.

ЧТО ТАКОЕ DOTS? (по материалам Всемирной организации здравоохранения)

Сегодня, впервые со времени открытия в 1944 г. противотуберкулезных препаратов, появилась надежда изменить распространение угрожающей глобальной эпидемии ТБ. Этот прорыв стал возможен благодаря стратегии DOTS (*англ.* **D**irectly²² **O**bserved²³ **T**reatment²⁴, **S**hort-course²⁵, т.е. лечение коротким курсом под непосредственным контролем).

Стратегию DOTS символизирует протянутая рука медицинского работника, предлагающего мощные противотуберкулезные препараты больному и контролирующего прием лекарств пациентом. Благодаря стратегии DOTS у нас теперь появилась реальная возможность предупредить в ближайшие десятилетия до 50 миллионов смертей от туберкулеза. Впервые у нас имеется мощное оружие для победы над ТБ как в богатых, так и в бедных странах.

Стратегия DOTS имеет неоспоримые преимущества. Никакая другая стратегия борьбы с ТБ не является такой же эффективной и реальной, как DOTS. Благодаря ее достоинствам эту стратегию начинают применять многие страны. Ниже перечислены десять основных причин широкого использования стратегии DOTS:

²² Главным приоритетом каждой программы борьбы с ТБ является прямое (*англ.* – **direct**) использование имеющихся ресурсов для выявления больных с заразными формами ТБ, чтобы добиться их излечения.

²³ Медицинские работники или обученные добровольцы должны контролировать (*англ.* – **observe**) прием больными каждой дозы лекарств.

²⁴ Больные туберкулезом должны быть обеспечены полным курсом терапии (*англ.* – **treatment**) и последующим мониторингом для подтверждения их излечения.

²⁵ Правильные сочетания и дозы противотуберкулезных препаратов – химиотерапия коротким курсом (*англ.* – **short-course chemotherapy**) – должны применяться в течение соответствующего периода.

1. **Излечивает больного.** Никакая другая стратегия борьбы с ТБ не давала стабильно таких высоких показателей излечения больных. DOTS позволяет добиться выздоровления в 95% случаев даже в самых бедных странах. Программы борьбы с ТБ, не использующие DOTS, позволяют вылечить только 40% таких больных.
2. **Предупреждает новые заболевания.** Стратегия DOTS, благодаря излечению заразного больного, ликвидирует источник инфекции. Когда больной с заразной формой ТБ выздоравливает, он больше не передает болезнетворные бактерии другим людям. Если же больной ТБ остается невылеченным, каждый год он может заражать в среднем 10 – 15 друзей, членов семьи, товарищей по работе и т.д.
3. **Останавливает распространение резистентных форм ТБ.** Лечение, получаемое больным при использовании стратегии DOTS, практически полностью исключает возможность развития неизлечимых и смертельных форм ТБ. При других методах лечения вполне вероятно появление полирезистентных форм ТБ, поэтому такие методы могут принести больше вреда, чем пользы.
4. **Экономически оправдана.** Стоимость лекарств для шестимесячного курса лечения одного больного по стратегии DOTS составляет в некоторых странах всего 11 долларов США и лишь в редких случаях превышает 40 долларов. Это дешевле стоимости нескольких упаковок аспирина. Всемирный банк характеризует стратегию DOTS как одно из «наиболее экономически эффективных медицинских мероприятий». Стоимость лечения больных с заразными формами ТБ составляет всего лишь от 1 до 5 долларов США в расчете на каждый последующий год здоровой жизни. Даже если затраты на лечение увеличить в 50 раз, стратегия DOTS все равно будет экономически оправдана.
5. **Осуществляется в общине.** Для выполнения стратегии DOTS не нужны ни госпитализация больного, ни какие-либо дорогостоящие методы или препараты; не требуется создавать новые медицинские структуры. Напротив, уже существующие учреждения могут очень легко использовать стратегию DOTS, которую осуществляют медицинские работники и подготовленные добровольцы. Можно применять эту стратегию в рамках имеющихся учреждений для оказания первичной медицинской помощи, программ борьбы со СПИДом или при выполнении других медицинских программ.
6. **Увеличивает продолжительность жизни больных СПИДом.** Было показано, что стратегия DOTS увеличивает продолжительность жизни больных ТБ с сопутствующей ВИЧ-инфекцией в такой же степени, как и самые современные ингибиторы протеазы. В то же время стоимость лекарств для лечения по принципам DOTS составляет лишь сотую часть стоимости ингибиторов протеазы.
7. **Сохраняет рабочую силу.** Около 80% больных ТБ с жалобами на кашель и лихорадку приходится на самый трудоспособный возраст. Рабочий потенциал этих больных равен потенциалу всех служащих компаний «Кока-Кола», «Дженерал Моторс», «Майкрософт», «Филипс», «Фиат», «Сони», «Самсунг» и ряда других крупнейших мировых компаний вместе взятых. Если стратегия DOTS не будет использоваться, это приведет к дальнейшему росту трудовых потерь и может способствовать обнищанию семей больных или их существованию только на социальные пособия.
8. **Защищает путешественников.** Нет никакого другого способа защитить от ТБ около 500 миллионов путешественников и тех людей, с кем они будут контактировать после возвращения домой. Единственная эффективная защита – это более широкое применение стратегии DOTS и уменьшение числа больных с заразными формами ТБ во всем мире.
9. **Стимулирует экономику.** Стратегия DOTS обеспечивает максимально быстрое возмещение затрат в развивающихся странах. Исследования в Индии и Таиланде показали, что даже небольшие инвестиции в осуществление этой стратегии позволяют этим странам сэкономить миллионы долларов.
10. **Доказанная эффективность.** Первоначальные варианты стратегии DOTS были впервые реализованы Международным союзом борьбы с ТБ и болезнями легких более десяти лет назад. Стратегия DOTS была успешно использована в различных условиях в Танзании, Гвинее, Китае, Бангладеш, Нью-Йорке и Перу. В настоящее время уже почти 70 стран применяют стратегию DOTS и получают хорошие результаты. В 1997 г. эта стратегия была использована для лечения около одного миллиона больных ТБ.

Пять элементов стратегии DOTS

Успех реализации стратегии DOTS зависит от пяти ключевых элементов. При отсутствии любого из этих элементов мы упустим шанс стабильно добиваться излечения больных ТБ.

Стратегия DOTS позволяет добиваться успеха по одной простой причине. Эта стратегия возлагает ответственность за положительный результат не на больного, а на медицинскую систему. Это имеет существенное значение, так как многие больные чувствуют себя значительно лучше уже через несколько недель после начала лечения и поэтому нередко прекращают прием назначенных им лекарств. Однако организм больного сможет освободиться от туберкулезных бактерий только через несколько месяцев. При использовании стратегии DOTS медицинские учреждения должны обеспечить контроль за приемом больным всех назначенных ему препаратов и осуществлять мониторинг изменений состояния пациента, чтобы подтвердить исчезновение туберкулезных бактерий и излечение больного.

1. **Микроскопы** для подтверждения наличия или отсутствия МБТ. Необходимо направить ресурсы прежде всего на выявление больных с БК+ в мазке для их лечения, так как именно эти люди являются источником инфекции. Пока не будет достигнут высокий показатель излечения, программа борьбы с ТБ не должна активно выявлять других больных ТБ, так как это приводит к отвлечению средств от их использования для лечения наиболее пораженных людей, распространяющих инфекцию.
2. **Наблюдатели**, которые контролируют прием лекарств больными. Контроль особенно важен в первые два месяца лечения, когда больной находится в наиболее тяжелом состоянии, существует риск развития лекарственной устойчивости и сохраняется угроза передачи инфекции другим людям. Больных, которые не явились на очередной прием к медработнику, следует немедленно разыскать и помочь им возобновить лечение. Следует проявлять больше гибкости при осуществлении контроля, чтобы наблюдатели контактировали с больными и отчитывались перед медицинскими учреждениями.
3. **Журналы регистрации** как часть системы, документирующей прогресс в лечении больных. Есть два способа для подтверждения успеха терапии. Во-первых, при лечении больно-

го с заразной формой ТБ нужно исследовать мокроту через два месяца после начала терапии и еще раз в конце курса лечения, чтобы убедиться в том, что больной прекратил выделять МБТ. Во-вторых, нужна система регистрации и отчетности для осуществления мониторинга эффективности лечения и выздоровления каждого больного. Путем анализа результатов, полученных в каждой группе больных, эта система позволяет органам здравоохранения быстро обнаружить те районы и популяции, где не удается достичь излечения 85% больных, и провести там дополнительные мероприятия и обучение персонала.

4. **Лекарства.** Необходимо всегда иметь в наличии нужные лекарства. Эти препараты представляют собой «коктейль», смертельный для МБТ. В их число входят изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин и этамбутол, а принимают их обычно в течение 6 или 8 месяцев, в соответствии с рекомендациями ВОЗ по лечению ТБ. Важная часть стратегии DOTS – хорошая организация обеспечения противотуберкулезными препаратами в рамках имеющихся медицинских учреждений, что гарантирует бесперебойность лечения больных.
5. **Финансирование** и гласность нужны для поддержки стратегии DOTS. Правительства и неправительственные организации должны быть обеспечены финансами для проведения долгосрочных программ борьбы с ТБ, чтобы все больные имели возможность получать бесплатное лечение. Борьба с ТБ должна быть интегрирована в существующую систему здравоохранения и проводиться под руководством центрального противотуберкулезного учреждения. При хорошей подготовке национальная программа борьбы с ТБ должна иметь руководство по выполнению программы, планы обучения медработников на местах, план контроля за выполнением программы и перспективные планы.

Эпидемия ТБ должна быть остановлена

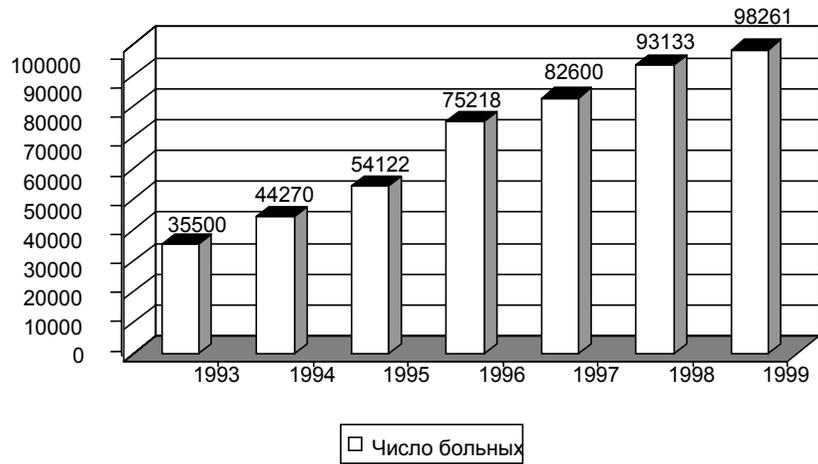
- В последующие 10 лет от ТБ могут умереть 30 миллионов человек.
 - ТБ – ведущая причина смертельных исходов от инфекций у молодых людей и взрослых.
 - Треть населения земного шара инфицированы туберкулезными бактериями.
 - Каждую секунду в мире один человек заражается ТБ.
 - В 1997 г. 8 миллионов человек заболели ТБ.
 - Может случиться так, что около 50 миллионов человек будут болеть лекарственно-резистентными формами ТБ.
 - ТБ – ведущая причина смерти женщин.
 - Из-за ТБ на нашей планете появляется больше сирот, чем из-за какой-либо другой инфекции.
 - ТБ – самый главный убийца больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом.
 - Каждая страна может испытать на себе негативные последствия плохого лечения больных ТБ в других странах.
- Все эти цифры основаны на информации, полученной ВОЗ из многих стран, и на экспертных оценках специалистов ВОЗ.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

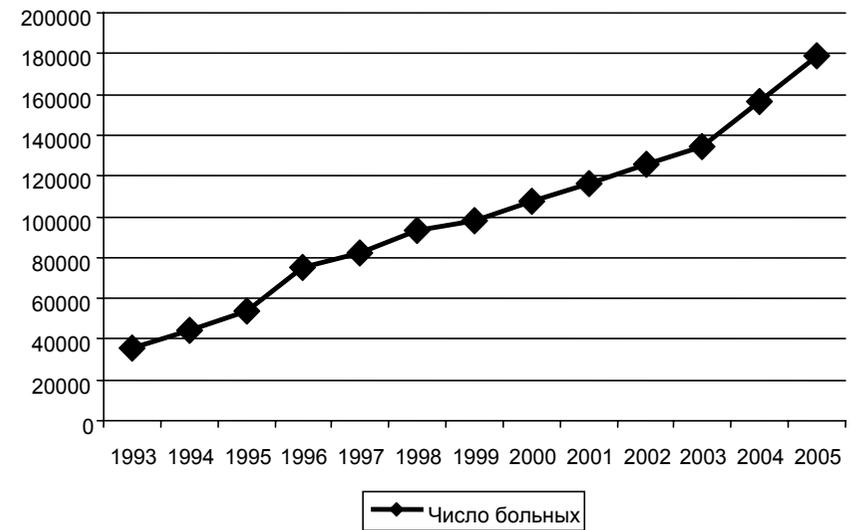
Численность заключенных в России (по годам)



Рост количества заключенных, больных активным туберкулезом, в учреждениях УИС (по годам)

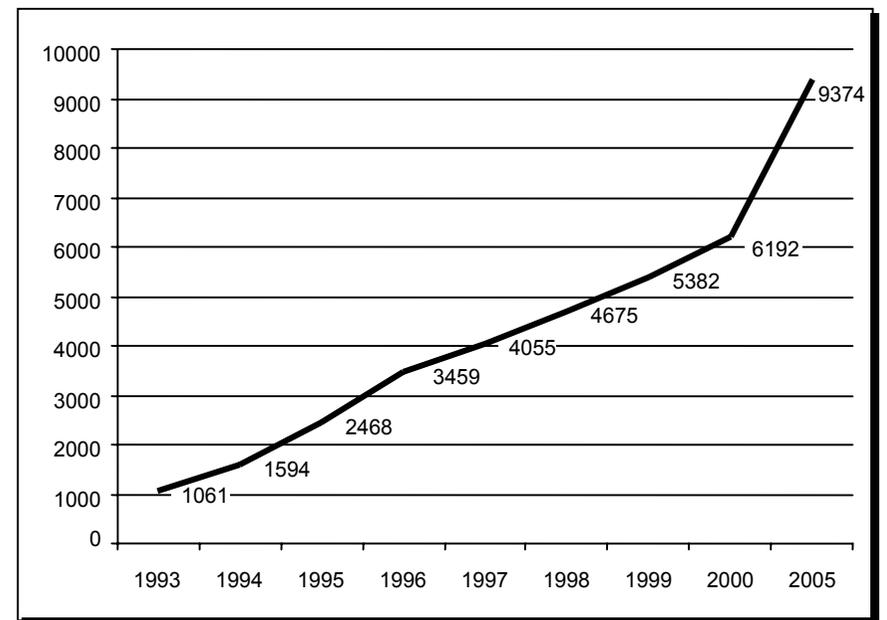


Прогноз роста количества заключенных, больных активным туберкулезом (при сохранении общей численности заключенных в 1 миллион человек)

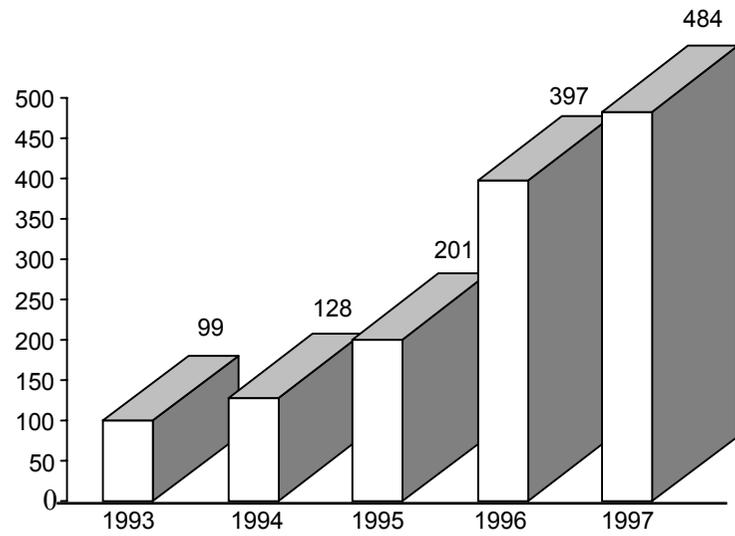


Количество впервые выявленных заключенных,
больных активным ТБ на 100 тысяч человек (по годам)

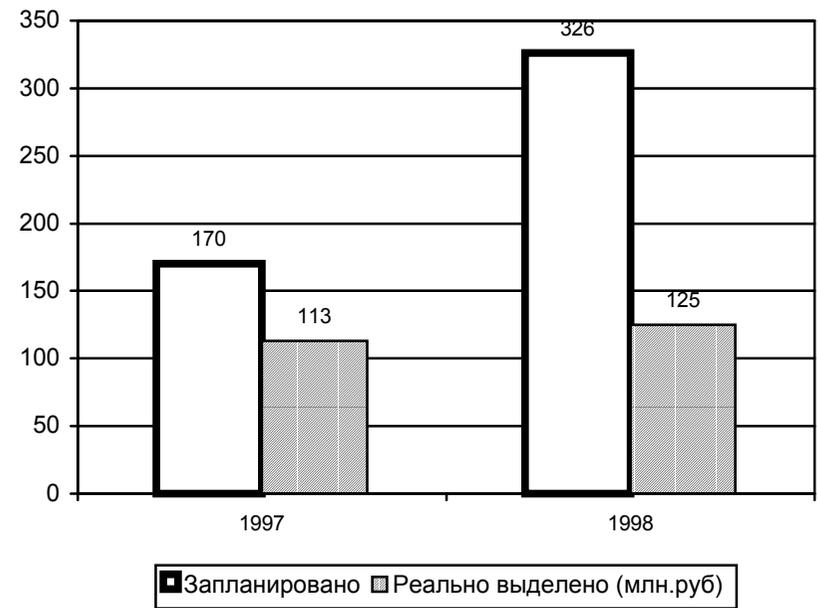
Прогноз количества впервые выявленных больных активным ТБ
среди заключенных



Динамика смертности от ТБ среди заключенных на 100 тысяч человек

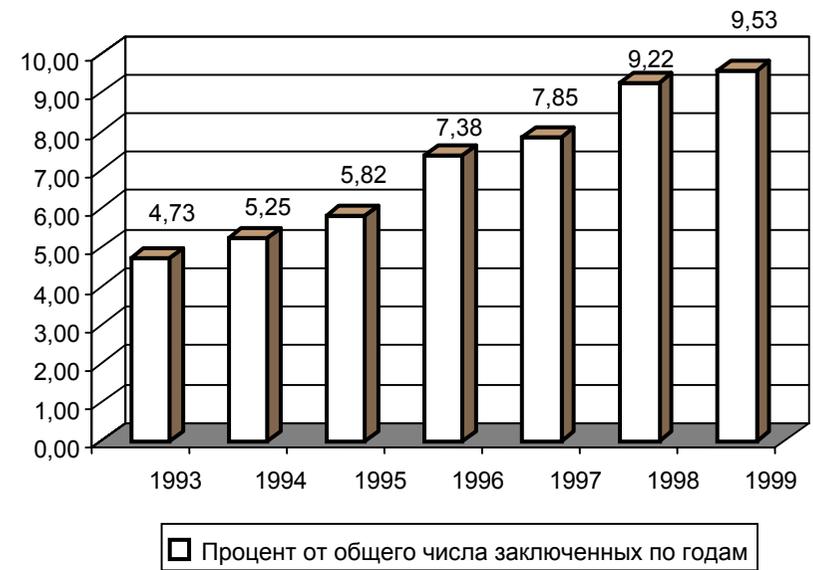


Финансирование медслужбы УИС



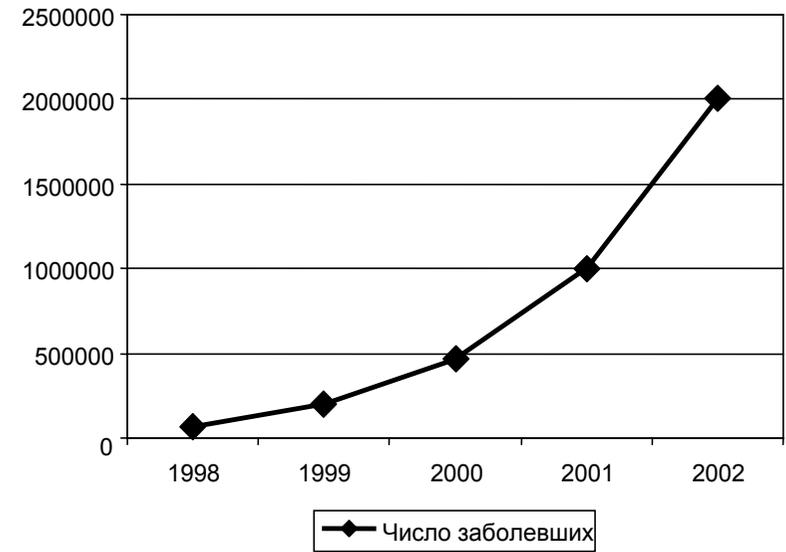
Доля умерших заключенных от общего числа больных активным ТБ
(по годам)

Рост доли больных активным ТБ в процентах среди общего числа
заключенных (по годам)



Динамика числа заключенных, больных ТБ, с диагнозом установленным посмертно (по годам)

Прогноз заболеваемости, индуцированной освобожденными из заключения больными ТБ



Приложение 2

**НОРМЫ ПИТАНИЯ,
УСТАНОВЛЕННЫЕ ДЛЯ ОСУЖДЕННЫХ**

Нормы питания установлены следующими нормативно-правовыми актами:

- приложения 1, 2 к Постановлению Правительства РФ №935 от 1.12.92;
- приложения 1, 2 к Постановлению Правительства РФ №1072 от 20.09.94;
- Постановление Правительства РФ № 833 от 8.07.97;
- приказ МВД РФ № 302 от 15.05.98.

	Нормы питания (суточный вес в граммах)							
	Мини-мальная норма	3	4	5	7			Сухой паек
					А	Б	В	
Хлеб разный	650	550	500	350	500	450	500	500
Крупа разная	120	100	80	75	70	70	70	
Макаронные изделия	20	20	20		20	30	20	
Мясо	80	100	40	105	100	150	125	
Рыба	100	100	100	110	100	100	100	
Жиры разные	30	30	20		15	10	10	
Масло растительное	20	15	15	18	20	20	20	
Сахар	30	30	20	75	40	45	60	30
Чай	1	1	0,3	0,2	1	1	1	1

	Нормы питания (суточный вес в граммах)							
					7			
					А	Б	В	
Соль	20	20	20	8	10	10	10	10
Картофель	550	500	600	400	450	450	450	
Овощи	250	250	300	470	300	350	350	
Фрукты свежие				250				
Соки				200				
Фрукты сушеные				15	15	15	15	
Кондитерские изделия				25				
Птица				70				
Колбасные изделия				25				
Молоко, кисломолочные продукты				550	250	500	500	
Творог				70		50	50	
Сметана				10				
Сыр				12				
Масло коровье				50	20	40	40	
Яйцо (шт.)				1		0,5	1	
Консервы мясорастительные								700
или рыбные								500
или рыбо-растительные								500

Примечание: в норме 5 (для несовершеннолетних) крупы и макаронные изделия объединены и составляют 75 г в сутки на человека.

Минимальная норма питания. По этой норме обеспечиваются:

- осужденные, содержащиеся в ИК всех видов, довольствие которых не предусмотрено другими нормами;
- осужденные, оставленные в СИЗО, тюрьмах и больницах для выполнения работ по хозяйственному обслуживанию;
- осужденные при перемещении (этапировании) к месту отбывания наказания под конвоем (сроком свыше трех суток);
- осужденные, содержащиеся в одиночных камерах по их просьбе и в иных случаях при возникновении угрозы их личной безопасности.

Осужденные, занятые на тяжелых работах и работах с вредными условиями труда, дополнительно получают (в сутки):

- хлеб разный – 100 г;
- мука пшеничная – 15 г;
- крупа разная – 20 г;
- макаронные изделия – 20 г;
- мясо – 40 г;
- рыба – 20 г;
- жиры разные, маргарин – 15 г;
- сахар – 5 г;
- чай – 0,2 г;
- картофель – 50 г;
- овощи – 50 г.

Норма 3. По данной норме обеспечиваются лица, находящиеся в СИЗО, ИВС, приемниках-распределителях, арестованные, ожидающие рассмотрения кассационных жалоб и вступления приговора в законную силу.

Несовершеннолетним, содержащимся в СИЗО, дополнительно выдается на одного человека в сутки: масла коровьего – 15 г, сахара – 10 г.

Норма 4. По данной норме обеспечиваются неработающие осужденные, водворенные в СИЗО, переведенные в ПКТ, ЕПКТ или одиночную камеру. С учетом медицинского заключения питание этих осужденных может осуществляться по минимальной норме или по норме № 7.

Норма 5. По данной норме обеспечиваются несовершеннолетние осужденные, содержащиеся в ВК, в том числе водворенные в ДИЗО. Несовершеннолетние, находящиеся в оздоровительных группах и на стационарном лечении в лечебно-профилактических учреждениях, также обеспечиваются питанием по этой норме.

Норма 7А. По данной норме питанием вне зависимости от места содержания обеспечиваются:

- больные общими заболеваниями, находящиеся на стационарном лечении;
- больные, содержащиеся по заключению врача в камерах для хронических больных и палатах-изоляторах;
- больные при перемещении к месту отбывания наказания под конвоем;
- больные, освобожденные от отбывания наказания в виде лишения свободы (до дня отъезда).

Норма 7Б. По данной норме питанием вне зависимости от места содержания обеспечиваются:

- больные туберкулезом I – III ГДУ;
- ВИЧ-инфекцией на всех стадиях заболевания;
- язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка (в период обострения болезни);
- злокачественными новообразованиями;
- дистрофией;
- авитаминозам;
- анемией;
- лица, наблюдающиеся по поводу туберкулеза V – VII ГДУ в период проведения противорецидивного лечения;
- больные туберкулезом (ВК-), переведенные на III ГДУ, – в течение одного года, далее – в периоды проведения противотуберкулезного лечения;
- больные туберкулезом (ВК+), переведенные на III ГДУ, – в течение двух лет, далее – в периоды проведения противотуберкулезного лечения;
- больные туберкулезом, перенесшие операцию на легких, переведенные на III ГДУ, – в течение двух лет, далее – в периоды проведения противотуберкулезного лечения.

Норма 7В. По данной норме обеспечиваются беременные женщины, кормящие матери и кормилицы, содержащиеся в СИЗО и ИУ.

Сухой паек. По данной норме обеспечиваются:

– осужденные к лишению свободы при конвоировании в ИУ и СИЗО;

– подозреваемые и обвиняемые в совершении преступлений при конвоировании в ИУ и СИЗО;

– осужденные, освобожденные от лишения свободы, при следовании к месту жительства;

– подозреваемые и обвиняемые в совершении преступлений, освобожденные из-под стражи, при следовании к месту жительства.

Освобождаемым лицам взамен сухого пайка могут выдаваться деньги в сумме, исчисляемой от средней стоимости минимальной нормы питания осужденных или нормы питания подозреваемых и обвиняемых за предшествующий освобождению месяц.

Примечания:

1. Работающим осужденным, имеющим рост 190 см и выше, при условии выполнения ими норм выработки и соблюдения ими Правил внутреннего распорядка, по заключению врача и по усмотрению администрации разрешается выдавать дополнительно к норме половину пайка с удержанием стоимости этих продуктов на общих основаниях.

2. За время нахождения осужденных в комнатах длительных свиданий (без посещения столовой), а также в отпусках с выездом за пределы учреждений продукты для них не выписываются, а стоимость питания за этот период с их лицевых счетов не удерживается.

3. В период с 15 апреля по 15 июня в рацион питания осужденных вводится витаминный препарат «Гексавит» для предупреждения витаминной недостаточности. Стоимость его удерживается на общих основаниях.

4. Осужденным, занятым на работах, отнесенных к работам с вредными и особо вредными условиями труда, бесплатно выдается в дни работы сверх нормы питания 500 г молока или лечебно-профилактическое питание.

5. Осужденные (в том числе воспитанники ВК), не имеющие заработка в течение месяца и более, а также размещенные в карантинных помещениях, обеспечиваются бесплатно:

а) мылом из расчета 100 г на месяц;

б) зубной пастой или порошком из расчета 30 г на месяц;

в) зубной щеткой из расчета 1 штука на 6 месяцев.

6. В настоящее время осужденным, находящимся в обычных и облегченных условиях содержания, разрешается сверх установленных норм дополнительно получать 6 посылок (передач, бандеролей) в год. Подозреваемым и обвиняемым разрешается получать передачи весом до 40 кг в месяц²⁶.

7. Всем категориям осужденных, независимо от вида режима ИУ и условий отбывания, разрешается дополнительное расходование на приобретение продуктов питания и предметов первой необходимости денег, имеющихся на их лицевых счетах, помимо заработанных, в сумме, равной установленному законом минимальному размеру месячной оплаты труда²⁷.

²⁶ Указание МЮ РФ, согласованное с Генеральной прокуратурой РФ, № 6849-ЮК от 15.10.98.

²⁷ Указание МЮ РФ, согласованное с Генеральной прокуратурой РФ, № 6849-ЮК от 15.10.98.

Приложение 3

**НОРМЫ СНАБЖЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОСУЖДЕННЫХ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ
В ЛПУ ИЛИ ЛИУ**

Данные нормы установлены Приложением 1 к приказу МВД РФ № 448 от 18.07.97 г.

Наименование предметов	Кол-во на 1 человека	Срок эксплуатации
Белье нательное х/б ²⁸	2 компл.	1 год
Халат х/б	1 шт.	
Носки х/б для мужчин или чулки х/б для женщин	2 пары	
Одеяло полушерстяное	1 шт.	3 года
Матрац ватный	1 шт.	3 года
Подушка ватная	1 шт.	3 года
Простыни ²⁹	3 шт.	1 год
Наволочки подушечные верхние	2 шт.	3 года
Полотенца ³⁰	3 шт.	1 год
Туфли госпитальные	1 пара	1 год

²⁸ Для заключенных-женщин выдаются сорочки нательные и панталоны х/б – 2 шт. на 1 год.

²⁹ Для туберкулезных, кожных и послеоперационных больных выдаются четыре простыни на 1 год.

³⁰ Заключенным-женщинам выдаются дополнительно полотенца гигиенические – 2 шт. на 1 год.