

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); **Полозюк В.Л.** (заместитель начальника Управления воспитательной работы с осужденными ГУИН МЮ РФ, полковник в.сл.); **Кудиненко В.А.** (кандидат психологических наук, полковник запаса); **Чуб А.В.** (кандидат юридических наук, полковник юстиции); **Дебольский М.Г.** (кандидат психологических наук, начальник отдела психологической службы ГУИН МЮ РФ, полковник в.сл.).

**Издание осуществлено общественной организацией «Новый Дом»,
совместно с ГУИН Минюста России
и при поддержке Европейской комиссии в рамках
Европейской инициативы в области демократии и прав человека.**

М 41 **Медицина** в пенитенциарной системе России (сборник) – М.: «Права человека», 2001. – 252 с.

В сборнике, предназначенном в первую очередь для медицинских работников пенитенциарных учреждений России, рассматриваются вопросы лечения и профилактики заключенных. Особое внимание, в связи с его особенно широкой распространенностью, в сборнике уделено туберкулезу.

ББК 67.00

Только для бесплатного распространения.

ISBN 5-7712-0196-0

© Художественное оформление,
издательство «Права человека», 2001

Основные принципы обращения с заключенными.	6
Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.	9
Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. (Извлечение)	11
Европейские пенитенциарные правила. (Извлечение)	13
<i>Е. Хромова.</i> Туберкулез.....	21
Что такое DOT S? (Материалы Всемирной организации здравоохранения).....	29
<i>Н.З. Яговдик.</i> Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД)	35
<i>В.Г. Бородуллин.</i> Об итогах работы в 2000 году по организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Минюста России	54
<i>С.В. Сидорова, С.Г. Сафонова.</i> Проблемы пенитенциарной медицины в уголовно-исполнительной системе России.....	63
<i>В.М. Коломиец, А.П. Захаров, В.Г. Пукинский.</i> Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в УИН Минюста России по Курской области в 1999 и в 2000 годах	68
<i>А.А. Баркалов, С.С. Пахомов, Д.А. Кудинов, Е.В. Аносова.</i> О противоправных действиях больных с психическими и поведенческими расстройствами.....	79
<i>Л.Н. Волина.</i> Роль психотерапии в процессе лечения осужденных, больных туберкулезом легких	82

<i>Чурин А.К., Немиров В.В., Перевозчиков В.В.</i> Комплексная программа по профилактике социально значимых заболеваний в местах лишения свободы Нижегородской области	87
<i>С.П. Мишустин, Е.Г. Андреев, А.В. Бурнашов, А.А. Сальников, А.В. Дудко, Н.М. Коростелев, А.А. Трусов, С. Перкинс, Г.Г. Перемитин.</i> Опыт межведомственной интеграции противотуберкулезных служб Томской области на основе DOT-Strategy.....	97
<i>А. Исаков, С. Мишустин.</i> О необходимости изменения нормы питания осужденных, больных туберкулезом, получающим лечение противотуберкулезными препаратами 2-го ряда (DOTS-Plus)	101
<i>О. Ярош, Н. Ярош, О. Косторной, А. Барнашев, С. Мишустин, Е. Андреев, А. Пасечников, В. Семке.</i> Психические расстройства, возникающие у больных с мультирезистентным туберкулезом легких, проходящих лечение по программе DOT S-Plus в пенитенциарной системе Томской области.....	107
<i>С.В. Малыхин, В.М. Алябьев, В.В. Крюков.</i> Особенности хирургического лечения туберкулеза легких малоинвазивными методами в условиях хирургического отделения ОБ УИН Минюста России по Курской области	112
<i>Л.Н. Кашина.</i> Психологическое сопровождение осужденных, страдающих туберкулезом легких	116

Приложения:

1. Методические указания по диагностике туберкулеза методом прямой микроскопии мазков мокроты, окрашенных по Циль-Нельсену	120
2. Инструкция о порядке освидетельствования подозреваемых, обвиняемых и осужденных в учреждениях медико-социальной экспертизы.....	133
3. Положение о признании лица инвалидом	137

4. Наркомания в России: угроза нации. Аналитический доклад	144
5. ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»	169
6. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 мая 1998 г. № 9 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами».....	193
7. ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»	205
8. Приказ Минюста России от 4 мая 2001 г. № 136 «Об объявлении норм питания осужденных к лишению свободы, а также лиц, находящихся в следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации».....	217

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБРАЩЕНИЯ С ЗАКЛЮЧЕННЫМИ

Генеральная Ассамблея,

принимая во внимание давнее стремление Организации Объединенных Наций к гуманизации уголовного правосудия и защите прав человека,

принимая также во внимание, что правильная политика предупреждения преступности и борьбы с ней имеет важное значение для успешного планирования экономического и социального развития,

признавая, что минимальные стандартные правила, касающиеся обращения с заключенными, принятые первым Конгрессом Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, имеют огромное значение и оказывают большое влияние на развитие уголовной политики и практики,

учитывая выраженную на предыдущих конгрессах озабоченность в связи с различного рода препятствиями, которые мешают полному осуществлению этих правил,

признавая, что полному осуществлению этих правил будет способствовать применение определяющих их основных принципов,

ссылаясь на резолюцию 10 о статусе заключенных и резолюцию 17 о правах человека заключенных, принятые седьмым Конгрессом Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями,

ссылаясь также на заявление, представленное на десятой сессии Комитета по предупреждению преступности и борьбе с ней Международной ассоциацией помощи заключенным, Международной конфедерацией католических благотворительных организаций, Комиссией церкви по международным вопросам Всемирного совета церквей, Международной ассоциацией работников просвещения за мир во всем мире, Международным советом по обучению взрослых, Международной федерацией прав человека, Международным союзом студентов, Всемирным альянсом молодых христиан и Всемирным советом коренных народностей, которые являются неправительственными организациями, имеющими консультативный статус категории II при Экономическом и Социальном Совете,

ссылаясь далее на соответствующие рекомендации, содержащиеся в докладе Межрегионального подготовительного совещания для восьмого Конгресса по политике в области уголовного правосудия в связи с проблемами тюремного заключения, осуществлением других правовых санкций и альтернативных мер,

признавая, что проведение восьмого Конгресса Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями совпадает с Международным годом грамотности, провозглашенным Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 42/104 от 7 декабря 1987 года,

желая отразить перспективу, отмеченную седьмым Конгрессом, а именно то, что функция системы уголовного правосудия заключается в содействии защите основных ценностей и норм общества,

признавая целесообразность разработки декларации по правам человека заключенных,

подтверждает основные принципы обращения с заключенными, содержащиеся в Приложении к настоящей резолюции, и просит Генерального секретаря Организации Объединенных Наций довести их до сведения государств-членов.

Приложение

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБРАЩЕНИЯ С ЗАКЛЮЧЕННЫМИ

1. Все заключенные пользуются уважительным отношением ввиду присущего им достоинства и их значимости как людей.

2. Не допускается никакой дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или других убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или по другому признаку.

3. Желательно также уважать религиозные убеждения и культурные традиции той группы, к которой принадлежат заключенные, во всех случаях, когда этого требуют местные условия.

4. Тюрьмы несут ответственность за содержание заключенных и защиту общества от правонарушений в соответствии с другими социальными целями какого-либо государства и его основополагающими обязанностями по содействию благосостоянию и развитию всех членов общества.

5. За исключением тех ограничений, необходимость которых явно обусловлена фактом заключения в тюрьму, все заключенные пользуются правами человека и фундаментальными свободами,

изложенными во Всеобщей декларации прав человека (Резолюция 217 А (III) Генеральной Ассамблеи), Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и Факультативном протоколе к нему (Резолюция 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи, Приложение), а также такими другими правами, которые изложены в других пактах Организации Объединенных Наций.

6. Все заключенные имеют право участвовать в культурной и образовательной деятельности, направленной на всестороннее развитие человеческой личности.

7. Следует прилагать и поощрять усилия по отмене одиночного содержания в качестве наказания или по ограничению его применения.

8. Необходимо создавать условия, дающие заключенным возможность заниматься полезным вознаграждаемым трудом, что облегчит их реинтеграцию на рынке рабочей силы их стран и обяжет их оказывать финансовую помощь своим семьям и родственникам.

9. Заключенные пользуются медицинским обслуживанием, имеющимся в данной стране, без дискриминации в связи с их юридическим положением.

10. С участием и при содействии общественности и социальных институтов и с должным учетом интересов потерпевших создаются благоприятные условия для реинтеграции бывших заключенных в общество в наиболее благоприятных условиях.

11. Изложенные выше принципы применяются беспристрастно.

Резолюция 45-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН 45/111 принята без голосования 14 декабря 1990 г.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К РОЛИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕЙ, В ЗАЩИТЕ ЗАКЛЮЧЕННЫХ ИЛИ ЗАДЕРЖАННЫХ ЛИЦ ОТ ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ¹

Принцип 1

Работники здравоохранения, в особенности врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание заключенных или задержанных лиц, обязаны охранять их физическое и психическое здоровье и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Принцип 2

Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление, в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их.

Принцип 3

Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они вовлечены в любые другие профессиональные отношения с заключенными или задержанными лицами, целью которых не является исключительно обследование, охрана или улучшение их физического или психического здоровья.

Принцип 4

Работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают нарушение медицинской этики, если они:

¹ Приняты резолюцией 37/194 Генеральной Ассамблеи от 18 декабря 1982 года

а) применяют свои знания и опыт для содействия проведению допроса заключенных и задержанных лиц таким образом, что это может отрицательно повлиять на физическое или психическое здоровье или состояние таких заключенных или задержанных лиц и не согласуется с соответствующими международными документами;

б) удостоверяют или участвуют в удостоверении того, что состояние здоровья заключенных или задержанных лиц позволяет подвергать их любой форме обращения или наказания, которое может оказать отрицательное воздействие на их физическое или психическое здоровье и которое не согласуется с соответствующими международными документами, или в любой другой форме участвуют в применении любого такого обращения или наказания, которое не согласуется с соответствующими международными документами.

Принцип 5

Участие работников здравоохранения, в особенности врачей, в любой процедуре смиренного характера в отношении заключенного или задержанного лица является нарушением медицинской этики, если только оно не продиктовано сугубо медицинскими критериями как необходимое для охраны физического или психического здоровья или безопасности самого заключенного или задержанного лица, других заключенных или задержанных лиц или персонала охраны и не создает угрозы его физическому или психическому здоровью.

Принцип 6

Не может быть никаких отклонений от вышеизложенных принципов ни на каких основаниях, включая чрезвычайное положение.

СВОД ПРИНЦИПОВ ЗАЩИТЫ ВСЕХ ЛИЦ, ПОДВЕРГАЕМЫХ ЗАДЕРЖАНИЮ ИЛИ ЗАКЛЮЧЕНИЮ В КАКОЙ БЫ ТО НИ БЫЛО ФОРМЕ² (ИЗВЛЕЧЕНИЕ)

Принцип 24

Задержанному или находящемуся в заключении лицу предоставляется возможность пройти надлежащее медицинское обследование в возможно кратчайшие сроки после его прибытия в место задержания или заключения; впоследствии ему предоставляется медицинское обслуживание и лечение всякий раз, когда в этом возникает необходимость. Обслуживание и лечение предоставляются бесплатно.

МИНИМАЛЬНЫЕ СТАНДАРТНЫЕ ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ЗАКЛЮЧЕННЫМИ

*Приняты на первом Конгрессе
Организации Объединенных Наций
по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями,
состоявшемся в Женеве в 1955 году,
и одобрены Экономическим и Социальным Советом
в его резолюциях
663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года
и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года*

(извлечение)

Медицинское обслуживание

22. 1) Все заведения должны иметь в своем распоряжении по крайней мере одного квалифицированного работника, имеющего познания в области психиатрии. Медицинское обслуживание следует организовывать в тесной связи с местными или государственными органами здравоохранения. Оно должно охватывать психиатрические диагностические службы и там, где это необходимо, лечение психически ненормальных заключенных.

² Утвержден резолюцией 43/173 Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1988 года.

2) Больных заключенных, нуждающихся в услугах специалиста, следует переводить в особые заведения или же в обычные больницы. Тюремные больницы должны располагать оборудованием, установками и лекарствами, необходимыми для должного медицинского ухода за больными и для их лечения, а также достаточно квалифицированным персоналом.

3) Каждый заключенный должен иметь возможность прибегать к услугам квалифицированного зубного врача.

23. 1) Женские заведения должны располагать особыми помещениями для ухода за беременными женщинами и роженицами. Там, где это возможно, следует заботиться о том, чтобы роды происходили не в тюремной, а в обычной больнице. Если же ребенок рождается в тюрьме, то об этом обстоятельстве не следует упоминать в свидетельстве о рождении.

2) Там, где заключенным матерям разрешается оставлять младенцев при себе, нужно предусматривать создание яслей, располагающих квалифицированным персоналом, куда детей следует помещать в периоды, когда они не пользуются заботой матери.

24. Каждого заключенного следует подвергать медицинскому осмотру при его принятии и затем по мере надобности, с тем чтобы устанавливать, не болен ли он физически или умственно, принимать необходимые меры; изолировать заключенных, о которых можно предположить, что они страдают какой-либо инфекционной или заразной болезнью; выявить физические или умственные недостатки, могущие воспрепятствовать их перевоспитанию, и определить, какова их физическая способность к труду.

25. 1) О физическом и психическом здоровье заключенных обязан заботиться врач, который должен ежедневно принимать или посещать всех больных, всех тех, кто жалуется на болезнь, а также всех тех, на кого было обращено его особое внимание.

2) Всякий раз, когда врач считает, что физическое или умственное равновесие заключенного было нарушено или грозит быть нарушенным в результате его заключения или в связи с какими-нибудь условиями заключения, он докладывает об этом директору.

26. 1) Врач обязан регулярно осуществлять инспекцию и докладывать директору по следующим вопросам:

а) количество, качество, приготовление и условия раздачи пищи;

б) гигиена и чистота заведения и содержащихся в нем лиц;

в) санитария, отопление, освещение и вентиляция в заведении;

г) пригодность и чистота одежды и спальных принадлежностей заключенных;

д) соблюдение правил, касающихся физкультуры и спорта в случаях, когда эта работа не возлагается на специализированный персонал.

2) Директор должен принимать во внимание доклады и советы, направляемые ему врачом в соответствии с правилами 25(2) и 26, и, если он согласен с рекомендациями последнего, немедленно принимать меры по проведению их в жизнь; если же эти рекомендации выходят за рамки его компетенции или если он с ними не согласен, то он должен немедленно представить вышестоящим органам как свой собственный доклад, так и рекомендации врача.

Приложение к Рекомендации № R (87) 3

ЕВРОПЕЙСКИЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫЕ ПРАВИЛА Пересмотренный текст Европейских минимальных стандартных правил обращения с заключенными

(Извлечение)

Медицинское обслуживание

26.1. Каждое пенитенциарное учреждение должно обслуживаться хотя бы одним врачом общей практики. Организация медицинского обслуживания должна осуществляться в тесном контакте с администрацией местной или национальной службы здравоохранения. Оно должно включать психиатрическую службу, обеспечивающую диагностику, и, если необходимо, лечение психических расстройств.

26.2. Заключенные, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи, переводятся в специализированные учреждения или общегражданские больницы. В тех случаях, когда в месте лишения свободы имеется стационар, он должен быть оснащен оборудованием и фармацевтическими средствами, позволяющими обеспечить должную заботу и лечение больным заключенным, а соответствующий персонал должен обладать достаточной профессиональной подготовкой.

26.3. Каждому заключенному предоставляется возможность пользоваться услугами профессионального зубного врача.

27. Заключенные не могут быть подвергнуты никаким опытам, способным нанести им физический или моральный ущерб.

28.1. Принимаются меры, насколько это возможно, чтобы роды происходили в больнице за пределами мест лишения свободы. Однако при отсутствии такой возможности пенитенциарные учреждения должны располагать необходимым персоналом, специальным помещением и оборудованием, необходимыми для принятия родов и послеродового ухода. Если ребенок рождается в тюрьме, в свидетельстве о рождении не делается никакой отметки об этом.

28.2. Если разрешается оставлять новорожденных вместе с матерями в пенитенциарном учреждении, принимаются специальные меры для устройства яслей, располагающих квалифицированным персоналом, где будут находиться грудные дети в течение того времени, когда они не предоставлены заботам их матерей.

29. В максимально короткий срок после приема, а также в дальнейшем по мере необходимости, каждый заключенный обследуется врачом для выявления, в частности, возможного физического или психического заболевания и его лечения с использованием всех необходимых для этого средств; изоляции заключенных, которые могут быть носителями инфекции; установления физических или психических отклонений, способных помешать возвращению заключенных к нормальной жизни после освобождения, а также для определения пригодности каждого из заключенных к труду.

30.1. Надзор за физическим и психическим здоровьем заключенных возлагается на врача, который производит осмотр всех больных заключенных в условиях и с соблюдением периодичности, которые предусматриваются больничными нормами, – также осматривает всех тех, кто заявляет о заболевании или травме, и тех, кто требует особого внимания.

30.2. Врач представляет директору доклад всякий раз, когда находит, что дальнейшее пребывание в заключении или какие-либо условия содержания в заключении нанесли или нанесут ущерб физическому или психическому здоровью заключенного.

31.1. Врач или какой-либо компетентный орган регулярно осуществляют инспекцию и консультируют директора в том, что касается:

а) количества, качества, приготовления и распределения пищи и воды;

б) гигиены и чистоты места лишения свободы и заключенных;

в) состояния систем канализации и водопровода, отопления, освещения и вентиляции;

г) пригодности и чистоты одежды и постельных принадлежностей заключенных.

31.2. Директор рассматривает доклады и рекомендации врача, представляемые ему в соответствии с пунктом 2 статьи 30 и пунктом 1 статьи 31, и, в случае согласия, немедленно принимает необходимые меры для исполнения этих рекомендаций; в случае несогласия или если вопрос не входит в его компетенцию, он немедленно направляет свой собственный доклад и рекомендации врача в вышестоящую инстанцию.

32. Медицинские службы мест лишения свободы прилагают необходимые усилия для выявления и лечения любых физических или психических заболеваний и отклонений от нормы, которые могут помешать заключенному вернуться к нормальной жизни после освобождения. В этих целях заключенному оказывается необходимая медицинская, хирургическая и психиатрическая помощь, включая и ту, которая предоставляется за пределами мест лишения свободы.

Комментарии к Европейским пенитенциарным правилам

(Извлечение)

Медицинское обслуживание

Медицинское обслуживание в пенитенциарных учреждениях должно быть доступно и организовано на уровне, сравнимом по качеству с существующим в обществе. В условиях заключения это приобретает особую важность, со всей очевидностью отражая ту степень гуманности и заботы, которая характерна для самой природы пенитенциарной системы. Профессионализм и эффективность медицинских служб должны поддерживаться на самом высоком уровне посредством отбора при приеме на эту работу, развития и обучения, а также проверок, проводимых представителями администрации, повседневная деятельность которых обычно не касается проблем медицинского обслуживания.

В целях улучшения медицинского обслуживания важно выделять необходимые средства на обучение медицинского персонала работе в клинике и уходу за больными. Главный врач непосредственно отвечает за организацию и осуществление обучения медицинских работников, а также за их повседневную работу в тюремных больницах и клиниках. Необходимо также использо-

вать имеющиеся в обществе возможности по оказанию медицинской помощи, чтобы предоставлять заключенным специализированную помощь и способствовать развитию такого подхода к общим проблемам содержания и исправления заключенных, который предполагает более тесное взаимодействие с внешними организациями.

Медицинские работники мест лишения свободы сталкиваются со сложной и противоречивой проблемой. Они непосредственно отвечают перед местным руководством за должное выполнение своих обязанностей. В то же время они несут прямую ответственность за заключенных, которые являются их пациентами, и за здоровье заключенных в целом. Часто бывает нелегко совместить эти две роли. Кроме того, проблемы медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях находятся в центре противоречивых философских дискуссий по вопросу о природе взаимоотношений между медицинским персоналом, руководством и самими заключенными, являющимися пациентами в условиях, которые считаются принудительными. Такие же противоречия существуют и по вопросу об обязательном и добровольном лечении, а также о праве выбора лечащего врача. Невозможно дать однозначный и приемлемый для всех ответ на все эти сложные вопросы, часто решаемые на уровне эмоции. В каждом обществе и его пенитенциарной системе должны быть найдены свои собственные подходы к решению этих проблем. Однако существует ряд незыблемых принципов, которые необходимо соблюдать. Они состоят в том, что врач и его медперсонал несут главную ответственность за медицинское обслуживание находящихся в их ведении заключенных, что лечение и принятие решений осуществляется на основе профессиональных рекомендаций и исключительно в интересах здоровья и благополучия пациентов. Любое административное решение, отменяющее медицинские предписания или противоречащее мнению врача или медицинских работников, может быть пересмотрено, и о нем необходимо докладывать вышестоящим органам.

26. Данное правило является основополагающим для организации медицинского обслуживания в пенитенциарных учреждениях. Каждая конкретная структура медицинских служб будет зависеть от характера и организации государственной службы здравоохранения, размеров и потребностей конкретного пенитенциарного учреждения. Основным принцип данного правила – совместимость служб общественного здравоохранения и медицинских служб места лишения свободы как с точки зрения использования оборудования, медицинских препаратов и персонала, так и

в отношении возможностей клинического лечения. В рамках этого общего подхода администрация должна периодически изучать проблему и проводить проверки в целях обеспечения качества и эффективности медицинского обслуживания.

27. Понимание сути данного правила, вытекающего из общих принципов настоящих правил и в конечном итоге, из положений Европейской Конвенции по правам человека, не представляет трудностей. Тем более, что запрещение опытов также подкрепляется положениями национальных законодательств. Проблемы могут возникнуть при применении данного правила. Очевидно, что в интересах научных исследований, повышающих эффективность лечения, проведение экспериментов иногда бывает желательным.

Однако данное правило предоставляет защиту от подобных действий, и это правило нельзя нарушать. Опыты над заключенными могут проводиться только в том случае, если на то получено официальное разрешение компетентных органов. Заключенные принимают участие в подобных экспериментах только на добровольной основе, при этом они должны дать согласие в письменном виде и иметь право приостановить свое участие в эксперименте в любой момент, если они этого пожелают. Заключенные никогда не должны выбираться в качестве материала для экспериментирования только в силу удобства ситуации. Тем более нельзя их ставить в такое положение, при котором отказ от участия в эксперименте будет воспринят отрицательно и приведет к потере каких-то привилегий и благосклонного к ним отношения. Более того, администрация должна постоянно контролировать и оценивать проведение экспериментов, чтобы обеспечить сохранение гарантий, предоставляемых данным правилом.

28. Первое требование данного правила в отношении принятия родов за пределами пенитенциарного учреждения обычно не вызывает особых практических проблем и повсеместно выполняется. Если количество женщин, содержащихся в заключении, невелико, желательно, чтобы администрация принимала меры к тому, чтобы принятие родов и послеродовой уход осуществлялись в специализированном медицинском учреждении. Однако вторая часть данного правила устанавливает другое правило медицинского характера, конкретные требования которого будут определяться в каждой конкретной стране в зависимости от конкретной ситуации. По этому вопросу нет и не может быть единого мнения, поскольку длительность совместного пребывания матери и ребенка, как и допустимый возраст ребенка определяются на основании сделанных оценок, имеющегося опыта и существующих

взглядов на проблему. Во многих случаях выбор будет ограничен имеющимися ресурсами. В других определяющим фактором будет состояние здоровья матери и ребенка. Вне зависимости от наличия ресурсов или других соображений главенствующим принципом должна быть забота о настоящем и будущем благосостоянии ребенка и его матери. Какие бы взгляды ни существовали в отношении возраста, при котором необходимо отделить ребенка от матери, и какими бы ни были условия, в которых мать может кормить ребенка, заботиться о нем и устанавливать с ним свои взаимоотношения, необходимо принять срочные меры для осуществления надежного и эффективного контроля за ситуацией. Должен быть организован надлежащий надзор, для чего нужно специально подобрать и обучить персонал. Необходимо разработать, обеспечить и осуществить на более высоком уровне специальные меры медицинского характера.

Чтобы наиболее эффективно управлять ситуацией, необходимо, чтобы правила, которыми руководствуется администрация в подобных случаях, как в отношении матери, так и ребенка были четко изложены и легко понимались. Для этого требуется указание на то, что является недопустимым, оставляя за медицинским персоналом и администрацией право применять гибкий подход к практическому разрешению подобных ситуаций. Предпринимаются все усилия для того, чтобы создать такую обстановку, которая как можно больше приблизилась бы к тем удовлетворительным условиям, в которых находятся мать и ребенок в обычных общегражданских учреждениях, предназначенных для этих целей. Однако медицинское наблюдение и надзор персонала должны быть более строгими, чем те, которые существуют в обычных учреждениях подобного типа. Если позволяют обстоятельства и допускает программа исправительного воздействия, нужно воспользоваться услугами общественных детских учреждений или другими средствами, которые могут принести пользу матери и/или ребенку.

Правило 28, пункт 2 касается только тех ситуаций, когда женщины находятся в заключении вместе со своими детьми. В этих случаях важно помнить о том, что известно из опыта, – постоянное присутствие и забота матери и близкие отношения, устанавливающиеся между матерью и ребенком, особенно в первые месяцы после рождения, чрезвычайно важны для будущего развития и благополучия ребенка. Вплоть до момента расставания, в каком бы возрасте оно ни происходило, в обязанности пенитенциарной администрации входит максимально возможное обеспечение нормального здоровья, роста, социального, эмоционально-

го и интеллектуального развития ребенка и оказание поддержки матери в такой тяжелой для нее ситуации.

29. Административные и медицинские требования, содержащиеся в данном правиле, представляются совершенно правильными и разумными. В основном они выполняются в большинстве случаев, однако некоторые трудности все-таки возникают в связи с короткими сроками заключения. Другая проблема, с которой приходится сталкиваться на практике, касается возможности предоставления разрешения проводить медицинское обследование или медицинский осмотр и другому персоналу, а не только медицинским сотрудникам, в тех учреждениях, где общий уровень медицинского обслуживания достаточно высок, чтобы оправдать это. В общем случае в обязанности начальника и врача учреждения входит обеспечение выполнения требований данного правила, которые не должны ослабляться на практике.

30. Данное правило имеет принципиальное значение для выполнения врачом своих профессиональных обязанностей и обязанностей перед административными органами, несущими общую ответственность за учреждение и содержащихся в нем заключенных. Указание на больничные нормы должно рассматриваться как требование такого уровня медицинской помощи и внимания, который соотносится с обычными медицинскими стандартами в обществе.

31. Каждое из положений данного правила, кажется, создает определенные трудности на практике и поэтому далеко не всегда применяется. Однако соответствующий уровень медицинских рекомендаций бывает действительно необходим в каждом из указанных случаев. Чтобы сделать это правило более выполнимым, в него было внесено изменение и включено указание на компетентный орган вместо того, чтобы возлагать всю ответственность за проведение проверок и предоставление рекомендаций на штатного медицинского сотрудника. Кроме того, упоминание физкультуры и спорта было изъято из данного правила и перенесено в раздел, посвященный требованиям режимов.

Вторая часть данного правила рассматривает важнейший элемент надлежащего управления пенитенциарными учреждениями и соответствующим образом подчеркивает важность распределения полномочий и обязанностей в этой области.

32. Данное правило было изменено, и в него было добавлено указание на использование медицинских служб, существующих в обществе, за пределами мест лишения свободы, чтобы официально закрепить и поощрять все более широкое их использование в помощь пенитенциарным медицинским службам и в целях реа-

билитации заключенных в том, что касается их физиологических и психиатрических проблем. Это также относится к необходимости продолжать медицинское лечение, начатое до заключения, и лечение, начатое во время отбывания наказания и требующее его продолжения после освобождения. Особое внимание нужно уделять предоставлению социально-медицинской помощи наркоманам.

Е. Хромова,
Нью-Йоркский институт здравоохранения

ТУБЕРКУЛЕЗ

О болезни

Туберкулез может поражать различные органы и ткани человека: глаза, кости, кожу, мочеполовую систему, кишечник и т.д. Но чаще всего встречается туберкулез легких, о нем, собственно, мы и ведем речь. Очень трудно уберечь себя от туберкулеза, так как инфекция передается в основном воздушно-капельным путем, попадая в органы дыхания от больного человека к здоровому, поэтому заразиться можно где угодно и совсем не обязательно в результате прямого контакта с больным.

Возбудителем болезни является микобактерия туберкулеза, или палочка Коха. При активной форме туберкулеза палочка Коха быстро размножается в легких больного и, образуя гаворья, питается человеческими тканями, разрушая легкие, отравляя организм человека продуктами своей жизнедеятельности, выделяя в него токсины. Идет процесс туберкулезной интоксикации или отравления организма.

При отсутствии лечения смертность от активного туберкулеза доходит до 50 % в течение одного – двух лет. В остальных 50 % случаев нелеченный туберкулез переходит в хроническую форму. Хронический больной живет много лет, продолжая выделять микобактерии и заражать окружающих.

Туберкулез поражает людей независимо от их социального статуса. Заболеть туберкулезом можно двумя способами: путем заражения или путем активации латентной инфекции (дремлющей инфекции).

Палочка Коха

Инфекционная природа туберкулеза была доказана немецким ученым Робертом Кохом, когда он открыл возбудителя болезни, относящегося к роду микобактерий. Микобактерию туберкулеза до сих пор называют палочкой Коха. В отличие от других микробов, она очень устойчива во внешней среде: способна сохранять свои свойства в земле, в снегу, во льду, устойчива к воздействию спиртом, кислотой и щелочью. В то же время палочка Коха поги-

бают под длительным воздействием прямых солнечных лучей, высоких температур, хлорсодержащих веществ.

Как уберечься от туберкулеза?

Чтобы уменьшить вероятность первичного заражения окружающих, человек, больной активным туберкулезом, должен придерживаться определенных правил: прикрывать рот платком или рукой и отворачиваться при кашле; сжигать бумажные носовые платки немедленно после употребления; пользоваться отдельной посудой и не позволять пользоваться ею другим. В целях дезинфекции можно пользоваться хлорсодержащими растворами. Хорошим и простым методом обеззараживания является проветривание и вывешивание на солнце одеял, шерстяных и хлопчатобумажных вещей, так как прямой солнечный свет убивает ТБ бактерии в течение 5 минут (в то же время в темноте бактерии долго сохраняют жизнеспособность, и поэтому наибольшее распространение инфекции происходит в темных помещениях). Бактерии разрушаются при нагревании: в течение 20 минут при 60°C и в течение 5 минут – при 70°C.

Заражение

Палочка Коха передается воздушно-капельным путем от больного человека к здоровому, поэтому заразиться можно где угодно: в метро, автобусе, в гостях. Наиболее важный источник инфекции – мокрота больного. При кашле и сплевывании мокроты образуются небольшие капельки, содержащие инфекцию, которые взвешены в воздухе. Они попадают в легкие здорового человека и происходит инфицирование. Ведет ли это к заболеванию, зависит от объема инфицирующей дозы, т.е. от числа попавших в организм бактерий, а также от защитных сил инфицированного человека. Если зараженный человек не заболевает сразу, то он становится носителем латентной инфекции.

Носители латентной инфекции могут заболеть активным туберкулезом с вероятностью 5 % в течение остальной жизни. Как правило, это происходит при стрессе, недостатке питания и свежего воздуха, запоях, таких заболеваниях, как диабет и лейкоз, отравлениях и т.п., или просто в преклонном возрасте.

Таким образом, из каждых ста заразившихся пятеро заболевают довольно быстро и еще пятеро – позднее, в течение жизни. Большинство носителей латентной формы не заболевает никогда,

если только они дополнительно не заразятся вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ.

Чем ближе контакт с бактериовыделителем, тем большая доза бактерий попадает в легкие. Особенно большому риску подвергаются люди, долгое время находящиеся в контакте с больным в плохо проветриваемом помещении: в тюремной камере, армейской казарме, больничной палате или в кругу семьи.

Для здорового человека, получившего палочку Коха, вероятность заболеть активным туберкулезом составляет около 5 %.

Вероятность заболеть активным туберкулезом в результате первичной инфекции несколько повышается, если организм ослаблен. Стрессы, плохое питание, отсутствие свежего воздуха и физических нагрузок, вредные привычки, нарушение сна, перенесенные заболевания – все это снижает защитные силы организма. Но даже при наличии всех этих факторов иммунная (защитная) система предотвращает развитие болезни у большинства инфицированных людей. Однако болезнь развивается очень активно при наличии в организме ВИЧ.

Туберкулез и СПИД

Туберкулез и СПИД – страшное сочетание. Возбудитель СПИДа – ВИЧ – разрушает иммунную систему организма, делая его беззащитным перед палочкой Коха. Поэтому первичное заражение туберкулезом человека, инфицированного ВИЧ, почти всегда приводит к развитию активного туберкулеза. С другой стороны, если носитель латентного туберкулеза заражается ВИЧ, это с большой вероятностью приводит к активации дремлющей палочки Коха. Параллельное распространение ВИЧ и туберкулеза ускоряет эпидемию в десятки раз.

Симптомы туберкулеза

В результате процесса туберкулезной интоксикации (отравления организма) больной резко теряет в весе (5—10 и более кг), ощущает слабость, разбитость. Его беспокоят потливость, особенно по ночам, снижение работоспособности, отсутствие аппетита. На повышение температуры тела заболевший может и не обратить внимание, так как при туберкулезе она не бывает высокой, обычно 37-37,5°C, и чаще повышается к вечеру. Боли в грудной клетке и кашель не всегда сопровождают начало заболе-

вания, но при дальнейшем развитии туберкулезного процесса эти проявления могут начать беспокоить больного.

При дальнейшем развитии туберкулезного процесса больного могут начать беспокоить кашель, кровохарканье, боли в груди.

Все указанные симптомы могут быть обусловлены и другими заболеваниями, но при сохранении любого из них в течение трех недель и более необходимо провести специальные анализы для подтверждения диагноза.

Диагноз ТБ

1. Мазок мокроты

На ранней стадии болезни активный туберкулез выявляют с помощью микроскопического исследования мазка мокроты. Метод микроскопии мазка – самый прямой, наиболее быстрый и дешевый способ диагностики туберкулеза. Образец мокроты, выделяемой при кашле, фиксируют на стеклянной пластинке, окрашивают определенным способом и исследуют в обычном бинокулярном микроскопе. Наличие палочки Коха в мазке свидетельствует об инфекционном туберкулезе.

Однако отрицательный результат мазка еще не означает отсутствия заболевания. Туберкулез в самой ранней стадии, а также туберкулез у детей часто дает отрицательный мазок. Но наиболее вероятно, что отрицательный результат связан с низкой квалификацией лаборанта, проводящего анализ. Поэтому при подозрении на туберкулез и отрицательном результате мазка рекомендуется повторять микроскопию мазка как минимум три раза.

Положительный результат мазка также может быть ошибкой лаборанта. Однако, если и второй анализ положителен, диагноз можно считать подтвержденным.

2. Рентгеновское обследование

Просвечивание рентгеном – рентгеноскопия и флюорография позволяют с достаточно высокой достоверностью выявить туберкулез на более поздней стадии, когда уже начался распад легких больного. Наличие очевидного распада в легких при отрицательном результате мазка как правило свидетельствует о некачественном проведении анализа мокроты.

3. Посев мокроты

Посев (культуральное исследование) заключается в выращивании культуры микобактерий в специально оборудованной лаборатории из образца мокроты пациента. В лабораторных условиях палочка Коха размножается медленно, поэтому данный анализ занимает два-три месяца. Однако его проведение чрезвычай-

но важно по следующей причине. Выросшую культуру микобактерии разделяют на несколько образцов и определяют ее чувствительность к различным антибиотикам. Это единственный способ выяснить, к каким лекарствам чувствительна данная разновидность палочки Коха, а к каким – нет. Ни мазок, ни рентген подобную информацию предоставить не может.

К сожалению, не во всех российских лабораториях существуют условия для достоверного определения лекарственной чувствительности.

На основании результатов анализа лекарственной устойчивости выросшей культуры микобактерии врач может правильно подобрать комбинацию лекарств. В отсутствие данных по лекарственной устойчивости назначается лечение стандартным набором препаратов «первого ряда». Такое лечение вслепую успешно излечивает большую часть пациентов, зараженных обычным (чувствительным) туберкулезом. Однако меньшая часть пациентов, зараженная лекарственно-устойчивым туберкулезом невосприимчива к действию препаратов первого ряда.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)

МЛУ-ТБ – дело рук человеческих. Он возникает, если пациент, лечащийся от обычной формы туберкулеза, принимает неполный комплект антибиотиков или прерывает курс лечения раньше положенного времени. За последние несколько лет в России из-за систематической нехватки лекарств практически каждый больной туберкулезом не смог пройти должный курс лечения. Возникнув однажды, МЛУ-ТБ распространяется так же, как и обычный туберкулез, – воздушным путем. Заразившись лекарственно-устойчивым туберкулезом, больной развивает эту же форму болезни.

МЛУ-ТБ не поддается лечению большинством известных лекарственных средств. Эта форма болезни лечится путем длительного приема более сильных (и дорогостоящих) лекарств, так называемых препаратов второго ряда. Для сравнения: лечение одного больного с обычной формой ТБ обходится в 50 долларов, лечение же МЛУ-ТБ будет стоить намного дороже – порядка 5–10 тысяч долларов, что в современных российских условиях является совершенно нереальной суммой. Но даже при правильном лечении МЛУ-ТБ не всем больным удается помочь.

Рассадником МЛУ-ТБ являются российские тюрьмы. В результате неправильного лечения туберкулеза и переполненности тюрем пенитенциарная система превратилась в машину по производству лекарственной устойчивости. В России насчитывается более миллиона заключенных. Около 10 % из этого числа находится в активной стадии туберкулеза и примерно у одной трети из них уже выработалась устойчивость к наиболее распространенным антибиотикам. В целом в России и бывших советских республиках насчитывается не менее 50000 больных в активной стадии МЛУ-ТБ. За пределами тюрем число случаев МЛУ-ТБ в активной стадии доходит до 25000.

Суммарная цифра 100000 случаев МЛУ-ТБ – это лишь верхушка айсберга. Из каждых двадцати человек, зараженных ТБ, лишь у одного болезнь переходит в активную форму, а остальные 19 становятся носителями возбудителя в скрытой (латентной) форме. В продолжение их жизни есть 5 %-й шанс, что со временем болезнь перейдет в активную форму. Однако если иммунная система носителя латентной инфекции разрушается под воздействием ВИЧ, то шанс развития активной формы туберкулеза у такого человека возрастает почти до 100 %.

Каждый год в России за решетку попадает 300000 человек и столько же освобождается, проведя несколько лет в местах заключения. Каждый, кто попадает в тюрьму, входит в контакт с инфекцией. Почти каждый освобождающийся является носителем микобактерии туберкулеза, а 30000 человек имеют туберкулез в активной форме. Примерно 10000 из них заражены МЛУ-ТБ. Потенциально каждый из них может заражать до 20 человек в год. Можно предположить, что к 2010 году по российским улицам будет разгуливать по крайней мере 2,5 миллиона человек, зараженных МЛУ-ТБ.

Один из путей решения проблемы эпидемии МЛУ-ТБ – уничтожить болезнь в месте ее зарождения, т.е. в российских тюрьмах. На это и направлены программы международных медицинских организаций, работающих в России (Нью-Йоркский институт здравоохранения, «Врачи без границ», MERLIN).

Лечение туберкулеза

Правильное лечение обычного (чувствительного) туберкулеза почти всегда заканчивается полным выздоровлением.

Неправильное лечение обычного (чувствительного) туберкулеза приносит больше вреда, чем пользы, так как оно превращает

легко излечимую форму болезни в трудно излечимый лекарственно-устойчивый туберкулез.

Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза – долгая, мучительная, дорогостоящая и не всегда успешная процедура.

Основные принципы лечения туберкулеза

Лечение туберкулеза – длительный процесс и занимает от шести месяцев в случае обычного (чувствительного) туберкулеза до двух лет в случае лекарственной устойчивости.

Лечение должно быть непрерывным. Палочка Коха не должна иметь возможности опомниться от «бомбардировки» ее мощной артиллерией противотуберкулезных препаратов до полного ее уничтожения.

Лечение обязательно должно проводиться одновременно несколькими противотуберкулезными препаратами. Каждое из 4-5 лекарств, которые больной ежедневно принимает, обладает различными механизмами действия, т.е. каждое из них воздействует на различные стороны и проявления жизни палочки Коха, и только вместе они могут достичь цели – уничтожить ее.

Лечение должно быть контролируемым. Это означает, что в течение нескольких месяцев, без перерывов, больной должен принимать несколько противотуберкулезных препаратов и каждый раз под наблюдением медицинского работника.

Нарушение этих принципов приводит к лекарственной устойчивости.

Ни при каких обстоятельствах не следует лечиться неполным набором препаратов, преждевременно прекращать или временно прерывать начатый курс лечения или принимать таблетки нерегулярно. При невозможности провести полный курс лучше отложить лечение, чем допустить проведение неполноценного курса.

Лечение обычного (чувствительного) туберкулеза

ВНИМАНИЕ: приведенная ниже информация не является пособием по самолечению или рекомендациями по лечению туберкулеза. Лечение может быть назначено только квалифицированным врачом и должно проводиться под постоянным медицинским наблюдением.

Лечение обычного (чувствительного) туберкулеза проводится по стандартной схеме DOTS, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения.

DOTS заключается в шестимесячном ежедневном приеме стандартного набора четырех лекарств – препаратов «первого ряда».

При соблюдении основных принципов лечения DOTS излечивает обычный (чувствительный) туберкулез с вероятностью, приближающейся к 100 %.

Отклонения от стандартной схемы DOTS недопустимы – они приводят к лекарственной устойчивости. Стоимость лекарств для полного курса DOTS – 100–150 долларов США.

За ходом лечения следят путем анализа мазка мокроты.

Как правило, через две-три недели после начала курса лечения происходит абациллирование, т.е. прекращение выделения микобактерий в мокроте, а затем исчезновения других симптомов. Процесс распада легких замедляется и прекращается. Такой больной больше не опасен для окружающих. Однако ни в коем случае не следует прекращать лечение, даже если исчезли симптомы и прекратилось бактериовыделение – через некоторое время недолеченный туберкулез возникает вновь уже в лекарственно-устойчивой форме.

В большинстве стран лечение по схеме DOTS проводят амбулаторно – без госпитализации, но под контролем патронажной медсестры. В России, как правило, больному предлагают госпитализироваться на первой стадии лечения – до прекращения бактериовыделения, после чего лечение продолжают амбулаторно. При нормальном течении лечения нет никаких причин задерживать пациента в больнице более двух месяцев.

Если после трех месяцев лечения по схеме DOTS не происходит абациллирования и симптомы не исчезают – такой больной скорее всего страдает лекарственно-устойчивым туберкулезом.

Лекарства

Препараты первого ряда (схема DOTS):

- РИФАМПИЦИН (рифампин, микобутин)
- ИЗОНИАЗИД
- ПИРАЗИНАМИД
- ЭТАМБУТОЛ
- СТРЕПТОМИЦИН

ВНИМАНИЕ: эти препараты следует принимать только комплексно (не менее 4 одновременно) в соответствии со схемой DOTS, под контролем квалифицированного медицинского работника!

ЧТО ТАКОЕ DOTS?

DO TS (Directly Observed Treatment Strategy)
(ДОТС – Ускоренный Курс Амбулаторной Терапии)
ДОТС – новое слово в борьбе с туберкулезом
(Материалы Всемирной организации здравоохранения)

Сегодня, впервые после открытия первых противотуберкулезных препаратов в 1944 году, появилась надежда остановить процесс развития ужасающей эпидемии туберкулеза, захлестнувшей весь мир. Этот шаг вперед возможен благодаря ДОТС. У нас появился шанс предотвратить смертельный исход в примерно 50 миллионах случаев заболевания туберкулезом в последующие несколько десятилетий. Впервые к нам протянута рука, которая поможет победить туберкулез в бедных и богатых странах во всем мире. Эта программа лечения туберкулеза рекомендована Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

ДОТС в действии

ДОТС является единственной программой борьбы с туберкулезом, которая постоянно обеспечивает выздоровление 85 % больных. В рамках программы борьбы с туберкулезом ВОЗ ставит задачу по излечению 85 % выявленных первичных больных с туберкулезной инфекцией и выявлению 70 % предполагаемых случаев заболевания. ДОТС также является одной из самых рентабельных программ в области здравоохранения по сравнению с программами борьбы с другими заболеваниями.

Ускоренный курс

Применение правильного сочетания противотуберкулезных препаратов в надлежащей дозировке – **УСКОРЕННЫЙ КУРС** химиотерапии – в течение установленного периода времени.

Лечение

Курс ЛЕЧЕНИЯ больных проводится амбулаторными методами под наблюдением специалистов, которые добиваются положительных результатов и выздоровления больных.

Под не посредственным

Первоочередной задачей любой программы борьбы с туберкулезом должен быть **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ** контроль над выделением средств на выявление инфекционных случаев заболевания туберкулезом с целью их дальнейшего лечения.

Наблюдением

Больные должны находиться под **НАБЛЮДЕНИЕМ** работников здравоохранения или обученных добровольцев, которые контролируют прием каждой дозы лекарства.

Правительства должны оказывать решительную поддержку проведению стратегии ДОТС и сделать борьбу с туберкулезом приоритетным направлением своей политики.

ПЯТЬ ЭЛЕМЕНТОВ СТРАТЕГИИ ДОТС

Успех стратегии зависит от пяти элементов. Если отсутствует один из пяти указанных ниже компонентов, ваши шансы на успех в борьбе с туберкулезом сводятся к нулю.

В основе успеха стратегии ДОТС лежит главный принцип. За достижение положительных результатов лечения отвечает не пациент, а система здравоохранения. Это имеет очень большое значение, поскольку большинство больных, нередко почувствовав себя лучше после всего нескольких недель лечения, прекращают принимать таблетки. Однако для полного уничтожения микобактерий туберкулеза в организме человека необходимо несколько месяцев. В рамках программы ДОТС работники системы здравоохранения должны следить за тем, чтобы больные туберкулезом проходили полный курс лечения, вести наблюдение за ходом болезни, добиваться уничтожения всех микобактерий в организме больного и фиксировать случаи излечения.

В первую очередь должны быть выделены средства на выявление тяжелых форм заболевания и лечение больных, в мокроте которых обнаружена туберкулезная палочка, поскольку они являются источниками распространения инфекции. Пока не будут достигнуты высокие результаты лечения этой категории больных, не следует проводить активные мероприятия по выявлению больных, которые могут быть больны туберкулезом в других более легких формах, поскольку это может поглотить скудные

средства, предназначенные на лечение тяжелобольных, которые служат источником распространения инфекции.

Особенно важны первые два месяца лечения при серьезных случаях заболевания, когда существует возможность того, что больной не воспринимает медикаментозные методы лечения и представляет опасность для других как источник распространения инфекции. Необходимо незамедлительно установить контакт с больными, которые не являются на прием к работникам здравоохранения, и принять меры, чтобы добиться их согласия на лечение. В ходе лечения могут использоваться гибкие и новаторские методы при условии, что наблюдающий больного работник здравоохранения представляет соответствующие структуры в системе здравоохранения и имеет непосредственную связь с больным.

Существует два метода, обеспечивающие успех лечения. Во-первых, в случаях инфекционной формы заболевания необходимо провести анализ мокроты больного под микроскопом через два месяца и еще раз по завершении курса лечения, чтобы удостовериться в полном отсутствии микобактерий туберкулеза в организме больного. Во-вторых, необходимо создать систему регистрации и учета, чтобы обеспечить пристальное наблюдение над ходом болезни и анализ результатов, достигнутых в ходе лечения каждого больного туберкулезом. Эта система, которая позволяет проводить анализ состояния каждой категории больных, дает возможность службам здравоохранения быстро выявлять районы и участки, на которых не обеспечивается 85-процентный показатель излечения больных туберкулезом, с тем, чтобы принять дополнительные меры по оказанию помощи и проведению программ повышения квалификации работников здравоохранения.

Лекарственные препараты оказывают эффективное воздействие и уничтожают микобактерии туберкулеза. В их число входят изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин и этамбутол, которые в соответствии с инструкциями ВОЗ по лечению туберкулеза обычно назначают больным на 6 или 8 месяцев. Неотъемлемой частью программы ДОТС является создание надежной системы поставки высококачественных противотуберкулезных лекарственных препаратов для учреждений здравоохранения, которые обеспечивали бы непрерывность процесса лечения больных туберкулезом.

Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза (программа ДОТС-Плюс)

Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза – долгая, мучительная, дорогостоящая и не всегда успешная процедура.

Наиболее опасным является туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), к которому относят одновременную устойчивость как минимум к двум основным препаратам первого ряда – рифампицину и изониазиду.

Для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза применяются иные лекарства, нежели в схеме DOTS, – так называемые «резервные препараты», или «препараты второго ряда».

Препараты второго ряда (резервные препараты):

- ОФЛОКСАЦИН (левофлоксацин, сипрофлоксацин)
- КАПРЕОМИЦИН
- ЭТИОНАМИД
- ЦИКЛОСЕРИН
- ПАСК

ВНИМАНИЕ: эти препараты следует принимать только комплексно (не менее 4 одновременно) в соответствии с установленным профилем лекарственной устойчивости в течение долгого времени и только под наблюдением квалифицированного врача! Возможны серьезные побочные эффекты! Неправильный прием приводит к устойчивости и полной неизлечимости!

Основные принципы лечения такие же, как и при обычном туберкулезе: длительность, непрерывность, комбинация из нескольких лекарств, наблюдение со стороны медперсонала.

Нарушение этих принципов, в особенности использование только одного препарата или недолгосрочное лечение, приводит к выработке устойчивости к резервным препаратам, т.е. к полной неизлечимости.

Набор резервных препаратов для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза зависит от того, к каким из лекарств первого ряда имеется устойчивость, а это можно выяснить только путем посева мокроты.

В зависимости от спектра устойчивости лечение резервными препаратами продолжается от полутора до двух лет, а его успех колеблется в пределах от 50 до 80 %.

Многие резервные препараты токсичны и вызывают мучительные побочные эффекты.

В зависимости от спектра устойчивости, стоимость полного курса лечения резервными препаратами – от 1000 до 10000 долларов США.

Лечение резервными препаратами обязательно должно происходить под наблюдением квалифицированных врачей-специалистов, по возможности в стационаре.

Госпитализация

В большинстве стран мира диагноз «туберкулез» не является показанием к госпитализации, так как лечение проводится амбулаторно. В России госпитализацию используют в первую очередь как меру изоляции инфекционного больного или как меру социального обеспечения. Однако при правильном медикаментозном лечении пациент перестает быть заразным уже через 2-3 недели.

Лечение тяжелых форм лекарственно-устойчивого туберкулеза препаратами второго ряда желательно (но не обязательно) проводить в больнице в связи с возможностью тяжелых побочных эффектов.

Хирургическое вмешательство

В большинстве стран мира хирургическое вмешательство используется крайне редко. Само по себе удаление очагов туберкулеза легких не может привести к излечению без проведения курса лечения лекарствами.

С другой стороны, успешно пролеченный по схеме DOTS обычный (чувствительный) туберкулез практически не дает рецидивов, поэтому нет никаких оснований для удаления остаточных очагов.

В редких случаях основанием для хирургического вмешательства может быть лекарственно-устойчивый туберкулез только в сочетании с лечением препаратами второго ряда.

Санаторий

Санаторное лечение туберкулеза неэффективно и дорого. В большинстве стран мира от него отказались в пятидесятых годах. В России по-прежнему сохраняется сеть противотуберкулезных здравниц – в основном как форма социальной поддержки больных.

Позиция НИИЗ по этому вопросу: санатории следует закрыть, а освободившиеся средства использовать для обеспечения больных бесплатными лекарствами.

Правительства и НПО должны быть готовы оказывать финансовую поддержку в проведении долгосрочной программы борьбы с туберкулезом, обеспечивающей свободный доступ к лечению для всех больных туберкулезом. Программа борьбы с туберкулезом должна быть неотъемлемой частью существующей системы здравоохранения и получать поддержку руководства противотуберкулезного центра. В рамках хорошо подготовленной Национальной программы борьбы с туберкулезом предусматривается разработка пособия по реализации программы, проведение курсов повышения квалификации работников на местах, подготовка плана по осуществлению контролируемых мероприятий и плана работы.

Яговдик Н.З.

СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИМУННОГО ДЕФИЦИТА (СПИД)³

СПИД – тяжелое, с летальным исходом заболевание вирусной этиологии, которое поражает иммунную систему организма человека, передается при половом контакте, через кровь, при повреждении кожи и слизистых и проявляется генерализованной лимфаденопатией, оппортунистическими инфекциями (протозойными, грибковыми, бактериальными, вирусными) и онкогенными поражениями.

Распространенность

Первые случаи заболевания были зарегистрированы в 1981 г. в США. В настоящее время СПИД обнаружен в 177 странах. Наиболее высокая инфицированность наблюдается в странах Центральной и Восточной Африки (от 4 до 12–20 %). На втором месте по распространенности заболевания находятся страны американского континента. Более благоприятная ситуация по сравнению с другими континентами пока сохраняется в странах Азии и Океании.

Этиология

СПИД (AIDS – Acquired ImmuneDeficiency Syndrome) вызывается ретровирусом третьего типа, обозначаемым, согласно рекомендации Комитета экспертов ВОЗ, HIV (Human immunodeficiency virus), или ВИЧ (вирус иммунодефицита человека). Вирус выявлен в 1983 г. Монтанье и в 1984 г. Гало.

Диаметр вирусных частиц HIV составляет 100-140 нм. Под электронным микроскопом вирус выглядит как экзотический цветок. Сходство обусловлено наличием на внешней оболочке, состоящей из двухслойной липидной мембраны, шипообразных, булавовидно-утолщенных выступов. Главной биологической функцией их является обеспечение присоединения вириона к клеточной поверхности. Вирионы имеют округлую, эксцентриче-

³ Опубликовано на сайте <http://skyscraper.fortunecity.com>

скую, конденсированную стержнеобразную форму. Структуру их схематически можно представить следующим образом: внешняя оболочка образована двухслойной мембраной, происходящей из внешней оболочки клетки хозяина и "утыканной лепестками" – гликопротеидами (gp-120 и 41 кД); внутри вириона находится сердцевина конической формы, состоящая из оболочки, образованной белками (р – 24 и 18 кД), двух субъединиц рибонуклеиновой кислоты и нескольких молекул фермента обратной транскриптазы. ВИЧ способен к значительной антигенной изменчивости. Мутационная активность его в 5 раз выше, чем вируса гриппа.

Цикл репликации ВИЧ состоит из двух этапов. Первый этап – взаимодействие гликопротеидов поверхности вируса (gp-120 кД) с рецепторами CD4 (гликопротеид с молекулярной массой 2000 кД) Т-хелперов на клеточной поверхности. Соединение этих двух рецепторов вызывает слияние оболочки вируса с клеточной мембраной, и вирусное ядро проникает в цитоплазму клетки (эндоцитоз). Под влиянием протеаз клетки разрушается оболочка сердцевины вириона ВИЧ и освобождаются его РНК и фермент – обратная транскриптаза. Под влиянием этого фермента на поверхности вирионной РНК, используемой в качестве матрицы, синтезируется (по подобию РНК) вирусспецифическая ДНК (так называемая минус-ДНК). Затем как ее зеркальное отражение синтезируется другая нить ДНК (плюс-ДНК). Вместе они образуют ДНК – транскрипт, или ДНК-копию, вирусного генома, принимающую кольцевидную форму.

Второй этап характеризуется переходом вирусспецифической вновь синтезированной ДНК из цитоплазмы в ядро и встраиванием ее в геном инфицированной клетки. В таком состоянии его еще называют провирусом. Интеграция вирусспецифической ДНК делает возможными ее репликации в составе клеточного генома в ходе развития и деления клетки. При этом вновь возникшие клетки несут в составе генома провирус.

Дальнейшие события в инфицированной клетке могут развиваться по одному из двух вариантов.

В первом варианте вирус, проникнув в клетку, может сразу приступить к "переналадке" всех технологических процессов на интенсивное производство себе подобных, используя все материальные и энергетические ресурсы клетки и приводя ее к гибели. Это так называемый литический (острый, продуктивный) тип инфекции. Он сопровождается повышением проницаемости клеточных мембран для макромолекул, выходом из клетки путем от-

почкования от клеточных мембран новых вирионов, способных инфицировать другие клетки.

Согласно второму варианту, вирус может затаиться и лишь в результате воздействия на клетку каких-то еще, не полностью изученных провоцирующих факторов происходит его пробуждение и начинается продуктивная инфекция. Эта форма бессимптомно протекающей инфекции называется латентной.

Вирус иммунодефицита человека выделен из крови, спермы, спинномозговой жидкости, рвотных масс, слюны, грудного молока, лимфы, околоплодных вод и синовиальных жидкостей грудной клетки, брюшной полости, околосердечной сумки, из шеечного и вагинального секрета. Его находят в тканях головного мозга и кожи. Однако только кровь и сперма являются источниками ВИЧ-инфекции.

ВИЧ быстро инактивируется под воздействием этилового спирта, 1 %-го лизола, 5 %-го формалина, 0,5 %-го гипохлорида натрия, смеси спирта и ацетона (1:1). Вирус относительно устойчив к ионизирующей радиации и ультрафиолетовым лучам. Противовирусным эффектом обладают сурамин и виразол (ингибитор синтеза вирусных белков). Инфекционность сыворотки больного сохраняется при 25°C в течение 15 суток, при 37°C в течение 11 суток. При комнатной температуре вирус остается инфекционным в жидкой среде или в высушенном состоянии в течение 4–7 суток. При нагревании до 57°C вирус гибнет в течение 30 мин, при кипячении – в течение 5 мин.

Кроме ВИЧ-1 в Западной Африке выявлены еще ВИЧ-2 и ВИЧ-3. Они отличаются от ВИЧ-1 по структуре и редко являются причиной СПИДа (0,2 %), а само заболевание протекает более доброкачественно.

Эпидемиология

СПИД является антропонозной инфекцией, наиболее распространенной в густонаселенных городах. Источники инфекции – лица с клинически выраженным СПИДом, с генерализованной лимфаденопатией и бессимптомным течением (вирусоносители). Выделение вируса наблюдается более чем у 85 % больных СПИДом и лимфаденопатией, имевших антитела к ВИЧ.

Признанными путями передачи заболевания являются прямой половой контакт независимо от способа его осуществления, кровь и ее препараты от инфицированных доноров, предметы, зараженные кровью источников инфекции при наличии мелких дефектов на коже и слизистых оболочках, вертикальная передача

инфекции от матери, больной СПИДом (или вирусоносительницы ВИЧ), через грудное молоко ребенку. Передача ВИЧ возможна при внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекциях, при медицинских скарификациях и татуировках. Теоретически допускается возможность передачи вируса воздушно-капельным, контактно-бытовым, орально-фекальным, трансмиссивным (укус кровососущих насекомых) путями. К редким путям распространения вируса можно отнести его передачу при ритуальных манипуляциях.

При половых контактах между гомосексуалистами инфекция распространяется гораздо интенсивнее, что связано, вероятно, с непосредственным проникновением вируса через трещины в слизистых оболочках анального отверстия и прямой кишки в капилляры крови. При контактах мужчин и женщин вероятность инфицирования значительно ниже и зависит от количества половых актов. Возможность заражения сводится к минимуму при использовании презервативов.

Возрастная структура больных следующая: до 5 лет – 2 %, в возрасте 10–20 лет – 1 %, 20–30 – 20 %, 30–40 – 43 %, 40–50 – 25 %, 50–60 – 7 %, старше 60 лет – 2 %. Соотношение между мужчинами и женщинами, больными СПИДом, для США и стран Европы составляет 13:1, для стран Африки – 1:1, Республики Беларусь – 1,5:1.

Анализ заболеваемости позволил выделить группы лиц, среди которых имеется высокая распространенность СПИДа. К ним относятся гомосексуалисты (72 % от общего числа заболевших), наркоманы (18 %), лица, которым переливали кровь (1,9 %), больные гемофилией (1,5 %), гетеросексуальные партнеры больных СПИДом и вирусоносителей (1,1 %). К контингентам повышенного риска инфицирования относятся проститутки и лица, ведущие беспорядочную половую жизнь.

Иммунологические аспекты патогенеза

ВИЧ-инфекция вызывает глубокое поражение системы клеточного иммунитета человека, что приводит к развитию инфекционных заболеваний и злокачественных новообразований. Большая часть иммунологических нарушений при СПИДе выражается в истощении и гибели Т-лимфоцитов. Другие клеточные элементы в системе иммунитета поражаются вторично. Они вызываются структурными элементами ВИЧ, лимфокинами, ингибиторами и стимуляторами роста. Поражение Т-хелперов выражается не только в падении их количества, но и в избыточном

выбросе гуморальных факторов, которые активизируют В – лимфоцитарную систему. В результате происходит гиперпродукция иммуноглобулинов, что приводит к повышению количества циркулирующих иммунных комплексов, образованию аутоантител против лимфоцитов, ядерных антигенов и иммуноглобулинов. Вирус СПИДа, с одной стороны, уменьшает количество Т-хелперов, а с другой, – вызывает выделение оставшимися Т-хелперами растворимого фактора иммунной супрессии, способного подавлять некоторые формы иммунного ответа, блокировать иммунные реакции, зависящие от Т-лимфоцитов, угнетать синтез специфических антител, пролиферацию Т-лимфоцитов и лишать уцелевшие клетки способности узнавать антиген. В начальной стадии определяется цитопатическое действие вируса СПИДа на Т-хелперы. Затем проявляется токсическое действие на лимфоциты компонентов вируса СПИДа. Через некоторое время развивается цитопатическое влияние защитных систем организма человека на антигенно измененные Т-хелперы. Моноциты теряют способность к хемотаксису, их цитотоксическая активность и способность к продукции интерлейкина падают, повышается уровень кислотолабильного и альфа-интерферона.

ВИЧ, проникнув в организм человека, вызывает острую инфекцию Т-хелперов и макрофагов, которая спустя несколько дней проявляется клиническим симптомокомплексом, напоминающим инфекционный мононуклеоз (увеличение лимфатических узлов, лихорадка, ангина, изменения крови). Затем наступает латентная фаза, которая длится до тех пор, пока какой-нибудь активирующий фактор не разбудит дремлющий вирус и не начнется острая инфекция, приводящая клетку к гибели. Этот инкубационный период длится от нескольких недель до 10 и более лет.

Активизирующим ВИЧ-инфекцию фактором может служить новая инфекция, инвазия или повторная инфекция ВИЧ и другие причины. Начиная с этого момента появляющиеся новые потомства вируса поражают новые Т-хелперы и число последних начинает резко уменьшаться. В результате нарушается нормальное соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров. У здоровых людей оно равно в среднем 2,2–1,8, у больных СПИДом – ниже единицы, чаще 0,03–0,15.

Специфические антитела против ВИЧ появляются в организме инфицированного через 4 недели – 4 месяца, иногда лишь к концу 1 года.

ВИЧ первично может поражать не только Т-лимфоциты и макрофаги, но и клетки ЦНС. Вирус в этих случаях заражает од-

ну из 10–100 нервных клеток, тогда как в крови – лишь одну из 10 000 клеток.

В связи с резким подавлением иммунной системы организм человека становится легко уязвим даже для условно-патогенных микроорганизмов. Происходит активация эндогенной (вирус простого герпеса, дрожжеподобные грибы рода *Candida*) и экзогенной (легионеллы, атипичные бактерии) микрофлоры, грибов (криптококки, аспергиллы), цитомегаловирусов и простейших (пневмоцисты, токсоплазмы и др.). Приблизительно у трети больных вследствие высокой онкогенной активности вируса ВИЧ развиваются опухолевые поражения кожи в виде лимфом и злокачественно протекающей геморрагической саркомы Калоши.

Классификация ВИЧ-инфекции

1. Стадия инкубации протекает от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений "острой инфекции" и (или) выработки антител. Продолжительность обычно от 3 недель до 3 месяцев, но может затягиваться до года и более. Диагностика на этой стадии возможна на основании эпидемиологического анализа и обнаружения вируса или его фрагментов.

2. Стадия первичных проявлений может протекать в различных формах: а) острая инфекция (сопровождается фарингитом, лихорадкой, лимфаденопатией, увеличением печени и селезенки, расстройствами стула, нестойкими разнообразными кожными высыпаниями, асептическим менингитом – отмечается примерно у 70 % зараженных в первые 3 месяца после инфицирования); б) бессимптомная лимфаденопатия; в) генерализованная лимфаденопатия.

3. Стадия вторичных заболеваний имеет три степени выраженности: а) грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы, потеря массы менее 10 %; б) необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца, волосистая лейкоплакия, туберкулез легких, повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Калоши, потеря веса более 10 %; в) генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, внелегочный туберкулез, атипичные микобактериозы, кахексия, диссеминированная саркома Калоши, поражения ЦНС различной

этиологии (наиболее близко стадия 3,в) соответствует стадии СПИДа по критериям ВОЗ).

4. Терминальная стадия.

Клиника

Инкубационный период длится от 3–7 недель до 3–5 лет и более, он более короток при гомосексуальном и парентеральном путях заражения и у детей, родившихся от больных матерей. После попадания в организм здорового человека вирус начинает интенсивно размножаться. Антитела к ВИЧ могут быть обнаружены уже через 4–8 недель после заражения. По мере нарастания уровня антител к белковым субстанциям сердцевины вируса, а позднее к белковому компоненту его оболочки присоединяется снижение концентрации антигена, т.е. происходит сероконверсия. Если в крови остались одни антитела, а антиген не определяется, считается, что произошла полная сероконверсия. Это явление расценивается как прогностически благоприятное состояние. При этом у больного развиваются персистирующая (постоянная) генерализованная лимфаденопатия и умеренный иммунодефицит, который может сохраняться длительное время (до 10 лет и более) – так называемый период скрытого течения инфекции.

В случаях, когда концентрация антител к белковым компонентам сердцевины вируса начинает снижаться, уровень антигена может вновь повыситься, что указывает на неблагоприятное течение болезни. К концу 4–5-й недели после инфицирования в 40–50 % случаев развивается "моноклеозоподобная" реакция, продолжающаяся 3–100 дней и проявляющаяся лихорадкой (температура тела повышается до 38,5–39,5 °С), ангиной, увеличением печени, селезенки, различных групп лимфатических узлов. Отличительными признаками лихорадки являются длительность и выраженная торпидность к проводимому лечению. Могут развиваться острый энцефалит с расстройством зрения и слуха, диарея, большой ночью потеет, быстро утомляется. Наиболее отличительным диагностическим признаком является увеличение заднешейных, надключичных, локтевых, подмышечных и подчелюстных (при здоровой полости рта) лимфатических узлов. Подозрение на ВИЧ-инфекцию вызывает увеличение более чем одного лимфоузла в более чем одной лимфогруппе (кроме паховой), длящееся дольше 6 недель. Лимфатические узлы умеренно болезненны (или безболезненны), не связаны с клетчаткой, подвижны, размером от 0,5 до 3 см в диаметре. Лимфаденопатия при СПИДе обычно сохраняется на протяжении более 3 месяцев, и ее

рассматривают как переходную форму ВИЧ-инфекции. На теле иногда появляется пятнистая сыпь. У 20–50 % ВИЧ-инфицированных СПИД развивается в течение 5 лет, у 75 % – в течение 7 лет, у 30 % – в течение 10 лет.

В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса различают легочную, кишечную, церебральную, диссеминированную и недифференцированную формы.

Легочная форма СПИДа развивается у 50–80 % ВИЧ-инфицированных и проявляется интерстициальной пневмонией, вызванной пневмоцистой *Coinii* и сочетающейся в 30–35 % случаев с саркомой Калоши. Клиническое течение пневмонии отличается стертой симптоматикой. Морфологически в легких определяются диффузно-альвеолярные поражения (нарушение целостности эпителия и эндотелия капилляров с формированием гиалиновых мембран). Процесс заканчивается интерстициальным фиброзом. Больные жалуются на боли в груди, навязчивый сухой кашель, одышку, лихорадку. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие, нередко свистящие хрипы.

В других случаях кашель может отсутствовать, мокрота не отделяется, влажные хрипы не прослушиваются. Проводимое лечение малоэффективно. Часто диагноз пневмонии устанавливается рентгенологически (слабая альвеолярно-интерстициальная инфильтрация). Иногда пневмония может протекать более тяжело, с выраженной симптоматикой, и провоцировать активность туберкулезной инфекции в легких. У таких больных описаны необычно протекающие бронхопневмонии, экссудативные плевриты.

Аналогичные изменения в легких вызывают легионеллы, цитомегаловирус (ЦМВ), атипичные микобактерии и аспергиллы, грибы рода *Candida*, вирус простого герпеса, криптококк.

Поражение желудочно-кишечного тракта при СПИДе обусловлено простейшими из рода криптококков и дрожжеподобными грибами рода *Candida*, цитомегаловирусом, микобактериями туберкулеза, сальмонеллой. Клинически заболевание проявляется в виде вялотекущей диареи, продолжающейся несколько месяцев, что приводит к потере массы тела и обезвоживанию больного. Снижение массы тела более чем на 10 % считается одним из наиболее частых клинических симптомов выраженного СПИДа. У больных развиваются гастриты, кандидозные стоматиты, эзофагиты, активизируются и другие хронические инфекции (дизентерия). Желудочно-кишечная патология может осложняться геморрагиями, перфорацией, непроходимостью, синдромом мальабсорбции.

Церебральная форма СПИДа проявляется чаще (15–20 % больных) в виде вторичной инфекции ЦНС (менингит, абсцессы головного мозга, острые и подострые энцефалиты, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия) или в виде опухоли головного мозга (2–3 %). Могут возникать различные сосудистые поражения и церебральные геморрагии. У больных повышается температура тела, появляются головная боль, заторможенность, ослабление памяти, слабоумие и локальные невралгические симптомы. Возникновение патологического процесса в ЦНС обусловлено токсоплазмами, криптококками, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна – Барра, аденовирусами, вирусом герпеса, аспергиллами, дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Диссеминированная форма встречается у 50–60 % больных. Она проявляется поражением кожи и слизистых. При этом часто развиваются множественные злокачественные опухоли, преимущественно у больных в возрасте 30–40 лет. Чаще всего регистрируется саркома Калоши. Возможны плоскоклеточный рак кожи, слизистых оболочек, прямой кишки, неходжкинская лимфома.

Отдельно выделяют **недифференцированную форму** ВИЧ-инфекции, для которой характерны длительная (до 2–3 месяцев) лихорадка невыясненной этиологии и диарея (3–5 месяцев) на фоне лимфаденопатии, потеря массы тела до 10 % и более, резкое снижение работоспособности. Отдельные авторы называют подобное состояние СПИД -ассоциированным симптомокомплексом.

Поражение кожи и слизистых.. Поражения кожи и слизистых оболочек с учетом их частоты и своеобразия клинической картины могут быть наиболее ранним и чувствительным признаком ВИЧ-инфицирования. Наиболее частая и патогномичная форма поражения кожи при СПИДе – саркома Калоши (СК). По классификации ВОЗ (1994 г.), она отнесена к группе опухолей кровеносных сосудов (ангиоретикулоэндотелиоз). Этиология болезни не известна. Предполагается ее вирусная природа (мегаловирусы, вирус Эпштейна – Барра, вирус простого герпеса), и большое значение придается генетическим факторам. Несомненно связь заболевания с иммунодефицитом любого происхождения.

Различают sporadicкую (классическую) саркому Калоши (наблюдается изредка в Северной и Южной Африке и чаще в Европе), эпидемическую (распространена в экваториальной Африке), иммуносупрессивную (возникает на фоне иммуносупрессивной терапии после пересадок органов), ассоциированную со СПИДом (молниеносная, злокачественная). По кожным проявле-

ниям и патоморфологии три последние формы аналогичны спорадической СК.

Спорадическая СК возникает преимущественно у мужчин и начинается с постепенного развития пятен, узлов, инфильтрированных бляшек, множественных узлов или опухолей, часто симметричных, красновато-синушного, темно-бурого или фиолетово-черного цвета, чаще на коже нижних конечностей (реже верхних), коже туловища, лица, на слизистой полости рта. Опухоли и узлы полушаровидной формы размером до лесного ореха, отчетливо возвышаются над нормальной кожей. Поверхность их гладкая, блестящая, неровная, подобная апельсиновой корке, плотно-эластической консистенции, синюшно-буроватого цвета. В результате распада узлов образуются глубокие, резко болезненные язвы неправильных очертаний, с несколько вывороченными краями. Дно бугристое, покрыто кровянисто-гангренозным отделяемым. Высыпания могут проявляться на коже ладоней, подошв, пальцев; иногда они сливаются и склерозируются. На конечностях может развиваться венозный лимфатический стаз, увеличиваются и уплотняются регионарные лимфатические узлы.

В зависимости от течения и тяжести процесса различают хроническую (менее злокачественную) форму заболевания, длящуюся 15–20 лет; злокачественную подострую продолжительностью до 2–3 лет; острую (очень редкую), аналогичную СК при СПИДе. Подострая форма СК наблюдается в 10–12 % случаев и характеризуется общими явлениями, быстрым развитием лимфостаза, множественными поражениями лимфоузлов и внутренних органов. Эпидемическая и иммуносупрессивная СК по клинике и течению близка к подострой форме.

У больных СПИДом СК обнаруживается в 30–35 % случаев и является ранним доминирующим симптомом заболевания, часто сочетаясь с пневмоцистной пневмонией. Развивается преимущественно у мужчин в возрасте 20–50 лет. Течение острое. Высыпания возникают быстро, нередко носят инфильтративно-бляшечный или узловатый характер, они множественные, сочные, яркой окраски и локализуются на верхних конечностях, лице, слизистой рта и гениталий, в перианальной области. В короткие сроки в патологический процесс вовлекаются большие площади кожного покрова. При локализации СК на голенях наблюдаются выраженные отеки. Высыпания могут подвергаться распаду с образованием обширных язвенных поражений. Внезапно на фоне выраженной общей реакции могут развиваться генерализованное и стойкое поражение периферических лимфатических узлов, особенно шейных, подмышечных, кубитальных, паховых,

бедренных, и проявиться симптомы опухолевого поражения внутренних органов (желудка, печени, почек, мозга и др.).

Скоротечно (от нескольких недель до 4–6 месяцев) наступает летальный исход. Причиной смерти является пневмоцистная пневмония или сепсис. Возможно первичное поражение внутренних органов и лимфатических узлов при интактной коже. Одной из особенностей СК при СПИДе является резистентность ее к проводимой цитостатической терапии. Диагноз СК следует подтверждать гистологически. В пораженных участках находят скопление новообразованных кровеносных и лимфатических сосудов, веретенообразных клеток, кровоизлияния, гемосидероз и фиброз. В инфильтрате часто обнаруживаются плазматические клетки.

Из других опухолевых заболеваний у 3–4 % больных СПИДом наблюдаются лимфомы (кожи и мозга) и плоско-клеточный рак.

В начальной стадии, когда заболевание протекает по типу инфекционного мононуклеоза, на коже могут появляться розово-красные, шелушащиеся, округлых очертаний пятна, не склонные к выраженному периферическому росту. Они несколько напоминают клинику токсидермии и быстро самопроизвольно исчезают.

Кроме СК у больных СПИДом может активизироваться вирусная, бактериальная и грибковая инфекция с проявлениями на коже и слизистых оболочках. Обращают на себя внимание высокая частота и атипичность течения вирусных поражений кожи при СПИДе.

У больных СПИДом простой пузырьковый лишай развивается в 40–50 раз чаще и обнаруживается в 22–87 % случаев. Высыпания обычно множественные, периодически рецидивируют, изъязвляются, склонны к затяжному течению, нередко осложняются кандидозом.

Опоясывающий лишай характеризуется частой генерализацией процесса, а высыпания сравнительно быстро подвергаются некрозу, изъязвлению, сопровождаются мучительными стойкими невритами и могут рецидивировать и осложняться пиогенной инфекцией.

У детей, больных СПИДом, ветряная оспа проявляется генерализованными везикулезно-пустулезными высыпаниями, которые могут некротизироваться, изъязвляться. Поражение кожи может принимать затяжной характер и сопровождаться тяжелой общей реакцией.

Часто у мужчин при СПИДе в области венечной бороздки полового члена, на внутреннем листке крайней плоти и в периаанальной области появляются множественные, увеличенные в размерах, склонные к изъязвлению, упорные к проводимой терапии и принимающие рецидивирующее течение остроконечные кондиломы.

Множественность и распространенность патологического процесса характерны для вульгарных бородавок и контагиозного моллюска. Отдельные элементы приобретают большие размеры. Излюбленная локализация бородавок – кожа ладоней и подошв, контагиозного моллюска – гениталии и периаанальная область.

У 11–25 % больных СПИДом на боковых поверхностях языка появляются "волосатые" лейкоплакии, сопровождаемые образованием белесоватых бляшек с ворсинчатой поверхностью и обусловленные, по-видимому, инвазией папилломатозного вируса, вирусов герпеса и Эпштейна – Барра.

При СПИДе довольно часто активизируется микотическая инфекция. У больных в большинстве случаев появляются разноцветный лишай и эритразма, Очень распространен отрубевидный лишай, который нередко поражает кожу лица.

Кандидозные поражения выявляются у 47–50 % ВИЧ-инфицированных. У мужчин наиболее часто поражается слизистая рта и пищевода, у женщин – слизистая мочевого тракта. В патологический процесс вовлекаются крупные и мелкие складки кожи (образуются обширные эрозии винно-красного цвета, окаймленные отслаивающимся эпителием), околоногтевые валики, ногтевые пластинки, слизистая носа, пищевода, желудка, кишечника, легкие, почки, мозг. Описаны случаи кандидозного сепсиса. Возможно развитие хронического генерализованного гранулематозного кандидоза с образованием многочисленных инфильтративных очагов с изъязвлениями, вегетациями и корками. Генерализованный кандидоз кожи, как правило, сочетается с кандидозными пневмониями и колитами. Важное значение в диагностике висцерального кандидоза имеет обнаружение высокого титра агглютининов к Кандида-антигену. Возможно развитие хронического кандидозного конъюнктивита.

У больных часто наблюдаются криптококкоз (глубокий blastomycosis Буссе – Бушке), гистоплазмоз (болезнь Дарлинга), аспергиллез и другие глубокие микозы, характеризующиеся распространенностью поражений и тяжестью течения патологического процесса.

Довольно частым и характерным проявлением СПИДа является себорейный дерматит. На коже волосистой части головы, ту-

ловища, лица, шеи, локтевых сгибов и подколенных впадин развиваются гиперемия и инфильтрация кожи, псориазиформное шелушение и резкий зуд, которые не снимаются глюкокортикоидными кремами и мазями. В чешуйках очагов поражения обнаруживается большое количество дрожжеподобных микроорганизмов.

Отмечены высокая степень проявления, склонность к генерализации и рецидивам рубромикоза (поражение ногтевых пластинок – белые ногти) и других поверхностных микозов кожи.

У больных СПИДом на коже часто наблюдается активизация пиогенной инфекции – стафило- и стрептодермии. Они отличаются затяжным течением, множественностью очагов поражения, склонностью к рецидивам, устойчивостью к проводимой терапии. На участках, где располагались фолликулиты, длительно сохраняется инфильтрация, имеющая синюшно-красную окраску, остаются мелкие рубчики, фурункулы множественные, болезненные, с распространением инфильтрата на всю дерму и частично гиподерму, с дальнейшей некротизацией тканей.

Часто образуются карбункулы с возможным развитием тромбоза лицевых вен и сепсиса, лечение которого нередко оказывается малорезультативным.

У молодых людей, больных СПИДом, могут наблюдаться угри, чаще индуративные и конглобатные, и угрелоподобные фолликулиты, которые возникают не только на коже лица, верхней части груди и спины, но и на ягодицах и промежности. После разрешения их остаются рубцы, иногда келоидные. У больных СПИДом может наблюдаться сикоз, который отличается необычной стойкостью к проводимому лечению и выраженной агрессивностью течения.

Отличительной особенностью импетиго (характерна для лиц молодого возраста) являются значительная распространенность процесса, агрессивность течения и выраженная стойкость болезни к лечению.

Обращает на себя внимание повышенная контагиозность штаммов стрептококка, выделенных от больных. Эктима при СПИДе встречается главным образом у жителей Африки, а эволюция ее затягивается до 5 недель и более.

Шанкриформная пиодермия локализуется в области гениталий, а образующийся в основании инфильтрат выходит далеко за пределы язвы, что является характерным признаком этого заболевания при СПИДе. Язвенный дефект кожи как бы приподнят над поверхностью окружающих тканей. Образуются телеангиэктазии, напоминающие изменение сосудистого рисунка при неко-

торых новообразованиях кожи. У больных шанкриформной пиодермией при СПИДе может быть положительной реакция Васермана, в то время как РИБТ и РИФ являются отрицательными.

Рожистое воспаление у больных СПИДом может локализоваться на любом участке (руки, туловище, лицо, гениталии и т. д.) тела (классическая локализация преимущественно на голенях), характеризуется стертой клиникой заболевания, отсутствием температурной реакции, быстро развивающейся отечностью кожи в очаге поражения и устойчивостью к лечению с сохранением асимметрии поражения.

Часто образуются очаги хронической атипичной пиодермии, протекающей по язвенному, вегетирующему и абсорбирующему типу.

У больных СПИДом часто встречаются крапивница (чаще папулезная форма), облысение (множественные очаговые поражения с выраженной тенденцией перехода в диффузную форму), ихтиоз, тромбопеническая пурпура, лейкоплакия и эозинофильный пустулезный фолликулит. Значительно осложняется течение псориаза и экземы. У больных псориазом наблюдается синдром Рейтера, а при экземе – вариолиформный пустулез Юлиусберга – Калоши. Наиболее специфическими поражениями кожи являются саркома Калоши и шанкриформная пиодермия.

В разных регионах мира имеются свои особенности клинических проявлений СПИДа. В США и Европе в клинической картине ВИЧ-инфекции преобладают лимфаденопатия, минимум две сопутствующие инфекции, вызванные пневмоцистами (71 %), цитомегаловирусом (40 %) и вирусом простого герпеса (29 %), а также саркома Калоши. В странах Африки ведущими признаками являются потеря массы тела (99 %), лихорадка (75 %), диарея (76 %). Эта триада описывалась как болезнь худобы, генерализованная лимфаденопатия, криптококкоз с явлениями менингоэнцефалита и другие оппортунистические инфекции. В ряде стран Африки наряду с частыми поражениями желудочно-кишечного тракта нередко поражается ЦНС, а саркома Калоши встречается несколько реже, но отличается агрессивным течением.

СПИД у детей

Болеют чаще дети до 2 лет. Заболевание характеризуется высокой частотой бактериальных инфекций. Ведущие симптомы: уменьшение массы тела, отставание роста, лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, инфекции кожи и слизистых, пневмоцистные пневмонии (до 70 %), паротиты, повышение

уровня у ряда больных иммуноглобулина класса А. В таком возрасте не наблюдается саркома Калоши.

У детей более старшего возраста развиваются кандидоз кожи и слизистых, энтериты, пневмоцистные пневмонии, вирусные инфекции. Для новорожденных ВИЧ-инфицированных характерны диарея, рецидивирующие инфекции.

Диагностика ВИЧ-инфекции

Основывается на клинических симптомах и лабораторных данных. О диагнозе СПИДа могут свидетельствовать с большой вероятностью гистологически подтвержденная саркома Калоши у лиц 30–55 лет и моложе, а также лимфома, не относящаяся к лимфогранулематозу, с высокой степенью злокачественности и лимфоидной инфильтрацией неясной этиологии, резистентные к обычной химиотерапии; пневмоцистная пневмония; длительная лихорадка неясной этиологии; генерализованная лимфаденопатия неясного генеза; хронический диарейный синдром (более 1–2 месяцев), являющийся следствием как энтеробактериоза, так и кокцидиоза, изоспориоза, криптоспориоза и др.; беспричинная потеря массы тела большого в течение месяца на 10 % и более; бронхиальный и легочный кандидоз; эндогенные и экзогенные реинфекции и суперинфекции.

Для выявления антител к ВИЧ применяются серологические методы диагностики: реакции иммуноферментного анализа (ИФА), иммунофлюоресценции, иммуноблоттинга и др.

Для обнаружения вируса используются вирусологические методы исследования: посев крови или другого материала в культуру ткани, электронная микроскопия, полимеразная цепная реакция (ПЦР) и др. На практике как наиболее доступные получили распространение реакции ИФА и иммуноблоттинга.

ИФА используется как индикаторная реакция для обнаружения антител по всей группе белков ВИЧ. Она может давать ложноположительные результаты при ряде заболеваний аллергического характера, биохимических сдвигах в организме, при беременности, алкоголизме, опухолях и ряде других изменений.

Реакция иммуноблоттинга выявляет специфические белки ВИЧ, получение полного набора которых служит подтверждающим тестом; в противном случае необходимо длительное наблюдение за пациентом с целью дифференциации инфицирования от других заболеваний аутоиммунного генеза.

Лечение

Лечение – слабое место в борьбе с ВИЧ-инфекцией. Ингибиторы синтеза вирусной ДНК – азидодезокситимидин, дидезоксицитидин, дидезоксиинозин и др. – оказались наиболее активными ВИЧ-вирусостатиками. Из них 3-азидо-3-дезокситимидин (азидотимидин, ретровир, зидовудин) широко используется как средство специфической терапии. Его лечебный эффект заключается в "заклинивании" синтеза провирусной ДНК и приостановке репродукции ВИЧ. За это время иммунитет получает "передышку" и частично регенерирует. Лечебный эффект азидотимидина дополняется подавлением оппортунистических инфекций, в связи с чем возможно наступление ремиссии. К сожалению, терапевтический эффект проявляется не во всех случаях. Препарат токсичен. Выпускается за рубежом. Курс лечения 250 мг через 4 ч в течение 6 месяцев. Препарат не воздействует на провирус. ВИЧ активно адаптируется к нему, и уже есть устойчивые варианты ВИЧ к препарату. Применяются также суремин, фоскорнет, ретровир и др. Используются ацикловир, видарабин, рибавирин, интерферон и его индукторы, циклоспорин А. Кроме старых препаратов (зидовудина, зальцитабина, диданозина) появились новые: ламивудин, неврирапин, делавирдин (ингибиторы обратной транскриптазы), саквинавир, ритонавир, индинавир, нельфинавир (ингибиторы протеаз).

В связи с неизбежностью рецидива, а с ним и рецидивирования оппортунистических инфекций и опухолевого роста, как специфическая терапия, так и терапия вторичных заболеваний осуществляется по схеме превентивная терапия – лечение активного процесса – поддерживающая терапия (противорецидивная). Но и при такой терапии рецидивы и летальный исход на современном этапе неизбежны.

Профилактика

Как и при любой другой инфекции имеются общегосударственные и личные меры профилактики СПИДа. Общегосударственные меры включают в себя следующее:

- пропаганду среди населения знаний о путях передачи ВИЧ, возможных факторах заражения, мерах личной профилактики;
- создание системы своевременного выявления ВИЧ-инфицированных лиц и принятие мер по исключению распространения ими ВИЧ-инфекции (организация специализированной службы, широкое консультирование населения, общедоступность

обследования, в том числе анонимно, проведение разъяснительной работы с носителями ВИЧ и т.д.;

- проведение комплекса мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ через донорские кровь, органы, ткани;
 - создание материально-технической базы для диагностики ВИЧ-инфекции, прежде всего лабораторной;
 - разработку законодательных актов и ряд других.
- Меры личной профилактики направлены на следующее:
- сокращение числа половых партнеров;
 - использование презерватива при половых связях.

В лечебных профилактических учреждениях меры профилактики направлены на предупреждение внутрибольничного распространения и профессионального заражения ВИЧ.

В условиях расширяющегося распространения ВИЧ каждый больной должен рассматриваться как потенциальный носитель ВИЧ-инфекции. Используемые для его обследования и лечения инструменты, аппараты, лабораторная посуда и прочее должны подвергаться обработке в соответствии с требованиями инструктивно-методических документов по дезинфекции и стерилизации. За основу следует брать требования, предъявляемые к профилактике вирусных гепатитов.

К мерам профилактики внутрибольничной передачи ВИЧ относится своевременное выявление ВИЧ-инфицированных среди больных в соответствии с Правилами медицинского освидетельствования на СПИД. В лечебных профилактических учреждениях оно проводится при наличии признаков, изложенных в данных правилах.

Профилактика профессионального заражения ВИЧ. Не должны допускаться к работе по обслуживанию любого профиля больных, с биоматериалами от них и загрязненными ими предметами медицинские и технические работники, имеющие повреждения кожи: раны, трещины, экссудативные поражения, мокнувшие дерматиты. Ссадины, царапины и прочие повреждения заклеиваются лейкопластырем.

При манипуляциях, лабораторных исследованиях с возможным попаданием на медработника крови или другой биологической жидкости от больных или трупов используются индивидуальные средства защиты, надежно прикрывающие кожу и слизистые работника: обязательный халат хирургического типа, резиновые перчатки, очки, маска (или щиток). При приеме родов, вскрытии трупов и при других видах работ, где возможно обильное загрязнение, необходимо надевать влагонепроницаемые фартуки, нарукавники, бахилы (или резиновые сапоги).

Медработникам необходимо соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущим и колющим инструментарием (иглы, скальпель, ножницы и т. д.). Все рабочие места должны быть обеспечены дезинфицирующими растворами и стандартной аптечкой для экстренной профилактики. Должна быть до автоматизма отработана система осуществления профилактических мер на случай возникновения непредвиденной ситуации.

Любое повреждение кожи, слизистых, забрызгивание их кровью или другой биологической жидкостью пациента при оказании ему медицинской помощи должны квалифицироваться как возможный контакт с материалом, содержащим ВИЧ или другой агент инфекционного заболевания. Если контакт с кровью или другими жидкостями произошел у медработника с нарушением целостности кожных покровов (укол, порез), он должен:

- быстро снять перчатку рабочей поверхностью внутрь;
- сразу же выдавить из раны кровь; поврежденное место обработать одним из дезинфектантов (70 %-й спирт, 5 %-я настойка йода при порезах, 3 %-й раствор перекиси водорода при уколах и др.);
- руки вымыть под проточной водой с мылом и затем снова протереть спиртом;
- на рану наложить пластырь, надеть напальчник; при необходимости продолжить работу надеть новые перчатки.

В случае загрязнения кровью или другой биожидкостью без повреждения кожи медработник должен:

- обработать кожу спиртом, а при его отсутствии 3 %-й перекисью водорода, 3 %-м раствором хлорамина или другим дезинфицирующим раствором;
- промыть место загрязнения водой с мылом и повторно обработать спиртом.

При попадании биоматериала на слизистые оболочки необходимо:

- полость рта прополоскать 70 %-м спиртом; полость носа закапать 30 %-м раствором альбуцида из тюбика-капельницы;
- глаза промыть водой (чистыми руками), закапать несколько капель 30 %-го раствора альбуцида из тюбика-капельницы.

При отсутствии 30 %-го раствора альбуцида для обработки слизистых носа и глаз можно использовать 0,05 %-й раствор марганцовокислого калия.

При попадании биоматериала на халат, одежду необходимо пятна немедленно обработать одним из дезинфицирующих растворов.

При сильном промокании одежды необходимо:

- обеззаразить перчатки;
- снять одежду и замочить ее в одном из дезинфицирующих растворов (кроме 6 %-й перекиси водорода и нейтрального гипохлорита кальция, которые разрушают ткани) или поместить в полиэтиленовый пакет для автоклавирования;
- кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой протереть 70 %-м спиртом, затем промыть водой с мылом и повторно протереть спиртом.

Загрязненная обувь обрабатывается двукратным протирающим ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

В.Г. Бородулин,
заместитель начальника Медицинского управления
ГУИН Минюста России, полковник вн. сл.

**ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ В 2000 ГОДУ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
МИНЮСТА РОССИИ**

Ровно год прошел с того момента, когда на аналогичном совещании мы намечали задачи, которые хотели решить в 2000 году. Год прошел, и сегодня мы подводим итоги.

Выполнить все задачи полностью не удалось, но по основным направлениям работа велась активная в рамках возможного.

Основными направлениями нашей работы были: сохранение пенитенциарной медицины в «рабочем» состоянии; укрепление кадрового потенциала; совершенствование нормативной базы; активизация больничной помощи; сдерживание развития эпидемии туберкулеза; укрепление материально-технической базы ЛПУ; улучшение медицинского снабжения.

В своем кратком выступлении я коснусь этих направлений, но сначала выскажу собственную оценку – медицинское обеспечение спецконтингента остается на низком уровне в связи со слабой материально-технической базой больниц, медицинских частей СИЗО и колоний, дефицитным бюджетным финансированием медицинских расходов на протяжении ряда лет, что не позволяет достигать положительных результатов проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Медицинская служба уголовно-исполнительной системы Минюста России располагает значительной сетью медицинских учреждений и квалифицированными кадрами медицинских работников.

Медицинская помощь в учреждениях УИС оказывается более чем в 900 медицинских частях (здравпунктах) следственных изоляторов, исправительных, воспитательных колоний и колоний-поселений.

В медицинских частях следственных изоляторов (СИЗО) и исправительных учреждений (ИУ) развернуто около 15 тысяч штатных коек для оказания стационарной медицинской помощи

при не осложненных заболеваниях, из них: в СИЗО – более 5 500, в ИУ – около 9 тысяч.

Помимо этого, стационарная медицинская помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным оказывается в 130 больницах УИС, общей мощностью около 34 тысяч коек, из них: соматических – 14 610 коек, туберкулезных – 13 530 коек, психиатрических – 770 коек. Сказать, достаточно ли у нас соматических коек, я на сегодня затрудняюсь, ибо численность контингента падает с ней падают потребности, а соматические отделения частично заняты больными туберкулезом.

Для содержания и амбулаторного лечения больных туберкулезом осужденных создано 57 лечебных исправительных учреждений (колонии на правах лечебных учреждений) с общим лимитом наполнения свыше 34 тысяч мест, а для содержания и принудительного лечения осужденных наркоманов – 9 колоний для наркоманов с общим лимитом наполнения в 10 500 мест. На протяжении последних двух лет мы констатировали нехватку 16–18 тысяч коек для больных туберкулезом и примерно 28 тысяч мест в ЛПУ. На сегодняшний день в связи с проводимой Минюстом политикой, направленной на существенное сокращение спецконтингента и ее реальной реализацией, с учетом впервые проведенной такой большой амнистией мы имеем практически отсутствие переполненности ЛПУ для больных туберкулезом, а вот, к сожалению, с больницами существенных положительных изменений у нас нет, туберкулезных коек по-прежнему не хватает. Наше стремление и желание существенно снизить перевозки туберкулезных больных по-прежнему наталкивается на нежелание отдельных регионов создавать у себя полную инфраструктуру для стационарного и амбулаторного лечения больных туберкулезом, это в первую очередь касается ГУИН Санкт-Петербурга, Свердловской области, УИН Саратовской, Пермской, Московской, Тюменской областей. И то, что эти регионы решают свои проблемы за счет других регионов – несправедливо. Я не имею в виду особый режим, но для других видов режима придется создавать ЛПУ. Этот вопрос мы с контроля не снимем и будем решать его до положительного результата на всех уровнях. На недавно прошедшей коллегии ГУИН Минюста России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области встал вопрос решения проблем туберкулеза и внесение предложения решать проблему туберкулеза за счет Карелии, создав там центр по лечению туберкулеза всего Северо-Западного региона. Это вряд ли уместно. Конечно, мы не уйдем от решения вопросов специализированной помощи на межрегиональном уровне, так как создавать крохот-

ные специализированные отделения в больницах просто не рентабельно. И переносить идею решения вопросов борьбы с туберкулезом на межрегиональном уровне – на это мы сегодня не пойдем. Хотя дам Вам информацию, мы предполагаем создание межрегиональных центров по лечению лекарственно-устойчивого туберкулеза в Нижнем Новгороде и Томске при условии начала реализации проекта Всемирного банка. К этой идее мы сами относимся осторожно, это будет эксперимент, хотя и видим в этом положительные стороны.

Штатная численность врачебного персонала составляет около 8 000 единиц, среднего медперсонала – 13 000 единиц. Но эти штаты на сегодня, как вам всем известно, составляют только 70 % от положенности по приказу. Да, в течение нескольких лет большинство регионов не получило штатных единиц на развитие медицины. Даже во вновь открываемых учреждениях штатные вопросы решались за счет штатной численности других служб. И на сегодня у нас острое желание навести в этом вопросе порядок в течение 2001 года.

Позвольте кратко осветить вопросы состояния здоровья спецконтингента. Заболеваемость осужденных за последние 3 года практически находится на одном уровне.

В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания – 21,7 %, психические расстройства – 20 %, болезни кожи и подкожной клетчатки – 11,0 %, инфекционные и паразитарные заболевания – 17,6 %, болезни органов пищеварения – 4,8 %, травмы и отравления – 3 %.

Смертность лиц, содержащихся в ИК в 1999 году, снизилась по сравнению с 1998 годом. Для сравнения – смертность среди взрослого населения страны в целом находится на уровне 4,5 на 1 тыс. Сопоставимый коэффициент – в 1,5 раза выше населения России.

Смертность среди подозреваемых и обвиняемых на протяжении трех лет практически не изменилась. Основной причиной смерти у данной категории лиц были болезни системы кровообращения (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь); травмы и отравления; инфекционные заболевания (туберкулез).

В учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) Минюста России на 1.01.2000 г. содержалось 868 53 больных туберкулезом. В следственных изоляторах – 8 339 таких больных.

Впервые за последние семь лет показатели заболеваемости туберкулезом среди осужденных и смертность от него в 1998-99 годах снизились по сравнению с 1997 годом.

Снижение показателей заболеваемости и смертности – это, по видимому, лишь начало стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу в учреждениях УИС.

Стабилизировался показатель выявляемости больных туберкулезом среди подозреваемых и обвиняемых в следственных изоляторах.

Туберкулез продолжает оставаться одной из основных причин инвалидизации осужденных. Показатель первичного выхода на инвалидность по причине туберкулеза в 1999 году составил 730 на 100 тыс. (1998 г. – 990).

По состоянию на 01.01.2000 г. в УИС функционирует для содержания и лечения больных туберкулезом:

- 36 туберкулезных больниц;
- 50 туберкулезных отделений соматических больниц;
- 57 лечебных исправительных учреждений с общим лимитом наполнения 57 546 мест.

Все учреждения переполнены в среднем на 25–30 %.

Сложившееся в учреждениях УИС положение с размещением и лечением больных туберкулезом легких оценивается как крайне напряженное и имеющее тенденцию к ухудшению. Основными причинами этого является нехватка более 10 тысяч мест в лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждениях для осужденных, больных туберкулезом, недостаток квалифицированных медицинских кадров и техники, непрекращающийся рост поступления в следственные изоляторы (СИЗО) больных активным туберкулезом граждан. Ситуация усугубляется неудовлетворительным финансированием уголовно-исполнительной системы из федерального бюджета.

Причинами неблагоприятной ситуации по туберкулезу в учреждениях уголовно-исполнительной системы являются:

1. Концентрация среди контингентов учреждений УИС (особенно в СИЗО) больных туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, которыми страдают социально неблагополучные лица, составляющие основную массу подозреваемых, обвиняемых и осужденных.
2. Несоответствие действующим санитарным нормам по площадям и набору занимаемых помещений многих эксплуатирующихся учреждений уголовно-исполнительной системы (в частности, лечебно-профилактических и лечебных исправительных), ветхость и изношенность их материальной базы, что влечет за собой низкий уровень коммунально-бытовых условий содержащихся в них лиц.

3. Катастрофическая недостаточность финансирования медицинской службы УИС, что приводит к крайнему дефициту лекарственных препаратов, медицинского оборудования и медицинской техники. Это, в свою очередь, ведет к недостаточной эффективности лечения больных подследственных и осужденных в учреждениях уголовно-исполнительной системы, росту количества больных с резистентными к имеющимся препаратам случаями заболевания туберкулезом.

Выделяемых учреждениям УИС Минюста России финансовых средств едва хватает на питание больных и оплату труда персонала. Нехватка финансовых ассигнований приводит к невозможности осуществления положенного по закону усиленного питания больных туберкулезом осужденных, что также ведет к ускорению развития у них туберкулезного процесса.

В существующих условиях проблема своевременного обеспечения осужденных питанием и медицинской помощью является одной из приоритетных в деятельности уголовно-исполнительной системы.

Одним из направлений работы является снижение существующей значительной переполненности учреждений. В этих целях Минюстом России подготовлен и направлен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проект федерального закона, ограничивающий сроки нахождения в СИЗО содержащихся за судами подозреваемых и обвиняемых до года, а несовершеннолетних – до полугода, также прорабатывается возможность отхода от практики применения меры пресечения в виде содержания под стражей к лицам, не совершившим общественно опасных деяний.

Совместно с Минздравом России подписан приказ о мерах по стабилизации санитарно-эпидемической обстановки в учреждениях исполнения наказаний, разработан и прошел второе чтение в Государственной Думе Российской Федерации проект федерального закона "О защите населения от туберкулеза и противотуберкулезной помощи".

В учреждениях УИС пяти регионов под контролем ЦНИИ туберкулеза Российской академии медицинских наук внедряется рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения программа борьбы с туберкулезом. За период с 1997 по 1999 год финансовая поддержка программы составила почти 3,5 млн долларов США. В настоящее время прорабатывается возможность ее дальнейшего распространения.

Принимаются меры по улучшению условий содержания осужденных за счет привлечения средств от производственной деятельности предприятий, в том числе по организации новых и расширению существующих специализированных противотуберкулезных учреждений. Так, за последние два года количествооек в туберкулезных стационарах увеличено более чем на 3 500 мест, организовано 4 лечебных исправительных учреждения для содержания и амбулаторного лечения осужденных, больных туберкулезом, с общей наполняемостью 2 805 человек.

Несмотря на тяжелое положение, которое испытывала УИС, удалось достичь снижения темпов роста заболеваемости специфического туберкулезом, а в 1999 году наметилась стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу.

Содержание и лечение ВИЧ-инфицированных лиц является одной из актуальнейших проблем, стоящих перед уголовно-исполнительной системой. Случаи ВИЧ-инфекции в учреждениях УИС регистрируются с 1987 года. Начиная с 1996 года, в учреждениях УИС произошло резкое ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекциям. Их количество увеличивалось на 1,5–2 тыс. человек ежегодно. Имеется тенденция увеличения количества ВИЧ-инфицированных в условиях УИС половым и бытовым путем. В настоящее время количество ВИЧ-инфицированных составляет около 8 тыс. человек. Наиболее высокое количество ВИЧ-инфицированных отмечается на территории Иркутской области (более 1 100 человек), Калининградской области и Краснодарского края, Москвы и Московской области (около 600 человек в каждой), Тверской области (более 400 человек). 92 % среди этих лиц являются наркоманами (в учреждениях УИС число наркоманов достигло 30 тысяч). Количество больных СПИДом 176 человек.

Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и постановление Правительства Российской Федерации от 28 февраля 1996 года № 221 «Об утверждении Правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» обязывают проводить обязательное обследование только строго определенным категориям подозреваемых, обвиняемых и осужденных. К ним относятся, прежде всего, лица, которым освидетельствование проводится по клиническим показаниям, устанавливаемым Минздравом России, а также донорам крови.

Однако, учитывая особенности спецконтингента (содержание в организованных коллективах, большой процент лиц «группы риска»), в системе ГУИН Минюста России было принято решение о стопроцентном обследовании лиц, поступающих в следственные изоляторы, на ВИЧ-инфекцию и сифилис. Это составляет около 500 тыс. человек в год. Лечение и диагностика инфекций, передаваемых половым путем, требует значительных финансовых средств, а их выделяется слишком мало.

Подавляющее число ВИЧ-инфицированных и больных сифилисом выявляется среди подследственных до суда. По существу следственные изоляторы проводят большой дополнительный объем работы по выявлению ВИЧ-инфекции и сифилиса среди населения страны. В связи с этим встает вопрос о необходимости оказания финансовой помощи учреждениям УИС в решении важной государственной задачи по выявлению и лечению инфекций, передаваемых половым путем.

Федеральной целевой программой «По предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 1996-1997 гг. и на период до 2000 года «Анти-ВИЧ/СПИД» (государственный заказчик Минздрав России) не учитывается наличие таких больных в учреждениях УИС, а это 1/6 всех больных, зарегистрированных в Российской Федерации.

ГУИН Минюста России испытывает серьезные трудности в создании специализированных подразделений для содержания и лечения ВИЧ-инфицированных, но в решении данного вопроса не встретил понимания со стороны глав субъектов Российской Федерации, которые категорически возражают против открытия учреждений для ВИЧ-инфицированных на их территории.

В настоящее время в условиях перелимита при решении вопроса об изолированном содержании ВИЧ-инфицированных лиц в учреждениях УИС Минюста России с целью профилактики распространения ВИЧ-инфекции, несмотря на рекомендации ВОЗ, которые не предусматривают изоляции таких лиц, нам приходится идти на их содержание:

- 1) в отдельных камерах в условиях следственных изоляторов;
- 2) в изолированных участках по месту отбывания наказания.

В целом эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции среди подозреваемых и осужденных в учреждениях УИС Минюста России находится под контролем. Проводимые мероприятия по выявлению, изоляции и лечению больных туберкулезом осуществляются неимоверными усилиями медицинских

работников УИС, которые работают с нагрузками, превышающими средние в 5-6 раз.

Состояние заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем, в уголовно-исполнительной системе соответствует эпидемической обстановке по этим инфекциям, сложившейся в целом в стране. Показатель заболеваемости сифилисом в учреждениях УИС в 8,2 раза выше среднего показателя, регистрируемого среди населения страны. Это обусловлено социально-характериологическими особенностями контингентов, содержащихся в УИС, в данных учреждениях концентрируются лица с асоциальным поведением: наркоманы, алкоголики, проститутки и т. д. Лица в возрасте от 18 до 45 лет составляют 90 %. 88 % больных сифилисом выявляются на этапе следственных изоляторов, где проводятся обязательные обследования на сифилис всех поступающих. В 1999 году отмечается некоторое увеличение числа больных сифилисом, состоящих на учете в учреждениях УИС (1999 год – 43,9 тыс., 1998 год – 40,5 тыс.). Заболеваемость гонококковой инфекцией среди подследственных и осужденных в 1999 году также возросла (1999 – 2,9 тыс., 1998 – 2,5 тыс.). Ее уровень в 2,5 раза выше, чем средний показатель среди населения в стране.

В наших учреждениях, где коммунально-бытовые условия содержания не соответствуют ни требованиям законодательства, ни общепринятым требованиям к жилым помещениям, многократно возрастает угроза болезней любой этиологии, в том числе и инфекций, передаваемых половым путем. Это в первую очередь относится к следственным изоляторам, больницам для подследственных и осужденных, лечебным исправительным учреждениям. В феврале–марте 2000 года в ИК-11 ГУИН Минюста России по Краснодарскому краю имела место вспышка заболевания сифилисом (в ИК-11 находится 3 600 чел. при лимите 1 500 человек). Было выявлено и пролечено 76 больных сифилисом. Причина вспышки – гомосексуальное поведение.

Организация медицинского обеспечения спецконтингента остается на низком уровне в связи со слабой материально-технической базой имеющихся больниц, медицинских частей СИЗО и колоний, дефицитным бюджетным финансированием медицинских расходов на протяжении ряда лет, что не позволяет достигать положительных результатов проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Лечебные учреждения перегружены на 40–50 %. Повсеместно существует дефицит медицинского (даже простейшего диагностического и лечебного) оборудования, не хватает лабораторий, медицинских кабинетов. Неадекват-

ное финансирование медицинских расходов (в среднем на 10 % от потребности) на протяжении ряда лет привело к тому, что лечебно-профилактические мероприятия затруднены из-за отсутствия лекарственных средств и расходных материалов.

Несмотря на столь неприглядную картину у нас с 1999 года, наметились определенные положительные сдвиги в плане обновления материально-технической базы. В этом направлении проводится постоянная работа, и многие регионы в 2001 году ощутили на себе ее результаты. Ожидается помощь от реализации проекта Всемирного банка. Мы надеемся на существенные подвижки в улучшении бюджетного финансирования медицинских расходов уже с 2001 года.

Многие проблемные вопросы, которые сегодня стоят перед медицинской службой, еще до конца не решены. Это, в первую очередь, приведение в соответствие законодательной и нормативной базы, в том числе и объявление приказом номенклатуры лечебных учреждений и подразделений пенитенциарной системы. Многие наши наработки сдерживаются по причине отсутствия находящегося на рассмотрении еще не принятого закона об уголовно-исполнительной системе Минюста России.

И на сегодня первоочередной задачей мы видим сохранение созданной многолетним трудом сотрудников медицинской службы, ее кадрового состава и создание условий к существенным положительным изменениям, которые можно ожидать только при решении вопросов оказания помощи медицинской службе на государственном уровне.

С.В. Сидорова,
Главный фтизиатр медицинского
управления ГУИН МЮ РФ

С.Г. Сафонова,
Главный специалист медицинского
управления ГУИН МЮ РФ

ПРОБЛЕМЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ РОССИИ

Начиная с 1992 года, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации характеризуется постоянным ростом заболеваемости туберкулезом, а в последние годы она осложнилась ростом количества ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

В условиях развившейся в последние годы эпидемии туберкулеза резко изменились течение туберкулезной инфекции и структура клинических форм. Участились случаи прогрессирующего течения этого заболевания с острым началом или острой вспышкой болезни с массивным бактериовыделением. Резко выросло число больных с первичной лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза. Все чаще стали превалировать деструктивные виды туберкулезного процесса. Проблемой в клинике туберкулеза явился большой удельный вес больных с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, сердца, почек.

В учреждениях уголовно-исполнительной системы России на сегодняшний день содержится более 84 тысяч больных активным туберкулезом. Если к этой цифре прибавить лиц с остаточными изменениями перенесенного туберкулеза легких (3 и 7 ГДУ) – это почти третья часть от числа всех больных туберкулезом, состоящих под наблюдением в противотуберкулезных учреждениях государственной «гражданской» системы здравоохранения. Вот почему необходимо всем медицинским работникам как гражданских, так и пенитенциарных учреждений понимать важность взаимодействия, обмена информацией, взаимопомощи.

Несмотря на некоторую тенденцию к снижению в 2000 г. заболеваемости туберкулезом среди подследственных и осужден-

ных, ее показатель остается высоким и составляет 3 174 на 100 тыс. (1999 г. – 3447, 1998 г. – 3681).

Распространенность данного заболевания в 2000 г. сохраняется на уровне 1999 года и составляет 7 561 на 100 тыс. (1999 г. – 7484).

Смертность в прошедшем году от туберкулеза в учреждениях УИС в сравнении с 1999 годом снизилась на 24 % и составила 181 на 100 тысяч человек. (1999 г. – 238).

До настоящего времени четкого информационного взаимодействия в учете больных туберкулезом между ГУИН и территориальными органами здравоохранения, к сожалению, не достигнуто. Нередко возникает ситуация, когда о лицах, ранее состоявших на учете в учреждениях здравоохранения, обратная информация не поступает ни в следственные изоляторы, ни в колонии. В результате возникают расхождения в учете и регистрации выявленных больных между учреждениями УИС и территориальной противотуберкулезной службой.

В соответствии с существующими документами ГУИН каждый вновь выявленный случай заболевания активным туберкулезом сопровождается соответствующим экстренным извещением в территориальную противотуберкулезную службу и учреждения санэпиднадзора. Такова нормативная установка в системе УИС. Вместе с тем на местах эта система информационного уведомления не обеспечивается полностью. В результате не исключаются случаи, когда информация о вновь выявленных больных на этапе нахождения в следственных изоляторах или исправительных колониях не доходит до территориальных органов здравоохранения. С другой стороны, не все извещения, исходящие из учреждения УИС, своевременно учитываются в соответствующих службах Министерства здравоохранения.

Одной из существенных проблем в учете больных активным туберкулезом является тот фактор, когда на больных активным туберкулезом, выбывающих из учреждений УИС, направляются документы в территориальную противотуберкулезную службу, а больные к месту постоянного жительства не прибывают. Около 50 % таких больных туберкулезом мигрируют по стране.

В этих условиях необходимо создать систему учета этой категории больных при активном участии органов внутренних дел (на которые возложена регистрация всех освобождающихся из учреждений УИС по месту их пребывания), органов здравоохранения и уголовно-исполнительной системы Минюста.

Вместе с тем без определенной ответственности со стороны больных активным туберкулезом, освобождающихся из пенитенциарных учреждений, наладить такую систему учета крайне сложно. К сожалению, проект закона о борьбе с туберкулезом, обсуждавшийся в Госдуме во втором чтении, такой ответственности не предусматривает. В результате в стране перемещается значительное количество больных туберкулезом, не состоящих на учете ни в одном противотуберкулезном учреждении и не получающих необходимого лечения. Эта группа населения наиболее опасна в эпидемическом отношении, учитывая, что часть больных страдает полирезистентным туберкулезом.

Последние данные, полученные из учреждений УИС, свидетельствуют о наличии роста лекарственной устойчивости микобактерий, выделяемых у больных туберкулезом. Так, у 40 % больных туберкулезом отмечается наличие первичной лекарственной устойчивости к основным противотуберкулезным препаратам, из них около 23 % имеют множественную лекарственную устойчивость. Из-за отсутствия бактериологических лабораторий по диагностике туберкулеза почти в 50 % случаев лечение больных назначается без учета чувствительности к антибактериальным препаратам и по различным причинам постоянно прерываются курсы лечения. Все это приводит к развитию лекарственной устойчивости. Кроме того, химиопрофилактика проводится одним противотуберкулезным препаратом без строгого контроля со стороны персонала.

Основными проблемами, которые стоят перед УИС в отношении больных туберкулезом, являются:

1. Дефицит площадей для размещения больных туберкулезом.
2. Нехватка лекарственных препаратов из-за недостаточного финансирования.
3. Слабость лабораторной базы, не обеспечивающей необходимый уровень диагностики туберкулеза, особенно лекарственно-устойчивых форм.
4. Недостаточная оснащенность диагностической аппаратурой, флюороотехникой.
5. Продолжает оставаться проблема фтизиатрических кадров.

Каковы же приоритетные направления деятельности в уголовно-исполнительной системе в области борьбы с туберкулезом? Это:

1. Ранняя диагностика туберкулеза в СИЗО и колониях с использованием рентгенологического и микробиологического методов обследования.
2. Определение лекарственной устойчивости культур микобактерий туберкулеза, выделенных у всех больных.
3. Внедрение быстрых методик определения лекарственной устойчивости к основным противотуберкулезным препаратам.
4. Наличие полного спектра противотуберкулезных препаратов (основных и резервных).
5. Возможность проведения хирургических методов лечения больных туберкулезом, особенно среди больных с множественной лекарственной устойчивостью.

Для осуществления **задач**, поставленных перед фтизиатрической службой УИС, необходимо:

- адекватное финансирование;
- добиваться решения вопроса раздельного содержания больных с лекарственной устойчивостью, создание наиболее оптимальных санитарно-гигиенических условий содержания;
- создание гарантированных запасов противотуберкулезных лекарственных средств;
- не прерывать прием противотуберкулезных препаратов в интенсивной фазе лечения;
- продолжать и развивать совместную деятельность с международными организациями, используя их опыт, возможность для повышения уровня лечебно-диагностической помощи в УИС (при этом подход к лечению должен основываться на опыте отечественной фтизиатрии);
- обеспечивать эффективную реализацию федеральной программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998-2004 годы»;
- привлекать средства отечественных и зарубежных спонсоров, общественных и благотворительных организаций, местные ресурсы.

Таким образом, для улучшения интеграции между гражданской и пенитенциарной службами необходимо создание рабочей группы трех ведомств с целью разработки системы регистрации и учета, обмена оперативной информацией при освобождении больных активным туберкулезом из учреждений УИС, которая обеспечит привлечение их к лечению после освобождения. Разработать привлекательную для них систему поощрения. Также

обеспечить необходимой информацией больных туберкулезом, освобождающихся из мест лишения свободы, привлекая все возможные средства, в том числе средства массовой информации.

В настоящий момент только понимание скоординированного сотрудничества между всеми службами противотуберкулезных служб России поможет взять под контроль эпидемическую ситуацию по туберкулезу.

В.М. Коломиец,
профессор, доктор медицинских наук,
зав. кафедрой Курского государственного
медицинского университета

А.П. Захаров,
начальник ОБ УИН Минюста России
по Курской области, полковник вн. сл.

В.Г. Пужинский,
врач-фтизиатр областной больницы УИН
Минюста России по Курской области

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В УИН МИНЮСТА РОССИИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 1999 И В 2000 ГОДАХ

В 1999 году в учреждениях УИН Курской области по-прежнему отмечалась ситуация контролируемой эпидемии туберкулеза. Контингенты больных туберкулезом продолжали увеличиваться и составили от всех содержащихся в подразделениях УИН 12 %, из которых более 50 % (6,2 % от всех содержащихся) страдают активными формами туберкулеза. Показатель распространенности (болезненность) среди спецконтингента в целом по УИН составил 6 215 на 100 тыс. человек (70 % годового роста). В то же время отмечено улучшение структуры контингентов за счет увеличения с 21 % до 31 % в 1999 году больных с затихающим активным туберкулезом (ГДУ II) от общего числа всех больных активными формами туберкулеза.

Существенное влияние на формирование неблагоприятной эпидемиологической ситуации ежегодно оказывает большое количество больных туберкулезом, поступающих в следственные изоляторы области. Именно они составили 54 % от всех зарегистрированных в УИН случаев. Из них 82 % составили жители Курской области, 11 % – граждане РФ, 4 % – граждане СНГ, 3 % – лица без определенного места жительства.

Пораженность активным туберкулезом обслуживаемых контингентов СИЗО – 4 312 на 100 тыс. человек; с запущенным туберкулезом (фиброзно-кавернозным) легких – 256,6 (РФ – 100); с

деструктивным туберкулезом – 641,4 (РФ – 475); с выделением микобактерий – 385 (РФ – 229).

В 1999 году за счет увеличения коечной мощности туберкулезного отделения ОБ УИН со 180 до 220 (при фактической ежемесячной работе 230 коек) почти в два раза, с 81 человека в 1998 году до 41 человека в 1999 году, удалось уменьшить количество больных туберкулезом, содержащихся в СИЗО, за счет госпитализации в больницу всех осужденных больных ТБ.

В то же время распространенность активного туберкулеза среди осужденных в исправительных учреждениях области на конец отчетного года была значительно выше – 7 049 на 100 тысяч, в том числе больных только в I ГДУ – 4 651 (по ИУ РФ – 8 152 в 1998 году), из них с запущенными формами туберкулеза – 490,5 (по ИУ РФ – 528); с выявленными в фазе распада – 2 125,7 (РФ – 2 557); с выделением МБТ – 1 617 (РФ – 2 019). Наблюдаемые по II ГДУ в ИУ области составляют 34 %.

Продолжает повышаться заболеваемость туберкулезом среди обслуживаемых контингентов. Всего в течение года в подразделениях выявлено 194 человека с диагнозом активного туберкулеза, показатель заболеваемости в целом по УИН составил 1426 (рост на 12 % против 1998 года).

В следственных изоляторах области выявлено 79 человек, впервые заболевших туберкулезом. Здесь отмечается некоторая стабилизация заболеваемости до уровня 1 320 (показатель по УИС МЮ РФ в 1998 году – 1 428). Среди впервые выявленных также преобладают жители Курской области – 79,7 %; из других регионов РФ – 13,9 %; граждане СНГ – 6,3 %. Из числа больных впервые арестованные составили 36,7 %, из числа арестованных повторно находились на свободе между судимостями: до полугода – 11 %, до года – 9 %, от 1 года до 3 лет – 30 %, более 3 лет – 13 %.

По возрастной структуре заболевшие среди подозреваемых и обвиняемых распределяются следующим образом: 19–30 лет – 31,6 %, 31–40 лет – 43 %, т.е. наиболее работоспособная часть.

Заболевание выявлено: в первый месяц после поступления в СИЗО – у 80 %, в первые 4 месяца после ареста – у 5 %, у содержащихся в СИЗО от 4 месяцев до 1 года – у 12,7 %, у содержащихся в СИЗО от 1 года до 2 лет – у 2,5 %.

В исправительных учреждениях области за год выявлено 115 человек с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза. Показатель заболеваемости осужденных вырос на 25 % и составил 1 509,2 среднестатистическому, тем не менее в 2,4 раза ниже показателя по УИС МЮ РФ в целом (3 669 на 100

тысяч человек в 1988 году). На качестве выявления сказывается обеспеченность стационарной базой для дообследования в сложных случаях. Так, семь осужденных одной из ИК после выявления патологических изменений в легких при плановой флюорографии 1998 года из-за переполненности туберкулезного отделения в областной больнице УИН были госпитализированы только спустя 1,5 месяца.

Исходя из вышеизложенного, можно констатировать стабилизацию заболеваемости туберкулезом в исправительных колониях УИН Курской области в последние три года: с учетом возросшей на 300 человек наполняемости колоний – 94-99-108 случаев заболеваемости соответственно в 1997–1999 годах.

Среди впервые заболевших осужденных преобладали лица трудоспособного возраста: подростки (до 18 лет) – 2,6 %, лица молодого возраста (18–30 лет) – 39,1 %, лица в возрасте от 31 до 40 лет – 31,4 %, лица в возрасте от 41 до 59 лет – 22,6 %, лица пожилого возраста (старше 60 лет) – 4,3 %. Впервые осужденные составили 53,9 %, повторно – 24,3 %, три и более раз – 21,7 %. Из числа впервые заболевших запущенные формы туберкулеза не выявлялись, туберкулез с фазой распада – 669,3 (РФ – 1 081), bacillary туберкулез – 472,4 (РФ – 720).

Важной представляется динамика выявления малых форм туберкулеза (одностороннего туберкулезного плеврита, очагового, инфильтративного без деструкции), которые среди впервые выявленного туберкулеза составили 56,7 %. Клиническая структура впервые выявленного туберкулеза сравнительно по УИН Курской области представлена в таблице по подразделениям.

Клиническая структура впервые выявленного туберкулеза

Форма ТБ	Случаи и % в клинической структуре ТБ					
	ИК		СИЗО		Всего по УИН	
	А	О	А	О	А	О
Плеврит туберкулезной этиологии	1	0,9 %			1	0,5 %
Очаговый ТБ, в т.ч.	38	33 %	22	27,8 %	60	30,9 %
с выделением МБК	4				4	

Инфильтративный ТБ:	71	61,7 %	50	63,3 %	121	62,4 %
- с фазой распада	46		30		76	
- с выделением МБК	28		14		42	
Казеозная пневмония, в т.ч. с выделением МБК	1	0,9 %			1	0,9 %
Туберкуломы, в т.ч.			4	5,1 %	4	2,1 %
с фазой распада			1		1	
Диссеминированный ТБ:	4	3,5 %	2	2,5 %	6	3,1 %
- с фазой распада	4		4		6	
- с выделением МБК	3		2		5	
Фиброзно-кавернозный ТБ, в т.ч.			1	1,3 %	1	0,5 %
с выделением МБК			1		1	
Всего:	115		79		194	
- с фазой распада	51	44,3 %	33	41,8 %	84	43,3 %
- с выделением МБК	36	31,3 %	17	21,5 %	53	27,3 %

В исправительных колониях области выявлено 15 случаев рецидива туберкулезного процесса, в том числе у 8 человек ранний, у 87 человек, ранее болевших туберкулезом, при поступлении в СИЗО диагностирован активный процесс. Имел место очаговый туберкулез – 14 %, инфильтративный – 60 %, казеозная пневмония – 0,9 %, кавернозный туберкулез – 4,4 %, туберкуломы – 2,6 %, диссеминированный туберкулез – 6 %, больные туберкулезом ГДУ II – 6 %. Деструктивные процессы и туберкулез с bacillary выделением у больных этой группы выявлялись чаще: в 52,6 % и 40,4 % случаев соответственно.

Анализ обстоятельств выявления туберкулеза показал, что в 1999 году 83 % больных выявлено активно при профилактических осмотрах и после плановых флюорографических обследований; 11 % больных выявлено при обращении в медицинские части с симптомами туберкулеза; у 6 % туберкулезный процесс выявлен при обследовании больных в соматических отделениях ОБ

УИН. Своевременность диагностики в целом по УИН составила 79,7 %. При экспертной оценке основными причинами несвоевременности диагностики установлены:

- позднее (от 1 до 2 месяцев) дообследование после флюорографии, выявившей патологию легких, – 31 % случаев;
- ошибки в трактовке результатов флюорографии – 36 %;
- ошибочная трактовка ведения больного на догоспитальном этапе (в т.ч. недобросовестное выполнение функциональных обязанностей медработниками подразделений) – 33 %; к ним можно отнести недостаточное использование (прежде всего из-за отсутствия оборудования) бактериоскопического исследования мокроты у лиц, страдающих длительным кашлем, а также у больных, обращающихся в медчасти с жалобами туберкулезного симптомокомплекса.

Неблагополучно складывается положение с лечением больных. Из-за недостаточного финансирования не удалось обеспечить достаточный объем показанных режимов антибактериальной терапии и, прежде всего, освоенных режимов DOTS, а патогенетическое лечение проводилось эпизодически. Вместе с тем, благодаря строгому контролю АБП, мероприятиям, дисциплинирующим больных, удалось достичь достаточно высокой эффективности лечения. У впервые выявленных больных заживление полости распада достигнуто в 78,6 % случаев (по УИС РФ в 1998 году – 51,3 %), прекращение бацилловыделения – 83 % случаев (по УИС РФ – 64,7 %), клиническое излечение составило 26,4 % (по УИС РФ – 13,4 %).

Признано первично инвалидами по туберкулезу 39 человек, а показатель первичного выхода на инвалидность составил 286,7 на 100 тысяч (по УИС РФ – 472,1 на 100 тысяч).

Смертность от туберкулеза среди осужденных достигла 91,9 на 100 тысяч (по УИС РФ в 1998 году – 169,6 на 100 тысяч), в том числе среди подследственных – 16,71 (по УИС РФ – 573,8, или 1,3 % – данные 1997 года).

За один год из подразделений УИН Курской области по окончании срока наказания освобождено 139 человек, больных активными формами туберкулеза, что составило 83,7 % от числа поступивших в СИЗО области лиц, больных туберкулезом. Из числа освобожденных: 6 человек освобождены досрочно по заболеванию туберкулезом, 28 человек (20,1 % от числа освобожден-

ных) были бацилловыделителями, 51 человек (36,7 % от числа освобожденных) наблюдались по ГДУ II.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации по основным параметрам позволяет констатировать дальнейшее увеличение контингентов больных туберкулезом, поступивших в учреждения УИН области, и относительную стабилизацию заболеваемости и смертности в ИК.

На данном этапе основное значение приобретает дальнейшее расширение элементов неспецифической профилактики, прежде всего в СИЗО области, поддержание системы своевременного выявления больных и повышение качества лечения, что напрямую зависит от уровня лекарственного обеспечения.

Экономический кризис последних лет подтвердил непреложную истину, что туберкулез – болезнь социальная, которая поражает в первую очередь самые неблагополучные слои населения.

Свидетельством этого является высокая распространенность его в уголовно-исполнительной системе Минюста России. Так, показатели заболеваемости и болезненности туберкулезом среди заключенных в УИН МЮ РФ по Курской области в 2000 году были ниже аналогичных показателей в целом по УИС России в 3,1 и 1,6 раза, но превышали показатели заболеваемости и болезненности среди населения Курской области в 21 и 24 раза соответственно.

В 2000 году в учреждениях УИН МЮ РФ по Курской области по-прежнему отмечалась ситуация контролируемой эпидемии туберкулеза.

Остается сложной ситуация, связанная с ростом заболеваемости среди обслуживаемых контингентов. В период с 1996 по 1999 год отмечен рост заболеваемости туберкулезом в среднем на 10 % ежегодно, при этом показатель заболеваемости на 100 тысяч человек вырос с 1 059,2 в 1996 году до 1 426,2 в 1999 году. Однако в 2000 году по сравнению с 1999 годом зарегистрировано снижение заболеваемости на 22 %. Всего в течение года в подразделениях УИН области выявлен 141 больной, при этом показатель заболеваемости составил 1 116,8. В следственных изоляторах области выявлено 56 человек следственно-арестованных, впервые заболевших туберкулезом. Здесь отмечено снижение за-

болеваемости до уровня 1 146 при заболеваемости в 1999 году – 1 320. Среди впервые выявленных преобладают жители Курской области – 89,3 %. Граждане из других регионов РФ, стран СНГ и лица без определенного места жительства составили по 3,6 %. Из числа больных впервые арестованные составили 26,8 %; из числа арестованных повторно находились на свободе между судимостями: до 1 года – 19,6 %, от 1 года до 3 лет и более 3 лет – по 26,8 %. Заболевание выявлено в первые дни после ареста у 85,7 %, от 1 до 4 месяцев после ареста – у 3,6 %, содержащихся в СИЗО от 4 месяцев до 1 года – у 7,1 %, содержащихся от 1 года до 3 лет – у 3,6 %.

В исправительных учреждениях области за 2000 год выявлено 85 человек с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза. Показатель заболеваемости осужденных снизился в сравнении с 1999 годом на 27 % и составил 1 099 на 100 тысяч человек. Среди впервые заболевших осужденных туберкулез выявлен после ареста: до 1 года – у 13 %, от 1 года до 2 лет – у 43,5 %, от 2 до 3 лет – у 27 %, более 3 лет – у 16,5 %. Осужденные впервые составили 37,6 %, повторно – 24,7 %, три и более раз – 37,7 %.

Анализ возрастной структуры впервые заболевших показал преобладание трудоспособного возраста: лица молодого возраста (19 – 34 года) – 46 %, 35 – 44-летние – 40,4 %, лица 45 – 59 лет – 11,3 %, пожилой возраст – 1,4 %. Впервые после 1993 года не было выявлено подростков (14 – 18 лет), заболевших туберкулезом.

В клинической структуре важным представляется динамика выявления малых форм туберкулеза (одностороннего туберкулезного плеврита, очагового, инфильтративного без деструкции), которые среди впервые выявленного туберкулеза в 2000 году составили 61 % (в 1999 году – 56,7 %). Из числа впервые заболевших запущенные формы туберкулеза (фиброзно-кавернозного) составили – 15,8 (УИС – 29,5), туберкулез с фазой распада – 435,6 (УИС – 987), бациллярный туберкулез – 364,4 (УИС – 532,5).

Таблица клинической структуры впервые выявленного туберкулеза

	ИК	СИЗО	Всего по УИН
Нелегочный ТБ	1–1,2 %		1–0,7 %
Очаговый ТБ в т.ч.:	29–34,1 %	15–26,8 %	44–31,2 %
с МБК	2	3	5
Инфильтративный ТБ в т.ч.:	51–60 %	30–53,6 %	81–57,4 %
с СУ	28	17	45
с МБК	17	17	34
Казеозная пневмония в т.ч.:	2–2,4 %		2–1,4 %
с МБК	1		1
Туберкулома в т.ч.:		5–8,9 %	5–3,5 %
с СУ		1	1
с МБК		1	1
Диссеминированный ТБ в т.ч.	1–1,2 %	5–8,9 %	6–4,3 %
с СУ	1	4	5
с МБК	1	3	4
Фиброзно-кавернозный ТБ в т.ч.	1–1,2 %	1–1,8 %	2–1,4 %
с МБК	1		1
ВСЕГО: в т.ч.	85	56	141
с фазой распада	32–37,6 %	23–41 %	55–39 %
с МБК	22–26 %	24–43 %	46–32,6 %

В отчетном году в исправительных колониях области зарегистрировано 13 случаев рецидива туберкулезного процесса, что составило 3 % от числа больных с неактивными формами туберкулеза, наблюдавшихся на конец 1999 года (по УИС МЮ РФ аналогичный показатель составляет 8,6 %). Кроме того, у 90 че-

ловек, ранее болевших туберкулезом, при поступлении в СИЗО диагностирован активный процесс. В этой группе больных туберкулезный плеврит, казеозная пневмония и цирротический туберкулез имели место по 0,9 % случаев, очаговый туберкулез – 16 %, инфильтративный – 32,7 %, кавернозный – 1,8 %, туберкуломы – 3,5 %, диссеминированный туберкулез – 7 %, фиброзно-кавернозный – 6,2 %, больные туберкулезом ГДУ II – 21 %. Деструктивные процессы и туберкулез с бацилловыделением у больных этой группы выявлялись в 32,6 и 37 % соответственно.

Таким образом, существенное влияние на формирование неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в подразделениях УИН оказывает неуклонно уменьшающееся количество больных активным туберкулезом, ежегодно поступающих в следственные изоляторы области. Именно они в 2000 году составили 59,8 % от всех зарегистрированных в УИН случаев, при поражении активным туберкулезом обслуживаемых контингентов СИЗО – 4 173,5 на 100 тысяч человек.

Показатель распространенности (болезненности) активного туберкулеза среди спецконтингентов в целом по УИН составил на 31.12.2000 года – 4 724,8 на 100 тысяч человек (или 4,7 % от всех содержащихся в УИН) при 32 % больных затихающим активным туберкулезом (ГДУ II) от всех больных активными формами. Распространенность запущенного (фиброзно-кавернозного) туберкулеза составила 194,7 (по УИС – 407), деструктивного – 1 061,8 (по УИС – 1 950), туберкулеза с выделением микобактерий – 1 026 (по УИС – 1 482). Уменьшение распространенности туберкулеза на 24 % по сравнению с 1999 годом обусловлено увеличением, вследствие проведенной амнистии, в 2,3 раза числа больных, освободившихся в 2000 году из подразделений УИН. Из 316 человек, больных активным туберкулезом, освободившихся в течение года, 138 человек составили больные ГДУ II и 138 человек, больные ГДУ I, из которых 125 человек амнистировано.

Анализ обстоятельств выявления туберкулеза показал, что в 2000 году 83 % больных выявлено при обращении в медицинские части с симптомами туберкулеза, у 8 % туберкулезный процесс выявлен при проведении клинического минимума в соматических отделениях областной больницы УИН и в 0,85 % случаев туберкулез выявлен посмертно. Своевременность диагностики в целом по УИН составила 78 %. При экспертной оценке основными причинами несвоевременности диагностики установлены:

- позднее (от 1 до 2-х месяцев) дообследование после флюорографии, выявившей патологию легких – 6,4 % случаев;
- ошибки в трактовке результатов флюорографии – 5,1 %;
- ошибочная тактика в ведении больного на догоспитальном этапе – 10,4 %; к ним возможно отнести недостаточное использование (прежде всего из-за отсутствия оборудования) бактериоскопического исследования мокроты у лиц, страдающих длительным кашлем, а также у больных, обращающихся в медчасти с жалобами туберкулезного симптомокомплекса.

В отчетном году все больные, нуждавшиеся в стационарном лечении, были госпитализированы: осужденные – во фтизиатрическое отделение областной больницы УИН, подследственные – в стационары СИЗО. Несмотря на недостаточное финансирование в целом по УИН, в 2000 году удалось обеспечить достаточный объем показанных режимов антибактериальной терапии – обеспеченность препаратами составила 79 % от потребности, в то же время патогенетическое лечение проводилось эпизодически. Вместе с тем, благодаря строгому контролю АБП, мероприятиям, дисциплинирующим больных, удалось достичь достаточно высокой эффективности лечения. У впервые выявленных больных заживление полостей распада достигнуто в 75,7 % случаев (по УИС – 45,5 %), прекращение бацилловыделения – 86,8 % (по УИС – 71,6 %), клиническое излечение составило 17,5 % (по УИС – 13,8 %).

В течение года от активных форм туберкулеза умерло 8 человек, в том числе: состоящих на учете менее года – 2 человека; в двух случаях диагноз установлен посмертно. Из причин смерти: в пяти случаях причиной смерти явилась казеозная пневмония (в том числе в одном случае диагноз установлен посмертно); в двух случаях – фиброзно-кавернозный туберкулез; в одном случае (диагноз установлен посмертно) – туберкулезный перикардит.

Показатель смертности от туберкулеза в 2000 году составил 63,4 на 100 тысяч человек (по УИС – 238,6), в том числе смертность не состоявших на учете – 15,8.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации по основным параметрам позволяет констатировать относительную стабилизацию заболеваемости, болезненности и смертности в последние три года в подразделениях УИН Минюста России по Курской области.

На данном этапе основное значение приобретает дальнейшее расширение элементов неспецифической профилактики, и прежде всего в следственных изоляторах области, поддержание системы своевременного выявления больных и повышение качества лечения, что напрямую зависит от уровня лекарственного обеспечения.

Баркалов А.А.,
врач-психиатр учреждения ОХ 30/2
УИН Минюста России по Курской области,
капитан вн. сл.

Пахомов С.С.,
начальник медчасти учреждения ОХ 30/2
УИН Минюста России по Курской области,
майор вн. сл.

Кудинов Д.А.,
врач-психиатр Новопоселеновского
дома-интерната Курской области

Аносова Е.В.,
врач-ординатор кафедры психиатрии Курского
государственного медицинского университета

**О ПРОТИВОПРАВНЫХ ДЕЙСТВИЯХ БОЛЬНЫХ
С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ⁴
(ПО МАТЕРИАЛАМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
МЕДСАНЧАСТИ ИК УИН МЮ РФ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Взаимосвязь противоправных действий и характера психических и поведенческих расстройств относится к числу недостаточно разработанных проблем психиатрии. Ее решение может стать серьезным основанием для разработки рекомендаций организационного, профилактического и терапевтического порядка. Целью настоящей работы являлось изучение зависимости характера противоправных действий, совершенных лицами с психическими и поведенческими расстройствами, от разновидности последних.

⁴ Опубликовано в сборнике, изданном Курским государственным медицинским университетом «Актуальные проблемы медицины и фармации. Материалы 65-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов». Курск, 2000.

Материалом послужили 226 осужденных, состоящих на диспансерном учете в медсанчасти исправительной колонии строгого режима Управления исполнения наказаний Курской области. Использовались клиничко-психопатологический и статистический методы исследования.

В зависимости от разновидности психических и поведенческих расстройств (по МКБ-10) обозначены 4 группы. 1-ю составили 103 человека (45,58 %), страдающих органическими психическими расстройствами (F00-F09). Во 2-ю вошли 100 обследованных (44,25 %) с расстройствами личности и поведения (F60-F69). В 3-й группе было 14 лиц (6,19 %) с умственной отсталостью (F70-F79). Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F48) наблюдались у 9 осужденных (3,98 %), объединенных в 4-ю группу. По характеру противоправных действий обследованные распределились следующим образом:

1. Преступления против личности (ст.ст. 105–157 УК РФ). Их совершил 61 обследованный (26,99 %).

2. Преступления в сфере экономики (ст.ст. 158–204 УК РФ) – 140 осужденных (61,95 %).

3. Преступления против общественной безопасности и общественного порядка (ст.ст. 205–274 УК РФ) – 25 человек (11,06 %).

Изучение взаимосвязи характера противоправных действий и разновидности психической патологии показало, что среди совершивших преступления против личности ($p < 0,05$) преобладают лица с органическими психическими расстройствами. Их количество составило 37 человек (60,65 %) от числа совершивших преступления против личности. Второе место по удельному весу среди совершивших данный вид преступлений занимают больные с расстройствами личности и поведения (18–29,51 %). Наименьшее число преступлений против личности приходится на лиц с умственной отсталостью (3–4,92 %), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (3–4,92 %).

Среди осужденных за преступления в сфере экономики зарегистрирована наибольшая доля расстройств личности и поведения. Они выявлены у 68 человек (48,57 %). На втором месте здесь органические психические расстройства, диагностированные в 56 случаях (40,00 %). Наименьший удельный вес среди совершивших преступления в сфере экономики занимают умственно отсталые и лица с невротическими расстройствами, связанными со

стрессом и соматоформными расстройствами (соответственно 11 – 7,86 % и 5 – 3,57 %).

Среди совершивших преступления против общественной безопасности и общественного порядка на первом месте по удельному весу расстройства личности и поведения. Они выявлены у 14 обследованных (56,00 %). Далее следуют органические психические расстройства, которыми страдают 10 человек (40,00 %). Этот вид преступлений отмечен у 1 больного (4,00 %) с невротическими и соматоформными расстройствами и не встречался у лиц, страдающих умственной отсталостью.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что осужденные из групп диспансерного наблюдения по поводу психического заболевания чаще совершают преступления в сфере экономики (кражи, грабежи, мошенничество, разбой, хищение особо ценных предметов). Этот вид преступлений характерен как для лиц с расстройствами личности и поведения (48,57 %), так и для лиц с органическими психическими расстройствами (40,00 %; $p > 0,05$). Преступления против личности (убийства, телесные повреждения, побои, истязания, изнасилования) наиболее свойственны для больных с органическими психическими расстройствами. Преступления против общественной безопасности и общественного порядка (терроризм, захват заложников, хулиганство, изготовление и хранение наркотиков) в одинаковой мере ($p > 0,05$) совершают лица с расстройствами личности и поведения (56,00 %) и органическими психическими расстройствами.

Таким образом, лица с органическими психическими расстройствами и расстройствами личности и поведения обнаруживают склонность к совершению противоправных действий. Для профилактики противоправных действий среди данного контингента больных амбулаторную психиатрическую помощь после освобождения целесообразно оказывать в виде диспансерного наблюдения. Необходимой частью в комплексе мер профилактики противоправных действий должно стать проведение специфической терапии при органических психических заболеваниях, а также лечебных мероприятий, направленных на коррекцию поведения при расстройствах личности.

Волина Л.Н.,
ведущий научный сотрудник
НИИ УИС МЮ РФ,
подполковник внутренней службы,
кандидат психологических наук

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСУЖДЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Процесс лечения любого заболевания отражает в определенной мере действия ряда психологических факторов, оказывающих положительное или отрицательное влияние на его эффективность. Психологические факторы, влияющие на действенность терапии, могут быть различными в зависимости от применения в комплексном лечении общепсихотерапевтического подхода или специальных методов психотерапии.

В процессе лечения туберкулеза легких, как и любого другого заболевания, могут проявляться психологические факторы, определяющие успешность терапии: информация, эмоциональная поддержка, ожидания, сходство позиций психотерапевта или психолога и больного осужденного относительно болезни и лечения. Эти факторы отражают особенности психотерапевтического процесса³.

Многие тяжелые соматические заболевания сопровождаются теми или иными нервно-психическими нарушениями, что нередко затрагивает сферу личности больного.

В значительной степени это относится к туберкулезу легких: «Нет ни одной болезни, где бы психика во всех ее проявлениях играла такую роль, как при этом заболевании»¹. Нарушения проявляются повышенной чувствительностью и раздражительностью, снижением работоспособности, неустойчивостью настроения, фобиями, депрессией, переходящей на более поздних этапах заболевания в эйфорию. Отличается также ослабление памяти и интеллекта, эпизодические галлюцинации, склонность к резонерству, патологическая замкнутость.

Большое место в психологической картине при туберкулезе занимают ипохондрические нарушения – фиксированность больных на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье,

тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса.

Характерны для них и нарушения с социальной дезадаптацией: асоциальные тенденции, пренебрежение общепринятыми нормами, ригидность психических процессов.

Такие характерологические особенности могут затруднять контакты больных в сфере общения, приводить к дополнительным стрессовым и конфликтным ситуациям.

Больных туберкулезом отличают также дефекты в адаптивной системе: общая плохая приспособляемость, недостаточная устойчивость структуры личности со снижением способности противодействия дезорганизующим явлениям – импульсивности, влечениям, неосознанная тенденция трансформировать психическую напряженность в условиях стресса в соматические симптомы как средство снятия психической напряженности.

Сюда же относятся и проблемы больных туберкулезом, возникающие в связи с проявлением уровня притязаний и определением значимости собственного авторитета в глазах значимых для них людей.

Современная химиотерапия позволяет добиться прекращения бактериовыделения у 97,3 % впервые выявленных больных и закрытия полостей распада у 81,5 % через 6 месяцев лечения. Это становится возможным, когда осужденный, больной туберкулезом легких, сам или под воздействием врача или психолога осознает необходимость достаточно длительного курса терапии, а в своем поведении руководствуется адекватными психологическими установками.

Тот факт, что не все случаи заболевания туберкулезом легких удастся излечить с помощью медикаментов, не является случайным, поскольку он заложен в самой сути химиотерапии, основными принципами и целью которой является воздействие на микроорганизм. При этом упускается из вида вторая, не менее важная сторона проблемы излечения – реактивная способность макроорганизма.

Исходя из посылок, что при туберкулезе легких, как и при большинстве других заболеваний, в роли ведущего звена выступает нервная система, можно утверждать, что одним из мощнейших лечебных факторов, воздействующих на нервную систему, является психотерапия. Психотерапия выступает в роли комплексного лечебного воздействия с помощью психических средств на психику осужденного, больного туберкулезом легких, а через нее – на весь организм с целью устранения негативного

отношения к себе, своему состоянию, поведению, окружающей среде.

«Психотерапия эффективна только тогда, – пишет В.Е. Рожнов, – когда она строится как система продуманного, планомерного и последовательного лечения, в котором в зависимости от клиники заболевания и на разных этапах его течения могут быть с пользой применены различные методики психического лечения, когда врач умело чередует и сочетает их, не ограничиваясь только одним методом»⁷.

В условиях стационара ЛИУ, наряду с лечением противотуберкулезными препаратами, может быть использована индивидуальная и групповая психотерапия по методике, предложенной Шкурским В.С.⁴

Прежде чем создавать группу в 5–6 человек для коллективной психотерапии, с каждым больным проводится этап индивидуальной психотерапии. Подробно собирается анамнез жизни, совершенных преступлений и анамнез заболевания, особое внимание уделяется на реакцию больного, когда он узнавал впервые, что болен туберкулезом.

Каждый больной индивидуально погружается в гипнотическое состояние, что дает возможность избежать определенных осложнений во время проведения групповой гипнотерапии.

Психотерапевтическое лечение проводится по следующему плану: тематическая беседа, активное обсуждение ее с больным, гипнотерапия. Беседы могут быть следующего содержания: сущность гипноза и психотерапевтического лечения; индивидуально-гигиенический и бытовой режим больного туберкулезом; туберкулез; современные противотуберкулезные препараты; лекарственный режим; типы нервной системы; туберкулез и психика; функциональные расстройства нервной системы; «Я и туберкулез»; туберкулез в освещении художественной литературы; алкоголизм и туберкулез; народная медицина при туберкулезе; трудовая и социальная реабилитация и т.п.

Темы бесед разбиваются на несколько занятий, те или иные вопросы обсуждаются конкретно, применительно к каждому больному.

Курс групповой психотерапии состоит из 25–30 занятий, 2 раза в неделю по 1,5–2 часа. Во время лечения больные периодически вызываются на индивидуальный прием и обследование, во время которых имеют возможность полностью высказать те жалобы, переживания, опасения, страхи, которые они не хотели или не решались высказать в группе.

Внушения на первом этапе носят общеукрепляющий характер. В дальнейшем они обретают свою специфику – внушается уверенность в излечении туберкулеза, потенцируется действие противотуберкулезных препаратов, внушается, что организм будет хорошо переносить химиопрепараты, действие которых направляется только против болезни.

Следует обращать особое внимание на психологическую подготовку больных к неукоснительному приему противотуберкулезных лекарств, предупреждение о необходимости адаптации к ним.

При некоторых проявлениях побочной реакции антибактериальных препаратов больные настраиваются на спокойно-выжидательное отношение к ним.

Наряду с назначенной терапией проводятся гипнотические внушения симптоматического характера (прекращение головной боли, исчезновение зуда и кожных высыпаний, восстановление сна и т.д.).

Но основной упор делается на психопрофилактическую подготовку больного к приему противотуберкулезных препаратов.

Исходя из принципа постепенного отключения больных от психотерапевтического лечения, учитывая, что у некоторых из них остаются еще в той или иной мере болезненные явления, несколько последних занятий посвящается методам самовнушения. Больной, овладевая индивидуальной аутогенной тренировкой, получает возможность в дальнейшем определенным образом влиять на свое состояние. Он чувствует себя в какой-то мере подготовленным для закрепления результатов лечения, достигнутых в процессе групповой психотерапии.

Для скорейшего достижения состояния расслабления, успокоения и отключения во время гипнотического сеанса рекомендуется использовать специально подобранные записи классических музыкальных произведений.

Поскольку в процессе психотерапевтического лечения хорошо восстанавливается сон, желательно избегать применения снотворных препаратов.

Применение данной психотерапевтической методики при лечении больных преследует цель мобилизовать психику человека на борьбу с туберкулезом. Длительный срок пребывания осужденного, больного туберкулезом легких, в ЛИУ позволяет снять не только невротические наслоения, но и попытаться перестроить личность больного в плане его взглядов на болезнь, на будущее, на отношение к противоправной деятельности.

Литература

- ¹ Берлин-Чертов С.В. Туберкулез и психика. М., 1948. С. 82.
² Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. Ташкент: «Медицина» УзССР, 1979. С. 639.
³ Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: «Медицина», 1984. С. 191.
⁴ Шкурский В.С. Эффективность психотерапии в системе комплексного лечения больных туберкулезом легких // В сб. Психотерапия алкоголизма и неврозов. Труды ЦОЛИУВ. М.: Минздрав СССР, 1978. Т. 223. С. 79–83.

Чурин А.К.,
полковник внутренней службы,
заместитель начальника ГУИН,
начальник медицинского отдела

Немиров В.В.,
подполковник внутренней службы,
заместитель начальника медицинского отдела

Перевозчиков В.В.,
подполковник внутренней службы,
начальник ЦСЭН ГУИН

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Люди, лишённые свободы, составляют часть нашего общества и, так же как все другие, нуждаются в защите от социально обусловленных заболеваний и в первую очередь от ВИЧ и туберкулеза.

Проблема профилактики социально значимых заболеваний в уголовно-исполнительной системе, вероятно, существовала с момента своего основания. Туберкулез (чахотка) всегда был основной причиной смерти среди заключенных. В последние годы эпидемиологическую ситуацию осложняет распространение ВИЧ. Люди с ВИЧ особенно подвержены туберкулезу. Постоянная миграция людей, уже инфицированных или с высокими факторами риска, между тюрьмами и гражданским населением в целом еще больше повышает риск передачи этих болезней как между заключенными, так и от заключенных населению в целом. С другой стороны, заключение под стражу дает возможность работать с такими слоями населения, которые недоступны здравоохранению. Из общего числа людей с положительным ВИЧ-статусом в Нижегородской области – более половины прошли через уголовно-исполнительную систему. Подобная ситуация и в других регионах России.

Рост числа ВИЧ-инфицированных в регионах Приволжского федерального округа, так же как и в целом по России, начался с

1996 года. И на сегодняшний день статистика неумолимо демонстрирует рост заболеваемости.

В Ульяновской области только за 2000 год число увеличилось в 38 раз. Чрезвычайная обстановка по ВИЧ-инфекции сложилась в Самарской области, республике Татарстан. В 2000 году общее число ВИЧ-инфицированных по Приволжскому округу составило 12 тысяч человек.

По нашим данным, Уголовно-исполнительную систему буквально захлестывает вал поступления инфекционных больных.

Как известно, эпидемия СПИДа в России осложняется гепатитом В и С, а также инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). 90 % лиц, потребляющих внутривенные наркотики, имеют маркеры гепатита С. От качества проводимых мероприятий внутри системы будет зависеть, что общество получит после освобождения из мест заключения. Так, например, существующая система скрининга СИФИЛИСА и его лечения позволяет практически полностью избавить заключенных от этого недуга, то же самое можно и сказать по поводу паразитарных заболеваний кожи. Намного сложнее обстоит дело с туберкулезом и ВИЧ – заболеваниями, которые в переполненных тюрьмах могут распространяться с большой скоростью.

Ежедневно сталкиваясь с этими проблемами, понимаешь, что, с одной стороны, в условиях отдельно взятой УИС невозможно победить болезни, основным фактором которых является – СОЦИАЛЬНЫЙ, но с другой – тюремная система может сыграть значимую роль в профилактике многих из них. В связи с чем мы попытались разработать и осуществить в нашем регионе "Комплексную программу профилактики социально значимых заболеваний в местах лишения свободы", широко используя имеющийся опыт проведения подобных программ за рубежом и в России, с учетом региональных особенностей распространения социально значимых заболеваний.

С целью изучения опыта при финансовой поддержке Международной тюремной реформы были осуществлены поездки на Украину, другие регионы России, мы приглашали к себе наших коллег из Польши, уважаемые эксперты ООН Паула Боллини и Эрнан Рейес провели семинар с нашими специалистами. На этом этапе сформировалась интересная команда из людей с противоположными взглядами на жизнь, объединенных одной целью.

В результате разработана программа, направленная на:

1. Выявление лиц, нуждающихся в лечении, и проведение в отношении их лечебно-профилактических мероприятий, направленных на санацию от инфекционных болезней и поддержание

трудоспособности; обеспечение права осужденных на получение медицинской помощи, в том числе профилактической, в объеме, к которому имеет доступ все население.

2. Организацию и проведение информационных программ и кампаний по профилактике инфекционных заболеваний.

3. Создание условий, предусматривающих здоровый образ жизни и снижение вреда от рискованного поведения.

Коротко о медицинском аспекте программы

В первые часы при поступлении в следственный изолятор всем заключенным проводится первичный медицинский осмотр, они добровольно сдают кровь на сифилис, ВИЧ, гепатиты, обследуются на туберкулез путем проведения флюорографии и исследования мокроты на наличие микобактерии туберкулеза. Здесь же со вновь поступившими проводится беседа о мерах профилактики, путях передачи ВИЧ и способах предупреждения инфицирования. Всем выдаются памятки. В последующие 2-3 дня они осматриваются врачами-специалистами (хирург, терапевт, психиатр, гинеколог, дерматовенеролог). Выявленные инфекционные заболевания направляются в больничные палаты, где им проводится лечение по общепринятым схемам, в объеме, предусмотренном для всего населения территории. При содействии Нью-Йоркского института здравоохранения в течение трех лет проводится выявление и лечение больных туберкулезом по методике ДОТС. Эффективность лечения впервые выявленных больных составляет 70 %, неудачи объясняются высоким уровнем лекарственно-устойчивых форм. Лечение сифилиса и инфекций, передающихся половым путем, также начинается в следственном изоляторе. Методическое обеспечение лечебного процесса осуществляют специалисты Нижегородского кожно-венерологического института, в результате раннего начала лечения больные поступают в колонию без заразных форм. Также в следственном изоляторе на психиатрических койках проводятся мероприятия по купированию синдрома отмены у наркоманов и алкоголиков.

Направления информационной работы

1. Обучение специалистов учреждений УИС (прежде всего медицинских работников и психологов) освещению вопросов профилактики СПИДа, гепатитов и ИППП.

2. Только используя разные формы подачи, можно достичь высокого эффекта информирования. В этих целях мы подготови-

ли буклеты, календари, плакаты, радиобеседы, видеофильмы. Привлечение осужденных к активному участию в профилактических и реабилитационных программах. Подготовка тренеров по профилактике ВИЧ-инфекции среди осужденных на основе программы "Равный — равному". Внедрение соответствующей информации в асоциальную среду (в колонии и, что не менее важно, на свободе). Мы вполне понимаем, что обучать людей лучше в школьном возрасте, но и срок отбывания наказания можно и нужно использовать для обучения и привития навыков здорового образа жизни.

3. Отражение и обсуждение в средствах массовой информации, а также через Интернет вопросов по профилактике социально значимых заболеваний в местах лишения свободы и путей взаимодействия государственных, ведомственных структур, общественных организаций.

4. Обобщение и распространение опыта и методов профилактики социально значимых заболеваний в Приволжском федеральном округе.

Далее более подробно я попытаюсь осветить информационный блок.

1. Подготовка и распространение информационных материалов по профилактике ВИЧ, гепатита и ИППП в местах лишения свободы.

Как подтвердили социологические исследования по вопросам ВИЧ/СПИДа, проведенные в учреждениях УИС Нижегородской области, именно нехватка информации и недостаточный уровень знаний вызывают основные проблемы при содержании осужденных с положительным ВИЧ-статусом и способствуют распространению инфекционных заболеваний.

Поэтому, прежде всего, изданы плакаты и профилактические буклеты по путям передачи ВИЧ и мерам, позволяющим избежать инфицирования. В дальнейшем среди всех категорий осужденных распространяются буклеты по профилактике ИППП, гепатитов, ВИЧ. По распространённым буклетам проведено анкетирование среди осужденных и персонала, внесены исправления. Планируется повторный тираж для УИС регионов Приволжского округа. Для подготовки профилактического плаката и календаря по ВИЧ использованы работы осужденных. Все готовящиеся к выпуску печатные материалы предварительно обсуждаются в различных целевых группах.

Кроме того, планируется отдельно выпустить памятки для родственников осужденных, имеющих наркозависимость и положительный ВИЧ-статус. Памятки будут информировать родст-

венников о том, как помочь жить с ВИЧ и как помочь преодолеть наркозависимость. Работа проводится совместно с неправительственной организацией "Второе рождение" и инициативной группой родственников ВИЧ-позитивных осужденных.

Подготовлена серия профилактических радиопередач, которые транслируются через радиоточки учреждений. Для проведения лекций и занятий привлекаются специалисты профильных медицинских учреждений. Проводится информационно-просветительская кампания во внутренних СМИ Нижегородского ГУИН – газетах "Зона плюс", "Труд и законность", а также в специализированных газетах УИС Приволжского округа.

В настоящее время, в Нижегородской области для проведения информационной профилактической кампании уже широко используются видеофильмы: "СПИД – искалеченные судьбы" (производство: Украина) и "СПИД: изнутри и снаружи" (производство: Англия), любезно предоставленные нам коллегами с Украины. Показ этих видеофильмов осуществляется как непосредственно на семинарах, так и по кабельному телевидению учреждений. Кроме того, в одном из учреждений области, где содержится ВИЧ-положительные, самими осужденными создан при поддержке администрации учреждения и местного телевидения видеофильм по профилактике ВИЧ и наркомании. Этот фильм из этических соображений использовался для показа только в своем учреждении и, по нашим оценкам, сыграл огромную роль в профилактической кампании.

В настоящее время мы проводим работу по созданию двух видеофильмов.

Один из них будет подготовлен для сотрудников учреждений УИС, где кроме информации общего характера о социально значимых заболеваниях будут наглядно обыграны ситуации по поведению при возможных аварийных ситуациях во время несения службы (например, при обыске, возможных агрессивных действиях со стороны осужденных и другое) и в быту. Информирование персонала – это не менее важная позиция в нашей работе, она позволяет снять напряженность в отношении ВИЧ-позитивных заключенных и способствует изменению поведения в отношении собственной безопасности.

Для сотрудников учреждений издан буклет, рассказывающий о ВИЧ и необходимых мерах по его профилактике.

Параллельно с этим будет готовиться профилактический фильм для заключенных. Для его производства будут привлечены осужденные, что вместе с использованием межрегионального опыта при снятии видеофильмов будет способствовать повыше-

нию его профилактической роли. Видеофильмы будут тиражироваться и распространяться в региональных УИН Приволжского округа на видеокассетах и компакт-дисках.

Кроме того, используются специализированные информационные материалы, подготовленные российскими и международными организациями: Фонд "ИМЕНА", "Спид-Инфосвязь", "Врачи без границ" (Голландия), PRI (Великобритания) и др., а также различными профильными медицинскими учреждениями.

Для проведения профилактических мероприятий в Нижегородской области в первую очередь привлекаются подготовленные методисты-тренеры из числа сотрудников ИУ. Для подготовки сотрудников (медработников) учреждений постоянно проводятся учебные семинары и лекции со свежей информацией по инфекционным заболеваниям и наркомании. Занятия проводят специалисты Приволжского окружного СПИД-центра, Областного центра госсанэпиднадзора, Областного наркологического диспансера, Нижегородского научно-исследовательского кожно-венерологического института.

2. Обучение специалистов ГУИН проведению консультирования, занятий с сотрудниками и заключенными по вопросам профилактики, ведению групп поддержки наркозависимых осужденных.

Организовано обучение психологов следственного изолятора и медицинских работников учреждений по проведению до- и послетестового консультирования. Для обучающих семинаров привлечены специалисты Приволжского окружного и Нижегородского областного центров по профилактике и борьбе со СПИДом, психологической и медицинской службы ГУИН. Кроме того, организовано обучение врачей-наркологов, работающих в учреждениях, созданию групп поддержки для осужденных, желающих избавиться от наркозависимости. Обучение проводится сотрудниками и аутрич-работниками общественной организации "Второе рождение", на базе которой уже созданы группы поддержки внутривенных потребителей наркотиков и их родственников.

Эпидемия ВИЧ требует от нас не только повышения уровня информированности, но и постоянной противоэпидемической работы, исключающей возможность инфицирования в условиях медицинских учреждений. Медицинские работники обеспечены средствами защиты, одноразовыми шприцами, средствами для дезинфекции, на рабочих местах имеются аварийные укладки. Компьютерные тест-программы, разработанные отдельно для младшего и среднего медперсонала, зубных врачей, врачей-специалистов, способствуют самоконтролю уровня необходимых

знаний и более четкому определению тем, которые необходимо в первую очередь освещать в рамках служебной подготовки. Тест-программы будут предложены для использования в медотделах УИН округа.

3. Привлечение осужденных к активному участию в профилактических и реабилитационных программах. Подготовка тренеров по профилактике ВИЧ-инфекции среди осужденных на основе программы "Равный – равному".

С целью снятия напряженности и негативного отношения к ВИЧ-положительным среди остальных осужденных использованы различные формы информационно-просветительских мероприятий: конкурсы плакатов и стенгазет, художественная самодеятельность, спортивные соревнования, концерты и др., в которых принимают участие все заключенные.

В учреждениях отобраны добровольцы из числа как ВИЧ-положительных, так и здоровых осужденных для проведения занятий по профилактике химической зависимости и социально значимых заболеваний по принципу "Равный обучает равного". Принцип отбора осужденных – прост. На проводимых семинарах с осужденными предлагается всем желающим попробовать себя в качестве тренера. Далее из группы добровольцев с помощью разработанных тестов и собеседований отбираются наиболее способные осужденные-тренеры, которые и будут в дальнейшем вести профилактическую работу. Им обеспечен доступ к информации, постоянным контактам с психологами и тренерами, которые его подготовили. А так же созданы оптимальные условия для проведения бесед с другими осужденными. Эффективность профилактики в этом случае повышается, так как осужденные более доверительно и лично воспринимают информацию от равных себе, чем от медиков и сотрудников ГУИН. На базе женской колонии уже был проведен эксперимент, который показал эффективность данной программы.

Осужденным обеспечен свободный доступ к дезинфектантам, мы не учим обрабатывать шприцы, но учим обработать бритвенный станок, и тренер говорит, что шприц можно обработать так же. Осужденным также доступны презервативы, они могут их приобрести в магазинах для заключенных и комнатах длительных свиданий.

Обучение наркозависимых безопасному поведению позволяет разработать обоснованный алгоритм работы с ними, с учетом особенностей их психологии, выбрать наиболее способных для аутрич-работы и получить доступ к наркозависимым во всех учреждениях и затем на свободе. Таким образом будет создана сеть

ключевых информаторов в сообществах наркозависимых. В первую очередь программа будет проводиться в Арзамасской и Ардатовской колониях для несовершеннолетних, а также тех ИУ области, где содержатся наркоманы и ВИЧ-инфицированные.

Реабилитация ВИЧ-инфицированных и наркозависимых осужденных в УИС

Одна из наиболее сложных проблем — психологическая адаптация ВИЧ-положительных осужденных. Особенно тяжело приходится людям, впервые узнавшим о своем ВИЧ-статусе в следственном изоляторе. В качестве метода психологической реабилитации предполагается предложить заключенным в локальных участках создать Группы взаимопомощи (ГВ), которые помогают участникам преодолеть кризисную ситуацию или дать им моральные силы для борьбы за свое здоровье и благополучие. Такие группы работают над повышением самосознания участников, их самооценки, уверенности в себе, а также над развитием путей самовыражения и самореализации.

Для создания Групп взаимопомощи привлечена общественная организация "Второе рождение", которая первой в Нижнем Новгороде использовала опыт работы ГВ ВИЧ-положительных.

Также активно привлекаются общественные и благотворительные организации области для проведения различных культурных и образовательных мероприятий (конcertов, лекций, встреч и др.).

4. Отражение и обсуждение в средствах массовой информации вопросов по профилактике социально значимых заболеваний в местах лишения свободы и путей взаимодействия государственных, ведомственных структур, общественных организаций при их решении.

Сотрудники проекта организуют информационное обеспечение региональных СМИ материалами по вопросам ВИЧ-позитивных осужденных, ситуации с инфекционными заболеваниями в УИС, формирование позитивного отношения к ВИЧ-положительным. Материалы распространяются в виде пресс-релизов и информационных писем.

К подготовке материалов привлечены специалисты СПИД-Центров, других профильных медицинских учреждений и некоммерческих организаций, занимающихся данными проблемами.

Представители СМИ приглашаются на основные мероприятия в рамках проекта, в том числе и на показательные уроки по профилактике СПИДа. Именно открытое освещение проблем УИС позволит не только привлечь внимание к реальной ситуации, но и снять недоверие и предвзятость общественного мнения

о положении в местах лишения свободы. В октябре прошедшего года проводимая нами работа была изучена представителем Красного Креста Хернаном Рейесом и доктором Паулой Боллини. Прделанная за год работа была оценена положительно.

С учетом приведенной работы для обобщения полученного опыта будет проведена вторая Научно-практическая конференция по проблемам профилактики ВИЧ и других инфекционных заболеваний в местах лишения свободы Приволжского округа.

Участниками двухдневной конференции станут УИН Приволжского округа и соседних регионов, представители сотрудничающих с ними общественных организаций и профильных медицинских учреждений. В рамках конференции будут проведены пленарные заседания и круглые столы, показательные уроки и экскурсии в ИУ. По ее результатам будут изданы тезисы докладов, обобщен и распространен выявленный положительный опыт.

К подготовке материалов будут привлечены специалисты СПИД-центров и других профильных медицинских учреждений и некоммерческих организаций, занимающихся данными проблемами.

Только совместные усилия уголовно-исполнительной системы, государственных и общественных организаций при общей координации Администрации представительства Президента в округе позволят добиться положительных результатов в предупреждении распространения этих заболеваний.

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО – ЭТО ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ УСПЕХ ПРОФИЛАТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА А. ОЦЕНКА

1. Создание Web-сайтов по проблемам профилактики ВИЧ в местах лишения свободы.

2. Создание двух учебно-методических видеофильмов по профилактике социально значимых заболеваний и оказанию само- и взаимопомощи при аварийных ситуациях для персонала ИУ и осужденных. Длительность каждого фильма – не менее 15 минут. Распространение видеокассет с фильмами в учреждениях УИС Нижегородской области и регионах Приволжского федерального округа.

3. Проведение 6 семинаров по опыту применения профилактической программы по ВИЧ-инфекции в регионах Приволжского федерального округа (в республиках Мордовия (2 семинара), Чувашия, Мари-Эл, Самарской, Ульяновской областях). Четырехдневная программа пребывания в каждом из регионов вклю-

чает в себя: лекции и круглые столы для медицинских работников, других сотрудников УИС региона, показательные занятия с осужденными, посещения одного-двух учреждений, раздачу информационных материалов.

4. Публикация сборника рекомендаций по методике проведения информационно-профилактических мероприятий для осужденных и персонала учреждений УИС. Распространение сборника в ГУИН (УИН) регионов России, среди неправительственных организаций, занимающихся проблемами профилактики.

5. Проведение второй научно-практической конференции по проблемам СПИДа в УИС Приволжского федерального округа.

6. Подготовка тренеров по профилактике социально значимых заболеваний из числа сотрудников УИС и осужденных.

Мишустин С.П., Андреев Е.Г., Барнашов А.В., Сальников А.А., Дудко А.В., Коростелев Н.М.,
Управление исполнения наказаний МЮ РФ по Томской области

Трусов А.А.,
Нью-Йоркский институт здравоохранения (США)

Перкинс С.,
MERLIN (Великобритания)

Перемитин Г.Г.,
Противотуберкулезная служба Томской области

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СЛУЖБ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ DOT-STRATEGY

Актуальность проблемы обусловлена разобщенностью ведомственных интересов различных ветвей противотуберкулезной службы Томской области. Интеграция в современных условиях – это возможность эффективного использования сил и средств в рамках сложившихся взаимоотношений лечебно-профилактических служб. Истоки интеграции лежат в совместной деятельности представителей основных заинтересованных Министерств: юстиции, внутренних дел, здравоохранения, атом-энергопрома России, объединившихся в пределах Томской области, при поддержке и спонсорстве организации MERLIN (Великобритания) и Нью-Йоркского института здравоохранения (США). Цель такого объединения – борьба с эпидемией туберкулеза в России на основе Программы, разработанной в ЦНИИ туберкулеза РАМН.

В целях оптимизации регистрации и мониторинга больных в УИН применена компьютерная система баз данных, созданная в объединении "Фтизиатрия", используются современные средства коммуникации противотуберкулезных учреждений: факсимильная и электронная почта, налажено постоянное автомобильное сообщение.

В результате совместной деятельности противотуберкулезных служб в 2000 г. отмечено снижение на 1,8 % общей заболеваемости ТБ в Томской области (со 117,6 до 115,5 случаев на 100 000 населения). При этом в УИН показатель заболеваемости ТБ среди осужденных сократился на 25,8 % (1999 г. – 4 524,0; 2000 г. – 3 357,0). Беспокоящим фактором остается рост на 3,5 % выявляемости первичного ТБ среди лиц, поступающих в СИ со свободы. Причем обнаружение первичного ТБ в карантине СИ в 2000г. составило 67 % от всех вновь выявленных случаев, выявленных в СИ. Заболеваемость ТБ в СИ составила 28,8 % от общей заболеваемости в УИН (1999 г. – 17,7 %).

Общая смертность от ТБ в 2000 г. в Томской области сократилась на 3,1 % (с 22,6 до 21,9 на 100 000 населения). Показатель смертности от ТБ в УИН сократился на 33,8 % (с 383,9 до 129,9 на 100 000 населения), а летальность в туббольнице УИН – с 4,3 % до 1,6 %.

Основой нового этапа развития противотуберкулезной службы УИН стала реорганизация бактериологической лаборатории. В 1998–1999 гг. ее функции были объединены с баклабораторией облтубдиспансера и находились под контролем референс-лаборатории ЦНИИТ РАМН и Massachusetts State TB Laboratory (Бостон, США). С 2000 г. баклаборатория УИН самостоятельно проводит определение лекарственной устойчивости, включая АБП 2-го ряда. Внедрена люминесцентная микроскопия, что увеличило эффективность прямой бактериоскопии до 26,3 % среди случаев впервые выявленного ТБ (деструктивные формы впервые выявленного ТБ – у 28,1 %). Это подтверждает качество методики сбора мокроты и эффективность работы баклаборатории.

В системе УИН в основном концентрируется экономически дезадаптированная и асоциально настроенная часть населения области, которая и страдает туберкулезом. Миграция осужденных в гражданское общество и обратно в систему УИН создает условия для поддержания и распространения туберкулезной инфекции, включая множественные лекарственно-устойчивые формы туберкулеза (МЛУ-ТБ). В 1999г. каждый четвертый первичный туббольной с наличием бацилловыделения в УИН первоначально страдал МЛУ-ТБ. В настоящее время в ИК-1 г.Томска содержится более 180 больных с такими формами. Даже при активной настроенности медслужбы УИН на преемственность в продолжении лечения после освобождения из мест лишения свободы и постоянную работу психолога MERLIN в Томский областной тубдиспансер становятся на учет только около 60 % таких больных (см. таблицу).

Структура больных туберкулезом, освободившихся и вставших на учет в ТОПТД

	1998	1999	2000
Освободилось всего	428	386	588
Освободилось в Томскую область	279	252	413
Встали на учет в ТОПТД	167	151	243

Успешное излечение этих больных возможно в условиях жесткого контроля над проводимым лечением, т.е. в местах лишения свободы. Поэтому в «Правила внутреннего распорядка ИК-1 УИН МЮ РФ по Томской области» внесен пункт о том, что «нарушение больным режима обследования и лечения – есть нарушение режима содержания в учреждении». В УИН Томской области создана противотуберкулезная инфраструктура, имеющая подготовленные штаты и опыт, в которой вокруг медперсонала для выполнения единой задачи сплотились психологи, воспитатели и сотрудники режимно-оперативных подразделений.

Важной в интеграции представляется координация Проекта со стороны Медицинского управления ГУИН МЮ РФ на основе методологии ЦНИИТ РАМН под широким контролем со стороны международных и отечественных наблюдателей. В состав участников Программы в 2000 г. вошли представители Гарвардской медицинской школы.

Новый этап сотрудничества начат 12.09.00 г. с началом лечения в туббольнице УИН первой когорты из 38 больных с МЛУ-ТБ по Проекту "DOTS-Plus". Планируется увеличение числа больных, взятых в Проект, до 50 человек. В системе областного объединения "Фтизиатрия" 22.12.00 г. началась клиническая реализация аналогичной Программы.

В соавторстве с ЦНИИТ, представителями НИИЗ и MERLIN врачи туббольницы УИН занимаются научной работой по проблемам борьбы с туберкулезом в УИС. Так с НИИЗ нами проведена генетическая идентификация штаммов микобактерий (методом RFLP), выделенных от 568 ТБ пациентов (79 % всех бацилловыделителей) в 1998–1999 годах в учреждениях УИН. Было показано, что 45 % всех выделенных культур представлены всего двумя штаммами, один из которых является эндемичным для Томской области. Выявление путей распространения возбудите-

лей ТБ, основанное на методах молекулярной эпидемиологии, способствует созданию эффективных мер по предотвращению дальнейшего распространения ТБ в учреждениях системы УИН и дальнейшему снижению заболеваемости.

Некоторые результаты были доложены в 2000 г. на международных конференциях и конгрессах в Будапеште (апрель), во Флоренции (сентябрь), в Москве (сентябрь), а также на Форумном комитете МЗ РФ (декабрь).

По мнению Всемирной организации здравоохранения, для достижения успеха национальных противотуберкулезных программ одной из обязательных составляющих DOT-Strategy является поддержка Правительствами и Руководителями. Именно такая ситуация сложилась в Томской области, где Губернатор области, член ГосСовета при Президенте России и Председатель Сибирского Соглашения В.М. Кресс является председателем Межрегиональной коалиции по борьбе с ТБ в России, в которую входят 17 территориальных образований. Томская межведомственная противотуберкулезная Программа под единым руководством продолжает успешно развиваться.

А. Исаков,
УИН Минюста России по Томской области

С. Мишустин,
УИН Минюста России по Томской области

О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ НОРМЫ ПИТАНИЯ ОСУЖДЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ 2-ГО РЯДА (DOTS-PLUS)

Для обеспечения жизненных процессов организм человека нуждается в энергетических веществах (жиры, углеводы, белки) и пластических материалах, необходимых для обновления тканей и роста тела. Пластическими материалами являются как органические (белки и др.), так и неорганические (кальций, фосфор, калий, магний и др.) соединения, поступающие в организм с пищей. С пищей поступают также вещества, способствующие оптимальному течению обменных процессов, – витамины и минеральные соли.

Применение специальных пищевых рационов является обязательным элементом современной комплексной терапии туберкулеза. Питание при туберкулезе рассматривается как фармакодинамический агент, имеющий большое, а в некоторых случаях решающее значение для нормализации нарушенных физиологических функций организма, повышения его сопротивляемости, регенеративной способности клеток и тканей, а также улучшения иммунобиологических свойств больного.

Белковая часть пищевого рациона влияет на повышение реактивности организма и нормализацию окислительных процессов. Повышенные количества белка (около 2 граммов на 1 кг веса) и витаминов в питании способствуют выработке иммунных тел, возмещают потери белка, усиливающиеся под влиянием туберкулезной интоксикации. Особую ценность для больных туберкулезом представляют белки, в состав которых входят такие аминокислоты, как триптофан, фенилаланин и аргинин. Основными источниками указанных аминокислот являются следующие продукты: мясо, рыба, яйца, бобовые и злаковые, картофель и молочные продукты.

При назначении усиленного питания количество жиров может быть доведено до 140–150 граммов в сутки, при отсутствии противопоказаний со стороны пищеварительного тракта. Чрезмерное потребление жиров ведет к избыточному накоплению ацетоновых тел в крови, к развитию диспепсических явлений и нарушению усвоения продуктов питания. Резкое ограничение жира в рационе питания, в свою очередь, приводит к недостатку жирных кислот, необходимых для образования кальциевых солей.

Для обеспечения потребностей организма во всех незаменимых аминокислотах и жирных кислотах в пищевом рационе взрослого человека 50–55 % суточной потребности в белках и 70–80 % суточной потребности в жирах должно покрываться за счет продуктов животного происхождения (мясо, рыба, молоко, яйца, сливочное масло), за счет их лучшей усвояемости (усвояемость белков и жиров животного происхождения достигает 94 %, растительного белка – 70 %, жира – 85 %).

С сентября 2000 года в условиях стационара туббольницы УИН при ИК–1 УИН МЮ РФ по Томской области проводится лечение 37 больных с множественными лекарственно-стойкими формами туберкулеза (МЛУ-ТБ) противотуберкулезными препаратами 2-го ряда по Программе DOTS-Plus. В ходе мониторинга за состоянием этих больных были проанализированы изменения соотношений массы тела и содержания в крови микроэлементов (калия, магния, натрия, кальция) в зависимости от получаемого питания и проводимой терапии противотуберкулезными препаратами 2-го ряда.

У всех осужденных с МЛУ-ТБ, проходящих лечение по DOTS-Plus, имелись обширные поражения в легких, сопровождаемые выраженной интоксикацией. У большинства из них имеют место сопутствующие заболевания пищеварительного тракта. Под действием 4–6 препаратов 2-го ряда у больных туберкулезом, получающих лечение по Программе DOTS-Plus, происходит повышенное связывание собственных белков организма и отмечаются побочные явления препаратов в виде нарушений водно-электролитного обмена. Все вышеперечисленные процессы, происходящие в организме туберкулезного больного, соответственно, требуют огромных энергетических затрат.

На основании наблюдений за когортой из 37 больных с МЛУ-ТБ, получающих лечение по Программе DOTS-Plus, установлено, что у них происходит прогрессирующее снижение массы тела (до 20 %) за счет потери белковой фракции, являющейся основным пластическим материалом и звеном иммунной систе-

мы, а также жиров, являющихся как основным источником энергии, так и носителями жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К). Наибольшее снижение массы тела отмечалось к концу третьего месяца терапии – у 14 больных, т.е. у 38 %, к концу четвертого месяца – у 7 больных (19 %), а держалось в течение 3–4 месяцев – у 3 (8 %) больных. Средний дефицит массы тела больных к концу третьего месяца терапии составил 16 %.

С начала лечения спонсорами (Нью-Йоркский институт идиопатологии) было организовано для данной категории больных регулярное дополнительное питание (говяжья тушенка, яйца, сметана, молоко, кефир, творог, сахар и сухофрукты). Калорийность суточной нормы, включая дополнительные продукты питания, была доведена до 108 – 110 % от нормы 7-Б.

Только на фоне получаемого дополнительного питания, после 3–4 месяцев терапии, у большинства больных стало отмечаться повышение массы тела. К концу шестого месяца проводимой терапии у 50 % больных масса тела превысила массу тела, которая была зафиксирована перед началом лечения.

Во время борьбы организма с туберкулезом происходит длительное напряжение всех уровней иммунной системы и всех обменных процессов, в том числе в виде значительного снижения в крови уровня микроэлементов (в частности – калия, магния, натрия), что может повлечь за собой серьезные негативные последствия. Так, у всех 22 больных, получающих капреомицин, также на третьем месяце терапии препаратами 2-го ряда, несмотря на введение препаратов калия посредством интенсивной инфузионной терапии, отмечено снижение показателей калия в крови от нижней границы нормы на 10–25 %, из них: у четырех больных – на 47 % и у одного – на 55 %.

Таким образом очевидно, что контролируемое ежедневное введение калия и магния в организм больных в виде медикаментов, даже при отсутствии смежной соматической патологии, не всегда приводит к полной компенсации их дефицита. В то же время калий содержится в пищевых продуктах, в частности в картофеле (как наиболее дешевом продукте).

Для сравнения с когортой больных была взята контрольная группа туберкулезных больных, с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам, получающих лечение препаратами 1-го ряда (Программа DOTS). Данная группа состояла из 40 осужденных. У них также был проведен анализ соотношений массы тела и содержания в крови микроэлементов (калия, магния, натрия, кальция) в зависимости от получаемого питания и проводимой терапии. Отмечено, что у больных кон-

трольной группы (DOTS), на фоне проводимой терапии противотуберкулезными препаратами 1-го ряда и при питании по норме 7-Б, характерного снижения массы тела и электролитов крови не наблюдалось.

Существующая норма питания 7-Б для осужденных, больных туберкулезом (согласно приказу МВД РФ № 302 от 15.05.1998 года, утверждающему нормы питания осужденных), по своему качественному и энергетическому составу соответствует норме питания здоровых лиц, чьи профессии не связаны с затратой физического труда или требуют несущественных физических усилий (из рекомендуемых Институтом питания АМН РФ величин физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии).

При этом норматив питания больных туберкулезом в МЗ РФ (стол № 11) предусматривает наличие 120–140 граммов белка в сутки и калорийность 3500 ккал.

Согласно основам физиологии, при прогрессирующем похудании, когда его причиной является туберкулез, калорийность пищевого рациона больных должна быть выше обычной на 1/3 за счет увеличения белков, жиров и углеводов.

В связи с тем что у данной категории больных осужденных суточная потребность в белках и жирах должна покрываться в основном за счет продуктов животного происхождения, предлагаем в существующей норме 7-Б произвести следующие изменения, а именно добавить в нее:

1. Мясо – 50 граммов.
2. Рыбу – 150 граммов.
3. Яйцо – 1,5 шт.
4. Масло растительное – 20 граммов.
5. Картофель – 450 граммов.
6. Коровье молоко – 500 граммов – заменить на соевое – 500 граммов (в связи с наличием в учреждении установки для переработки сои).

Расчет калорийности продуктов, с учетом потребности в белках, жирах и углеводах, предлагаемых дополнительно к норме 7-Б для больных МЛУ-ТБ, получающих лечение по Программе DOT S-Plus:

Продукты	Количество, г.	Белки	Жиры	Углеводы	Калорийность
Мясо	50,0	5,9	2,3	-	46,8
Рыба	150,0	13,5	13,4	-	182,9
Яйцо	1,5 шт.	6,9	6,9	0,6	96,4
Масло растит.	20,0	-	18,9	-	175,8
Картофель	450,0	5,9	0,5	63,5	291,1
Молоко соевое	500,0	15,0	11,6	21,0	
Разница с коровьим	0	+ 3,0	- 3,4	- 1,5	- 24,9
Итого по дополнительным продуктам к норме 7-Б		35,2	38,6	62,6	768,1
Итого норма 7-Б с дополнением для МЛУ-ТБ		126,4	134,9	474,3	3743,9

Выводы:

1. На основании сравнительного наблюдения за больными из двух групп (DOT S-Plus и DOT S) установлено, что питание осужденных, получающих противотуберкулезные препараты 2-го ряда, по норме 7-Б, является недостаточным для достижения желаемого положительного результата в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза.

2. Для устранения возникающего дефицита белков, жиров, витаминов и микроэлементов у осужденных, больных МЛУ-ТБ, получающих лечение по программе DOT S-Plus, необходимо увеличение содержания этих ингредиентов в рационе питания как минимум на 30–40 %.

3. Суточная норма питания (в расчете на одного осужденного) у осужденных, больных МЛУ-ТБ, получающих лечение по программе DOT S-Plus, должна включать белков 120–125 граммов, жиров 130–135 граммов и углеводов 460–470 граммов. Калорийность данной нормы должна составлять 3 600–3 700 ккал.

4. Учитывая то, что приказ МВД РФ № 302 от 15.05.1998 года утверждает для осужденных нормы питания 7-А, 7-Б, 7-В, предлагаемую норму питания для осужденных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза можно определить как норму 7-Г.

О. Ярош,
УИН МЮ РФ по Томской области

Н. Ярош,
Томская областная клиническая психиатрическая больница

О. Косторной,
УИН МЮ РФ по Томской области

А. Барнашев,
УИН МЮ РФ по Томской области

С Мишустин,
УИН МЮ РФ по Томской области

Е. Андреев,
УИН МЮ РФ по Томской области

А Пасечников,
Нью-йоркский институт здравоохранения

В. Семке,
НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ
У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ
ПО ПРОГРАММЕ DOTS-PLUS В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ
СИСТЕМЕ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

В настоящее время чрезвычайно актуальна проблема множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза (МЛУ-ТБ). Причинами такой резистентности могут стать, например: назначение неправильного режима приема противотуберкулезных препаратов, или несоблюдение его больными, или недостаточное снабжение препаратами. МЛУ-ТБ всегда представляет собой особую эпидемиологическую опасность. При этом основным препятствием для лечения больных с МЛУ-ТБ остается крайне высокая стоимость "полного пакета" противотуберкулезных препаратов второго ряда, необходимых для длительного курса тера-

пии. По данным ВОЗ, затраты на одного заболевшего МЛУ-ТБ в 100–150 раз больше, чем на лечение больного с лекарственно-чувствительной формой. Другой значимой проблемой является высокая токсичность препаратов, применяемых для лечения МЛУ-ТБ. Так применение циклосерина вызывает различные нервно-психические осложнения в 36–82 % случаев (Muon N. D., Lepelaideur J., Benoit G., Poulet Y., Gubler Y. Paris, 1957; Крейс Б. Москва, 1959; Король И.И. Киев, 1964; Модебадзе Л.Я., Окуджава Н.М. Тбилиси, 1967; Куценко Б.М. Киев 1964; Crofton J., Chaulet P., Maher D., WHO Geneva, 1998; Vassilieva I. A., Chukanov V. I., Mishin V. Y. Moscow, 2000; Javaid A. Peshawar, 2000).

На базе туберкулезной больницы УИН МЮ России по Томской области, в сотрудничестве с Нью-Йоркским институтом здравоохранения (США), «Partners in Health» (Медицинская школа Гарварда, Бостон, США), неправительственной гуманитарной организацией MERLIN (Великобритания) и ЦНИИТ РАМН (Россия), с сентября 2000 года проводится лечение больных с мультирезистентным туберкулезом легких по Программе DOTS-Plus. Данная Программа является частью Томской областной межведомственной комплексной Программы «Выявление и лечение больных туберкулезом», которая составлена на основании постановления Главы Администрации (Губернатора) Томской области № 217 от 11.06.99 «О реализации на территории Томской области комплексной программы по выявлению и лечению туберкулеза» в соответствии с соглашением между Администрацией области, УИН МЮ РФ по Томской области, НИИЗ и MERLIN от 25.06.99, согласована с МЗ РФ и утверждена ГУИН МЮ РФ.

Программа DOTS-Plus – это жестко контролируемый длительный режим лечения МЛУ-ТБ с использованием высоких терапевтических доз противотуберкулезных препаратов второго ряда (этионамид, канамицин, циклосерин, офлоксацин, капреомицин, ПАСК и др.) с учетом сохранившейся лекарственной чувствительности.

Данное проводимое исследование имеет своей целью предупреждение возникновения побочных эффектов (в первую очередь психического регистра) при лечении больных с МЛУ-ТБ высокими терапевтическими дозировками этих антибиотиков и разработку оптимальных схем купирования развивающихся побочных эффектов.

Нами в динамике изучается состояние 37 больных, находящихся в интенсивной фазе противотуберкулезного лечения по DOTS-Plus. Клинико-патопсихологическое обследование прово-

дилось как до начала специфического лечения, так и повторно, на фоне противотуберкулезной терапии. Психопатологическое состояние оценивалось с учетом формы туберкулеза, фазы лечения и преморбидных особенностей осужденных. Отягощенный анамнез выявлен у 72,9 %, из них: алкоголизм – у 40,5 %, наркомания с ремиссией не менее трех лет – у 5,4 %. Расстройства личности диагностированы у 7 больных (24,3 %) на основании анамнестических данных, клинического наблюдения и результатов патопсихологического исследования. Психологическая оценка личностных расстройств проводилась с помощью методик СМИЛ (стандартизованный метод исследования личности), УНП (уровень невротизации и психопатизации) и проективной методики Hand-тест. Данные, полученные с помощью приведенных методик, определили высокую степень межличностной дезадаптации. По своей структуре выявленные расстройства личности носили смешанный характер с преобладанием эмоционально неустойчивых, диссоциативных, истерических и ананкастных патологически выраженных черт характера. Личностные изменения, приобретенные вследствие ЧМТ, длительной алкогольной или наркотической интоксикации и т.п., обнаружены в 48,6 % случаев.

Отмечено, что на фоне проводимой противотуберкулезной терапии больные, страдающие расстройством личности, не реже одного раза в месяц выходили в состояние декомпенсации, подтверждаемое, помимо клинического наблюдения, динамическими психодиагностическими исследованиями (здесь, кроме указанных ранее методик, применялся цветовой метод Люшера для оценки актуального эмоционального состояния больных). Состояние декомпенсации у части пациентов вызывало эмоционально-психологическое напряжение во всей группе больных, проходящих противотуберкулезное лечение. Возрастающая на этом фоне частота конфликтных ситуаций, отказ больных от приема как АБП, так и психотропных препаратов вносили дезорганизацию в процесс противотуберкулезного лечения и ставили под угрозу дальнейшее пребывание в программе части больных.

В первую неделю приема АБП у 30 пациентов (81 %) отмечался стойкий гипоманиакальный синдром с выраженной неустойчивостью эмоционального фона – от эйфории до раздражительности с эксплозивными вспышками, повышенной двигательной активностью, говорливостью, нарушением сна, повышением аппетита.

У 21 пациента (57 %) ко второй неделе лечения развились выраженные астенические расстройства; в одних случаях – с явлениями гипостении в виде повышенной истощаемости, вялости,

снижения побуждений, гипотимии с оттенком равнодушия, сонливости, в других – с преобладанием раздражительной слабости с повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, легким двигательным беспокойством, поверхностным сном. Нередко отмечались вегетативные нарушения (колебания артериального давления, сердцебиение, головокружение, потемнение в глазах, повышенная потливость, похолодание конечностей). Клинически отмечалось: снижение скорости психических процессов: ассоциативного темпа, ухудшение функций оперативной памяти, ригидность мыслительных процессов, быстрая психическая утомляемость, что подтверждалось и данными патопсихологического обследования.

У 5 больных (13,5 %) психические расстройства характеризовались депрессивными эпизодами с соматическими симптомами. Отмечалось значительное снижение настроения, анергия, ангидония, угнетенность, пессимистическое отношение к своему состоянию и перспективам лечения. Больные стремились, большее количество времени проводить в постели, отказывались от выполнения режимных требований. Соматические жалобы носили преувеличенный характер и не соответствовали реальному состоянию больного.

У 4 больных (10,8 %) развились острые психотические состояния: в двух случаях (5,4 %) – интоксикационные делирии, в одном (2,7 %) – в виде галлюцинаторно-параноидного симптомокомплекса с элементами синдрома Кандинского–Клерамбо на фоне выраженного тревожно-депрессивного состояния, и в последнем (2,7 %) – в виде параноидного синдрома со стойкими идеями преследования и аффективной насыщенностью психотических переживаний.

Для коррекции астенических расстройств применялись: транквилизаторы бензодиазепинового ряда (элениум, реланиум, седуксен, сибазон), которые, кроме центрального успокаивающего действия, имеют способность к нормализации функционального состояния симпат-адреналовой системы, играющей существенную роль в механизме развития и течения туберкулезного процесса. Глутаминовая кислота – назначалась с целью улучшения обменных процессов аммиака, небелкового и белкового амидного азота, что предупреждает развитие токсико-аллергических реакций на применение противотуберкулезных препаратов. Широко использовались ноотропы (пирацетам), улучшающие энергетические процессы и кровоснабжение мозга и повышающие его ус-

тойчивость к гипоксии. Никотиновая кислота применялась как содействующая повышению сниженного, под влиянием циклосерина уровня фосфопиридин-нуклеотидов. Витамины группы В, в частности пиридоксин, который, фосфорилируясь в организме, превращается в пиридоксаль-5-фосфат и входит в состав ферментов, осуществляющих декарбоксилирование и переаминирование глутаминовой кислоты, которая относится к заменимым аминокислотам и способствует обезвреживанию и выведению из организма аммиака, стимулирует передачу возбуждения в синапсах центральной нервной системы. При этом также учитывалось, что применение циклосерина снижает содержание в организме пиридоксина.

Декомпенсации при расстройствах личности требовали применения как корректоров поведения (сонапакс), так и психокоррекционной работы.

При депрессивных расстройствах помимо транквилизаторов применялись трициклические антидепрессанты (амитриптилин, азафен). При развитии психотической симптоматики проводилось снижение противотуберкулезных препаратов либо их полная отмена, в первую очередь – циклосерина на 1-2 недели. Также применялись: дезинтоксикация, общеукрепляющая терапия, витаминотерапия, транквилизаторы, ноотропы, в ряде случаев – нейролептики с избирательным спектром действия (галоперидол). У одного больного (2,7 %) отмечалась тенденция к рецидивированию психопатологической симптоматики, что потребовало применения пролонгированных форм галоперидола. Кроме того, возникновение ряда острых психотических состояний при лечении данной группы больных потребовало создания в больнице специально оборудованной палаты.

На данном этапе исследования своевременная психотропная коррекция возникших психических осложнений позволяла удерживать всех больных в программе и продолжить адекватную противотуберкулезную терапию.

Мальхин С.В.,
заместитель начальника ОБ по медицинской части
УИН Минюста РФ по Курской области

Алябьев В.М.,
начальник хирургического отделения

Крюков В.В.,
врач анестезиолог-реаниматолог

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБ УИН МИНЮСТА РОССИИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

В своей работе нам все чаще приходится встречаться с осложненными формами туберкулеза легких, в последнее время отмечается рост осложненных форм заболевания, в результате чего в настоящее время в связи с дефицитом лекарственных препаратов, препаратов крови и кровезаменителей приходится искать новые формы лечения больных. При непосредственном контакте с больными отмечаются случаи отказа от оперативного вмешательства даже в тех случаях, когда операция необходима по жизненным показаниям.

За период с 1997 по 2000 год в хирургическое отделение ОБ УИН МЮ по Курской области поступило 32 пациента с осложненными формами заболевания, из них 10 случаев напряженного пневмоторакса, что составляет 31,3 %; 20 случаев с серозными и серозно-фибринозными плевритами, что составляет 62,5 %; 2 случая пневмоторакса, что составляет 6,25 %.

Лечение напряженного пневмоторакса начинаем с экстренного дренирования плевральной полости в стандартных точках во II межреберье по среднеподмышечной линии и в VIII межреберье по среднеключичной линии. Дренирование проводим через троакар полихлорвиниловыми одноразовыми дренажами d = 3,4x5,5 мм. Первые сутки дренаж подсоединяем к аппаратам Боброва, а начиная со 2-х суток после рентген-контроля и оценки количества отделяемого по дренажам, принимаем решение для применения активной аспирации. Активную аспирацию

применяем через импровизированный аппарат «Микрокомпрессор-АЭН-4», переделанный нами с учетом небольшой дозированной декомпрессии. С третьих суток, как правило, легкое расправляется полностью или частично, что позволяет оценить ситуацию в дальнейшем. Фиброзно-кавернозный туберкулез в этой группе составил 5 случаев, т.е. 50 % от всех больных в этой группе, или 15,6 % от всех больных, поступивших в хирургическое отделение ОБ УИН. У 80 % больных легкое удалось расправить консервативно с помощью активной аспирации электромикрокомпрессором. Три человека были направлены для оперативного лечения, что составляет 9,4 % от общего числа больных, поступивших в хирургическое отделение за указанный период. Среди группы больных с напряженным пневмотораксом количество больных, направленных на операцию, составляет 30 %, однако необходимо отметить тот факт, что у двух больных образовалась небольшая остаточная полость; последняя закрылась без хирургического вмешательства под воздействием специфического лечения и периодически проводимых воздушных пункций. Реально был прооперирован один пациент, что составляет 3,1 % среди всех больных, а в группе с напряженным пневмотораксом этот показатель составляет 10 %.

Следует отметить, что всем больным с дренированными плевральными полостями через верхний дренаж вводили по 1 г канамицина или стрептомицина на 20,0 – 0,5 % раствора новокaina два раза в день, что усиливало местное воздействие на очаг антибиотиков и уменьшало обычно выраженный болевой синдром. У двух больных после дренирования легких с помощью тонкого троакара вводили в полость каверны микродренаж с последующим введением дополнительно антибиотиков в полость каверны. Количество этих больных составило 6,25 % среди всех больных и 20 % среди больных с напряженным пневмотораксом; в последующем через 2–3 месяца появились признаки закрытия каверны и субъективного улучшения состояния больных. Следует отметить, что максимально дренаж в плевральной полости оставляли до 14 дней, минимально – 3 дня, дренирование и орошение каверны антибиотиками проводили в течение 2–3 недель с последующим рентген-контролем.

Большое количество больных было пролечено по поводу серозных и серозно-фибринозных плевритов, что составляет 6,25 % от количества туберкулезных больных, прошедших через хирургическое отделение ОБ УИН МЮ РФ по Курской области. Следует отметить, что указанная группа наиболее благоприятна для применения малоинвазивных хирургических методов воздейст-

вия. До 60 % больных пунктировались в пределах от 2 до 4 раз с введением антибиотиков с интервалами в 2–3 дня с рентгенологическим контролем, жидкость направляли для изучения в общеклиническую и бактериологическую лаборатории. При контрольных рентгенобследованиях через 7–8 дней признаки плеврита купировались, улучшалось состояние здоровья пациентов, улучшались гемодинамические показатели, лабораторные анализы. В отдельных случаях 40 % больных с плевритами, особенно с большим количеством жидкости в плевральной полости и наличием фибрина и повышенного количества лейкоцитов в плевральной жидкости, применяли дренирование плевральной полости через троакар с установкой дренажа диаметром 3,4x5,5 мм. Указанную методику считаем оправданной, так как это позволяет постепенно и равномерно удалить жидкость и проводить местную антибактериальную терапию.

Особенно большие трудности представляет собой лечение больных с эмпиемами плевры. Таких больных было пролечено 6 человек, что составляет 18,7 % среди всех больных туберкулезного профиля, прошедших через хирургическое отделение ОБ УИН МЮ РФ по Курской области. Лечение таких больных проводили постановкой толстых резиновых дренажей, поставленных открытым способом. Дренажи 3-4 раза в день обильно, обычно до чистых вод, промывали фурацилином, если имели возможность, то через дренаж вводили терлитин на новокаине, 2-3 раза в день вводили раствор канамицина или стрептомицина. В данном случае применяли проточное промывание плевральной полости 0,9 % раствором NaCl с антибиотиками и фурацилином, применяя одновременно методику активной аспирации с помощью переделанного нами микрокомпрессора «АЭН-4». Лечение указанной группы больных сочеталось с применением эритроцитарной массы, нативной плазмы, в одном случае применяли иммуноглобулин нормальный человеческий. Этим больным в обязательном порядке пунктировали и катетеризировали подключичную вену, проводили массивную дезинтоксикационную терапию.

В настоящее время для лечения туберкулезных больных стали применять лазеротерапию и магнитолазерную терапию, что, на наш взгляд, улучшает процессы заживления ран, улучшает регенеративные процессы в легочной ткани, способствует лучшей адсорбции антибиотиков измененными тканями. Для работы применяем инфракрасный лазер «Узор».

Выводы:

1. Для лечения осложненных форм туберкулеза считаем возможным шире использовать малоинвазивные хирургические ме-

тоды, что позволяет в современных условиях, связанных с дефицитом лекарственных препаратов, препаратов крови и кровезаместителей, добиться положительных результатов.

2. В лечении туберкулеза больных целесообразно использовать сочетание малоинвазивных способов лечения в сочетании с локальным применением антибиотиков, с проведением инфузионной и дезинтоксикационной терапии.

3. Считаем возможным применять для лечения больных с осложненными формами туберкулеза методы лазерного и магнитолазерного облучения.

4. При массивных серозных и серозно-фибринозных плевритах целесообразно в лечении использовать раннее дренирование плевральной полости, что позволяет эффективно и равномерно удалить жидкость из плевральной полости, а также создание условий для проведения местной антибактериальной терапии.

Кашина Л.Н.,
начальник психологической службы
ОРЛС УИН МЮ РФ по Курской области,
старший лейтенант вн. сл.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОСУЖДЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В течение ряда лет в учреждениях УИН МЮ РФ по Курской области отмечается тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом легких осужденных и лиц, содержащихся под стражей. Положительная динамика обусловлена своевременным выявлением и лечением осужденных, страдающих туберкулезом, обеспечением их необходимыми лекарственными препаратами, полноценным питанием, соблюдением санитарных норм и режимных требований, организацией воспитательного процесса. Сотрудники психологической службы учреждений также принимают участие в работе с данной категорией спецконтингента.

При выявлении туберкулеза легких большинство осужденных адекватно реагирует на факт заболевания, положительно воспринимает предстоящую госпитализацию, выполняет назначения и рекомендации врачей по лечению. Однако встречается немало осужденных, для которых известие о выявлении этого грозного заболевания является личной трагедией, возникает чувство страха, развивается депрессивное состояние. Кроме того, есть лица, которые диссимилируют свое состояние, отрицательно относятся к обследованию, не воспринимают советы и рекомендации врачей.

Штерн различает 10 различных типов переживаний больных туберкулезом по поводу своей болезни:

1. Инфантильный – свойственный юношам и детям, видящим все в «розовом свете».
2. Реакции шока, характерные для возраста в 20–30 лет. Первоначальный шок может перейти в депрессию.
3. Ипохондрический.
4. Тип «полной надежды».
5. Больные с истерическим типом, которые подсознательно стараются извлечь из болезни выгоды.

6. Религиозные больные рассматривают болезнь как удар судьбы и терпеливо «несут свой крест».
7. Под револютирующим типом автор понимает тип недовольства людей болезнью, стремление скорее избавиться от нее.
8. Реакция стыда.
9. Тип «экономический» – на первом плане у больного стоят затраты на лекарства.
10. Индифферентный тип – «глухи к словам врача и идут своей дорогой».

С.Е. Незлин углубил классификацию Штерна, усматривая не только фенотипические особенности личности, но и принимая во внимание следующие моменты:

- 1) большое значение возраста заболевшего – молодой реагирует более бурно, чем пожилой;
- 2) социально-психологические причины;
- 3) остроту первого переживания по поводу болезни;
- 4) личное представление о туберкулезе.

Психические нарушения у осужденных, больных туберкулезом, складываются из болезненных расстройств, возникающих в связи с самим патологическим процессом, и психогенных наслоений, связанных с длительным пребыванием в специализированном отделении больницы ИУ и побочными действиями антибактериальной терапии. На характер психических нарушений оказывают влияние и низкая санитарная культура у части осужденных, склонность к злоупотреблению спиртными напитками, приему наркотиков, а также личностные особенности. Психические проявления при туберкулезе могут выражаться в форме ипохондрических жалоб, истерических реакций, ситуационно обусловленных аффективных нарушений, астено-эйфорического или астено-апатического синдрома. Следствием проявления расстройств психики могут служить нарушения режима этими осужденными, конфликты с представителями администрации, медицинским персоналом, охраной или другими осужденными, негативная трактовка информации, получаемой от родственников, нарушение социально значимых связей.

Прогноз течения туберкулеза благоприятен при прочих равных условиях у тех больных, которым свойственно активное стремление к выздоровлению.

Как следует из вышеизложенного, больные туберкулезом нуждаются в психологической помощи, которая осуществляется сотрудниками психологической службы по следующим направлениям:

- развенчивание неправильных форм отношения к болезни, из которых на первый план выступает наиболее часто встречающееся с пессимистической оценкой тяжести заболевания или с подчеркнутым игнорированием тяжести болезни;
- снятие неверия в выздоровление, недоверия к действительности лекарственной терапии;
- примирение с необходимостью длительного пребывания в стационаре и соблюдения лечебного режима;
- налаживание сна, борьба с вредными привычками;
- организация «психотерапевтического микроклимата» с целью противодействия нежелательному отрицательному индуцированию со стороны других больных.

Эти основные моменты отражаются в индивидуальных и групповых беседах психологов с осужденными, страдающими туберкулезом. Тематика бесед:

«Туберкулез легких и нервная система».

В беседе подчеркивается излечимость туберкулеза в современных условиях и излагается роль активного высокого тонуса нервной системы в поддержании защитных сил организма в борьбе с туберкулезным процессом. (С целью библиопсихотерапии можно провести анализ рассказа О.Генри «Последний лист»).

«Значение режима при туберкулезе».

Даются рекомендации, нацеливающие больных на необходимость неукоснительного соблюдения режима.

«Невротические наслоения у больных туберкулезом».

В этой беседе, не останавливаясь подробно на невротических симптомах, чтобы не фиксировать на них внимание больных, психолог разъясняет временную функциональную природу подобных явлений, подчеркивая необходимость и возможность освобождения от них как в процессе лечения, так и с помощью личностных ресурсов.

«Отношение к болезни».

Осуждается в поведении больных туберкулезом как излишняя тревожность, мнительность, тоскливость, ипохондричность, реакция стыда, шока, так и беспечность, безразличие к болезни и к словам врача и т.п. Больные призываются к спокойно-выжидательному и активному противоборствующему отношению к нервным проявлениям болезни.

«Приемы противодействия невротическим проявлениям болезни».

Психолог знакомит больных с методами изменения отношения к болезни или к создавшимся трудным психотравмирующим ситуациям. Большое значение придается сохранению режима жизни, хорошего настроения, умению быстро переключаться в сторону приятных эмоций от сосредоточения и фиксации на болезненных переживаниях. Определенная роль отводится усиленному труду, имеющему психотерапевтическое значение при туберкулезе.

«Самовнушение, самовоздействие и мышечное расслабление».

Больные знакомятся с приемами релаксации и мотивированного самовнушения.

«Роль личности в преодолении невротического состояния».

В беседе раскрываются те черты личности, особенности темперамента и характера, которые могут способствовать преодолению невротического состояния.

«Алкоголизм, наркомания, курение и туберкулез».

В беседе преподносятся лишь простые сведения, насыщенные вредными примерами вредного воздействия алкоголя, наркотиков и курения на течение заболевания.

Для нейтрализации влияния отрицательных психогенных факторов на течение болезни возникает необходимость психологического сопровождения лиц, страдающих туберкулезом, на всех этапах их пребывания в учреждениях УИН: СИЗО, ИК, туботделение областной больницы УИН, локальные тубучастки в учреждениях. Сотрудники психологической службы работают во взаимодействии с работниками воспитательного аппарата, врачами-фтизиатрами и психиатрами. С целью изучения личности осужденных, страдающих туберкулезом, выявления депрессивных состояний у этих лиц и разработки рекомендаций по организации воспитательного процесса, психологами осуществляются психодиагностические мероприятия. Кроме того, проводится индивидуальное психологическое консультирование, психопрофилактическая и просветительская работа. Для сохранения социально значимых связей осужденных проводятся беседы с их родственниками.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Утверждаю:
Заместитель начальника ГУИН
Минюста России
генерал-майор внутренней службы
А.С. Кононец
«15» декабря 2000 года

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МЕТОДОМ ПРЯМОЙ МИКРОСКОПИИ МАЗКОВ МОКРОТЫ, ОКРАШЕННЫХ ПО ЦИЛЬ-НЕЛЬСЕНУ

Методические указания подготовлены главным специалистом Медицинского управления ГУИН Министерства юстиции Российской Федерации, доктором биологических наук Сафоновой С.Г.

За основу взяты рекомендации Международного союза борьбы с туберкулезом и легочными заболеваниями.

Для полной реализации данных указаний необходимо взаимодействие всех служб уголовно-исполнительной системы.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

В условиях нарастания заболеваемости туберкулезом, особенно когда у больных в уголовно-исполнительной системе (УИС) Минюста России частота выделения лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) постоян-

но растет, возникает необходимость своевременного и быстрого выявления больных с бактериовыделением

Бактериоскопический метод является простым и экономичным способом, позволяющим при положительном результате исследования мазка мокроты предположить диагноз туберкулеза легких и провести изоляцию больного.

Бактериоскопическое исследование мокроты необходимо проводить в следующих случаях:

- при подозрении на туберкулез легких у лиц с рентгенологическими изменениями в легких;
- при регистрации длительного кашля (более 3 недель), который сопровождается выделением мокроты, мокроты с кровью и болями в груди;
- при контактах с больными, имеющими положительный результат бактериоскопического исследования мокроты;
- при наличии явных симптомов заболевания

Лицам с вышеописанными симптомами, находящимся в ИК или СИЗО, необходимо взять на исследование не менее 3 образцов мокроты. Пробы должны быть взяты в течение 2–3 дней и отправлены в лабораторию для проведения микроскопического исследования мазка с окраской по методу Циля-Нельсена. При выявлении кислотоустойчивых микобактерий больной подлежит изоляции от других лиц.

Мокрота является наиболее частым материалом для выявления МБТ у больных с различной легочной патологией. Сбор мокроты осуществляется только под контролем медицинского работника в специально отведенном помещении, которое должно быть оборудовано стационарной бактерицидной лампой, источником водоснабжения (раковиной), вентиляцией.

Перед сбором мокроты медицинский работник заполняет направление на проведение анализа, которое вместе с контейнером будет направлено в лабораторию. Забор мокроты следует проводить в отсутствие посторонних лиц, в отдельной хорошо проветриваемой комнате. (Сбор мокроты в помещениях лаборатории запрещен!) Сбор мокроты целесообразно проводить в утреннее время (до завтрака).

Медицинский работник обязан быть в маске, клеенчатом фартуке, халате и резиновых перчатках.

Больной (под контролем) должен прополоскать рот и откашливать мокроту в контейнер.

Медицинский работник должен:

- объяснить пациенту, что следует откашливать мокроту из более глубоких отделов бронхов (**сбор слюны недопустим**);

- дать пациенту открытую плевательницу, на которой наклеена этикетка с указанием фамилии больного;
- стать за спиной больного (либо за стеклом специальной кабинки) и попросить его поднести плевательницу ко рту, покашлять и сплюнуть в нее мокроту;
- при наличии мокроты медицинский работник сам плотно закрывает плевательницу и помещает ее в специальный металлический ящик или бокс, в котором мокрота транспортируется в лабораторию;
- медицинскому работнику необходимо вымыть руки в перчатках с мылом.

У больных, выделяющих небольшое количество мокроты, ее следует собирать в течение суток при условии, что собранная в течение дня мокрота будет храниться в холодном месте при температуре не выше +4°C (холодильнике), а затем вместе с утренней порцией будет доставлена в лабораторию.

Больным, не выделяющим мокроту, проводят раздражающие ингаляции, накануне и утром необходимо дать отхаркивающее средство или применить метод раздражающей аэрозольной ингаляции, провоцирующей усиление секреции бронхов. В качестве смеси для ингаляции рекомендуется 15 %-й раствор хлористого натрия и 1 %-й раствор двууглекислого натрия (150 г хлористого натрия и 10 г двууглекислого натрия на 1 л дистиллированной воды). Применение раздражающей ингаляции повышает процент выделения микобактерий туберкулеза. Полученный таким образом материал не подлежит консервированию. Собранная мокрота в специальных плевательницах с завинчивающимися крышками доставляется в лабораторию.

Промывные воды бронхов. При отсутствии у больных мокроты исследуют промывные воды бронхов или желудка. Промывные воды бронхов являются материалом, из которого значительно чаще, чем из промывных вод желудка, выявляются микобактерии туберкулеза при легочных процессах. Однако промывание бронхов проводится врачом-отоларингологом, поэтому эта процедура доступна только в тех лечебных учреждениях, где имеется такой специалист.

Больному несколько раз во время вдоха вводят шприцем в трахею 5–7 мл стерильного физиологического раствора, который вызывает кашлевой рефлекс. При этом вместе с физиологическим раствором откашливается секрет из глубоких отделов бронхиального дерева. Промывные воды бронхов собирают в стерильную плевательницу и тут же направляют в бактериологическую лабораторию.

В клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) лаборант осматривает мокроту, проводит выбраковку слюны и приготавливает мазки из нативной мокроты для окраски по методу Циля-Нельсена. Результат микроскопического исследования лаборант заносит в специальный лабораторный журнал и в отрывной талон направления, который передается врачу.

Все клинико-диагностические лаборатории, проводящие микроскопическое исследование мокроты на туберкулез, должны быть оснащены вытяжными шкафами, бактерицидными лампами, бинокулярными микроскопами, иметь необходимый запас красителей, кислот, предметных стекол, дезсредств и средств индивидуальной защиты.

Безопасность и гигиена в лаборатории

С ростом туберкулеза во всем мире, сопутствующим ему заболеванием СПИД, присоединение полирезистентности, вопросы безопасности в лаборатории становятся первостепенными. Микобактерии (МБ) в 1983 году включены в 3-ю группу патогенных микроорганизмов, заражение которыми происходит воздушно-капельным путем. Число микобактерий, которые могут вызвать инфицирование, мало и равно менее 10 бактериальных клеток, содержащихся в воздухе. Основную опасность составляет образование аэрозоли при выполнении различных процедур.

Таким образом, биологическая безопасность должна основываться на мерах, нацеленных на предотвращение попадания микобактерий в окружающую среду.

Образование аэрозоля

Аэрозоль образуется в процессе следующих мероприятий:

- а) сбор мокроты от больных;
- б) работа с открытой плевательницей;
- в) приготовление нативного мазка мокроты;
- г) фиксация над пламенем влажного мазка мокроты материала;
- е) переливание мокроты.

При переливании инфицированного материала может произойти разбрызгивание материала и образование аэрозоли.

При работе с мокротой следует избегать резких движений для предотвращения разбрызгивания.

Лабораторная гигиена

Вход в лабораторию без сопровождения запрещен всем, кроме персонала. Прием пищи, курение, наложение макияжа в местах работы с инфицированным материалом в лаборатории запрещен.

Все поверхности в лаборатории должны рассматриваться как потенциально опасные и регулярно обрабатываться дезсредствами и обжигаться 70%-м спиртом. Руки надлежит мыть с мылом, а при загрязнении диагностическим материалом вначале обрабатываются 70%-м спиртом. Полы не следует подметать, их необходимо мыть регулярно в начале и в конце рабочего дня.

Основное оборудование для безопасной работы

Для бактериологических и клинико-диагностических лабораторий отводится светлое сухое помещение, в котором предусматривают следующие комнаты:

- 1) приемная и регистратура;
- 2) препаратная и микроскопная;
- 3) комната для хранения кислот и дезсредств;
- 4) моечная и автоклавная.

Для работы с мокротой лаборатория должна быть оснащена специальными биологическими боксами или вытяжными шкапами.

Биологический и вытяжной шкаф безопасности (БШБ) является одним из наиболее важных элементов безопасности в туберкулезной лаборатории. Для избежания контаминации следует использовать биологические шкафы (вертикальные ламинарные боксы не ниже 2-го класса). Воздух в таких боксах подается под давлением через фильтры в рабочую зону и остается стерильным. При работе в БШБ следует использовать микробиологические методы, исключающие формирование аэрозолей. Не следует держать пробирки открытыми, использовать открытое пламя, погружение в емкость с дезраствором необходимо проводить с максимальной осторожностью во избежание разбрызгивания. Один раз в год проводить замену фильтра в БШБ. В клинико-диагностических лабораториях наличие вытяжного шкафа обязательно.

Защитная одежда

Во время работы в лаборатории персоналу надлежит носить соответствующую одежду. Халат должен закрывать все тело,

рукава должны доходить до запястья, перчатки следует надевать как при работе с заразным, так и с потенциально заразным материалом. Маски, изготовленные заводским способом, отфильтровывающие до 95 % частиц размером от 1 до 5 нм, надеваются там, где возможно образование аэрозоля.

Защитную одежду следует снимать перед выходом из лаборатории, грязную одежду перед отправкой в стирку помещают в закрывающийся контейнер.

Чрезвычайные ситуации в лаборатории

В случае образования аэрозоля в небольшом количестве следует немедленно накрыть "покрывалом" (полотенцем, марлей, тряпкой, ватой, фильтровальной бумагой и т.д.) пролитый инфицированный материал. Смочить покрывало дезинфектантом, выдержать время экспозиции, поместить покрывало в контейнер, вымыть полы и оборудование с дезраствором, поверхность рабочего стола прожечь 70 %-м спиртом.

В случае образования большого объема инфекционного аэрозоля, при разбивании плевательницы с мокротой или пробирки с жидкой культурой микобактерий, всем работникам, кроме виновного в происшествии, следует покинуть помещение. Пролитое необходимо накрыть "покрывалом" и залить дезраствором, выдержать время экспозиции. Закрыть все окна, щели и выключить вентиляцию. Перед возвращением в комнату надеть спецодежду, поместить осколки пробирок и остатки дезраствора в контейнер с крышкой, вымыть полы, стены и поверхности оборудования.

В случае пролития материала внутри вытяжного или биологического шкафа шкаф не выключать в течение 2 часов (при образовании большого объема аэрозоля – не менее 4 часов), накрыть залитый участок "покрывалом", смоченным дезраствором, выдержать время экспозиции, поместить разбитые пробирки и "покрывало" в контейнер, вымыть внутреннюю часть шкафа с дезраствором, а также пол и оборудование.

Дезинфекция и стерилизация лабораторной посуды и различного материала

После завершения исследований рабочее место и вся инфицированная посуда, инструменты, диагностический материал подвергаются обязательному обеззараживанию. Наиболее эффективным методом обеззараживания является автоклавирование при 1,5–2,0 Атм. в течение 1 часа.

Помещения, в которых проводится работа с диагностическим материалом, должны быть оборудованы бактерицидными лампами и ежедневно облучаться до и после работы в течение 1 часа.

Рабочий стол (вне бокса, в боксе) дезинфицируется 5 %-м раствором хлорамина (время экспозиции не менее 5–6 часов), с последующей обработкой 2 %-м мыльно-содовым раствором и обжиганием спиртом. Лучшим активатором является нашатырный спирт, который добавляется в равном к хлорамину объеме, время экспозиции при этом составляет не менее 2 часов.

Лабораторную посуду, бывшую в употреблении, дезинфицируют путем кипячения в течение 45 минут с момента закипания в 2 %-м мыльно-содовом растворе или автоклавируют 60 минут при 1,5–2 Атм. После дезинфекции лабораторную посуду моют и подготавливают для последующей работы. Пробирки и флаконы закрывают ватно-марлевыми пробками, некоторые виды посуды заворачивают в бумагу. Посуду стерилизуют либо в автоклаве (при 1 Атм. в течение 60 минут) с последующим подсушиванием в сушильном шкафу, либо непосредственно в сухожаровом шкафу при 180°С в течение 1 часа с момента установления температуры.

Пипетки после употребления погружают на сутки в 5 %-м раствор хлорамина или 2 %-м раствор активированного хлорамина. Затем их кипятят, промывают под струей горячей водопроводной воды, просушивают и помещают в специальные металлические пеналы или заворачивают в бумагу, стерилизуют, как указано выше.

Желудочные зонды после употребления кипятят в водопроводной воде, промывают проточной водой, надев зонд на водопроводный кран, не менее 30 минут, после чего промывают через воронку дистиллированной водой. Перед употреблением зонды кипятят в *дистиллированной воде* (поскольку в водопроводной воде могут содержаться кислотоустойчивые сапрофиты) в течение 20–30 минут

Диагностический материал, оставшийся неиспользованным, подлежит дезинфекции. Посуду с диагностическим материалом складывают в специальные баки (биксы) и автоклавируют в течение 1 часа при 1,5–2 Атм. Возможно также обеззараживание путем кипячения в 2 %-м мыльно-содовом растворе в течение 45 минут с момента закипания.

Приготовление дезинфицирующих растворов:

а) 5 %-й раствор хлорамина: 50 г препарата растворить в 1 л воды до полного исчезновения мутности;

б) 2 %-й раствор активированного хлорамина: 20 г хлорамина растворить в 1 л воды и добавить равный объем нашатырного спирта (NH₄OH);

в) 2 %-й мыльно-содовый раствор: 20 г бикарбоната натрия (сода) и 20 г хозяйственного мыла растворяют в 1 л воды. Измельченное мыло растворяют в 1 л воды, после чего добавляют 20 г бикарбоната натрия и перемешивают до растворения.

Наиболее часто в лабораториях применяют дезинфицирующие растворы на основе хлорной извести или хлорамина. В настоящее время для обеззараживания предлагаются различные дезсредства. Перечень дезсредств, применяемых в противотуберкулезной службе, приведен в таблице 1.

Таблица 1

Дезинфицирующие средства, применяемые в противотуберкулезной службе

Наименование дезинфицирующих средств	Концентрация (в %)	Время обработки (в мин)
Хлорамин*	5	300–360
Перекись в одорода*	3	180
Дезоксон-Л*	10	60
Сульфохлорантин*	1	120
ДП-2*	0,5	60
Хлорин*	3	60
Метод кипячения*	--	60
Метод кипячения с гидрокарбонатом натрия*	2	45
Деохлор (табл.)**	0,02–0,3	30м120
Дюльбак (раствор)**	Станд.	90
Тепсихлор 70А**	1,0	30–120
Анолит (по активному хлору)***	0,1–0,8	60–240
Аламинол (концентрат)	5	60

*На основании письма Института профилактической токсикологии и дезинфекции № 10-05/4-1212 от 12.12.89 г. и приказа института № 408 от 12.07.89 и № 538 от 17.12.90 г.

**Утверждены Госкомитетом санэпиднадзора РФ № 01-19/84-11 от 23.05.96, № 01-19/65-11 от 11.07.95 и МУ-34-113 от 29.04.97.

***Утвержден Управлением профилактической медицины РФ № 11-03/101 от 02.02.93 и Госкомитетом санэпиднадзора РФ № 89 от 23.12.93.

Бактериоскопический метод исследования

Бактериоскопический метод исследования остается одним из основных методов выявления кислотоустойчивых микобактерий. Однако возможности его ограничены. Известно, что при прямой бактериоскопии мазка, окрашенного по Цилю-Нельсену, микобактерии туберкулеза могут быть найдены при их количестве от 5 000 до 10 000 бактериальных клеток в 1 мл диагностического материала. Больные в процессе антибактериальной терапии могут выделять микобактерии в значительно меньшем количестве. В этом случае метод может оказаться недостаточным чувствительным для их выявления. Мокрота от больных с легочным туберкулезом должна исследоваться не менее 3 раз при диагностическом обследовании и не менее 2 раз при контроле химиотерапии. При просмотре первого мазка кислотоустойчивые микобактерии выявляются в 80–82 %, просмотр второго мазка дополнительно выявляет 10–14 % микобактерий, просмотр третьего мазка – 5–8 %. В зависимости от количества кислотоустойчивых бактерий в диагностическом материале можно предположить определенный процент вероятности выявления положительного мазка (см. таблицу 2).

Используемый ранее метод флотации запрещен к применению, поскольку его преимущества по сравнению с обычным бактериоскопическим исследованием мазка по Цилю-Нельсену незначительны. Кроме того, учитывая его длительность, невозможность проведения посева, вероятность получения ложноположительных результатов из-за наличия в органических растворителях кислотоустойчивых сапрофитных микроорганизмов и особенно высокий риск заражения персонала, **делает его применение нецелесообразным.**

Таблица 2

Вероятность выявления положительного мазка в зависимости от количества кислотоустойчивых микобактерий в материале

Число КУБ (в полях зрения)	Концентрация КУБ На 1 мл материала	Вероятность положительного мазка
0 в 100 полях	Менее 1 000	Менее 10 %
1–2 в 300 полях	5 000–10 000	50 %
1–9 в 100 полях	Около 30 000	80 %
1–9 в 10 полях	Около 50 000	90 %
1–9 в 1 поле	Около 100 000	96,2 %
Более 10 в 1 поле	Около 500 000	99,9 %

Подготовка предметных стекол. Новые стекла кипятят в 1 %-м содовом растворе (10 г гидрокарбоната натрия растворяют в 1 л дистиллированной воды). После этого стекла промываются 1 %-м раствором соляной кислоты (к 30 мл концентрированной соляной кислоты добавляют дистиллированную воду и доводят объем раствора до 1 л), затем проточной водой. Стекла протирают насухо и хранят в 96 %-м спирте или смеси Никифорова (равные объемы 96 %-м спирта и эфира). Для обезжиривания стекла должны находиться в 96 %-м спирте или смеси Никифорова не менее 24 часов.

Приготовление мазка. Для прямого метода микроскопии приготовление мазка проводят непосредственно из диагностического материала. Все манипуляции с мокротой проводятся в вытяжном шкафу.

В связи с тем что МБ чаще обнаруживаются в плотных гнойных частицах мокроты, для анализа используют гнойные "комочки". Результат исследования зависит от правильного выбора этих частиц. Мокроту из плевательницы помещают в чашку Петри с написанным на ней номером анализа, петлей либо палочкой выбирают гнойный "комочек" и переносят на предметное стекло с помощью второй петли либо палочки. Материал растирают на предметном стекле так, чтобы мазок был нанесен тонким слоем не более чем на 2/3 стекла. На свободной части стекла записывается номер образца.

Фиксация мазка. Приготовленные мазки высушивают на воздухе 30 минут под вытяжным шкафом, затем фиксируют над

пламенем горелки в течение 3–5 секунд через среднюю часть пламени спиртовки или в сухожаровом шкафу при 80⁰С 1 час.

Положительные и отрицательные мазки. Положительные мазки следует подвергнуть обеззараживанию и удалению (разбить) во избежание повторного использования. Отрицательные мазки могут быть использованы повторно, после надлежащей обработки (замачивания в дезрастворе и кипячение).

Окраска мазков по Цилю-Нельсену

Приготовленные как описано выше мазки покрывают фильтровальной бумагой и наносят на мазок 2 мл карболового фуксина, затем медленно нагревают предметное стекло с фуксином над пламенем горелки до появления пара. При этом не допускают кипения фуксина и высушивания фильтровальной бумаги на мазке. Мазок с прогретым раствором оставляют на 5 минут. Затем удаляют фильтровальную бумагу и аккуратно смывают остатки краски со стекла проточной водой.

Обесцвечивание проводят 25 %-м раствором серной кислоты (2 мл на мазок) в течение 3 минут. Затем стекло промывают проточной водой и дополнительно обрабатывают 96 %-м этиловым спиртом (2 мл на мазок) в течение 5 минут. Гашение фона достигается обработкой 0,3 %-м раствором метиленового синего в течение 30–60 секунд.

Приготовление растворов (все растворы готовятся с использованием дистиллированной воды)

1) Насыщенный спиртовой раствор фуксина: основной фуксин – 3 г растворяют в 100 мл 96 %-го этилового спирта.

2) Рабочий раствор фуксина: кристаллы фенола – 5 г. Медленно кристаллы фенола нагревают до жидкого состояния, доливают до 90 мл воды, затем в полученный раствор фенола добавляют 10 мл насыщенного раствора фуксина.

3) 25 %-я серная кислота: в 300 мл воды доливают 100 мл 98 %-й (концентрированной) серной кислоты. Данная манипуляция проводится с крайней осторожностью!

Никогда не наливайте воду в серную кислоту!

4) 0,3 %-й метиленовый синий: 0,3 г метиленового синего растворяют в 100 мл воды.

Техника микроскопии мазков, окрашенных по Цилю-Нельсену

Для исследования окрашенных мазков используют бинокулярный микроскоп с иммерсионным объективом х90 или х100 и окуляром 10 или 7. Исследуют не менее 100 микроскопических полей зрения в течение 5 минут. Если МБТ не обнаружены, исследуют еще 100 полей зрения. Микобактерии выглядят как тонкие, прямые или слегка изогнутые палочки длиной 1–4 мкм и диаметром 0,2–0,5 мкм, рубинового цвета, иногда с выраженной зернистостью. При наличии кофактора – способность микробных клеток к «сцепливанию» – можно предположить, что кислотоустойчивые микроорганизмы являются микобактериями туберкулеза.

Учет результатов бактериоскопии

Регистрация результатов бактериоскопии проводится с указанием количества обнаруженных КУБ (кислотоустойчивых микобактерий):

- 0 КУБ – на 200 полей зрения отр. (отрицательно);
- 3–9 КУБ – на 100 полей зрения указывают число;
- 10–99 КУБ на 100 полей зрения 1+;
- 1–9 КУБ в одном поле зрения – 2+;
- 10 и более КУБ в одном поле зрения – 3+.

Положительный результат мазка считается при обнаружении 3 и более кислотоустойчивых микобактерий. При обнаружении 1–2 кислотоустойчивых микроорганизмов ответ считается сомнительным и большой подлежит дообследованию методом микроскопии мазка мокроты.

Отчетная документация (ежеквартально)

Цель проведения исследования	Всего обследованных больных (в лицах)	Из них выявлено МБ+ (в лицах)	Выявление МБ+ (%)
Диагностика			
Впервые выявленные			
Ранее леченные больные			
Контроль химиотерапии (к/х)			
Впервые выявленные			
Ранее леченные больные			
Итого Диагностика			
Итого Контроль химиотерапии			

Приложение 2

Утверждаю
Заместитель
начальника Главного управления
исполнения наказаний
Министерства
юстиции Российской Федерации
А.С. КОНОНЕЦ
23 августа 1999 г.
№ 18/39-1010

**ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОСУЖДЕННЫХ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

1. Настоящая Инструкция разработана в соответствии с требованиями нормативных документов по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов в Российской Федерации и определяет порядок направления подозреваемых, обвиняемых и осужденных (далее – лиц, содержащихся в учреждениях УИС (УИС – уголовно-исполнительная система)) на медико-социальную экспертизу, проведения освидетельствования и его документального оформления, составления индивидуальной программы реабилитации инвалида, порядок обжалования решения учреждений медико-социальной экспертизы (далее – бюро медико-социальной экспертизы).

2. Освидетельствование лиц, содержащихся в учреждениях УИС, в бюро медико-социальной экспертизы проводится на общих основаниях в порядке, определяемом "Положением о признании лица инвалидом", утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965, и в соответствии с Классификациями и временными критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы, утвержденными Постановлением Минтруда России и Минздрава России от 29 января 1997 года № 1/30.

3. На медико-социальную экспертизу направляются лица, содержащиеся в учреждениях УИС, в случаях расстройства здоровья со стойкими нарушениями функций организма или послед-

ствиями травм, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и нуждающиеся в мерах социальной защиты.

4. Лицо, нуждающееся в проведении медико-социальной экспертизы, подает на имя руководителя территориального бюро медико-социальной экспертизы через начальника учреждения УИС письменное заявление в произвольной форме.

5. Начальник ЛПУ (ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение.) УИС принимает меры к обследованию лица, содержащегося в учреждениях УИС, перед направлением на медико-социальную экспертизу в условиях лечебно-профилактических учреждений УИС, при необходимости в условиях медицинских учреждений территориальных органов здравоохранения для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений.

6. По результатам клинко-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на медико-социальную экспертизу (ф. 088/У-97), утвержденную Приказом Минздрава России от 14.05.1997 № 141.

7. Администрация учреждения УИС формирует и представляет в территориальное бюро медико-социальной экспертизы личное дело, характеристику, медицинскую карту (историю болезни), направление на медико-социальную экспертизу и заявление лица, содержащегося в учреждении УИС, о проведении освидетельствования, одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования.

Если нарушения здоровья связаны с профессиональным заболеванием, для освидетельствования необходимо заключение территориального центра профессиональной патологии органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

При наличии последствий трудового увечья представляется акт о несчастном случае на производстве в соответствии с приложением № 2 к Положению о порядке расследования и учета несчастных случаев на производстве, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 03.06.1995 № 558 (ф. Н 1), или другой документ о несчастном случае, связанном с исполнением трудовых обязанностей.

8. Освидетельствование лица, содержащегося в учреждениях УИС, в зависимости от условий и имеющихся возможностей может проводиться непосредственно в учреждении УИС или в территориальном бюро медико-социальной экспертизы.

9. При освидетельствовании лица, содержащегося в учреждениях УИС, в территориальном бюро медико-социальной экс-

пертизы администрация учреждения УИС обеспечивает его доставку на освидетельствование, присутствие начальника или врача ЛПУ УИС, начальника отряда или воспитателя (далее – представителей администрации) и надлежащую охрану в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого.

10. Территориальное бюро медико-социальной экспертизы рассматривает представленные документы, которые должны отражать клинко-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные, проводит личный осмотр лица, содержащегося в учреждениях УИС, оценивает степень ограничения его жизнедеятельности и принимает решение о признании инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности.

В заседании бюро медико-социальной экспертизы принимают участие представители администрации.

11. Справка о результатах освидетельствования лица, содержащегося в учреждениях УИС, или справка о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах выдается ему под роспись.

12. Выписка из акта освидетельствования об установлении группы инвалидности учреждениями медико-социальной экспертизы в 3-дневный срок направляется в органы, осуществляющие пенсионное обеспечение.

13. Выписка из акта освидетельствования о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в дополнительных видах помощи выдается представителям администрации учреждения УИС для направления работодателю в соответствии с требованиями, изложенными в Порядке представления и оформления документов для назначения пенсии, утвержденном Минтрудом России 13.08.92 № 1654-РБ и Минсоцзащиты России 14.08.92 № 1-2761-18.

14. Индивидуальная программа реабилитации лица, признанного инвалидом, составляется в присутствии и при участии представителя администрации учреждения УИС и осуществляется в порядке, предусмотренном "Положением о признании лица инвалидом", утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.96 № 965.

15. Переосвидетельствование подследственных или осужденных производится в установленные сроки в порядке, определяемом "Положением о признании лица инвалидом", утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.96 № 965.

16. Решение бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано подследственным или осужденным путем подачи письменного заявления на имя руководителя бюро медико-социальной экспертизы, проводившего освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы.

Решение главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в органе социальной защиты населения субъекта Российской Федерации по социальным вопросам или в суде в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Согласовано

Заместитель руководителя
Департамента
по вопросам реабилитации и
социальной
интеграции инвалидов
Министерства труда и
социального развития
Российской Федерации
А.Е. ЛЫСЕНКО
20 августа 1999 г. № 2005-17

Заместитель руководителя
Департамента
медицинской помощи
населению
Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
С.Е. ШЕВЧЕНКО
20 августа 1999 г.
№ 10-101/936СЛ

Приложение 3

Утверждено
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 13 августа 1996 г. № 965

ПОЛОЖЕНИЕ О ПРИЗНАНИИ ЛИЦА ИНВАЛИДОМ

*(в ред. Постановлений Правительства РФ
от 21.09.2000 № 707, от 26.10.2000 № 820)*

1. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет в соответствии с Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" порядок и условия признания лица инвалидом, которое осуществляется учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы (далее именуется – учреждение).

2. Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утвержденными Министерством социальной защиты населения Российской Федерации и Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.

3. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет – категория "ребенок-инвалид".

4. Медико-социальная экспертиза гражданина производится в учреждении по месту его жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения (далее именуется – учреждение здравоохранения).

В случае если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения лицо не может явиться в учреждение по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или

заочно на основании представленных документов с его согласия либо с согласия его законного представителя.

5. Руководитель учреждения назначает состав специалистов учреждения, проводящих медико-социальную экспертизу лица и принимающих экспертное решение о признании лица инвалидом.

Гражданин либо его законный представитель имеет право привлекать любого специалиста за счет собственных средств для участия в проведении медико-социальной экспертизы с правом совещательного голоса.

6. Учреждение обязано ознакомить гражданина в доступной для него форме с порядком и условиями проведения медико-социальной экспертизы.

II. Порядок направления на медико-социальную экспертизу

7. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения.

Лицо без определенного места жительства принимается на медико-социальную экспертизу по направлению органа социальной защиты населения.

8. Учреждение здравоохранения направляет в установленном порядке гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

В направлении учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Форма направления учреждения здравоохранения на медико-социальную экспертизу утверждается Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.

Медицинские услуги, необходимые для проведения медико-социальной экспертизы, включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

9. Орган социальной защиты населения может направлять на медико-социальную экспертизу лицо, имеющее признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающееся в социальной защите,

при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Форма направления органа социальной защиты населения на медико-социальную экспертизу утверждается Министерством социальной защиты населения Российской Федерации.

10. Учреждения здравоохранения и органы социальной защиты населения несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

11. В случае отказа учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения в направлении на медико-социальную экспертизу лицо или его законный представитель имеет право обратиться в бюро медико-социальной экспертизы самостоятельно при наличии медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, и связанное с этим ограничение жизнедеятельности.

III. Порядок проведения медико-социальной экспертизы

12. Медико-социальная экспертиза лица проводится по его письменному заявлению либо письменному заявлению его законного представителя.

Заявление подается на имя руководителя учреждения. К заявлению прилагаются направление учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение его здоровья.

13. Специалисты учреждения, проводящие медико-социальную экспертизу, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр гражданина, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

14. Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самооб-

служивание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Наличие одного из указанных признаков не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

15. Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов, принимающих экспертное решение, простым большинством голосов.

Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимающих это решение.

Специалисты, принимающие экспертное решение, дают по нему разъяснения гражданину или его законному представителю.

16. В тех случаях, когда состав специалистов учреждения не может принять экспертное решение, акт освидетельствования лица направляется в 3-дневный срок в главное бюро медико-социальной экспертизы, которое принимает решение по рассматриваемому вопросу в установленном порядке.

17. В случаях, требующих применения сложных видов экспертно-реабилитационной диагностики, специальных методов обследования, тестирования, а также получения дополнительных сведений, составляется программа дополнительного освидетельствования, которая утверждается руководителем учреждения и доводится до сведения заявителя в доступной для него форме.

Программа дополнительного освидетельствования может предусматривать проведение дополнительного обследования в лечебно-профилактическом, реабилитационном или другом учреждении, получение заключения главного бюро медико-социальной экспертизы, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения лица и другие меры.

18. После получения данных, предусмотренных программой дополнительного освидетельствования, специалисты учреждения принимают решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности.

19. Датой установления инвалидности считается день поступления в учреждение заявления гражданина о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами.

20. Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничений жизнедеятельности лицу в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид" на срок один год, два года или до достижения им возраста 18 лет в соответствии с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством труда и социального развития Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации.

21. Причинами инвалидности являются общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма или заболевание, полученные в период военной службы, инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также другие причины, установленные законодательством Российской Федерации.

В случае отсутствия документов о профессиональном заболевании, трудовом увечье, военной травме и других обстоятельствах, предусмотренных законодательством Российской Федерации, учреждение устанавливает, что причиной инвалидности является общее заболевание, и одновременно оказывает содействие лицу в поиске необходимых документов, после получения которых изменяется причина инвалидности без дополнительного очного освидетельствования инвалида.

22. В случае признания лица инвалидом специалистами учреждения, проводившими медико-социальную экспертизу, в месячный срок разрабатывается индивидуальная программа реабилитации.

Программа утверждается руководителем учреждения и в 3-дневный срок после ее разработки направляется в орган социальной защиты населения.

Данные индивидуальных программ реабилитации инвалидов вводятся в банк данных главного бюро медико-социальной экспертизы.

23. Данные медико-социальной экспертизы лица и решение специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, заносятся в протокол заседания и акт освидетельствования лица, которые подписываются руководителем учреждения, специалистами, принимавшими решение, и заверяются печатью учреждения.

Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносятся в акт освидетельствования или приобщаются к нему.

24. Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня установления инвалидности.

25. Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации. Формы справки и индивидуальной программы реабилитации инвалида утверждаются Министерством социальной защиты населения Российской Федерации.

Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах освидетельствования.

26. Лицу, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления отмечаются в листке временной нетрудоспособности или в справке, удостоверяющей временную нетрудоспособность, в тех случаях, когда листок временной нетрудоспособности не выдается.

IV. Порядок переосвидетельствования инвалидов

27. Переосвидетельствование инвалида проводится в порядке, установленном для признания лица инвалидом.

28. Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится один раз в 2 года, инвалидов II и III групп – один раз в год, а детей-инвалидов – один раз в срок, на который ребенку установлена категория "ребенок-инвалид".

Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование.

29. Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами, другим инвалидам в соответствии с критериями, утверждаемыми Министерством социальной защиты населения Российской Федерации и Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.

30. Переосвидетельствование лиц, инвалидность которым установлена без срока переосвидетельствования, включая мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет, проводится в случаях выявления в установленном порядке подложных документов, на основании которых установлена инвалидность.

31. Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности.

32. Переосвидетельствование инвалида ранее установленных сроков проводится по направлению учреждения здравоохранения в связи с изменением состояния его здоровья.

V. Порядок обжалования решений учреждений

33. Гражданин или его законный представитель в случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого в учреждение, проводившее освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы, или в соответствующий орган социальной защиты населения.

Бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование, в 3-дневный срок со дня получения заявления направляет это заявление со всеми имеющимися документами в главное бюро медико-социальной экспертизы.

34. Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение.

Решение главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в орган социальной защиты населения субъекта Российской Федерации.

35. В случае несогласия гражданина с решением главного бюро медико-социальной экспертизы орган социальной защиты населения может поручить проведение медико-социальной экспертизы любому составу специалистов необходимого профиля указанного учреждения.

36. Решение учреждения может быть обжаловано в суд гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

НАРКОМАНИЯ В РОССИИ: УГРОЗА НАЦИИ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ДОКЛАД⁵

*Подготовлен рабочей группой под руководством
С.А. Караганова, И.Е. Малащенко и А.В. Федорова
Москва, 1998*

ВВЕДЕНИЕ

1. Среди многих проблем, стоящих сегодня перед российским обществом, на одно из первых мест все увереннее выходит проблема наркомании как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности.

Масштабы и темпы распространения наркомании в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части, социальную стабильность российского общества в уже ближайшей перспективе.

2. Во многих развитых государствах сегодня существует система правового, медицинского, социального и прочего обеспечения реабилитации наркоманов одновременно с мощной пропагандистской кампанией против наркотиков.

В России, к сожалению, подобная система находится в зачаточном состоянии. Такое положение на фоне роста числа наркоманов, количества преступлений, совершаемых под воздействием наркотиков, требует от общества принятия незамедлительных радикальных шагов.

3. Они должны быть сделаны как со стороны правительственных структур, так и со стороны средств массовой информации, учреждений культуры, а также национально ответственного бизнеса.

Мы считаем необходимым привлечь к проблеме наркомании в России самое пристальное внимание тех, кто принимает решения и влияет на судьбы общества, – исполнительную и особенно законодательную власти, руководителей средств массовой информации. Общество фактически не имеет сколь-либо серьезного

иммунитета в отношении этой страшной угрозы. Оно практически беззащитно.

4. Цель данного доклада – постараться объективно показать ситуацию с наркоманией в Российской Федерации и предложить комплекс мер по эффективной борьбе с ней как внутри страны, так и в международном масштабе, с учетом того, что наркомания стала одним из глобальных вызовов человечеству.

5. Принципиально важно, чтобы в самое ближайшее время было радикально изменено отношение российского общества к проблеме наркомании: от существующего достаточно равнодушного к активному противодействию. Каждый должен осознать тот факт, что борьба с наркоманией начинается прежде всего с семьи, со школы, с института, и оставаться в стороне, надеяться, что государство сделает все без поддержки граждан, просто наивно и даже преступно.

1. НАРКОМАНИЯ В РОССИИ: ЦИФРЫ и ФАКТЫ

1.1. Распространение наркомании на территории бывшего Советского Союза и в первую очередь в России происходит угрожающими темпами.

Об этом свидетельствуют прежде всего статистические данные Министерства внутренних дел Российской Федерации, органов здравоохранения России, других министерств и ведомств. Однако есть все основания полагать, что на самом деле ситуация выглядит еще более тревожно, чем показывает статистика.

1.2. За последние пять лет количество потребителей наркотиков в стране возросло примерно в три с половиной раза и, по мнению специалистов, при сохраняющейся тенденции число лиц, злоупотребляющих наркотиками, в России уже к концу десятилетия может превысить уровень в три миллиона человек.

Таким образом, с учетом прежде всего возрастной категории большинства наркоманов (13–25 лет) под угрозой оказывается фактически все новое поколение страны.

Особое беспокойство российского общества должен вызывать тот факт, что за последнее десятилетие в 6,5 раз увеличилось число женщин, употребляющих наркотики.

По данным Минздрава, на начало 1998 года за немедицинское потребление наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ в целом состояло на медицинском учете около 219 тысяч человек, из которых примерно 39 тысяч несовершеннолетних и более 25 тысяч женщин.

⁵ Опубликован на сайте www.narcom.ru.

1.3. Принципиально важно отметить то, что в России гораздо быстрее, чем в других странах, происходит переход от "легких" наркотиков к "тяжелым".

За 6 месяцев 1996 года среди больных опийными наркоманиями, находившимися на стационарном лечении в НИИ наркологии, героиновые наркомании – самые опасные, трудно излечимые, если вообще излечимые – составляли 28,4 процента. За тот же период 1997 года – уже 74,4 процента.

1.4. Особенно тревожит рост наркомании среди школьников, прежде всего в крупных городах, а также в студенческой среде – в шесть–восемь раз за последние четыре года.

По последним данным, в Санкт-Петербурге каждый пятый школьник уже познакомился с наркотиками, а во многих школах в старших классах регулярно потребляют наркотики до трети учеников.

В Москве во многих высших учебных заведениях, несмотря на предпринимаемые усилия со стороны руководства вузов, начинающих вести антинаркотическую пропаганду, наркомания принимает все более открытую форму.

Таким образом, начинается процесс деградации значительной части тех, кто мог бы составить новую образованную и квалифицированную элиту государства, в которой оно действительно крайне нуждается на этапе перехода к рыночной экономике. Ведь подавляющее число хронических наркоманов не доживает до 30 лет.

Средняя же продолжительность жизни ушедших из жизни наркоманов после начала употребления наркотиков – 4–4,5 года.

1.5. Вызывает тревогу прежде всего то, что наркотики становятся все более и более доступными молодежи, что на российский рынок во все возрастающем объеме выбрасываются новые наркотические вещества, в том числе мощного разрушающего действия.

Например, в школах Москвы отмечены факты массовой продажи наркотиков по сверхзаниженным ценам с очевидной целью обеспечить привыкание к наркотикам как можно большего числа школьников. Естественно!, что впоследствии цена резко повышается. Фиксируются случаи и бесплатного (естественно на первом этапе) распространения наркотиков во многих регионах страны в молодежной среде.

В частности, в Приамурье в ходе акции "Жизнь без страха" установлено, что около 10 процентов молодых людей употребляют наркотики регулярно, а почти 25 процентов пробовали наркотики.

1.6. В качестве наркотиков в России широкое распространение получили маковая соломка, опий-сырец и опийный раствор, марихуана, эфедрин, гашиш, героин, кокаин, "экстази" (метилendioксиметиламфетамин).

Вместе с тем особую опасность создает появление новых синтетических наркотиков, в том числе и производимых собственноручно в России.

Только за 1997 год органами внутренних дел выявлено 848 подпольных лабораторий, в которых производились наркотики или шла работа над созданием новых. Характерно, что во многих из них работали профессиональные химики, сумевшие разработать наркотические средства нового поколения. Часть таких лабораторий находилась нелегально непосредственно в учебных заведениях, в частности в Москве.

Общий объем синтетических препаратов, изъятых в подобных лабораториях, увеличился почти в 1,5 раза.

1.7. Только в Москве и Санкт-Петербурге ежемесячный оборот наркорынка составляет порядка 90 миллионов долларов, а в целом по стране за 1996 год денежный оборот от продажи наркотиков составил почти 1,5 миллиарда долларов.

По предварительным данным, за прошедший год эта сумма составила более 2,5 миллиардов. В то же время некоторые западные специалисты называют цифру в 5 и даже в 7 миллиардов долларов.

"Норма прибыли" при операциях с наркотиками составляет от 300 до 2 000 процентов. Известно, что килограмм героина в Афганистане стоит 9 тысяч долларов, то в Таджикистане – 25 тысяч, а в Москве – до 150 тысяч долларов.

По последним данным, в сферу активной наркодеятельности только в Москве вовлечены порядка 20 тысяч человек.

1.8. При этом данные МВД РФ свидетельствуют о том, что число преступлений, связанных с наркотическими и сильнодействующими веществами, за последние пять лет возросло с 16 255 до 96 645, то есть почти в шесть раз.

Из 10 имущественных преступлений практически каждые шесть совершаются наркоманами.

Подавляющее число из этих преступлений совершено лицами в возрасте до 35 лет.

1.9. Наркотики, как известно, требуют больших денег. Наркоману со стажем, использующему героин, требуется сегодня ежедневно до 500 рублей (деноминированных) на приобретение наркотика.

Естественно, что легальным путем добыть эти деньги в подавляющем большинстве случаев не представляется возможным. Соответственно, наркомания в своем зародыше несет преступление.

1.10. Данные статистики неумолимо свидетельствуют о теснейшей связи роста наркомании в стране с ростом числа заболеваний СПИДом, вирусным гепатитом и другими серьезнейшими заболеваниями (только 1996 год дал рост ВИЧ-инфекции в 8 (!) раз). В результате этого значительно увеличиваются расходы государства по их лечению.

Одним из наиболее ярких примеров последнего времени является город Верхняя Салда на Урале. В городе с населением в 52 тысячи человек инфицировано ВИЧ-инфекцией 36 человек (для сравнения: в Екатеринбурге с населением в 1,5 миллиона человек инфицировано 15 жителей). Источником заражения послужила молодая семейная пара наркоманов, переехавшая с Украины и начавшая активно распространять наркотики.

За 1997 год число вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции выросло в 1,6 раза по сравнению с 1996 годом и превысило число случаев ВИЧ-инфекции, выявленных за весь предыдущий 10-летний период. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных зарегистрировано:

Калининград – 1 706, Краснодар – 1 098, Нижний Новгород – 530, Тверь – 693, Ростов-на-Дону – 866, Саратов – 330, Москва и Московская область – 710, Тюмень – 130.

Более 91 % (!) вновь выявленных в 1997 году случаев заражения ВИЧ отмечено среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно, когда установленной причиной заражения явилось использование общих шприцев и игл.

1.11. За последние десять лет число смертей от употребления наркотиков увеличилось в 12 раз, а среди детей – в 42 раза (!).

Нельзя не обратить внимания на то, что, по данным МВД РФ, в стране число беспризорных детей приближается к миллиону. Среди этой категории наркомания становится повседневным явлением – практически каждый второй или уже попробовал, или уже употребляет наркотики на более-менее регулярной основе.

1.12. Новым опасным явлением стало появление "семейной наркомании", то есть случаев, когда один член семьи вовлекает в наркоманию других. Это особенно заметно на уровне молодых семей, прежде всего в Москве и других крупных городах. По предварительным данным, таких пар насчитывается уже несколько десятков тысяч. Зафиксированы случаи, когда малолетних детей в наркоманию вовлекали собственные родители.

1.13. Крайне тревожные данные, связанные с наркоманией, поступают из Вооруженных Сил страны. По многим регионам, в частности Москва, Подмосковье, Калининград, в последние два-три года практически каждый 12-й призывник пробовал наркотики. А каждый тридцатый принимал их более-менее регулярно.

Если в 1980-х годах употребление наркотиков в армии было достаточно большой редкостью (за исключением военнослужащих, участвовавших в боевых операциях в Афганистане), то сегодня это стало одной из серьезных проблем – случаи употребления наркотиков и распространения их в армейских коллективах есть во всех без исключения военных округах и насчитываются сотнями. Есть зафиксированные случаи наркомании и в федеральных органах безопасности.

По предварительным данным, только за 1996 год в армии были осуждены более ста человек, связанные с распространением наркотиков.

1.14. Если в советское время случаи регулярной доставки наркотиков в места заключения преступников были достаточно редкими, то в настоящее время практически во всех исправительных заведениях страны приходится сталкиваться с возрастающим и, главное, хорошо организованным потоком поставки наркотиков. В том числе это касается и мест, где находятся несовершеннолетние преступники.

По некоторым предварительным данным, в последние годы ежегодно в места заключения передавалось от 100 до 200 килограммов различных наркотиков.

В местах заключения сегодня находится около одного миллиона человек – таким образом формируется гигантская база для расширения потребления наркотиков на перспективу.

1.15. Статистические данные и информация врачей наркологических диспансеров показывают, что в России излечиваются (то есть выдерживают без наркотиков более одного года) всего лишь пять-шесть процентов наркоманов.

И то эти данные связаны, прежде всего, с крупными городами. В малых городах или в сельской местности шансов на излечение практически нет ввиду отсутствия и специалистов, и центров по реабилитации.

1.16. Число больных с установленным впервые в жизни диагнозом "наркомания" в 1996 году по сравнению с 1995 г. увеличилось на 34 процента, токсикоманией – на 42 процента, злоупотребляющих наркотическими средствами – на 25 процентов.

К началу 1994 года в медицинских учреждениях России было зарегистрировано с диагнозом "наркомания" 38,7 тысяч человек,

к концу 1994 года – 49,9 тысяч, к концу 1995 года – 65 тысяч, а на начало 1997 года – 88 тысяч. То есть за 4 года количество больных в России выросло более чем в 2 раза. Но эта цифра не показывает реальной динамики.

1.17. Число подростков, состоящих под диспансерным наблюдением на конец 1996 года, почти в 11 раз превышает уровень 1992 года.

Если учесть, что истинное число наркоманов, как принято считать специалистами, в 10 раз превышает число зарегистрированных больных, то общее их количество в России в настоящее время приближается к миллиону человек.

1.18. Опасность наркотического вала тем более велика, потому что за последние десять лет в результате отсутствия должного финансирования количество наркологических диспансеров в целом по России сократилось на треть, число наркологическихоек на 60 (!) процентов, а количество врачей-наркологов – на 25 процентов.

2. ОСНОВНЫЕ МАРШРУТЫ ПОСТУПЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ И ПУТИ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

2.1. В настоящее время Россия притягивает торговцев наркотиками по двум основным причинам: огромный, практически неосвоенный внутренний рынок и одна из ключевых стран в схеме транзита наркотических средств.

2.2. Для внутреннего рынка основной поток наркотиков идет со среднеазиатского направления – Афганистан, Пакистан и бывшие республики Советского Союза – Таджикистан, Узбекистан, Киргизия, Казахстан и пока еще в очень небольшой степени Туркмения. Это, прежде всего, героин и опиум.

2.3. Как известно, первый вал наркотиков из Афганистана на территорию Советского Союза обрушился в период афганской войны. В настоящее время существует мощная, хорошо отлаженная сеть поставок наркотиков с территории Афганистана, где производством наркотиков занято несколько десятков тысяч человек. По данным ООН, Афганистан в год поставляет на черный рынок около 300 тонн опия.

Кроме того, участились случаи переправки в Россию чистого героина, вырабатываемого в лабораториях на территории Пакистана.

Основной поток идет через Таджикистан, границу с которым полностью закрыть невозможно с учетом происходящих там со-

бытий. Находящиеся в Таджикистане российские пограничники по многим причинам не в состоянии сколь-либо эффективно противостоять наркопотоку, хотя делают для этого все возможное.

По данным Федеральной пограничной службы, на таджикско-афганской границе задерживается не более 5–10 процентов направляемых в (или через) Россию наркотиков.

Реальная цифра может стать ясна, если принять во внимание, что объем задерживаемых наркотиков составляет ежегодно более полутора тонн.

Из Таджикистана наркотики поступают далее в основном в Киргизию, где город Ош стал за последние годы главным перевалочным пунктом для наркомафии.

Можно отметить тот факт, что при проведении целого ряда операций против наркомафии в руки правоохранительных органов не раз попадали руководители различных государственных структур этого города.

Далее наркотики доставляются в Россию как с помощью курьеров, так и, особенно с территории Казахстана, с помощью грузового автотранспорта. Достаточно активно используется и железная дорога, а также нередки случаи перевозки относительно небольших партий наркотиков курьерами авиационным транспортом.

Однако в последние три года весьма значительная по объему масса наркотиков переправляется в Россию и в страны Западной Европы из Афганистана и Пакистана в контейнерах с различными товарами – как сельскохозяйственными, так и промышленными.

Можно, в частности, назвать пример с транзитом из Афганистана в Голландию через опять же Санкт-Петербург контейнеров, в которых находилось 1,75 тонны гашиша.

Усиление наркопотока через Среднюю Азию в Россию связано не только с той слабо контролируемой ситуацией, которая существует на юго-восточном направлении, но и также с тем, что Иран ввел не так давно смертную казнь для любого наркоторговца и использовавшиеся ранее маршруты через его территорию стали слишком опасны.

В целом экспансия опиума по азиатскому направлению увеличилась с 1992 по 1996 гг. в 13,451 раз.

Возросло количество случаев контрабанды наркотических средств и сильнодействующих лекарственных препаратов из Китая. Только в ходе операции "Поток" в 1997 году органами внутренних дел и таможенной службы было пресечено 128 случаев контрабанды эфедрина и эфедриносодержащих препаратов.

2.4. Часть наркотиков, прежде всего маковая соломка, поступает с территории Украины, причем масштабы поставок с каждым годом все возрастают и, например, факты задержания партий в десятки килограммов сенсацией уже не являются.

С достаточным основанием можно сказать, что Украина уверенно превращается в основного поставщика маковой соломки в Россию. При этом особенно следует отметить то, что основными производителями и поставщиками являются жители шести областей Западной Украины, включая Ивано-Франковскую, Черновицкую и Львовскую области.

Статистика показывает, что с 1991 по 1996 год количество изъятой соломки мака возросло с почти 6 000 килограммов до 19 100 кг, то есть более чем в три раза.

Если в 1991 году было изъято 63 кг опия, то в 1996 году эта цифра возросла до 1 400 кг. Также во все большей степени налаживается поступление различных видов наркотиков из Азербайджана и Грузии. Из Азербайджана доставка идет, прежде всего, автотранспортом вместе с фруктами и овощами.

2.5. Собственно внутри Российской Федерации основной зоной нелегального выращивания конопли остается Дальний Восток, откуда также налажена система поставки наркотиков в крупнейшие города Сибири и Урала, а также в Центральную Россию.

Однако следует признать, что обозначилась четкая тенденция к появлению плантаций конопли (хотя и небольших по площадям) в европейской части России, а также на Урале и в Восточной Сибири.

2.6. Резко возросло число случаев "огородничества", когда конопля выращивается на приусадебном участке. Даже в Подмосковье в последние годы ежегодно выявляется более ста случаев выращивания конопли в дачных поселках.

В целом только в 1996 году, по данным МВД, выявлено 28 тысяч фактов незаконных посевов нарколокультур, уничтожено более 3 тысяч гектаров (!) дикорастущих наркотикосодержащих растений.

Если в 1990 году общие площади выявленных незаконных посевов опийного мака, масличного мака и конопли составляли 9,5 тысяч гектаров, то в 1996 году это уже 27,4 тысячи гектаров.

2.7. В последние два года стал очевидным рост поставок наркотиков в Россию из стран Латинской Америки. Пока что эти поставки носят больше транзитный характер и ориентированы, прежде всего, на потребителей в странах Западной Европы. Россия в этом случае выступает или как транзитный пункт, или как перевалочная база.

Одним из наиболее ярких примеров возрастания объемов поставок является факт задержания в Санкт-Петербурге в 1996 году партии наркотиков из Колумбии (под видом мясных консервов) – кокаина – общим весом почти тонну и стоимостью порядка 100 миллионов долларов.

Естественно, что такой объем не предназначался исключительно для России (с помощью такой партии можно было бы "посадить на иглу" почти миллион человек), а основная часть предназначалась для последующего транзита. При этом получателем груза была одна из российских фирм в Санкт-Петербурге.

2.8. Следует со всей очевидностью констатировать, что международный наркобизнес осуществляет активную практическую работу по включению в сферу своего влияния российский рынок (с перспективой реального контроля над ним) для обеспечения регулярных прямых поставок наркотиков (прежде всего героина и кокаина), отмыва наркอดолларов и освоения в целях безопасности новых маршрутов транзита наркотиков из Латинской Америки в Европу.

2.9. По-прежнему, несмотря на крупные партии, основная масса наркотиков в Россию из дальнего зарубежья (прежде всего кокаин и героин) доставляется с помощью наркокурьеров.

Задержание больших партий героина (до одного–полтора килограммов) в аэропортах Москвы уже не является чем-либо сверхъестественным.

Характерно, что для роли наркокурьеров на южном направлении используются, прежде всего, жители среднеазиатских республик, что, в частности, связано с высоким уровнем безработицы, существующем, например, в Таджикистане. Однако участились случаи перевозки наркотиков из этого региона российскими гражданами, специально нанимаемыми наркомафией.

Из-за рубежа, в частности из Латинской Америки, наркокурьерами являются, прежде всего, граждане Нигерии и Афганистана. Однако в последнее время увеличилось число граждан России, вербуемых в частности, из числа "челноков". За последние три года в различных странах за перевозку наркотиков было задержано около 100 человек – российских подданных.

2.10. Скорость и масштабы распространения наркотиков по территории России за последние пять лет позволяют говорить о том, что мы столкнулись с пандемией. В той или иной степени механизмы распространения наркотиков действуют практически во всех 89 субъектах Российской Федерации.

2.11. В принципе при этом на территории Российской Федерации можно выделить несколько основных зон распространения

наркотиков. Безусловно, пальму первенства по потреблению наркотиков держат Москва, Санкт-Петербург, однако заметный рост идет по многим другим регионам – Краснодарский край, Калининградская область, Свердловская область, Республика Дагестан, Хабаровский край, Приморский край и Московская область.

2.12. Совершенно очевидно влияние распространения наркотиков на криминогенную ситуацию. В той же Московской области, в частности, за пять лет количество наркопреступлений возросло в 12 раз (!). При этом за последние полтора года были осуждены и отправлены за решетку лишь немногим более десяти крупных наркодельцов.

Только за первую половину 1997 года было совершено 81,8 тысячи преступлений, связанных с наркотическими и сильнодействующими средствами.

2.13. Особенность Москвы и Подмосковья заключается в том, что сюда идет, прежде всего, основная часть дорогих и сильнодействующих наркотиков – героина, кокаина, эфедрина.

Значительная часть их распространяется в криминальной среде, однако налицо тенденция расширения социальной сферы – участились случаи употребления этих наркотиков бизнесменами, представителями артистической элиты и шоу-бизнеса.

По некоторым данным, среди ведущих российских артистов практически каждый второй или принимал, или принимает наркотики этого типа в настоящее время (в частности, в большую "моду" входит кокаин, который пытаются называть "наркотиком интеллектуалов").

2.14. Практически во всех крупных городах, особенно в Москве и Санкт-Петербурге, в течение последних трех лет значительно (в десятки и сотни раз) увеличилось распространение самого популярного молодежного наркотика последнего десятилетия – метилendioксиметиламфетамин (МДМА), который в просторечии зовется "экстази".

Этот наркотик является сильным стимулятором со слабым галлюциногенным действием, который воздействует на организм в течение 6–8 часов. В 1971 году МДМА был признан особо опасным психотропным препаратом и внесен в список № 1 Конвенции о психотропных веществах.

В США, где он был запрещен еще в 1985 году, и в большинстве европейских стран он относится к категории "А" наряду с героином, крэком.

Основной канал распространения "экстази" – это молодежные дискотеки и высшие учебные заведения. В частности, в Москве практически в 90 процентах дискотек можно приобрести этот

наркотик, причем практически открыто (к примеру, в Великобритании за распространение МДМА можно получить пожизненное заключение), хотя нужно отметить, что в последние месяцы правоохранительные органы столицы значительно усилили внимание к основным центрам распространения "экстази".

Что касается основных каналов поступления "экстази", то их в настоящее время три: Нидерланды, Польша и Германия. Во всех трех странах налажено мощное нелегальное производство МДМА, во многом ориентированное и на Россию (в частности, с учетом того, что, как и в других странах, "экстази" стал неотъемлемой частью "рейв-культуры", активно осваиваемой российской молодежью).

Доставка "экстази" осуществляется, прежде всего, курьерами – как российскими гражданами, так и иностранцами – автомобильным, железнодорожным и авиационным транспортом из указанных выше стран.

Особое внимание к этому наркотику проявляют криминальные структуры с учетом того, что прибыль на операциях с "экстази" достигает 2 000 процентов.

По всем имеющимся данным, следует ожидать в самое ближайшее время нового всплеска распространения этого наркотика в России, с учетом того, что за последние пять-шесть месяцев наметилась отчетливая тенденция к расширению географии его распространения.

2.15. Серьезной проблемой России является также и то, что в стране в настоящее время существуют достаточно большие сложности с системой эффективного контроля на химических и фармацевтических предприятиях, использующих наркотики и их составляющие. Таких по стране насчитывается несколько сотен.

Здесь есть две основные проблемы – прямые хищения наркосодержащих составляющих (таких случаев ежегодно насчитывается более двухсот) на предприятиях и неучтенное производство наркопрепаратов (по некоторым данным, оно составляет от 3 до 5 процентов от общего объема продукции указанных выше предприятий).

Кроме того, за последние годы практически в семь раз возросло число случаев хищений наркотических средств из больниц и аптек, а также в три раза число случаев получения наркосодержащих препаратов по поддельным рецептам. Усилиями МВД удалось переломить эту тенденцию и с 1996 года число таких преступлений начало сокращаться, составив в 1997 году 289 фактов (сокращение на 57,9 %).

2.16. Общий вес наркотиков, изъятых в 1997 году из незаконного оборота, составил около 50 тонн. Куголовной ответственности за совершение наркопреступлений привлечено 102 тысячи лиц (больше на 64 % в сравнении с 1996 годом). Из указанного количества привлеченных к ответственности лиц – 8,5 тысяч наркоторговцев, которыми совершены 25,6 тысяч преступлений.

Наиболее эффективно борьба с незаконным оборотом наркотиков велась в Санкт-Петербурге, Москве, Новосибирской, Ростовской, Самарской, Свердловской областях и Краснодарском крае.

3. НАРКОМАФИЯ В РОССИИ

3.1. До конца 1980-х годов Советский Союз считался, как известно, страной, достаточно благополучной в отношении распространения и потребления наркотиков.

Естественно, что в стране было налажено производство наркотиков различного типа, хотя и в небольших объемах. Это производство было ориентировано на потребление весьма узким "специфическим" контингентом – криминальными элементами в "зонах" и на свободе.

Кроме того, часть наркорынка объективно замыкалась на республики Средней Азии, где легкие наркотики рассматривались зачастую элементом национального быта и их потребление воспринималось как достаточно обыденное явление.

3.2. В настоящее время в России идет процесс формирования наркомафии в прямом смысле этого слова – многопрофильной структуры, включающей в себя организацию производства, переработки, транспортировки и распространения наркотических средств в общенациональных масштабах.

По структуре отечественная наркомафия состоит из трех частей, представляющих классическую мафиозную пирамиду.

В первую, составляющую ее основание, входят розничные торговцы, которых только в Москве несколько тысяч человек.

Вторая часть – средние оптовики и перевозчики с "группами охраны" товара в пути и торговцы на местах.

Третья часть – верхний эшелон, который сам не имеет никакого непосредственного дела с наркотиками. Его задача – планирование операций и отмыв полученных денег.

Особенность заключается в том, что, в силу вполне понятных обстоятельств, она не может быть "русской мафией" в этническом смысле этого слова.

Преступные группировки, действующие в различных регионах России, редко являются мононациональными по своему составу и, кроме того, вынуждены сотрудничать с теми структурами, которые действовали весьма активно на территории бывшего СССР, – прежде всего с преступниками из Таджикистана, Казахстана, Грузии, Азербайджана.

3.3. Именно последние являются в ряде регионов главной действующей силой на рынке наркотических веществ. В частности, в Москве и Подмосковье таджики, афганцы и азербайджанцы контролируют торговлю героином, а также держат под своим контролем значительную часть рынка марихуаны.

3.4. Кроме этого, по данным ГУВД, в настоящее время в Москве наркобизнесом занимается несколько тысяч иностранцев. В столице уже более трех лет существуют общины иностранных граждан, занятых наркоторговлей, – самой крупной из них является афганская.

Следует отметить, что за последние два года почти в десять раз возросли объемы эфедрина, нелегально ввозимого на территорию России из Китая, особенно на Дальнем Востоке с последующей доставкой в другие регионы.

Для Москвы и Подмосковья также характерен факт наличия нескольких сотен нигерийских "пушеров" (толкачей наркотиков), которые предпочтение отдают торговле кокаином и героином. При этом следует, что в самой Нигерии наркотики не производятся, а нигерийцы, в первую очередь студенты, выступают одними из основных перевозчиков-наркокурьеров, специализируясь преимущественно на доставке наркотиков в Россию из стран Западной Европы.

Если в 1992 году за наркодеяния было задержано 1 549 граждан из бывших советских республик, то в 1996 году уже 3 188.

Что касается иностранцев (не включая граждан СНГ), то в 1992 году таких было 19 человек, а в 1996 – 2 882. Эта цифра, кстати, весьма наглядно также свидетельствует о значительном расширении российского наркорынка – рост в 151,6 раз!

3.5. На сегодняшний день при всем возрастающем сотрудничестве и взаимодействии основных наркогруппировок в стране и расширении их международных связей в России пока еще не сложился какой-либо явный наркокартель типа "медельинского", который мог при определенных условиях начать активно входить не только в экономическую, но и в политическую власть.

3.6. Это, однако, не означает, что такая опасность отсутствует на перспективу. Наоборот, в условиях интернационализации преступности и все более широкого выхода российских преступных

формирований на международную арену она только возрастает. Достаточно сказать, что практически каждая операция по пресечению крупных поставок наркотиков показала наличие того или иного зарубежного звена в цепи.

3.7. В течение последних трех лет состоялись по крайней мере четыре встречи руководителей российских преступных группировок с наиболее влиятельными в мире наркобизнеса структурами из США и Латинской Америки. Две из них прошли в Колумбии, одна на островах Карибского бассейна и одна в США.

На них, по имеющейся информации, обсуждался вопрос о глобализации сотрудничества в сфере распространения наркотиков и создании благоприятных политических условий для этого на национальном уровне.

По имеющимся данным, основным партнером российской оргпреступности в наркобизнесе с латиноамериканской стороны является крупнейший колумбийский картель Кали, специализирующийся в отношении России на поставках кокаина.

О выгоде зарубежных криминальных структур свидетельствует хотя бы то, что в начале 1990-х годов цена 1 грамма кокаина в Москве достигала 200–250 и более долларов США при стоимости этого же количества в странах, производителях в 20–30 долларов США. Сегодня цена на кокаин в России снизилась минимум в два раза, однако потребление в массе выросло, так что доходы зарубежной наркомафии, обеспечивающей поставки кокаина в Россию, не слишком снизились.

С этой точки зрения предупредить негативное развитие событий – создание аналогичного картеля в России – и, по возможности, исключить его полностью – основная задача государства и всех его органов, прежде всего правоохранительных.

3.8. Следует особо выделить проблему отмывания денег наркомафией в России. Речь идет о гигантской сумме порядка одного миллиарда долларов, которые отмываются преимущественно непосредственно здесь.

Прежде всего речь идет об отмыве через подставные структуры, связанные с оборотом наличных денег. В частности, это рестораны, игорные заведения и т. д.

Кроме этого, наличные деньги, сдаваемые продавцами в "кассу", активно обмениваются представителями этих структур в обменных пунктах ряда банков на наличную иностранную валюту. Последний тому пример, когда в Москве фирма "Шерхан" (учрежденная афганцами) ежедневно обменивала десятки (а порой даже сотни) миллионов рублей в пунктах МДМ-банка и банка "Русские финансовые инициативы".

Новым направлением с 1996 года стало приобретение на наркodenьги акций различных российских предприятий, преимущественно топливно-энергетического комплекса и телекоммуникационного рынка. По некоторым данным, на эти цели в 1996 году было истрачено не менее 900 миллиардов рублей.

3.9. Нужно констатировать, что в России уже состоялся процесс формирования "нарколлоббиа", которое обеспечивает достаточно сильное давление на различные круги, в том числе на законодателей как федерального, так и регионального уровней с целью не допустить изменений в сторону ужесточения борьбы с наркоманией в законодательстве страны.

Часть этого лоббиа действует публично – это, в частности, Транснациональная Радикальная партия и некоторые другие объединения, которые открыто занимаются проведением широкой пропагандистской кампании, включающей в себя издание книг и листовок, брошюр и газет с материалами по философии и практике приема наркотиков. Общий тираж нарколитературы, по самым осторожным оценкам, за последние пять лет превысил миллион экземпляров.

3.10. Не может не вызывать беспокойства тот факт, что в пропаганде наркотических средств зачастую весьма осознанно принимают участие лица, имеющие серьезное влияние на молодежь, прежде всего некоторые звезды рок-музыки и культуры.

4. БОРЬБА С НАРКОМАНИЕЙ ЗА РУБЕЖОМ – ПРОБЛЕМЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

4.1. Проблема наркомании – проблема все большего числа государств. Существуют различные национальные модели борьбы с распространением и потреблением наркотиков, которые можно условно свести в три группы.

4.2. Первая группа – "группа жесткой политики", в которой борьба ведется самыми жесткими средствами, вплоть до смертной казни, и законодательство в отношении распространителей наркотиков максимально ужесточено. К ним относятся в первую очередь Малайзия, Иран и Пакистан.

Статистические данные при этом свидетельствуют, что, несмотря на такие меры, количество преступлений, связанных с наркотиками (в частности, с их транспортировкой), все же возрастает ежегодно на 2-3 процента.

4.3. Вторая группа – "группа жесткого контроля". Здесь осуществляется жесткий контроль за всеми видами наркотиков, идет активное противостояние наркомафии, но крайние меры не пред-

принимаются. К ним относятся, в частности, США, Великобритания, Франция. В США, например, в большинстве штатов существует наказание не только за хранение и употребление, но и даже за попытку приобретения наркотиков. В Англии и Франции наркоманов в судебном порядке отправляют на принудительное лечение. Однако надо отметить, что в последние три года в этих странах отмечается движение в сторону большего ужесточения.

Одновременно в этой группе стран, прежде всего в США, борьба с наркотиками в сфере закона сочетается с мощнейшей информационно-пропагандистской кампанией, направленной, прежде всего на наиболее уязвимые категории населения – безработных, учащихся школ и студентов.

Это связано, прежде всего, с осознанием того, что наркомания несет гигантские потери для общества – ежегодно ущерб от нее составляет примерно 150 миллиардов долларов.

4.4. Третья – "либеральная группа". Наиболее известным ее представителями является Голландия, а также Швейцария (г. Цюрих).

Следует сразу отметить, что неверен укоренившийся, в том числе и в России, миф о том, что в Голландии существует полная легализация наркотиков. Дело обстоит не так.

Начавшаяся с середины 1950-х годов легализация "мягких" наркотиков (прежде всего марихуана), не привела, в конечном счете, к расширению списка разрешенных к распространению наркосредств.

Действительно, при этом частично стабилизировалось число противоправных действий, связанных с наркотиками, однако кардинального изменения не произошло. Более того, Голландия, в первую очередь Амстердам, превратилась в "наркотическую яму Европы".

Голландское правительство считает, что в стране существуют достаточные возможности как эффективного контроля за наркоманами при том, что в стране нет собственных "сырьевых запасов" и баз их производства, так и мощная система благотворительности и медицинской помощи наркоманам. Вместе с тем оно не учитывает фактор толерантности, то есть потребность наркомана в постоянном увеличении дозы.

Есть пример Испании, правительство которой последовало в 1985 году за Голландией. В результате за десятилетие число только зарегистрированных наркоманов возросло с 200 тысяч почти до 1,6 миллиона.

4.5. Особенность нынешней ситуации заключается в том, что в рамках формирующейся "Европы без границ" Голландия укре-

пляет свое положение как центра распространения наркотических средств и это вызывает более чем беспокойство многих государств, прежде всего Франции, где рост преступлений, связанных с "голландским следом", составил за последние три года почти двадцать процентов.

4.6. На пути борьбы с наркотиками наибольшего успеха добились США – за последнее десятилетие количество лиц, употребляющих наркотики, сократилось вдвое.

Одна из главных причин этого – борьба с наркотиками стала действительно общенациональной и включает в себя как усилия по правительственной линии, так и по линии неправительственных структур типа движения "За Америку, свободную от наркотиков".

Вот ключевые элементы этой борьбы:

- признание проблемы наркомании как общенациональной и выработка долгосрочной программы-стратегии – на десять лет;
- выделение необходимых финансовых ресурсов для правоохранительных структур для ведения активной борьбы как внутри страны, так и за ее пределами;
- широкое международное сотрудничество с целью предотвращения поступления наркотиков на территорию США;
- четко ориентированная пропагандистско-информационная кампания (прежде всего на молодежь, начиная с девяти лет) по принципу – легче предотвратить употребление наркотиков, чем заниматься лечением больных;
- целенаправленное и широкое подключение общественных движений и структур на всех уровнях – от общенационального до коммун;
- привлечение к кампании против наркотиков наиболее значимых политических (включая Президента США) и общественных деятелей (в частности, звезд кино- и шоу-бизнеса, спортсменов);
- максимально возможное использование семьи как основы противодействия наркотикам;
- стимулирование коммерческих и финансовых структур, принимающих участие в борьбе против наркотиков.

При этом необходимо отметить, что расходы на антинаркотическую кампанию в США за последние годы составляли порядка одного миллиарда долларов ежегодно.

4.7. На международном уровне определенные усилия предпринимается со стороны, прежде всего, Организации Объединенных Наций в рамках ЮНДКП.

Во-первых, это шаги информационного плана, связанные с проведением глобального мониторинга состояния дел с наркотиками и выработки общих рекомендаций правительствам в плане борьбы с наркоманией. Проблема наркомании поднимается практически во всех ключевых документах ООН и ее специализированных организаций (в частности, Всемирной организации здравоохранения).

Во-вторых, оказание практической помощи ряду стран – производителей наркотиков в плане переориентации крестьян на выращивание сельскохозяйственных структур (в первую очередь в ряде государств Латинской Америки).

В-третьих, ведение реестра запрещенных наркотических веществ. В настоящее время он включает в себя около 200 разновидностей, из которых только семь являются натуральными, а остальные – синтетическими.

5. ЧТО ДЕЛАЕТСЯ И ЧТО НЕОБХОДИМО ДЕЛАТЬ В РОССИИ?

5.1. Нужно публично признать, что проблема распространения и употребления наркотиков в России является общенациональной проблемой, которая требует незамедлительных действий со стороны государства, поскольку по своим долгосрочным последствиям она должна быть отнесена в категорию прямых угроз национальной безопасности России. Причем признание это должно быть сделано на высшем уровне.

При этом необходимо осознать, что Россия сегодня находится в уникальном положении – она принадлежит к тому небольшому количеству государств, которые являются одновременно и потребителями, и производителями, и зонами транзита наркотических средств.

5.2. В российском обществе до сих пор не сложилось должного понимания этой угрозы как социальной стабильности общества, так и здоровью нации как таковой.

Проблема наркомании не всегда вычленяется как самостоятельная, зачастую рассматриваясь в общем контексте преступности.

Переломить такое положение необходимо и сделать это можно при привлечении всех основных структур общества и государства – от правоохранительных органов до органов здравоохранения и образования. Шаги, даже самые решительные, только на одном из участков ничего не дадут.

5.3. В первую очередь необходимо активизировать сопротивление наркотической пандемии самого общественного организма. Необходима мощная информационно-пропагандистская кампания, кампания социальной рекламы.

Она должна быть направлена на молодежь, родителей, руководство государства. СМИ могут и должны сыграть ключевую роль в защите общества от этой новой напасти. Любая акция СМИ будет спасать сотни людей. А любая, пусть самая ограниченная кампания – сотни тысяч.

Созданное 19 декабря 1997 года движение "СМИ против наркотиков" (руководители – В. Гусинский, К. Пономарева, Г. Явлинский) является одним из первых важных шагов в этом направлении, которое должно быть поддержано властью.

Учитывая систему распространения наркотиков в городах, прежде всего в крупных, целесообразно проведение общенациональной кампании "Зона, свободная от наркотиков". При этом особое внимание обращать на учебные заведения и места отдыха молодежи. Разработать систему поддержки, как моральной, так и финансовой, учреждений, центров и торговых объектов, которые готовы участвовать в данной кампании.

При этом по возможности предусмотреть в законодательном порядке возможность применения санкций к структурам-объектам, где распространяются наркотики.

Основа для этого формируется. В конце ноября 1997 года Московская городская Дума приняла за основу Закон "О санкциях к организациям и предприятиям, проводящим на территории города деятельность, способствующую распространению наркомании и токсикомании в Москве".

Он, в частности, предусматривает, что если при проверке дискотеки сотрудники милиции обнаружат людей, находящихся в состоянии наркотического опьянения, или установят факты употребления, распространения наркотиков, то будет составлен протокол и в отношении фирмы-устроителя мероприятия. На основании этого протокола московские власти смогут принимать решение о наложении штрафа до 500 минимальных оплат труда. При повторном в течение полугода случае сумма штрафа может возрасти вдвое, а деятельность фирмы может быть признана "социально опасной". Закон также предусматривает наказания к злостным нарушителям, включая изъятие патентов и лицензий, а также расторжение договоров аренды.

5.4. С учетом статистических данных о том, что самый опасный возраст с точки зрения вовлечения в наркоманию 12–17 лет, разработать специальную программу "Молодежь и наркотики", в

которой основное внимание уделить психологическому воздействию на эту возрастную группу, в первую очередь через средства массовой информации, активно используя при этом имеющийся зарубежный опыт, прежде всего США.

Речь идет о кампании непрерывного действия, которая охватывает все основные направления:

- средства массовой информации;
- учебные заведения всех уровней;
- органы законодательной и исполнительной власти.

Принципиальная особенность проведения такой кампании в Российской Федерации должна заключаться в том, чтобы она сочетала в себе тесное взаимодействие государственных органов с общественными силами. Практика последних двух лет показывает, что шаги только по одной линии не приносят желательного результата. Не следует надеяться, что можно добиться реального эффекта только лишь благодаря усилиям отдельных лиц или общественных структур.

При этом для России принципиально важно, чтобы такая кампания не оставалась только лишь на уровне федерального центра, а получила бы реальную поддержку со стороны руководителей субъектов федерации. При этом необходимо предусмотреть выделение соответствующих средств в бюджетах всех уровней.

5.5. Полезный импульс могло бы дать специальное обращение Президента России по проблеме наркомании к российскому обществу и персональное патронирование им всего комплекса мер, предпринимаемых в борьбе с наркотиками как на государственном, так и на общественном уровнях.

5.6. Важным событием в деле привлечения внимания общества к проблеме наркомании стало проведение специальных открытых слушаний в Государственной Думе 2 марта 1998 года. Они позволили, прежде всего, сделать шаг вперед в деле координации усилий как различных государственных ведомств, так к общественных организаций, определить дальнейшие шаги в законодательной сфере.

С учетом принятого Государственной Думой и подписанного Президентом России Б. Н. Ельциным Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах" необходимо внесение дополнений и изменений в целый ряд федеральных законов, обеспечение контроля за своевременной подготовкой исполнительной властью нормативных правовых актов, разработка которых предусмотрена упомянутым выше законом.

5.7. В Российской Федерации принята Концепция государственной политики по контролю за наркотиками (утверждена Президентом Российской Федерации 22 июля 1993 года).

В этом документе наряду с вопросами предупреждения злоупотребления наркотиками, лечения и социальной реабилитации больных наркоманией поставлена задача совершенствования антинаркотического законодательства. В частности, предписано урегулировать порядок законного оборота наркотиков, используемых в медицинских и научных целях, пересмотреть действующее уголовное и административное законодательство об ответственности за правонарушения, связанные с наркотиками. Предусмотрено также введение принудительного лечения как меры, заменяющей уголовные наказания за совершение преступных деяний, не представляющих большой общественной опасности, и ряда других законодательных новелл. Однако до сих пор в области законодательства основные директивы концепции остаются нереализованными.

В июле 1994 года была образована правительственная комиссия по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту. Задача комиссии – проведение единой стратегии и тактики, координация усилий различных государственных органов в этой работе. Руководство Комиссией возлагается на вице-преьера правительства.

К сожалению, следует отметить, что по целому ряду причин, в том числе объективного характера, эффективность работы этой комиссии оказалась не слишком высокой.

Имеющаяся федеральная целевая программа "Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1995–1997 годы" (принята постановлением Правительства 3 июня 1995 года) предусматривала также комплекс мер и шагов, включая разработку аналитических проектов, кампаний в средствах массовой информации и в учебных заведениях.

Однако она не получила необходимого финансирования как из федерального, так и из местных бюджетов. По мнению экспертов, в рамках программы был накоплен определенный позитивный опыт, разработаны программы действий на региональном уровне в более чем 65 регионах страны, в 51 регионе созданы и действуют межведомственные комиссии. Но все же значительная часть запланированного осталась, к сожалению, лишь на бумаге.

5.8. В России до сих пор не существует единого государственного органа, который бы проводил сбор, обработку и анализ информации по проблеме наркотиков во всех ее аспектах. Его

создание – одна из наиболее актуальных задач, ибо без этого невозможно эффективное планирование действий государства и общества.

5.9. Проблемы распространения наркотиков и борьбы с наркоманией должны быть рассмотрены на уровне руководителей стран СНГ с учетом именно того, что на территорию России основной поток наркотических средств поступает, прежде всего, с Украины, из Узбекистана, Таджикистана и Киргизии, а также из Азербайджана и Грузии.

5.10. Совершенно очевидно, что борьба с наркотиками требует активизации и развития международного сотрудничества. Речь должна идти как о совершенствовании законодательной базы такого сотрудничества (подписание двусторонних соглашений), так и о практическом сотрудничестве, в частности при проведении операций по контролю за транзитом наркотиков через территорию Российской Федерации.

К настоящему времени заключено 49 межправительственных и межведомственных соглашений, полностью или частично посвященных сотрудничеству в борьбе с незаконным оборотом наркотиков.

С государствами, с которыми не заключены двусторонние соглашения, МВД России налажены рабочие контакты. На сегодняшний день прямые контакты установлены с 47 зарубежными правоохранными подразделениями в сфере незаконного оборота наркотиков.

Со стороны России будет правильным добиваться включения проблемы борьбы с незаконным оборотом наркотиков в повестку дня саммитов с лидерами наиболее развитых государств мира на постоянной основе.

На предстоящей в июне 1998 года специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам борьбы с распространением наркотиков и наркоманией целесообразно представить соответствующие материалы о борьбе с наркоманией в России как по линии государственных органов, так и неправительственных организаций.

5.11. Необходимо создание совместными усилиями всех правоохранительных органов России и СНГ специального банка данных, в который должны быть включены все лица, имеющие отношение к поставкам и распространению наркотиков. При определенных условиях доступ к этому банку должны иметь представители правоохранительных органов других стран, прежде всего тех, с кем необходимо наиболее плотное сотрудничество в

борьбе с наркобизнесом (США, ФРГ, Великобритания, Нидерланды, Китай).

5.12. Кроме этого, представляется целесообразным ограничить (с учетом, правда, имеющихся межгосударственных соглашений о безвизовом въезде) возможность появления в России лиц, участвующих в наркоторговле или даже просто подозреваемых в этом. В частности, речь может идти о специальных штампах в паспортах граждан ближнего зарубежья, наличие которых сделает невозможным их пребывание на территории Российской Федерации.

5.13. Очевидна необходимость повышения эффективности деятельности правоохранительных органов, спецслужб по отслеживанию сделок известных им наркодельцов с целью пресечения отмывания средств, добытых преступным путем, и подрыва финансовой и иной экономической базы наркобизнеса. Правовая база для этого имеется, в том числе и объявленные письмом ЦБР № 479 от 3 июля 1997 года Методические рекомендации по вопросам организации работы по предотвращению проникновения доходов, полученных незаконным путем, в банки и иные кредитные организации.

5.14. Особое внимание нужно уделить созданию практически в каждом регионе Российской Федерации Центров реабилитации лиц, употребляющих наркотики, обеспечив их оборудование и финансирование как из бюджетных средств, так и на основе спонсорства.

Вопрос о финансировании должен находиться под постоянным контролем как со стороны законодательной власти, так и общественных структур, с учетом того, что учреждения и подразделения здравоохранения субъектов Федерации, оказывающие помощь больным наркоманией и алкоголизмом, финансируются всего лишь от 30 до 60 процентов от потребности.

5.15. Федеральное законодательство практически не содержит какие-либо реальные преграды на пути вторжения наркобизнеса в духовную жизнь российского общества. Случаи прямой пропаганды наркотиков, в частности некоторыми "звездами" музыкального мира, а также журналистами, фиксируются все чаще.

В этой связи представляется целесообразным внести соответствующие поправки, в частности, в такие Законы, как "О средствах массовой информации", "О рекламе", "О государственной поддержке средств массовой информации и книжной продукции" и другие.

5.16. Необходимо осуществление постоянного и полномасштабного мониторинга злоупотребления наркотиками, их оборо-

та и преступности, связанной с ними. Имеется в виду, что он должен включать в себя непрерывное проведение репрезентативных выборочных исследований с целью сравнительно точного выяснения латентного массива нелегального производства, сбыта и потребления наркотиков, их структур и источников. При этом необходимо создание специального банка данных, содержащего разностороннюю информацию по всей проблематике наркомании и наркобизнеса.

5.17. Сегодня очевидна необходимость оперативного решения вопроса об укреплении на всех уровнях подразделений МВД, занимающихся борьбой с незаконным оборотом наркотиков, а также структур Государственного таможенного комитета. При этом особое внимание должно быть уделено ключевым зонам – Москва и Санкт-Петербург, Калининград, Астрахань, Краснодарский край и Северный Кавказ, Дальний Восток.

Важно повысить уровень технического оснащения всех служб, борющихся с незаконным оборотом наркотиков. Целесообразно более широкое применение новых технических средств для борьбы с транспортировкой наркотиков, в частности газоанализаторов, которые способны улавливать наркотические микрочастицы в любых средах. Такими приборами должны быть оборудованы все таможенные посты, а также они должны находиться в распоряжении подразделений МВД на транспорте и в зонах наиболее активного распространения наркотиков.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
**О ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Принят
Государственной Думой
5 апреля 2001 года*

*Одобрено
Советом Федерации
16 мая 2001 года*

Настоящий Федеральный закон определяет правовую основу, принципы организации и основные направления государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации (далее – государственная судебно-экспертная деятельность) в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве.

Производство судебной экспертизы с учетом особенностей отдельных видов судопроизводства регулируется соответствующим процессуальным законодательством Российской Федерации.

Глава I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Государственная судебно-экспертная деятельность

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется в процессе судопроизводства государственными судебно-экспертными учреждениями и государственными судебными экспертами (далее также – эксперт), состоит в организации и производстве судебной экспертизы.

Статья 2. Задача государственной судебно-экспертной деятельности

Задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, лицам, производящим дознание, следователям и прокурорам в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по кон-

кретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла.

Статья 3. Правовая основа государственной судебно-экспертной деятельности

Правовой основой государственной судебно-экспертной деятельности являются Конституция Российской Федерации, настоящий Федеральный закон, Гражданский процессуальный кодекс РСФСР, Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Кодекс РСФСР об административных правонарушениях, Таможенный кодекс Российской Федерации, Налоговый кодекс Российской Федерации, законодательство Российской Федерации о здравоохранении, другие федеральные законы, а также нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, регулирующие организацию и производство судебной экспертизы.

Статья 4. Принципы государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники.

Статья 5. Соблюдение законности при осуществлении государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется при условии точного исполнения требований Конституции Российской Федерации и иных нормативных правовых актов, составляющих правовую основу этой деятельности.

Нарушение закона при осуществлении судебно-экспертной деятельности недопустимо и влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 6. Соблюдение прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица при осуществлении государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность осуществляется при неуклонном соблюдении равноправия граждан, их конституционных прав на свободу и личную неприкосновен-

ность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести и доброго имени, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Судебно-экспертные исследования (далее – исследования), требующие временного ограничения свободы лица или его личной неприкосновенности, проводятся только на основаниях и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Лицо, полагающее, что действия (бездействие) государственного судебно-экспертного учреждения или эксперта привели к ограничению прав и свобод гражданина либо прав и законных интересов юридического лица, вправе обжаловать указанные действия (бездействие) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 7. Независимость эксперта

При производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела. Эксперт дает заключение, основываясь на результатах проведенных исследований в соответствии со своими специальными знаниями.

Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участников процесса или в интересах других лиц.

Лица, виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований

Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Статья 9. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

медицинский стационар – государственное медицинское учреждение, а равно его отделение, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов;

психиатрический стационар – государственное психиатрическое учреждение, а равно психиатрическое отделение государственного медицинского учреждения, которые предназначены для круглосуточного содержания пациентов, – разновидность медицинского стационара;

судебно-психиатрический экспертный стационар – психиатрический стационар, специально предназначенный для производства судебно-психиатрической экспертизы;

руководитель государственного судебно-экспертного учреждения (далее также – руководитель) – директор или начальник (заведующий) государственного судебно-экспертного учреждения либо приравненного к нему специализированного подразделения, осуществляющий функцию руководства при организации и производстве судебной экспертизы в соответствующем учреждении или подразделении;

судопроизводство – регулируемая процессуальным законодательством Российской Федерации деятельность суда или судьи в ходе судебного разбирательства гражданских, административных и уголовных дел, а также деятельность органа дознания, лица, производящего дознание, следователя или прокурора при возбуждении уголовного дела, проведении дознания и предварительного следствия;

судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем или прокурором, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу;

заключение эксперта – письменный документ, отражающий ход и результаты исследований, проведенных экспертом;

образцы для сравнительного исследования – объекты, отображающие свойства или особенности человека, животного, трупа, предмета, материала или вещества, а также другие образцы,

необходимые эксперту для проведения исследований и дачи заключения;

повреждение объекта исследования – изменение свойств и состояния объекта в результате применения физических, химических, биологических методов при проведении исследований.

Статья 10. Объекты исследований

Объектами исследований являются вещественные доказательства, документы, предметы, животные, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза.

Исследования проводятся также в отношении живых лиц (далее также – лицо).

При проведении исследований вещественные доказательства и документы с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, могут быть повреждены или использованы только в той мере, в какой это необходимо для проведения исследований и дачи заключения. Указанное разрешение должно содержаться в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы либо соответствующем письме.

Повреждение вещественных доказательств и документов, произведенное с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, не влечет за собой возмещения ущерба их собственнику государственным судебно-экспертным учреждением или экспертом.

В случае, если транспортировка объекта исследований в государственное судебно-экспертное учреждение невозможна, орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, обеспечивают эксперту беспрепятственный доступ к объекту и возможность его исследования.

Статья 11. Государственные судебно-экспертные учреждения

Государственными судебно-экспертными учреждениями являются специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, созданные для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров посредством организации и производства судебной экспертизы.

Организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться также экспертными подразделениями, созданными федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В

случаях, если производство судебной экспертизы поручается указанным экспертным подразделениям, они осуществляют функции, исполняют обязанности, имеют права и несут ответственность как государственные судебно-экспертные учреждения.

Государственные судебно-экспертные учреждения создаются и ликвидируются в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений по организации и производству судебной экспертизы регулируется настоящим Федеральным законом, процессуальным законодательством Российской Федерации и осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Организация и производство судебной экспертизы в медицинских учреждениях или их подразделениях, не относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, осуществляются на основании нормативных правовых актов соответствующих федеральных органов исполнительной власти, принимаемых совместно с федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. В указанных учреждениях и подразделениях не может организовываться и производиться судебно-психиатрическая экспертиза.

Государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебной экспертизы на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов.

Государственные судебно-экспертные учреждения производят судебную экспертизу в соответствии с профилем, определенным для них соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Государственные судебно-экспертные учреждения в обязательном порядке производят судебную экспертизу для органов дознания, органов предварительного следствия и судов, расположенных на территории, которая определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти. В случае невозможности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении, обслуживающем указанную территорию, в связи с отсутствием эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований судебная экспертиза для органов дознания, органов предварительного следствия и судов может быть произведена государственными

судебно-экспертными учреждениями, обслуживающими другие территории.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений по организации и производству судебной экспертизы для других государств осуществляется в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 12. Государственный судебный эксперт

Государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей.

Статья 13. Профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к эксперту

Должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать гражданин Российской Федерации, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Должность эксперта в экспертных подразделениях федерального органа исполнительной власти в области внутренних дел может также занимать гражданин Российской Федерации, имеющий среднее специальное экспертное образование.

Определение уровня профессиональной подготовки экспертов и аттестация их на право самостоятельного производства судебной экспертизы осуществляются экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру указанными комиссиями каждые пять лет.

Глава II. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА РУКОВОДИТЕЛЯ И ЭКСПЕРТА ГОСУДАРСТВЕННОГО СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Статья 14. Обязанности руководителя государственного судебно-экспертного учреждения

Руководитель обязан:

по получении постановления или определения о назначении судебной экспертизы поручить ее производство конкретному эксперту или комиссии экспертов данного учреждения, которые обладают специальными знаниями в объеме, требуемом для ответов на поставленные вопросы;

разъяснить эксперту или комиссии экспертов их обязанности и права;

по поручению органа или лица, назначивших судебную экспертизу, предупредить эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, взять у него соответствующую подписку и направить ее вместе с заключением эксперта в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу; обеспечить контроль за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта;

по окончании исследований направить заключение эксперта, объекты исследований и материалы дела в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу;

обеспечить условия, необходимые для сохранения конфиденциальности исследований и их результатов;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с организацией и производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Руководитель обязан обеспечить условия, необходимые для проведения исследований:

наличие оборудования, приборов, материалов и средств информационного обеспечения;

соблюдение правил техники безопасности и производственной санитарии;

сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Руководитель не вправе:

истребовать без постановления или определения о назначении судебной экспертизы объекты исследований и материалы дела, необходимые для производства судебной экспертизы;

самостоятельно без согласования с органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, привлекать к ее производству лиц, не работающих в данном учреждении;

давать эксперту указания, предрешающие содержание выводов по конкретной судебной экспертизе.

Статья 15. Права руководителя государственного судебно-экспертного учреждения

Руководитель вправе:

возвратить без исполнения постановление или определение о назначении судебной экспертизы, представленные для ее производства объекты исследований и материалы дела, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат;

ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения;

организовывать производство судебной экспертизы с участием других учреждений, указанных в постановлении или определении о назначении судебной экспертизы;

передавать часть обязанностей и прав, связанных с организацией и производством судебной экспертизы, своему заместителю, а также руководителю структурного подразделения учреждения, которое он возглавляет;

требовать от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, возмещения расходов, связанных с:

1) компенсацией за хранение транспортной организацией поступивших на судебную экспертизу объектов исследований, за исключением штрафов за несвоевременное их получение данным учреждением;

2) транспортировкой объектов после их исследования, за исключением почтовых расходов;

3) хранением объектов исследований в государственном судебно-экспертном учреждении после окончания производства судебной экспертизы сверх сроков, установленных нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти;

4) ликвидацией последствий взрывов, пожаров и других экстремальных ситуаций, явившихся результатом поступления в данное учреждение объектов повышенной опасности, если орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, не сообщили руководителю об известных им специальных правилах обращения с указанными объектами или они были ненадлежаще упакованы.

Статья 16. Обязанности эксперта

Эксперт обязан:

принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу, если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения и эксперту отказано в их дополнении, современный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт также исполняет обязанности, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Эксперт не вправе:

принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела;

самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы;

сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;

уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Статья 17. Права эксперта

Эксперт вправе:

ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт также имеет права, предусмотренные соответствующим процессуальным законодательством.

Статья 18. Ограничения при организации и производстве судебной экспертизы

Государственному судебно-экспертному учреждению не может быть поручено производство судебной экспертизы, а в случаях, когда указанное производство начато, оно немедленно прекращается, если установлены обстоятельства, подтверждающие заинтересованность в исходе дела руководителя данного учреждения.

Эксперт подлежит отводу от участия в производстве судебной экспертизы, а если она ему поручена, обязан немедленно прекратить ее производство при наличии оснований, предусмотренных процессуальным законодательством Российской Федерации.

В производстве судебной экспертизы в отношении живого лица не может участвовать врач, который до ее назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь. Указанное ограничение действует также при производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредственного обследования лица.

Глава III. ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Статья 19. Основания производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Основаниями производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении являются определение суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя или прокурора. Судебная экспертиза считается назначенной со дня вынесения соответствующего определения или постановления.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, представляют объекты исследований и материалы дела, необходимые для проведения исследований и дачи заключения эксперта.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, получают образцы для сравнительного исследования и приобщают их к делу в порядке, установленном процессуальным законодательством Российской Федерации. В необходимых случаях получение образцов осуществляется с участием эксперта, которому поручено производство судебной экспертизы, или специалиста.

В случае, если получение образцов является частью исследований и осуществляется экспертом с использованием представленных на судебную экспертизу объектов, после завершения судебной экспертизы образцы направляются в орган или лицу, которые ее назначили, либо определенное время хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении.

Особенности производства судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении в отношении живых лиц определяются главой IV настоящего Федерального закона.

Статья 20. Производство дополнительной и повторной судебных экспертиз в государственном судебно-экспертном учреждении

Производство дополнительной судебной экспертизы, назначенной в случае недостаточной ясности или полноты ранее данного заключения, поручается тому же или другому эксперту.

Производство повторной судебной экспертизы, назначенной в связи с возникшими у суда, судьи, лица, производящего дознание, следователя или прокурора сомнениями в правильности или обоснованности ранее данного заключения по тем же вопросам, поручается другому эксперту или другой комиссии экспертов.

Статья 21. Производство комиссионной судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

Комиссионная судебная экспертиза производится несколькими, но не менее чем двумя экспертами одной или разных специальностей.

Комиссионный характер судебной экспертизы определяется органом или лицом, ее назначившими, либо руководителем государственного судебно-экспертного учреждения.

Организация и производство комиссионной судебной экспертизы возлагаются на руководителя государственного судебно-экспертного учреждения либо на руководителей нескольких государственных судебно-экспертных учреждений.

Комиссия экспертов согласует цели, последовательность и объем предстоящих исследований, исходя из необходимости решения поставленных перед ней вопросов.

В составе комиссии экспертов, которой поручено производство судебной экспертизы, каждый эксперт независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты, полученные им лично и другими экспертами, и формулирует выводы по поставленным вопросам в пределах своих специальных знаний. Один из экспертов указанной комиссии может выполнять роль эксперта-организатора; его процессуальные функции не отличаются от функций остальных экспертов.

Статья 22. Комиссия экспертов одной специальности

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме и они совместно анализируют полученные результаты.

Придя к общему мнению, эксперты составляют и подписывают совместное заключение или сообщение о невозможности дачи заключения. В случае возникновения разногласий между экспертами каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение.

Статья 23. Комиссия экспертов разных специальностей

При производстве комиссионной судебной экспертизы экспертами разных специальностей (далее – комплексная экспертиза) каждый из них проводит исследования в пределах своих специальных знаний. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел. Каждый эксперт, участ-

вующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность.

Общий вывод делают эксперты, компетентные в оценке полученных результатов и формулировании данного вывода. Если основанием общего вывода являются факты, установленные одним или несколькими экспертами, это должно быть указано в заключении. В случае возникновения разногласий между экспертами результаты исследований оформляются в соответствии с частью второй статьи 22 настоящего Федерального закона.

Статья 24. Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении

При производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации.

Участники процесса, присутствующие при производстве судебной экспертизы, не вправе вмешиваться в ход исследований, но могут давать объяснения и задавать вопросы эксперту, относящиеся к предмету судебной экспертизы.

При составлении экспертом заключения, а также на стадии совещания экспертов и формулирования выводов, если судебная экспертиза производится комиссией экспертов, присутствие участников процесса не допускается.

В случае, если участник процесса, присутствующий при производстве судебной экспертизы, мешает эксперту, последний вправе приостановить исследование и ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, об отмене разрешения указанному участнику процесса присутствовать при производстве судебной экспертизы.

Особенности присутствия участников процесса при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц определяются главой IV настоящего Федерального закона.

Статья 25. Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание

На основании проведенных исследований с учетом их результатов эксперт от своего имени или комиссия экспертов дают письменное заключение и подписывают его. Подписи эксперта или комиссии экспертов удостоверяются печатью государственного судебно-экспертного учреждения.

В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены:

время и место производства судебной экспертизы;
основания производства судебной экспертизы;
сведения об органе или о лице, назначивших судебную экспертизу;

сведения о государственном судебно-экспертном учреждении, об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым поручено производство судебной экспертизы;

предупреждение эксперта в соответствии с законодательством Российской Федерации об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;

вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов;

объекты исследований и материалы дела, представленные эксперту для производства судебной экспертизы;

сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебной экспертизы;

содержание и результаты исследований с указанием примененных методов;

оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам.

Материалы, иллюстрирующие заключение эксперта или комиссии экспертов, прилагаются к заключению и служат его составной частью. Документы, фиксирующие ход, условия и результаты исследований, хранятся в государственном судебно-экспертном учреждении. По требованию органа или лица, назначивших судебную экспертизу, указанные документы предоставляются для приобщения к делу.

Глава IV. ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СУДЕБНО- ЭКСПЕРТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В ОТНОШЕНИИ ЖИВЫХ ЛИЦ

Статья 26. Производство судебной экспертизы в отношении живых лиц

Судебная экспертиза в отношении живых лиц производится в гражданском, административном и уголовном судопроизводстве. Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Условия и место производства судебной экспертизы в отношении живых лиц

Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в медицинском или ином учреждении, а также в другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводятся исследования.

В случае возникновения при производстве судебной экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно может быть помещено в медицинский стационар в порядке, предусмотренном статьями 28–30 настоящего Федерального закона и процессуальным законодательством Российской Федерации.

Доставка в медицинское или иное учреждение лица, направленного на судебную экспертизу, обеспечивается органом или лицом, назначившими судебную экспертизу.

Статья 28. Добровольность и принудительность при производстве судебной экспертизы

Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в добровольном или принудительном порядке.

В случае, если судебная экспертиза производится в добровольном порядке, в государственное судебно-экспертное учреждение должно быть представлено письменное согласие лица подвергнуться судебной экспертизе.

Если лицо, в отношении которого назначена судебная экспертиза, не достигло возраста 16 лет или признано судом недееспособным, письменное согласие на производство судебной экспертизы дается законным представителем этого лица.

Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу в принудительном порядке, определяется процессуаль-

ным законодательством Российской Федерации. В случае, если в процессуальном законодательстве Российской Федерации не содержится прямого указания на возможность принудительного направления лица на судебную экспертизу, государственное судебно-экспертное учреждение не вправе производить судебную экспертизу в отношении этого лица в принудительном порядке.

Статья 29. Основания и порядок помещения лица в медицинский стационар

В случае возникновения при назначении или производстве судебно-медицинской либо судебно-психиатрической экспертизы необходимости стационарного обследования лица оно помещается в соответствующий медицинский стационар на основании постановления или определения о назначении судебной экспертизы. Порядок помещения лица в медицинский стационар определяется процессуальным законодательством Российской Федерации.

Лица, содержащиеся под стражей, помещаются для производства судебной экспертизы в медицинские стационары, специально приспособленные для содержания в них указанных лиц.

Для производства судебно-психиатрической экспертизы лицо помещается в психиатрический стационар или судебно-психиатрический экспертный стационар только на основании определения суда или постановления судьи. Судебно-психиатрические экспертные стационары могут быть предназначены для помещения в них лиц, не содержащихся под стражей, или для помещения в них лиц, содержащихся под стражей.

Орган или лицо, назначившие судебную экспертизу и поместившие лицо в медицинский стационар в принудительном порядке, обязаны в течение 24 часов известить об этом кого-либо из членов его семьи, родственников или иных лиц по его указанию, а при отсутствии таковых сообщить в орган внутренних дел по месту жительства указанного лица.

Статья 30. Сроки пребывания лица в медицинском стационаре

Лицо может быть помещено в медицинский стационар для производства судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы на срок до 30 дней.

В случае необходимости по мотивированному ходатайству эксперта или комиссии экспертов срок пребывания лица в медицинском стационаре может быть продлен постановлением судьи районного суда по месту нахождения указанного стационара еще на 30 дней.

Ходатайство эксперта или комиссии экспертов о продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре должно быть представлено в районный суд по месту нахождения указанного стационара не позднее чем за три дня до истечения 30-дневного срока.

Судья выносит постановление и уведомляет о нем эксперта или комиссию экспертов в течение трех дней со дня получения ходатайства.

В случае отказа судьи в продлении срока пребывания лица в медицинском стационаре оно должно быть выписано из него.

Руководитель медицинского стационара извещает о заявленном ходатайстве и вынесенном судьей постановлении лицо, находящееся в указанном стационаре, а также орган или лицо, назначившие судебную экспертизу.

В исключительных случаях в том же порядке возможно повторное продление срока пребывания лица в медицинском стационаре. При этом общий срок пребывания лица в указанном стационаре при производстве одной судебной экспертизы не может превышать 90 дней.

Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре, установленных настоящей статьёй, может быть обжаловано лицом, его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными к участию в деле, а также руководителем медицинского стационара в порядке, предусмотренном процессуальным законодательством Российской Федерации. Нарушение сроков пребывания лица в медицинском стационаре может быть обжаловано также непосредственно в суд по месту нахождения указанного стационара.

Статья 31. Гарантии прав и законных интересов лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц запрещаются:

ограничение прав, обман, применение насилия, угроз и иных незаконных мер в целях получения сведений от лица, в отношении которого производится судебная экспертиза;

испытание новых лекарственных средств, методов диагностики, профилактики и лечения болезней, а также проведение биомедицинских экспериментальных исследований с использованием в качестве объекта лица, в отношении которого производится судебная экспертиза.

Лицо, в отношении которого производится судебная экспертиза, вправе давать эксперту объяснения, относящиеся к предмету данной судебной экспертизы.

Эксперт не может быть допрошен по поводу получения им от лица, в отношении которого он проводил судебную экспертизу, сведений, не относящихся к предмету данной судебной экспертизы.

Свидания лица, помещенного в медицинский стационар, с его защитником, законным представителем или иными представителями, допущенными к участию в деле, организуются в условиях, исключающих возможность получения информации третьими лицами.

Медицинская помощь лицу, в отношении которого производится судебная экспертиза, может оказываться только по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Лицу, помещенному в медицинский стационар, должна быть предоставлена реальная возможность подачи жалоб, заявлений и ходатайств. Жалобы, поданные в соответствии с процессуальным законодательством Российской Федерации, цензуре не подлежат и в течение 24 часов направляются адресату.

Лица, не содержащиеся под стражей, имеют право на возмещение расходов, связанных с производством судебной экспертизы, по основаниям и в порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

Статья 32. Условия производства судебной экспертизы в отношении лиц, не содержащихся под стражей, в психиатрических стационарах

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, не содержащихся под стражей, производится как в судебно-психиатрических экспертных стационарах, так и в иных психиатрических стационарах. Помещение в указанные стационары лиц, содержащихся под стражей, не допускается. Помещение лиц, не содержащихся под стражей, в иные психиатрические стационары не должно существенно затруднять производство судебной экспертизы.

Лица, не содержащиеся под стражей, в период производства судебно-психиатрической экспертизы пользуются правами пациентов психиатрических стационаров, установленными законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

В случае совершения лицом, не содержащимся под стражей, не страдающим тяжелым психическим расстройством, действий,

угрожающих жизни и здоровью окружающих или дезорганизующих работу психиатрического стационара, администрация данного стационара сообщает об этом в орган внутренних дел, который должен принять к нарушителю меры, направленные на пресечение указанных действий. В случае, если подобные действия совершены лицом, в отношении которого судебно-психиатрическая экспертиза производится в добровольном порядке, оно может быть выписано из психиатрического стационара, о чем администрация данного стационара в письменной форме извещает орган или лицо, назначившие указанную экспертизу.

Статья 33. Условия производства судебной экспертизы в отношении лиц, содержащихся под стражей, в психиатрических стационарах

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении лиц, содержащихся под стражей, производится в судебно-психиатрических экспертных стационарах, предназначенных для помещения в них указанных лиц. Обеспечение безопасности и охрана указанных стационаров осуществляются органами, на которые возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

На лиц, содержащихся под стражей, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, распространяются нормы Уголовно-процессуального кодекса РСФСР и Федерального закона "О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений". При этом нормы, предусматривающие применение к указанным лицам мер взыскания и их материальную ответственность, не распространяются на лиц с явными признаками тяжелых психических расстройств.

Порядок взаимодействия лиц, обеспечивающих безопасность и осуществляющих охрану судебно-психиатрических экспертных стационаров, с медицинскими работниками указанных стационаров определяется совместно Министерством здравоохранения Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти, на который возложены обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей.

Статья 34. Обеспечение лиц, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары

Материально-бытовое и медико-санитарное обеспечение лиц, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, осуществляется по нормам и правилам, установленным для

психиатрических стационаров законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Статья 35. Ограничения в применении методов исследований при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц запрещается применять методы исследований, сопряженные с сильными болевыми ощущениями или способные отрицательно повлиять на здоровье лица, методы оперативного вмешательства, а также методы, запрещенные к применению в практике здравоохранения законодательством Российской Федерации. Лицо, в отношении которого производится судебная экспертиза, должно быть информировано в доступной для него форме о методах исследований, применяемых в отношении его, включая альтернативные, возможных болевых ощущениях и побочных явлениях. Указанная информация предоставляется также заявившему соответствующее ходатайство законному представителю лица, в отношении которого производится судебная экспертиза.

У лиц, в отношении которых производится судебная экспертиза, в медицинском учреждении берутся образцы, необходимые для проведения исследований, о чем указывается в заключении эксперта. Образцы получает врач или иной специалист в присутствии двух медицинских работников данного медицинского учреждения. Принудительное получение образцов у лиц, направленных на судебную экспертизу в добровольном порядке, не допускается.

Статья 36. Присутствие участников процесса при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц

При производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством Российской Федерации. Присутствие иных участников процесса допускается с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, и лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, либо его законного представителя.

При проведении исследований, сопровождающихся обнажением лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, могут присутствовать только лица того же пола. Указанное ограничение не распространяется на врачей и других медицинских работников, участвующих в проведении указанных исследований.

**Глава V. ФИНАНСОВОЕ, ОРГАНИЗАЦИОННОЕ,
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Статья 37. Финансирование судебно-экспертной деятельности

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений, экспертных подразделений федеральных органов исполнительной власти, в том числе экспертных подразделений органов внутренних дел Российской Федерации, финансируется за счет средств федерального бюджета.

Деятельность государственных судебно-экспертных учреждений, экспертных подразделений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации финансируется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Государственные судебно-экспертные учреждения вправе проводить на договорной основе экспертные исследования для граждан и юридических лиц, взимать плату за производство судебных экспертиз по гражданским и арбитражным делам, делам об административных правонарушениях. Порядок расходования указанных средств определяется соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Статья 38. Организационное и научно-методическое обеспечение судебно-экспертной деятельности

Организационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений осуществляется соответствующими федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Научно-методическое обеспечение производства судебных экспертиз, а также профессиональная подготовка и повышение квалификации государственных судебных экспертов возлагаются соответствующими федеральными органами исполнительной власти на судебно-экспертные учреждения из числа указанных в частях первой и второй статьи 11 настоящего Федерального закона.

Статья 39. Информационное обеспечение деятельности государственных судебно-экспертных учреждений

Организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности обязаны безвозмездно предоставлять по запросам руководителей государственных судебно-экспертных учреждений образцы или каталоги своей продукции, техническую и технологическую документацию и другие информационные материалы, необходимые для производства судебной экспертизы. При этом государственные судебно-экспертные учреждения обеспечивают неразглашение полученных сведений, составляющих государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну.

Государственное судебно-экспертное учреждение вправе ходатайствовать перед судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем или прокурором о получении по окончании производства по делам предметов, являвшихся вещественными доказательствами, для использования в экспертной, научной и учебно-методической деятельности.

Статья 40. Охрана государственных судебно-экспертных учреждений

Охрана государственных судебно-экспертных учреждений обеспечивается их руководителями и финансируется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, а также за счет других источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Глава VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 41. Распространение действия настоящего Федерального закона на судебно-экспертную деятельность лиц, не являющихся государственными судебными экспертами

В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами.

На судебно-экспертную деятельность лиц, указанных в части первой настоящей статьи, распространяется действие статей 2, 4, 6–8, 16 и 17, части второй статьи 18, статей 24 и 25 настоящего Федерального закона.

Статья 42. Приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом

Поручить Правительству Российской Федерации обеспечить приведение нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Статья 43. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением части третьей статьи 29, которая вступает в силу после приведения уголовно-процессуального законодательства Российской Федерации в соответствие с положениями Конституции Российской Федерации.

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
31 мая 2001 года
№ 73-ФЗ

Постановление Пленума Верховного Суда РФ
от 28 мая 1998 г. № 9

**О СУДЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДЕЛАМ
О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИЧЕСКИМИ
СРЕДСТВАМИ, ПСИХОТРОПНЫМИ,
СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИМИ И ЯДОВИТЫМИ
ВЕЩЕСТВАМИ**

В условиях активного распространения наркомании и роста преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, важное значение имеет правильное применение уголовно-правовых норм, предусматривающих ответственность за совершение этих преступлений.

В связи с возникшими в судебной практике вопросами и в целях правильного и единообразного применения законодательства об ответственности за преступления, связанные с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также с сильнодействующими и ядовитыми веществами, Пленум Верховного Суда Российской Федерации постановляет дать следующие разъяснения:

1. При рассмотрении дел о преступлениях, предметом которых являются наркотические средства или психотропные вещества, суды должны руководствоваться утвержденным Правительством Российской Федерации Перечнем наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, а при рассмотрении дел о преступлениях, связанных с сильнодействующими или ядовитыми веществами, – Списками сильнодействующих и ядовитых веществ, издаваемыми независимым экспертным органом – Постоянным комитетом по контролю наркотиков при Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Учитывая, что для определения вида средств и веществ (наркотическое, психотропное, сильнодействующее или ядовитое), их названий и свойств, происхождения, способа изготовления или переработки, а также для установления принадлежности растений к культурам, содержащим наркотические вещества, требуются

специальные познания, суды при рассмотрении дел данной категории должны располагать соответствующими экспертными заключениями, полученными в соответствии с методиками, утвержденными Постоянным комитетом по контролю наркотиков.

Обратите внимание судов на то, что в соответствии с Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах" экспертиза с использованием наркотических средств и психотропных веществ или для их идентификации может проводиться в экспертных подразделениях Генеральной прокуратуры Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Государственного таможенного комитета Российской Федерации и Министерства юстиции Российской Федерации. Проведение таких экспертиз разрешается также юридическим лицам при наличии лицензии на указанный вид деятельности.

2. Имея в виду, что незаконные приобретение или хранение наркотических средств или психотропных веществ без цели сбыта отличаются по правовым последствиям от аналогичных действий, совершенных с целью сбыта, суды по каждому такому делу должны устанавливать цель приобретения или хранения виновным наркотических средств или психотропных веществ.

Приобретением наркотических средств или психотропных веществ надлежит считать их покупку, получение в качестве средства взаиморасчета за проделанную работу, оказанную услугу или в уплату долга, в обмен на другие товары и вещи, присвоение найденного, сбор дикорастущих растений или их частей, содержащих наркотические вещества (в том числе на земельных участках сельскохозяйственных и иных предприятий, а также на земельных участках граждан, если эти растения не высевались и не выращивались), остатков находящихся на неохраемых полях посевов наркотикосодержащих растений после завершения их уборки и т.д.

Под хранением следует понимать любые умышленные действия, связанные с фактическим нахождением наркотических средств или психотропных веществ во владении виновного (при себе, если это не связано с их перевозкой, в помещении, в тайнике и других местах). Ответственность за хранение наступает независимо от его продолжительности.

Действия виновного, вызвавшие в неоднократном приобретении или хранении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере без цели их сбыта, надлежит квалифицировать по ч. 1 ст. 228 УК РФ.

3. Под незаконным изготовлением наркотических средств или психотропных веществ следует понимать совершенные в нарушение законодательства Российской Федерации умышленные действия, направленные на получение из наркотикосодержащих растений, лекарственных, химических и иных веществ одного или нескольких готовых к использованию и потреблению наркотических средств или психотропных веществ, из числа включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. При этом по смыслу ст. 228 УК РФ как изготовление надлежит квалифицировать и производство наркотических средств или психотропных веществ, то есть действия, направленные на их серийное получение.

Под незаконной переработкой наркотических средств или психотропных веществ следует понимать совершенные в нарушение законодательства Российской Федерации умышленные действия, направленные на рафинирование (очистку от посторонних примесей) твердой или жидкой смеси, содержащей одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ, либо на повышение в такой смеси (препарате) концентрации наркотического средства или психотропного вещества.

Для правильного решения вопроса о наличии или отсутствии в действиях подсудимого состава изготовления или переработки наркотических средств или психотропных веществ суды в необходимых случаях должны располагать заключением эксперта о виде полученного средства или вещества, его названии, способе изготовления или переработки.

Незаконное изготовление и незаконную переработку наркотических средств или психотропных веществ надлежит квалифицировать как оконченное преступление с начала совершения действий, направленных на получение готовых к использованию и потреблению наркотических средств или психотропных веществ либо на рафинирование или повышение в препарате концентрации наркотических средств или психотропных веществ.

4. Под незаконной перевозкой следует понимать умышленные действия по перемещению наркотических средств или психотропных веществ из одного места в другое, в том числе в пределах одного и того же населенного пункта, совершенные с использованием любого вида транспортного средства и в нарушение общего порядка перевозки указанных средств и веществ, установленного Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Не может квалифицироваться как незаконная перевозка хранение лицом во время поездки наркотического средства или пси-

хотропного вещества в небольшом количестве, предназначенного для личного потребления.

Вопрос о наличии в действиях лица состава незаконной перевозки и об отграничении указанного состава преступления от незаконного хранения наркотического средства или психотропного вещества во время поездки должен решаться судом в каждом конкретном случае с учетом направленности умысла, цели использования транспортного средства, количества, размера, объема и места нахождения наркотических средств или психотропных веществ и всех других обстоятельств дела.

Под незаконной пересылкой следует понимать перемещение наркотических средств или психотропных веществ в виде почтовых, багажных отправок, с нарочным либо иным способом, когда транспортировка этих средств и веществ осуществляется в отсутствие отправителя.

Обратить внимание судов на то, что ответственность по ч. 2 ст. 228 УК РФ предусмотрена за изготовление, переработку, перевозку, пересылку наркотических средств или психотропных веществ в размере, не являющемся крупным или особо крупным, независимо от того, были ли совершены указанные действия с целью сбыта или без таковой.

5. Под незаконным сбытом наркотических средств, психотропных, сильнодействующих или ядовитых веществ следует понимать любые способы их возмездной или безвозмездной передачи другим лицам (продажу, дарение, обмен, уплату долга, дачу взаймы и т.д.), а также иные способы распространения, например путем введения инъекций наркотических средств или психотропных веществ. При этом не может квалифицироваться как незаконный сбыт введение одним лицом другому лицу инъекций наркотического средства или психотропного вещества, если указанное средство или вещество принадлежит самому потребителю.

Об умысле на сбыт могут свидетельствовать как наличие соответствующей договоренности с потребителями, так и другие обстоятельства дела: приобретение, изготовление, переработка указанных средств или веществ лицом, самим их не употребляющим, значительное количество, удобная для сбыта расфасовка и т.д. При этом надлежит иметь в виду, что ответственность за сбыт наркотических средств, психотропных, сильнодействующих или ядовитых веществ наступает независимо от их размера.

Действия лица, сбывающего под видом наркотических, психотропных, сильнодействующих или ядовитых какие-либо иные средства или вещества с целью завладения деньгами или имуществом граждан, следует квалифицировать как мошенничество.

Покупатели в этих случаях при наличии предусмотренных законом оснований могут нести ответственность за покушение на незаконное приобретение наркотических средств, психотропных, сильнодействующих или ядовитых веществ.

6. Действия, выразившиеся в приобретении или хранении без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере и их последующей перевозке, пересылке, надлежит квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных ч. 1 и п. "в" ч. 3 ст. 228 УК РФ.

Если органами предварительного расследования действия подсудимого ошибочно квалифицированы только по п. "в" ч. 3 ст. 228 УК РФ, суд не вправе в данном судебном заседании дополнительно квалифицировать содеянное по ч. 1 ст. 228 УК РФ.

7. Как неоднократные (п. "б" ч. 3 ст. 228 УК РФ) следует квалифицировать действия лица, совершившего два и более раза любое из деяний, предусмотренных ч. 2 ст. 228 УК РФ, независимо от того, было ли оно за это осуждено и являлось ли ранее совершенное деяние окончательным преступлением или покушением на преступление, а также ранее судимого по ч.ч. 2,3 и 4 ст. 228 УК РФ и вновь совершившего какое-либо из преступлений, предусмотренных ч.ч. 2 и 3 ст. 228 УК РФ.

Основанием для квалификации содеянного по п. "б" ч. 3 ст. 228 УК РФ является также совершение ранее виновным любого из деяний, предусмотренных ч.ч. 1 и 2 ст. 224 УК РСФСР, ч. 3 ст. 224 УК РСФСР по признаку "незаконное изготовление, перевозка или пересылка наркотических средств без цели сбыта" и ч. 4 ст. 224 УК РСФСР по признакам "незаконное изготовление, перевозка или пересылка наркотических средств без цели сбыта, совершенные повторно" и "незаконное изготовление, перевозка или пересылка наркотических средств без цели сбыта лицом, ранее совершившим одно из преступлений, предусмотренных ч.ч. 1 и 2 ст. 224 УК РСФСР", при условии, что судимость за ранее совершенное преступление не погашена или не снята и что лицо в установленном законом порядке не было освобождено от уголовной ответственности.

8. Неоднократные приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере полностью охватываются диспозицией ч.4 ст. 228 УК РФ и не требуют дополнительной квалификации по п. "б" ч. 3 ст. 228 УК РФ, однако неоднократность как квалифицирующий признак преступления должна быть указана в приговоре.

Имея в виду, что законом не предусмотрена ответственность за приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере, действия виновного в таких случаях следует квалифицировать по ч. 1 ст. 228 УК РФ как приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере.

9. При рассмотрении дел о преступлениях, связанных с нарушением правил производства, изготовления, хранения, перевозки, отпуска и т.д. инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем (ч. 5 ст. 228 УК РФ), следует иметь в виду, что в соответствии с Федеральным законом "О наркотических веществах и психотропных средствах" перечень инструментов, оборудования, а также правила их производства, изготовления, хранения, перевозки, пересылки и т.д. устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Преступления, предусмотренные ч.ч. 1–4 ст. 228 УК РФ, могут быть совершены только с прямым умыслом, а предусмотренные ч. 5 данной статьи – как с прямым, так и с косвенным умыслом. В случае нарушения должностным лицом по неосторожности указанных в ч. 5 ст. 228 УК РФ правил, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, содеянное надлежит квалифицировать по ст. 293 УК РФ как халатность.

10. В силу закона (примечание к ст. 228 УК РФ) освобождение лица от уголовной ответственности за совершение какого-либо из преступлений, предусмотренных ч.ч. 1–4 ст. 228 УК РФ, возможно при наличии совокупности двух обязательных условий: добровольной сдачи лицом наркотических средств или психотропных веществ и его активного способствования раскрытию или пресечению преступления, в котором лицо принимало участие, и других заведомо ему известных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ. Вместе с тем закон не исключает возможности освобождения от уголовной ответственности лица, хотя и не сдавшего наркотические средства или психотропные вещества в связи с отсутствием у него таковых, но активно способствовавшего раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных ве-

ществ, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем.

Добровольная сдача наркотических средств или психотропных веществ означает выдачу лицом этих средств или веществ представителям власти при реальной возможности распорядиться ими иным способом. В частности, как добровольную сдачу наркотических средств или психотропных веществ следует считать выдачу их лицом по предложению следователя перед началом производства в помещении выемки или обыска.

11. По смыслу ст. 229 УК РФ ответственность за хищение наркотических средств или психотропных веществ наступает в случаях противоправного их изъятия у юридических и физических лиц, владеющих ими законно или незаконно, в том числе путем сбора наркотикосодержащих растений либо их частей (коробочек и стеблей мака, стеблей конопли и т.д.) с земельных участков сельскохозяйственных и иных предприятий и с земельных участков граждан, на которых выращиваются эти растения.

По делам о преступлениях, связанных с вымогательством наркотических средств или психотропных веществ, потерпевшими наряду с гражданами, владеющими этими средствами или веществами, могут быть лица, наделенные полномочиями по выдаче документов, дающих право на законное приобретение наркотических средств или психотропных веществ, лица, имеющие доступ к наркотическим средствам или психотропным веществам в связи со своей профессиональной деятельностью (например, медицинские сестры), а также иные лица, чья производственная или служебная деятельность связана с законным оборотом наркотических средств или психотропных веществ.

Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ и их последующие хранение, переработку, перевозку, пересылку, сбыт надлежит квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных ст.ст. 229 УК РФ и 228 УК РФ.

Поскольку законом не предусмотрена ответственность за хищение либо вымогательство, совершенное в отношении наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере, действия виновного, совершившего хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере, следует квалифицировать по п. "б" ч. 3 ст. 229 УК РФ как хищение либо вымогательство указанных средств или веществ в крупном размере.

12. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, совершенное с применением наси-

лия, опасного для жизни или здоровья, либо с угрозой применения такого насилия, полностью охватывается диспозицией п. "в" ч. 3 ст. 229 УК РФ и дополнительной квалификации по ст.ст. 162 или 163 УК РФ не требует.

В тех же случаях, когда указанные действия совершены с причинением тяжкого вреда здоровью потерпевшего, содеянное надлежит квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных п. "в" ч. 3 ст. 229 УК РФ и ст. 111 УК РФ.

Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, совершенное устойчивой вооруженной группой (бандой), должно квалифицироваться по совокупности преступлений, предусмотренных ст. ст. 229 и 209 УК РФ.

13. Имея в виду, что законом не установлены критерии отнесения находящихся в незаконном обороте наркотических средств или психотропных веществ к небольшому, крупному, особо крупному размеру, этот вопрос должен решаться судом в каждом конкретном случае исходя из их количества, свойств, степени воздействия на организм человека, других обстоятельств дела и с учетом рекомендаций, разработанных Постоянным комитетом по контролю наркотиков. Выводы о размере наркотических средств или психотропных веществ должны быть мотивированы в приговоре.

14. Под склонением к потреблению наркотических средств или психотропных веществ следует понимать любые умышленные действия, направленные на возбуждение у другого лица желания к их потреблению (уговоры, предложения, дача совета и т.п.), а также обман, психическое или физическое насилие, ограничение свободы и другие действия с целью принуждения к приему наркотических средств или психотропных веществ лица, на которое оказывается воздействие.

Для признания преступления оконченным не требуется, чтобы склоняемое лицо фактически потребило наркотическое средство или психотропное вещество.

Если лицо, склонявшее к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, при этом сбывало или оказывало помощь в их хищении либо вымогательстве, приобретении, хранении, изготовлении, переработке, перевозке или пересылке, его действия надлежит квалифицировать по ст. 230 УК РФ и соответствующим частям ст. 228 или ст. 229 УК РФ.

15. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего, охватывается диспозицией ч. 3 ст. 230 УК РФ и не требует дополнительной квалификации по уголовному закону,

предусматривающему ответственность за причинение смерти по неосторожности.

Под иными тяжкими последствиями, о которых говорится в ч. 3 ст. 230 УК РФ, следует понимать самоубийство или покушение на самоубийство потерпевшего, развитие у него наркотической зависимости, тяжелое заболевание, связанное с потреблением наркотических средств или психотропных веществ, заражение ВИЧ-инфекцией и т.п.

16. В соответствии с Федеральным законом "О наркотических средствах и психотропных веществах" на территории Российской Федерации запрещается культивирование опийного мака, кокаинового куста, а также конопли в целях незаконного потребления или использования в незаконном обороте наркотических средств. Конкретные сорта конопли и другие растения, запрещенные к возделыванию (ст. 231 УК РФ), содержатся в утвержденном Правительством Российской Федерации Перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. При решении вопроса о признании деяний, связанных с возделыванием наркотикосодержащих растений, совершенными в крупном размере, надлежит учитывать рекомендации, разработанные Постоянным комитетом по контролю наркотиков.

Под посевом запрещенных к возделыванию растений понимается посев семян или высадка рассады без надлежащего разрешения на любых земельных участках, в том числе на пустующих землях. Преступление признается оконченным с момента посева независимо от последующего всхода либо произрастания растений.

Под выращиванием запрещенных к возделыванию растений понимается уход за посевами и всходами с целью доведения их до определенной стадии созревания.

Надлежит иметь в виду, что по смыслу ст. 231 УК РФ культивирование означает возделывание наркотикосодержащих растений и включает в себя их посев и выращивание. Наряду с этим под культивированием следует понимать также совершенствованные технологии выращивания растений, содержащих наркотические вещества, выведение новых сортов, повышение их урожайности, развитие устойчивости к неблагоприятным погодным условиям, уход за дикорастущими растениями (например, рыхление почвы, полив) и т.д.

17. Хищение либо вымогательство растений, содержащих наркотические вещества, их приобретение, хранение, перевозку, пересылку с целью сбыта или без таковой, а равно сбыт следует

квалифицировать как оконченное преступление по соответствующим статьям УК РФ.

18. Действия, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, а также наркотикосодержащих растений или их частей, при незаконном перемещении этих средств, веществ и растений через таможенную границу Российской Федерации, подлежат дополнительной квалификации по ст. 188 УК РФ.

19. По смыслу закона ответственность по ст. 232 УК РФ за организацию либо содержание притона наступает при неоднократном (два и более раза) предоставлении любого жилого или нежилого помещения одним и тем же либо разным лицам для потребления наркотических средств или психотропных веществ. При этом не имеет значения, какую цель – корыстную или иную преследовал виновный.

Если организатор либо держатель притона снабжал посетителей притона наркотическими средствами или психотропными веществами либо склонял других лиц к их потреблению, его действия надлежит квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных ст. 232 УК РФ и ст. 228 или ст. 230 УК РФ.

20. Под незаконной выдачей рецепта следует понимать выдачу рецепта с нарушением установленных правил оформления или содержащего назначение наркотических средств или психотропных веществ без соответствующих медицинских показаний.

К иным документам, дающим право на получение наркотических средств или психотропных веществ, относятся документы, являющиеся основанием для выдачи (продажи) указанных средств или веществ. Такими документами могут быть лицензия на определенный вид деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, заявка медицинского учреждения на получение наркотических средств или психотропных веществ для использования в лечебной практике, выписка из истории болезни стационарного больного, товарно-транспортная накладная и т.п.

Для квалификации по ст. 233 УК РФ как оконченного преступления действий виновного, незаконно выдавшего либо подделавшего рецепт или иной документ, дающий право на получение наркотических средств или психотропных веществ, не имеет значения, было ли фактически получено указанное в рецепте или ином документе средство или вещество. Получение по поддельному рецепту или иному подделанному документу наркотических средств или психотропных веществ должно дополнительно

квалифицироваться как незаконное приобретение этих средств или веществ.

Подделка рецепта или иного документа, дающего право на получение наркотического средства или психотропного вещества, полностью охватывается диспозицией ст. 233 УК РФ и дополнительной квалификации по ст. 327 УК РФ не требует. В тех же случаях, когда указанные действия сопряжены с похищением выданного в установленном порядке рецепта или иного документа, дающего право на получение наркотического средства или психотропного вещества, содеянное надлежит квалифицировать по совокупности ст.ст. 233 и 325 УК РФ.

21. Причинение иного существенного вреда вследствие нарушения правил производства, приобретения, хранения, учета, отпуска, перевозки или пересылки сильнодействующих или ядовитых веществ может выражаться в заболевании человека, загрязнении ядовитыми веществами окружающей природной среды, приостановке на длительный срок производственного процесса, возникновении пожара и т.д.

Причинение по неосторожности смерти либо тяжкого вреда здоровью человека не охватывается составом ч. 4 ст. 234 УК РФ. В этих случаях действия виновного следует квалифицировать по совокупности преступлений, предусмотренных ч. 4 ст. 234 УК РФ и соответствующими частями ст. 109 или ст. 118 УК РФ.

22. При решении вопроса о назначении наказания за преступления, связанные с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими или ядовитыми веществами, следует в соответствии с требованиями закона учитывать характер и степень общественной опасности совершенных преступлений, личность виновного, обстоятельства, смягчающие и отягчающие наказание, а также влияние назначенного наказания на исправление осужденного и на условия жизни его семьи. Назначение более мягкого наказания, чем предусмотрено за данное преступление, или условное осуждение возможно лишь при наличии обстоятельств, предусмотренных ст. 64 или ст. 73 УК РФ, с обязательным указанием в приговоре мотивов принятого решения.

23. По каждому делу, связанному с потреблением поддельным наркотических средств или психотропных веществ, необходимо выяснять, нуждается ли он в лечении от наркомании. В соответствии с ч. 2 ст. 99 УК РФ осужденному, признанному нуждающимся в лечении от наркомании, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения, исполнение которого в отношении лиц, осужденных к лишению свободы,

производится по месту отбывания лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказаний – в соответствующих учреждениях органов здравоохранения (ч. 1 ст. 104 УК РФ).

При назначении условного осуждения лицу, нуждающемуся в лечении от наркомании, следует в каждом случае обсуждать в соответствии с ч. 5 ст. 73 УК РФ вопрос о возложении на него обязанности по прохождению курса лечения от наркомании. Неисполнение условно осужденным в течение испытательного срока указанной обязанности может служить основанием для решения в установленном законом порядке вопроса об отмене условного осуждения и исполнении наказания, назначенного приговором суда.

24. Учитывая высокую общественную опасность преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, судам следует во всех необходимых случаях реагировать путем вынесения частных определений (постановлений) на установленные в ходе судебного разбирательства причины и условия, способствовавшие совершению преступлений, а также на недостатки в деятельности органов дознания и предварительного следствия по выявлению организаторов преступных группировок, источников приобретения наркотических средств, психотропных, сильнодействующих или ядовитых веществ и каналов их сбыта.

25. Рекомендовать судам кассационной и надзорной инстанций усилить надзор за рассмотрением судами первой инстанции дел о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими или ядовитыми веществами.

26. С принятием настоящего постановления признать утратившим силу постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 27 апреля 1993 г. № 2 "О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, сильнодействующими и ядовитыми веществами".

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

**О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
ТУБЕРКУЛЕЗА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Принят Государственной Думой
24 мая 2001 года

Одобен Советом Федерации
6 июня 2001 года

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основные понятия

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза;

активная форма туберкулеза – туберкулез, признаки активности процесса которого установлены в результате проведения клинических, лабораторных, рентгенологических исследований;

заразная форма туберкулеза – активная форма туберкулеза, при которой происходит выделение микобактерий туберкулеза;

больной туберкулезом – больной активной формой туберкулеза;

противотуберкулезная помощь – совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспан-

серное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом и проводимых в стационаре и (или) амбулаторно в порядке, установленном настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации;

профилактика туберкулеза – совокупность мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза в целях предупреждения его распространения;

медицинские противотуберкулезные организации – медицинские организации, оказывающие противотуберкулезную помощь и осуществляющие профилактику туберкулеза, в том числе научно-исследовательские институты туберкулеза, кафедры туберкулеза медицинских факультетов образовательных учреждений высшего профессионального образования, медицинские противотуберкулезные организации уголовно-исполнительной системы, противотуберкулезные организации федеральных органов исполнительной власти.

Статья 2. Правовое регулирование в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

1. Законодательство в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут ограничивать права граждан на защиту от туберкулеза и гарантии получения противотуберкулезной помощи, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им противотуберкулезной помощи и применяется в отношении юридических и физических лиц, оказывающих противотуберкулезную помощь на территории Российской Федерации.

2. Иностранцы граждане и лица без гражданства получают противотуберкулезную помощь в соответствии с настоящим Фе-

деральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

ГЛАВА II. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья 4. Полномочия Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

К полномочиям Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации (далее – предупреждение распространения туберкулеза) относятся:

проведение в Российской Федерации государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза;

разработка и принятие нормативных правовых актов, направленных на предупреждение распространения туберкулеза;

определение порядка оказания противотуберкулезной помощи гражданам на территории Российской Федерации;

осуществление надзора за исполнением законодательства Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза;

осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулеза и организация мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза;

организация государственного эпидемиологического мониторинга туберкулеза;

формирование, утверждение и реализация федеральных целевых программ в области предупреждения распространения туберкулеза;

разработка правил, нормативов, требований и государственных стандартов в области предупреждения распространения туберкулеза;

разработка и организация системы оказания противотуберкулезной помощи;

обеспечение государственного контроля за производством, хранением и транспортировкой противотуберкулезных вакцин и иммунобиологических лекарственных средств для ранней диаг-

ности туберкулеза, их качеством, эффективностью и безопасностью;

организация государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза;

обеспечение экономических, социальных и правовых условий для предупреждения распространения туберкулеза;

осуществление иных предусмотренных законодательством Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза полномочий.

Статья 5. Полномочия субъектов Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза

К полномочиям субъектов Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза относятся полномочия, не отнесенные к полномочиям Российской Федерации.

Статья 6. Полномочия органов местного самоуправления в области предупреждения распространения туберкулеза

Органы местного самоуправления осуществляют свою деятельность в области предупреждения распространения туберкулеза в пределах полномочий, предоставленных им законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

ГЛАВА III. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ПОМОЩЬ КАК ОСНОВА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Статья 7. Организация противотуберкулезной помощи

1. Оказание противотуберкулезной помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности.

2. Противотуберкулезная помощь оказывается гражданам при их добровольном обращении или с их согласия, за исключением случаев, предусмотренных статьями 9 и 10 настоящего Федерального закона и другими федеральными законами.

3. Противотуберкулезная помощь несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет, а также гражданам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, оказывается с согласия их законных представителей, за исключением случаев,

предусмотренных статьями 9 и 10 настоящего Федерального закона и другими федеральными законами.

Статья 8. Оказание противотуберкулезной помощи

1. Больные туберкулезом, нуждающиеся в оказании противотуберкулезной помощи, получают такую помощь в медицинских противотуберкулезных организациях, имеющих соответствующие лицензии.

2. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом, в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обследование в целях выявления туберкулеза.

3. Вакцинация против туберкулеза в целях его профилактики осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

4. В целях выявления туберкулеза периодически проводятся профилактические медицинские осмотры граждан, порядок и сроки проведения которых устанавливаются Правительством Российской Федерации.

5. Руководители медицинских организаций и граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, обязаны направлять в медицинские противотуберкулезные организации органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, а также органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, созданные в установленном законодательством Российской Федерации порядке для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, информацию о выявленных на соответствующих территориях в течение года больных туберкулезом и о каждом освобождающемся из учреждений уголовно-исполнительной системы больном туберкулезом.

6. Своевременное выявление больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, оздоровление неблагополучных в отношении туберкулеза организаций по производству и хранению продуктов животноводства осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Реализация продукции, произведенной в неблагополучных в отношении туберкулеза организациях по производству и хранению продуктов животноводства, осуществляется в соответствии с санитарными и ветеринарными правилами профилактики туберкулеза сельскохозяйственных животных и борьбы с указанным заболеванием.

Статья 9. Диспансерное наблюдение

1. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом проводится в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

2. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей.

3. Решение о необходимости диспансерного наблюдения или его прекращения принимается комиссией врачей, назначенной руководителем медицинской противотуберкулезной организации, которая оказывает противотуберкулезную помощь амбулаторно, и оформляется в медицинских документах записью об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении, о чем в письменной форме извещается лицо, подлежащее диспансерному наблюдению.

Статья 10. Обязательные обследование и лечение больных туберкулезом

1. В случае угрозы возникновения и распространения туберкулеза на основании предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, проводятся дополнительные противоэпидемические мероприятия.

2. Больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения.

Решение о госпитализации принимается судом по месту нахождения медицинской противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением.

3. Заявление о госпитализации подается в суд руководителем медицинской противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением.

4. Участие прокурора, представителя медицинской противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением, больного туберкулезом, в отношении которого решается вопрос об обязательных об-

следованиях и лечении, или его законного представителя в рассмотрении заявления о госпитализации обязательно.

Статья 11. Ведение государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза

1. Медицинские противотуберкулезные организации ведут государственное статистическое наблюдение в области предупреждения распространения туберкулеза в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

2. Сведения о выявлении больных туберкулезом медицинские противотуберкулезные организации, а также граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, обязаны сообщать в территориальные медицинские противотуберкулезные организации и центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

ГЛАВА IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В СВЯЗИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, И БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Статья 12. Права лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом

1. Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи;

получение информации о правах и об обязанностях больных туберкулезом и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, а также в доступной для них форме о характере имеющегося у них заболевания и применяемых методах лечения;

сохранение врачебной тайны, за исключением сведений, непосредственно связанных с оказанием противотуберкулезной помощи больному туберкулезом и проведением противоэпидемических мероприятий;

диагностику и лечение в медицинских противотуберкулезных организациях;

санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями;

оказание противотуберкулезной помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

пребывание в медицинских противотуберкулезных организациях, оказывающих противотуберкулезную помощь в стационарах, в течение срока, необходимого для обследования и (или) лечения;

бесплатный проезд на транспорте общего пользования городского и пригородного сообщения при вызове или направлении на консультации в медицинские противотуберкулезные организации в порядке, предусмотренном законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Лица, госпитализированные для обследования и (или) лечения в медицинские противотуберкулезные организации, имеют право:

получать у руководителей медицинских противотуберкулезных организаций информацию о лечении, об обследовании, о выписке из таких организаций и о соблюдении установленных настоящим Федеральным законом прав;

встречаться с адвокатами и священнослужителями наедине; исполнять религиозные обряды, если такие обряды не оказывают вредного воздействия на состояние их здоровья;

продолжать образование в соответствии с общеобразовательной программой основного общего образования.

3. Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом при оказании им противотуберкулезной помощи кроме указанных в пунктах 1 и 2 настоящей статьи прав имеют другие права, предусмотренные законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 13. Обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом

Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом обязаны:

проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия;

выполнять правила внутреннего распорядка медицинских противотуберкулезных организаций во время нахождения в таких организациях;

выполнять санитарно-гигиенические правила, установленные для больных туберкулезом, в общественных местах.

ГЛАВА V. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В СВЯЗИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ РАБОТНИКОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

Статья 14. Социальная защита лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом

1. Временная нетрудоспособность больных туберкулезом устанавливается в порядке, предусмотренном Правительством Российской Федерации.

2. За гражданами, временно утратившими трудоспособность в связи с туберкулезом, сохраняется место работы (должность) на срок, установленный законодательством Российской Федерации.

3. За время отстранения от работы (должности) в связи с туберкулезом больным туберкулезом выдаются пособия по государственному социальному страхованию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, обеспечиваются лекарственными средствами для лечения туберкулеза бесплатно.

5. Больным заразными формами туберкулеза, проживающим в квартирах, в которых исходя из занимаемой жилой площади и состава семьи нельзя выделить отдельную комнату больному заразной формой туберкулеза, коммунальных квартирах, общежитиях, а также семьям, имеющим ребенка, больного заразной формой туберкулеза, жилые помещения в домах государственного и муниципального жилищного фонда предоставляются в течение года со дня принятия их на учет для улучшения жилищных условий. При этом учитывается их право на дополнительную жилую площадь в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 15. Социальная защита медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи

Медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а

также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, имеют право на:

дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью двенадцать рабочих дней;

сокращенную рабочую неделю продолжительностью тридцать часов;

дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда (опасность инфицирования микобактериями туберкулеза) в размере не менее чем двадцать пять процентов должностного оклада (медицинские работники и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи) и не менее чем пятнадцать процентов должностного оклада (ветеринарные работники, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных);

надбавку к должностному окладу (ставке) фтизиатрам, фтизиопедиатам, медицинским сестрам за работу на фтизиатрических участках, приравненную к надбавке к должностному окладу (ставке) терапевтам и медицинским сестрам территориальных поликлиник за работу на терапевтических участках;

пенсионное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации;

обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний с одновременными страховыми выплатами медицинским работникам и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, в случае причинения вреда их жизни или здоровью либо возникновения профессионального заболевания или смерти в размере шестидесяти минимальных размеров оплаты труда в соответствии с утвержденным Правительством Российской Федерации перечнем должностей, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью работников;

обязание в первоочередном порядке путевками для санаторно-курортного лечения в случае развития туберкулеза в результате исполнения служебных обязанностей.

ГЛАВА VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Статья 16. Виды ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза

Нарушение законодательства Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза влечет за собой дисциплинарную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством.

Статья 17. Обжалование действий и решений медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи

1. Нарушающие права граждан при оказании им противотуберкулезной помощи действия и решения медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, могут быть обжалованы в соответствующие органы исполнительной власти в области здравоохранения или соответствующим должностным лицам медицинских противотуберкулезных организаций.

Те же действия и решения органов исполнительной власти в области здравоохранения или должностных лиц медицинских противотуберкулезных организаций могут быть обжалованы в суд.

2. Жалоба может быть подана гражданином, права и законные интересы которого нарушены, его законным представителем, а также организацией, которой федеральным законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан.

3. Жалобы рассматриваются судом в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан.

4. Обжалование решений суда осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 18. Возмещение вреда, причиненного при оказании противотуберкулезной помощи

Вред, причиненный жизни или здоровью граждан при оказании противотуберкулезной помощи, возмещается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ГЛАВА VII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 19. Заключительные положения

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

2. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Президент Российской Федерации
В. Путин

Москва, Кремль
18 июня 2001 года
№ 77-ФЗ

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

4 мая 2001 г. № 136

Москва

ПРИКАЗ

**об объявлении норм питания осужденных
к лишению свободы, а также лиц, находящихся
в следственных изоляторах уголовно-исполнительной
системы Министерства юстиции Российской Федерации**

Во исполнение постановлений Правительства Российской Федерации от 1 декабря 1992 г. № 935 «Об утверждении норм суточного довольствия осужденных к лишению свободы, а также лиц, находящихся в следственных изоляторах, лечебно-трудовых, воспитательно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториях Министерства внутренних дел Российской Федерации» и от 8 июля 1997 г. № 833 «Об установлении минимальных норм питания и материально-бытового обеспечения осужденных к лишению свободы» (Собрание законодательства Российской Федерации. 1977. № 28, ст. 3447) п р и к а з ы в а ю:

1. Начальникам ГУИН, УИН, ОИН субъектов Российской Федерации, начальникам УЛИУ организовать питание осужденных к лишению свободы, а также лиц, содержащихся в следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, и их материально-бытовое обеспечение в соответствии с нормами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 1992 г. № 935, постановлением Правительства Российской Федерации от 20 июня 1992 г. № 409 и постановлением Правительства Российской Федерации от 8 июля 1997 г. № 833 (приложение № 1, 2).

2. Утвердить:

2.1. Норму сухого пайка для осужденных к лишению свободы, а также лиц, находящихся в следственных изоляторах, лечебных, лечебно-профилактических и воспитательных учреждениях Министерства юстиции Российской Федерации, в период нахождения их в пути (приложение № 3).

2.2. Правила применения норм питания осужденных к лишению свободы, а также лиц, находящихся в следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации (приложение № 4).

2.3. Нормы замены продуктов при выдаче продовольственных пайков (приложение № 5).

3. Контроль за организацией исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра, курирующего уголовно-исполнительную систему Министерства юстиции Российской Федерации.

Министр

Ю. Чайка

Приложение № 1
к приказу Министерства юстиции
Российской Федерации
от 4 мая 2001 г., № 136

**НОРМЫ
СУТОЧНОГО ПИТАНИЯ ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ
СВОБОДЫ, А ТАКЖЕ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ
В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ
УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Минимальная норма питания осужденных
к лишению свободы
Министерства юстиции Российской Федерации⁶**

Вид продовольствия	Норма на одного человека в сутки (в граммах)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	500
Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта	150
Мука пшеничная 2-го сорта	5
Крупа разная	120
Макаронные изделия	20
Мясо	80
Рыба	100
Жиры животные топленые пищевые и кулинарные, маргарин	30
Масло растительное	20
Сахар	30
Чай натуральный	1

⁶ Установлена постановлением Правительства Российской Федерации от 8 июля 1997 года № 833.

Соль	20
Картофель	550
Овощи	250
Лавровый лист	0,1
Томатная паста	3

Примечания:

1. По данной норме питания также обеспечиваются:
 - осужденные, оставленные в следственных изоляторах, для выполнения работ по хозяйственному обслуживанию;
 - осужденные при перемещении к месту отбывания наказания под конвоем (сроком свыше 3 суток);
 - осужденные, содержащиеся в одиночных камерах по их просьбе и в иных случаях при возникновении угрозы их личной безопасности.
2. Осужденные, занятые на тяжелых работах и работах с вредными условиями труда, дополнительно получают (граммов в сутки):
 - хлеба их смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта – 50,
 - хлеба пшеничного из муки 2-го сорта – 50,
 - муки пшеничной 2-го сорта – 15,
 - крупы разной – 20,
 - макаронных изделий – 20,
 - мяса – 40,
 - рыбы – 20,
 - жиров топленых пищевых и кулинарных, маргарина – 15,
 - сахара – 5,
 - чая – 0,2,
 - картофеля – 50,
 - овощей – 50.

НОРМА № 3¹
суточного довольствия лиц, находящихся в следственных изоляторах Министерства юстиции Российской Федерации

Вид продовольствия	Норма на одного человека в сутки (в граммах)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	400
Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта	150
Мука пшеничная 2-го сорта	5
Крупа разная	100
Макаронные изделия	20
Мясо	100
Рыба	100
Жиры животные топленые пищевые и кулинарные, маргарин	30
Масло растительное	15
Сахар	30
Чай натуральный	1
Соль	20
Картофель	500
Овощи	250
Лавровый лист	0,1
Томатная паста	3

Примечания:

1. По данной норме обеспечиваются также лица:
 - находящиеся в изоляторах временного содержания и приемниках-распределителях;
 - арестованные, в отношении которых ведется следствие или дело которых находится в суде;
 - ожидающие рассмотрения кассационных жалоб и вступления приговора в законную силу;
 - арестованные в административном порядке.

2. Несовершеннолетним, содержащимся в следственных изоляторах, дополнительно выдается на одного человека в сутки: 15 граммов масла коровьего и 10 граммов сахара.

НОРМА № 4¹

суточного довольствия для неработающих осужденных, водворенных в штрафные изоляторы, переведенных в помещения камерного типа, единые помещения камерного типа или одиночные камеры Министерства юстиции Российской Федерации

Вид продовольствия	Норма на одного человека в сутки (граммов)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	500
Мука пшеничная 2-го сорта	5
Крупа разная	80
Макаронные изделия	20
Мясо	40
Рыба	100
Жиры животные топленые пищевые и кулинарные, маргарин	20
Масло растительное	15
Сахар	20
Чай натуральный	0,3
Соль	20
Картофель	600
Овощи	300
Лавровый лист	0,1
Томатная паста	3

¹ Установлена постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 1992 года № 935

НОРМА № 5¹ суточного довольствия осужденных, содержащихся в воспитательных колониях Министерства юстиции Российской Федерации

Вид продовольствия	Норма на одного человека в сутки (граммов)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	150
Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта	200
Мука пшеничная 2-го сорта	35
Мука картофельная	3
Крупа, бобовые, макаронные изделия	75
Картофель	400
Овощи и зелень	470
Фрукты свежие	250
Соки	200
Фрукты сушеные	15
Сахар	75
Кондитерские изделия	25
Кофе (кофейный напиток)	4
Какао	2
Чай	0,2
Мясо	105
Птица	70
Рыба (сельдь)	110
Колбасные изделия	25

¹ Норма утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 20 июня 1992 г. № 409 (распространена на подростков, содержащихся в воспитательных колониях, постановлением Правительства Российской Федерации от 21 августа 1992 г. № 610).

Молоко, кисломолочные продукты	550
Творог	70
Сметана	10
Сыр	12
Масло коровье	50
Масло растительное	18
Яйцо (штука)	1
Соль	8
Специи	2
Дрожжи	1

НОРМА № 7¹
суточного довольствия больных, находящихся
на стационарном лечении в лечебных учреждениях
и медицинских частях исправительных и воспитательных
колоний, тюрем, следственных изоляторов, а также
беременных женщин и кормящих матерей, содержащихся
в следственных изоляторах, исправительных колониях
и тюрьмах Министерства юстиции Российской Федерации

Вид продовольствия	Норма на одного человека в сутки (граммов)		
	Общая форма (норма «А»)	норма для больных туберкулезом, дистрофией, язвенной болезнью, авитаминозом и со злокачественными новообразованиями (норма «Б»)	норма для беременных женщин и кормящих матерей, содержащихся в следственных изоляторах, исправительных колониях и тюрьмах (норма «В»)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	250	200	200
Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта	250	250	300
Мука пшеничная 2-го сорта	5	5	5
Крупа разная	70	70	70
Макаронные изделия	20	30	20
Мясо	100	150	125
Рыба	100	100	100
Жиры животные топленые пищевые и кулинарные, маргарин	15	10	10
Масло растительное	20	20	20
Масло коровье	20	40	40

Молоко коровье	250	500	500
Творог	-	50	50
Яйца куриные (штуки)	-	0,5	1
Сахар	40	45	60
Чай натуральный	1	1	1
Соль	10	10	10
Лавровый лист	0,1	0,1	0,1
Томатная паста	3	3	3
Крахмал картофельный	1	1	1
Фрукты сушеные	15	15	15
Картофель	450	450	450
Овощи	300	350	350

Примечания.

1. По норме «Б» также обеспечиваются больные, находящиеся на амбулаторном лечении по поводу язвенной болезни, злокачественных новообразований, дистрофии, авитаминоза, анемии, больные СПИДом и ВИЧ-инфицированные, а также лица, наблюдавшиеся по поводу туберкулеза I-III групп и V-VII групп диспансерного учета, вне зависимости от места содержания.
2. По норме «В» обеспечиваются беременные женщины за четыре месяца до родов, кормящие матери и кормилицы на время кормления до 9-месячного возраста ребенка (по заключению врачей).
3. Питание детей, находящихся с матерями в следственных изоляторах, исправительных колониях и тюрьмах, а также детей, содержащихся в домах ребенка исправительных колоний, осуществляется по нормам питания, установленным для детей, находящихся в домах ребенка системы Министерства здравоохранения Российской Федерации.
4. Питание несовершеннолетних больных, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях мест лишения свободы, а также находящихся в оздоровительных группах, осуществляется по норме № 5.

Приложение № 2
к приказу Министерства юстиции
Российской Федерации
от 4 мая 2001 г. № 136

**Минимальная норма
материально-бытового обеспечения осужденных
к лишению свободы¹**

	На одного человека (граммов в месяц)	
	Хозяйст- венное мыло	Туалетное мыло
Содержащиеся в исправительных учреждениях осужденные: - мужского пола - женского пола	200 200	100
Содержащиеся в исправительных учреждениях, занятые на тяжелых работах и работах с вредными условиями труда осужденные: - мужского пола - женского пола	250 250	100
Содержащиеся в воспитательных колониях, в том числе находящиеся на стационарном лечении осужденные: - мужского пола - женского пола	400 400	50 100
Находящиеся на стационарном лечении в лечебных исправительных учреждениях и лечебно-профилактических учреждениях осужденные: - мужского пола - женского пола	250 250	100

Примечания:

1. По данной норме также обеспечиваются подозреваемые и обвиняемые в совершении преступлений.

2. Осужденным, не имеющим заработка в течение месяца и более, а также осужденным, размещенным в карантинных отделениях исправительных учреждений, дополнительно к данной норме выдается на одного человека: 100 граммов хозяйственного мыла на 1 месяц, 30 граммов зубной пасты (порошка) на 1 месяц, 1 зубная щетка на 6 месяцев.

Приложение № 3
к приказу Министерства юстиции
Российской Федерации
от 4 мая 2001 г. № 136

НОРМА
сухого пайка для осужденных к лишению свободы
а также лиц, находящихся в следственных изоляторах,
лечебных, лечебно-профилактических и воспитательных
учреждениях Министерства юстиции
Российской Федерации

Наименование продуктов	Количество (в граммах) на одного человека в сутки
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	500
Консервы мясорастительные в ассортименте (1/350 г),	700
или консервы рыбные (1/250 г),	500
или консервы рыбнорастительные (1/250 г)	500
Сахар	30
Чай натуральный	1
Соль пищевая	10

Примечания:

1. По данной норме обеспечиваются:
 - осужденные при этапировании в исправительные колонии, следственные изоляторы и тюрьмы, освобожденные из-под стражи при следовании к месту жительства, ссылки или поселения, а также лица, находящиеся в лечебных, воспитательных учреждениях при переводе их из одного лечебного, воспитательного учреждения в другой;
 - осужденные несовершеннолетние при этапировании в воспитательные колонии и следственные изоляторы, при переводе из воспитательных колоний в исправительные колонии, а также освобожденные из-под стражи при следовании к месту жительства или работы.

2. При выдаче сухого пайка с консервами рыбными и рыбо-растительными дополнительно к данной норме выдавать на одного человека в сутки: сало-шпик или маргарин – 20 граммов, хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1 сорта – 200 граммов.

Приложение № 4
к приказу Министерства юстиции
Российской Федерации
от 4 мая 2001 г. № 136

**ПРАВИЛА
применения норм питания осужденных к лишению
свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении
преступлений, содержащихся в учреждениях
уголовно-исполнительной системы**

1. По минимальной норме питания обеспечиваются продовольствием осужденные, содержащиеся в исправительных колониях всех видов, довольствие которых не предусмотрено другими нормами, а также осужденные к лишению свободы, оставленные в следственных изоляторах, тюрьмах и больницах для хозяйственного обслуживания, осужденные при перемещении к месту отбывания наказания под конвоем сроком свыше 3 суток, осужденные, содержащиеся в одиночных камерах по их просьбе и в случаях возникновения угрозы их личной безопасности.

Осужденные, водворенные в штрафные изоляторы, помещения камерного типа исправительных учреждений общего, строгого, особого режимов, привлекаемые к труду, и осужденные, не привлекаемые к труду по независящим от них обстоятельствам, обеспечиваются питанием по минимальной норме. По данной норме также обеспечиваются осужденные, содержащиеся в помещениях камерного типа исправительных учреждений общего, строгого, особого режимов, прибывшие после приговора суда.

Осужденные, занятые на тяжелых работах и работах с вредными условиями труда, дополнительно к указанной норме получают в сутки 50 граммов хлеба из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта, 50 граммов хлеба пшеничного из муки 2-го сорта, 15 граммов муки пшеничной 2-го сорта, 20 граммов крупы разной, 20 граммов макаронных изделий, 40 граммов мяса, 20 граммов рыбы, 15 граммов жиров топленых пищевых и кулинарных, маргарина, 5 граммов сахара, 0,2 грамма чая, 50 граммов картофеля, 50 граммов овощей.

2. Лица, признанные злостными нарушителями установленного порядка отбывания наказания, содержащиеся в штрафных изоляторах, помещениях камерного типа, единых помещениях камерного типа, одиночных камерах, осуществляется по норме № 4. С учетом медицинского заключения питание этих категорий

осужденных может осуществляться по минимальной норме или норме № 7.

3. По норме № 5 обеспечиваются продовольствием осужденные, содержащиеся в воспитательных колониях, в том числе водворенные в дисциплинарные изоляторы, а также находящиеся в оздоровительных группах и на стационарном лечении в лечебно-профилактических учреждениях уголовно-исполнительной системы.

4. По норме «А» нормы № 7 питанием вне зависимости от места содержания обеспечиваются больные общими заболеваниями, находящиеся на стационарном лечении, а также 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).

По норме «Б» нормы № 7 вне зависимости от места содержания обеспечиваются больные туберкулезом с I–III группой диспансерного учета, ВИЧ-инфекцией на всех стадиях заболевания, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка (в период обострения болезни), злокачественными новообразованиями, дистрофией, авитаминозом, анемией, а также лица, наблюдающиеся по поводу туберкулеза с V–VII группой диспансерного учета в период проведения противорецидивного лечения. Больные туберкулезом (ВК-), переведенные на III группу диспансерного учета, обеспечиваются питанием по данной норме в течение года, далее – в период проведения противорецидивного лечения; больные туберкулезом (ВК+), а также перенесшие операцию на легких, переведенные на III группу диспансерного учета, – в течение двух лет, далее – в период проведения противорецидивного лечения.

По норме «В» нормы № 7 согласно порядку, изложенному в примечании 2 к данной норме, обеспечиваются питанием беременные женщины, кормящие матери и кормилицы, содержащиеся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

5. По норме сухого пайка обеспечиваются: осужденные к лишению свободы, подозреваемые и обвиняемые в совершении преступлений при конвоировании в исправительные учреждения и следственные изоляторы;

осужденные, освобожденные из мест лишения свободы, а также лица, подозреваемые и обвиняемые в совершении преступлений, освобожденные из-под стражи, при следовании к месту жительства.

Большим осужденным на путь следования выдается набор сухих продуктов по назначению врача в пределах стоимости продуктов, входящих в нормы питания № 7А, 7Б, по которым они питались в исправительных учреждениях, следственных изоляторах.

Сухой паек выдается при следовании к месту назначения не более 3 суток. При следовании к месту назначения свыше 3 суток осужденные, подозреваемые и обвиняемые обеспечиваются горячим питанием.

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.

Освобождаемым женщинам с детьми выдается дополнительно для детей на время, необходимое для проезда к месту жительства, сухой паек в виде набора продуктов по назначению врача-педиатра дома ребенка учреждения, исполняющего наказания, или деньги в сумме, исчисляемой от средней стоимости продуктов, входящих в норму питания детей, сложившейся в месяце, предшествующем освобождению от наказания.

Общее время нахождения в пути следования (с учетом пересадок), исчисляемое по расписанию железнодорожного, водного или иного вида транспорта, свыше 6 часов принимается за полные сутки.

6. Осужденным исправительных учреждений, расположенных во второй климатической зоне⁸, разрешается выдавать субпродукты 2 категории взамен рыбы не более двух раз в неделю по нормам замен, а также картофель и овощи, в том числе тыквенные овощи, взамен 200 граммов хлеба из смеси муки ржаной обдирной и муки пшеничной первого сорта (по стоимости этих продуктов).

7. Работающим осужденным, содержащимся в исправительных учреждениях, имеющим рост 190 см и выше, при условии выполнения ими норм выработки, а также соблюдения правил внутреннего распорядка, с учетом медицинского заключения разрешается выдавать дополнительно к норме половину пайка с удержанием стоимости этих продуктов на общих основаниях.

8. Большим, находящимся на амбулаторном лечении, страдающим желудочно-кишечными заболеваниями и нуждающимся в диетическом питании, по заключению врача учреждения про-

⁸ Ко второй климатической зоне относятся: Республика Дагестан, Республика Калмыкия, Астраханская и Волгоградская области.

дукты по минимальной норме питания и нормам суточного довольствия № 3, 4, 5 и норме «В» нормы № 7 выдаются с частичной заменой, в том числе:

хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта заменяется хлебом из муки пшеничной 2-го сорта грамм за грамм;

крупа разная 40 граммов – крупой манной 20 граммов и рисом 20 граммов;

мука пшеничная 2-го сорта, пшено, бобовые – крупами ячменной, пшеничной и овсяной грамм за грамм;

рыба – молоком коровьим в пределах ее стоимости (не более двух раз в неделю);

жир животный топленый пищевой и кулинарный, маргарин, масло растительное – маслом коровьим по нормам замены.

Дополнительная стоимость диетических продуктов не должна превышать 20 процентов стоимости продуктов, предусмотренных в нормах питания.

9. Для проведения инсулино-шоковой терапии при лечении осужденных, страдающих психическими расстройствами, находящихся на лечении в психиатрических больницах (отделениях), на курс лечения в течение 25–30 суток дополнительно к нормам довольствия выдается по 200 граммов сахара на одного человека в сутки.

10. Для осуществления принудительного питания осужденных, подозреваемых и обвиняемых взамен основной нормы суточного довольствия выдается следующий набор продуктов на одного человека в сутки: крупа манная или овсяная – 50 граммов, мясо для бульона – 200 граммов, масло коровье – 30 граммов, яйца куриные – 2 штуки, сахар – 100 граммов, молоко коровье цельное – 800 граммов, соль – 10 граммов, аскорбиновая кислота – 100 миллиграммов.

11. Осужденным к лишению свободы, занятым на работах, которые действующим законодательством отнесены к работам с вредными и особо вредными условиями труда, предусмотрена выдача молока или профилактического питания, выдается в дни работы сверх нормы питания 500 граммов молока или лечебно-профилактическое питание бесплатно.

12. Для предупреждения витаминной недостаточности в рацион питания осужденных, подозреваемых и обвиняемых вводится поливитаминный препарат «Гексавит» по одному драже на одного человека в сутки. Поливитамины выдаются в период с 15 апреля по 15 июня. Стоимость поливитаминного препарата удерживается с осужденных на общих основаниях.

13. По всем нормам довольствия пища готовится три раза в сутки на завтрак, обед и ужин по утвержденным раскладкам продуктов. При этом на завтрак и ужин готовится по одному второму блюду, чай или третье блюдо, на обед – первое и второе блюдо.

14. За время нахождения осужденных в комнатах длительных свиданий (без посещения столовой), а также при краткосрочных и длительных выездах за пределы учреждений продукты для них не выписываются, а стоимость питания за этот период из заработной платы и иных доходов либо с их лицевых счетов не удерживается.

15. Администрация исправительных, лечебных, лечебно-профилактических учреждений и следственных изоляторов обязана осуществлять строгий контроль за правильностью применения норм питания. Данные о количестве лиц, зачисленных на довольствие по той или иной норме, согласовываются с заинтересованными службами учреждения и утверждаются его руководством.

За счет средств предприятий, привлекающих к труду осужденных, им может быть организовано дополнительное питание сверх установленных норм.

Приложение № 5
к приказу Министерства юстиции
Российской Федерации
от 4 мая 2001 г. № 136

НОРМЫ ЗАМЕНЫ
продуктов при выдаче продовольственных пайков

1. Общие замены

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.1	Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта заменять:	100		
	хлебом формовым из диспергированного (тонко измельченного) пшеничного зерна		113	
	хлебом из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта, содержащим:			
	или 5 % муки соевой полужирной дезодорированной		98	
	или 10 % муки соевой полужирной дезодорированной		96	

⁹ Продукты в пределах пункта разрешается заменять между собой и проводить обратную замену в указанных соотношениях. Продукты, против которых в графе «Кроме того, заменять по пунктам номера» проставлены номера пунктов, разрешается заменять на продукты в пределах указанного пункта в таком же порядке. Многоступенчатая замена запрещена

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
	или 5 % муки соевой обезжиренной		98	
	или 10 % муки соевой обезжиренной		96	
	или 5 % окары		103	
	или 10 % окары		110	
	или 5 % окары сухой		98	
	или 10 % окары сухой		96	
	галетами простыми из муки пшеничной обдирной и 2-го сорта		60	
	мукой ржаной обдирной		42	
	мукой пшеничной 1-го сорта		28	
	хлебцами хрустящими		80	
	хлебом из муки пшеничной 2-го сорта		95	1.2
	хлебом белым из муки пшеничной 1-го сорта		90	1.2
1.2	Хлеб белый из муки пшеничной 1-го сорта заменять:	100		
	хлебом формовым из диспергированного (тонко измельченного) пшеничного зерна		115	
	хлебом белым из муки пшеничной 1-го сорта, содержащим:			
	или 5 % муки соевой полужирной дезодорированной		98	

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.2	или 10 % муки соевой полу жирной дезодорированной		96	
	или 5 % муки соевой обезжиренной		98	
	или 10 % муки соевой обезжиренной		96	
	или 5 % окары		103	
	или 10 % окары		110	
	или 5 % окары сухой		98	
	или 10 % окары сухой		96	
	сухарями из муки пшеничной 1-го сорта		65	
	мукой пшеничной 1-го сорта		75	
	галетами простыми из муки пшеничной 1-го сорта		65	1.15
	галетами улучшенными с жиром		35	
	вафлями		55	1.15
	батонами простыми и нарезными из муки пшеничной 1-го сорта		95	
	хлебом из муки пшеничной высшего сорта		85	
хлебом из муки пшеничной 2-го сорта		105	1.1	

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.3	Хлеб белый из муки пшеничной 2-го сорта заменять:	100		
	хлебом формовым из диспергированного (тонко измельченного) пшеничного зерна		110	
	хлебом белым из муки пшеничной 2-го сорта, содержащим:			
	или 5 % муки соевой полу жирной дезодорированной		98	
	или 10 % муки соевой полу жирной дезодорированной		95	
	или 5 % муки соевой обезжиренной		98	
	или 10 % муки соевой обезжиренной		95	
	или 5 % окары		103	
	или 10 % окары		106	
	или 5 % окары сухой		98	
	или 10 % окары сухой		96	
	1.4	Крупу разную заменять:	100	
мукой соевой полу жирной дезодорированной ¹⁰			98	
мукой соевой обезжиренной ¹⁰			98	

¹⁰ Разрешается замена всех круп, кроме риса.

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.4	текстурированным концентратом соевого белка ¹⁰		93	
	текстурированной соевой мукой		98	
	окарой ¹⁰		358	
	окарой сухой ¹⁰		102	
	крупой соевой полужирной ¹⁰		98	
	тофу ¹⁰		278	
	молоком соевым сухим ¹⁰		96	
	крупами, не требующими варки		100	
	макаронными изделиями		100	
	концентратами крупами, крупами соевыми и соевыми		100	
	мукой пшеничной 2-го сорта		100	
	консервами «Соевые бобы в томатном соусе»		200	
	картофелем свежим		500	1.5
	картофелем натуральным полуфабрикатом консервированным (включая заливку)		500	
	овощами свежими		500	1.5
овощами квашеными и солеными		500	1.5	

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера	
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя		
1.4	картофелем и овощами сушеными, пюре картофельным сухим, картофельной крупой, картофелем и овощами сублимационной сушки		100		
	консервами овощными и бобовыми натуральными и маринованными (включая заливку)		500		
	консервами овощными первых обеденных блюд без мяса		375		
	консервами овощными заправочными		250		
	консервами овощными закусочными		375	1.9, 1.18	
	1.5	Картофель, овощи свежие, квашеные и соленые заменять:	100		1.4
		луком репчатым ¹¹		50	
луком репчатым сушеным или сублимационной сушки ¹¹			5		
луком зеленым (перо) ¹¹			100		
чесноком			25		
морской капустой ¹²			100		

¹¹ Запрещается обратная замена.

¹² Допускается выдавать в количестве не более 150 граммов в течение недели.

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.6	Лук репчатый заменять:	100		
	морской капустой ¹²		200	
1.7	Дрожжи прессованные заменять:	100		
	дрожжами сухими		50	
	Мясо – говядину, свинину, баранину заменять:	100		
	мясными блюдами на костях		100	
	мясными блюдами без костей		80	
	олениной		130	
	сухпродуктами первой категории (в том числе печенью)		100	
	сухпродуктами второй категории		300	
	мясом птицы потрошеной		100	
	мясом птицы полу потрошеной и непотрошеной		120	
	мясом сублимационной и тепловой сушки		33	
	колбасой вареной и сосисками (сардельками)		80	
	мясокопченостями (ветчина, грудинка, рулеты, колбаса полу копченая)		60	
	консервами мясными разными		75	

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.8	консервами из птицы с костями		150	
	рыбой (в охлажденном, мороженном и соленом виде) без головы		150	1.9, 1.12
	консервами рыбными разными		120	1.9
	сыром сычужным твердым		48	1.12
	сыром плавленым		72	1.12
	яйцами куриными, шт.		2	1.12, 1.13
	мукой соевой полу жирной дезодорированной ¹³		42	
	мукой соевой обезжиренной ¹³		32	
	текстурированной соевой мукой ¹³		32	
	изделиями из текстурированного концентрата соевого белка ¹³		20	
	Тофу ¹³		115	
	концентратом бульона для приготовления первых блюд		80	
	1.9	Рыбу (в охлажденном, мороженном и соленом виде) потрошеную без головы заменять:	100	

¹³ Разрешается заменять из расчета не более 30 % от количества, положенного по норме питания в течение недели.

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.9	сельдью соленой и копченой с головой		100	
	рыбой всех видов и семейств с головой независимо от состояния разделки		130	
	рыбой копченой и вяленой (в том числе в облой)		75	
	рыбным филе		70	
	рыбой сушеной и рыбой суублимационной сушки		33	
	сельдью соленой без головы, независимо от состояния разделки		85	
	консервами рыбными разными		80	1.8
	консервами овощными закусочными		120	1.4, 1.18
	кетой, горбушей соленой с головой		100	
	кетой, горбушей соленой без головы		85	
	мукой соевой полу жирной дезодорированной ¹³		25	
	текстурированной соевой мукой ¹³		20	
	мукой соевой обезжиренной ¹³		20	
	заменителем молока «Соевое молоко» ¹³		350	

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.9	соевым молоком сухим ¹³		25	
	изделиями из текстурированного концентрата соевого белка ¹³		15	
	Тофу ¹³		70	
1.10	Жиры животные топленые, маргарин заменять:	100		
	маслом коровьим ¹⁴		67	
	маслом растительным		100	
	жиром-сырцом		130	
	салом-шпик		100	
1.11	Сметану 20 %-й жирности заменять:	100		
	соевым молоком сухим		60	
	Молоко коровье ¹⁵ заменять:	100		1.18
	молоком цельным сухим, сухой простоквашей и кисломолочными продуктами суублимационной сушки		15	
	молоком цельным сгущенным с сахаром		20	
	молоком сгущенным стерилизованным без сахара		30	—

¹⁴ Разрешается только прямая замена при лечебном питании.

¹⁵ В связи с тем, что в торговой сети и продовольственной службе молоко учитывается и отпускается потребителям по объему, а не по массе, в настоящих нормах 100 куб. см молока условно принято за 100 г.

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.12	кофе натуральным или какао со сгущенным молоком и с сахаром		20	
	кисломолочными продуктами (кефиром, простоквашей, ацидофилином)		100	
	сливками		20	
	сметаной		20	
	сметаной сухой		10	
	творогом		30	
	маслом коровьим		5	
	маслом коровьим топленым		5	
	сыром сычужным твердым		12	1.8
	сыром плавленым		18	1.8
	яйцами куриными, шт.		0,5	1.8, 1.13
	сливками сгущенными с сахаром		20	
	брынзой		24	
	рыбой (в охлажденном, мороженном и соленом виде) потрошенной без головы ¹⁶		60	1.8, 1.9
	заменителем молока «Соевое молоко» ¹⁷		100	
соевым молоком сухим ¹⁷		15		

¹⁶ Разрешается прямая и обратная замена, другие замены запрещены.

¹⁷ Разрешается заменять из расчета не более 30 % от количества, положенного по норме питания в течение недели.

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.13	Яйца куриные, шт. заменять:	1		1.8, 1.12
	порошком яичным		15	
	меланжем яичным		50	
1.14	Сахар заменять:	100		
	карамелью		50	
	вареньем, джемом, повидлом		140	1.17
	мармеладом		130	
	печеньем		100	1.15
	вафлями		100	1.2, 1.15
	халвой		120	1.15
	пастилой		120	
1.15	Печенье заменять:	100		1.14
	галетами простыми из муки пшеничной 1-го сорта, бараночными изделиями		100	1.2
	вафлями		85	1.2
1.16	Томатную пасту заменять:	100		
	томатом-пюре		200	
	соусами томатными		100	
	соком томатным, помидорами свежими		500	
1.17	Фрукты свежие заменять:	100		
	ягодами свежими		100	
	апельсинами, мандаринами		100	
	арбузами		300	

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.17	дынями		200	
	фруктами сушеными		20	1.19
	фруктами и ягодами сублимационной сушки		20	
	компотами консервированными ¹⁸		50	
	соками плодовыми и ягодными натуральными ¹⁸		100	1.18
	соками концентрированными плодовыми и ягодными с содержанием сухих веществ не менее 50 %		20	
	соками сублимационной сушки		18	
	напитками фруктовыми		130	
	экстрактом плодовым и ягодным		10	
	вареньем, джемом, повидлом		17	1.14
	концентратом киселя на плодовых и ягодных экстрактах		30	1.22
1.18	Соки плодовые и ягодные натуральные заменять:	100		1.17
	консервами овощными закусочными		50	1.4, 1,9
	лимонной кислотой		0,5	

¹⁸ Соки плодовые и ягодные натуральные, компоты консервированные заменять концентратом киселя запрещено.

№ п/п	Наименование продуктов ⁹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		Заменяемого продукта	продукта-заменителя	
1.18	и сахаром		15	
	соком томатным, овощным		300	
1.19	Фрукты сушеные заменять:	100		1.17
	сахаром		75	
	и чаем		3	
1.20	Кофе натуральный заменять:	100		
	кофе растворимым		40	
	кофейным напитком		200	
	какао-порошком		100	
	чаем черным байховым 1-го сорта ¹⁸		25	1.21
1.21	Чай черный байховый заменять:	100		1.20
	чаем растворимым		80	
	кофейным напитком		800	1.20
1.22	Крахмал картофельный заменять:	100		
	концентратом киселя на плодовых и ягодных экстрактах		100	1.17
	картофелем свежим ¹⁹		500	1.4, 1.5

¹⁹ Разрешается прямая замена, другие замены запрещены.

2. Специальные замены для отдельных категорий больных, находящихся на стационарном лечении в лечебно-профилактических и лечебных учреждениях уголовно-исполнительной системы²⁰

№ п/п	Наименование продуктов ²¹	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
2.1	Хлеб из муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта заменять	100		Для всех категорий больных
	хлебом белым из муки пшеничной 1-го сорта		90	
	мукой пшеничной 1-го сорта		75	
	крупой манной		75	
	крупой разной		75	
2.2	Муку пшеничную 1-го сорта заменять:	100		То же
	мукой пшеничной высшего сорта		95	
2.3	Крупу разную заменять:	100		То же
	крупой манной		100	
2.4	Мясо – говядину, свинину, баранину заменять:	100		То же
	творогом		300	

²⁰ Разрешается прямая замена, другие замены запрещены.

²¹ Продукты в пределах пункта разрешается заменять между собой и проводить обратную замену в указанных соотношениях. Продукты, против которых в графе «Кроме того, заменять по пунктам номера» проставлены номера пунктов, разрешается заменять на продукты в пределах указанного пункта в таком же порядке. Многоступенчатая замена запрещена

№ п/п	Наименование продуктов ²²	Количество, г		Кроме того, заменять по пунктам номера
		заменяемого продукта	продукта-заменителя	
2.5	Рыбу заменять:	100		То же
	творогом		200	
2.6	Масло растительное заменять:	100		То же
	маслом коровьим		67	
2.7	Масло коровье и растительное заменять:			То же
	жирами животными топлеными, маргарином			
2.8	Сахар заменять:			Для больных диабетом
	ксилитом пищевым или сорбитом			

3. Рыбо-растительные консервы

№ п/п	Консервы	Количество продуктов, подлежащих удержанию за 100 г консервов		
		Рыба	Крупа, мука и овощи в пересчете на крупу	Масло растительное
3.1	Консервы рыбо-растительные в ассортименте, 1/100	65	10	10

Примечание: При получении на обеспечение новых видов продуктов нормы замены этими продуктами устанавливаются в каждом конкретном случае довольствующим органом.

Тюремная библиотека
Выпуск 27

Медицина в пенитенциарной системе России

Ответственный за выпуск *И. Зайцев*
Художник *В. Те*

ИД № 02184 от 30.06.2000. Подписано в печать 17.07.2001.

Формат 60X90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.

Печать офсетная. Заказ №

Издательство «Права человека», 119021, Москва, Зубовский бульвар, 17

Фабрика офсетной печати, г. Обнинск, ул. Королева, 6