

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ОСУЖДЁННЫХ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ

Марат Исмагилович Тимерзянов*

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-1043

Дан обзор литературных источников отечественных и зарубежных авторов, касающихся условий содержания, состояния здоровья осуждённых, важнейших групп заболеваний и организации их медицинского обеспечения. Состояние здоровья заключённых значительно отличается от общенациональных показателей, что связано с концентрацией социально дезадаптированной прослойки населения, наличием в тюрьмах условий, облегчающих распространение некоторых инфекционных заболеваний, и рядом других факторов. При этом данные проблемы не изолированы, так как большинство лиц, находящихся в местах лишения свободы, рано или поздно возвращаются в общество. Во второй половине 1990-х годов в России в структуре заболеваемости осуждённых ведущие места занимали болезни органов дыхания — 23,5% (респираторные вирусные инфекции, хронические неспецифические заболевания лёгких, пневмония и пр.); психические расстройства — 19,6% (алкоголизм, наркомания), инфекционные и паразитарные болезни — 17,3% (туберкулёз, инфекции, передаваемые половым путём), болезни кожи и подкожной клетчатки — 10,9% (чесотка, педикулёз). В России за период 1990-х годов показатель смертности осуждённых увеличился в 3,2 раза (с 323,0 до 1027,3 на 100 тыс. осуждённых). Однако с конца 1990-х годов наблюдается неуклонное снижение смертности, что в первую очередь определяется снижением смертности заключённых от туберкулёза. Обеспеченность лиц, содержащихся в республике в местах лишения свободы, врачами (без стоматологов) составляет 45,4 на 10 тыс. контингента, средними медицинскими работниками — 109,1. Данные показатели выше, чем в системе Министерства здравоохранения, по врачам — на 3,2%, а по среднему медицинскому персоналу — на 18,1%. Пенитенциарные учреждения представляют собой важный ресурс общественного здравоохранения, позволяя выявлять, проводить лечение и профилактику большой группы заболеваний в сложной целевой группе, нередко труднодостижимой для служб гражданского здравоохранения. Существующие проблемы в состоянии здоровья осуждённых, слабая материально-техническая база медицинской службы обусловлены недостаточным финансированием Управления исправительной системы. Отсутствие законодательной базы не позволяет администрации учитывать особенности наиболее уязвимых категорий заключённых.

Ключевые слова: осуждённые, состояние здоровья, медицинское обеспечение.

MEDICAL AND SOCIAL HEALTH PROBLEMS OF CONVICTED AND HEALTH CARE DELIVERY TO THIS CATEGORY

M.I. Timerzyanov

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

An overview of the literature of domestic and foreign authors concerning the prisoners incarceration conditions and the health status, the most important disease groups and the medical support organization is presented. The prisoners health status significantly differs from the nationwide values, what is related to the maladjusted population stratum concentration, the prison conditions that facilitate some infectious diseases spread, and other factors. These problems are not isolated, as the majority of persons who are in prison, sooner or later return to the community. In the second half of the 1990s in Russia the leading in morbidity structure of convicted were respiratory diseases — 23.5% (respiratory viral infections, chronic non-specific lung disease, pneumonia, etc.); mental disorders — 19.6% (alcoholism, drug addiction), infectious and parasitic diseases — 17.3% (tuberculosis, sexually transmitted infections) diseases of the skin and subcutaneous tissue — 10.9% (scabies, pediculosis). In Russia during the 1990s, the death rate of prisoners increased by 3.2 times (from 323.0 to 1027.3 per 100 thousand of convicts). However, since the late 1990s, there is a steady decline in mortality, which is determined primarily by a decrease in prisoners mortality from tuberculosis. Doctors availability (excluding dentists) for persons who are in prisons in republic of Tatarstan is 45.4 per 10 thousand, nurses availability — 109.1. These values are higher than in the institutions of the Ministry of Health, in terms of doctors — by 3.2%, and nurses — 18.1%. Prisons represent an important public healthcare resources, allowing to identify, treat, and prevent a large group of diseases in complicated target group which is often difficult to get by civilian health services. Existing problems in the prisoners health, poor material and technical resources of medical services are due to inadequate funding of the Department of the correctional system. Lack of legal framework does not allow the administration to take into account features of the most vulnerable categories of prisoners.

Keywords: convicts, health status, health care.

Граждане, содержащиеся в пенитенциарных учреждениях (ПУ), нередко имеют специфические социально-демографические характеристики, которые позволяют выделить их в особую целевую группу общественного здравоохранения. Большинство заключённых — мужчины, значительная часть этих людей происходит из социально-незащищённых и маргинальных социальных групп.

Антисанитария, нездоровые условия и хаотичный образ жизни, неполноценное питание, отсутствие нормального доступа к медицинской помощи являются обычными обстоятельствами для многих из них ещё до заключения. До конца 90-х годов прошлого столетия Российская Федерация (РФ) занимала первое место в мире по числу заключённых на душу населения, но широкомасштабная судебная реформа позволила в последние годы существенно снизить количество лиц, содержащихся в ПУ, и

«пальма первенства» перешла США. В начале 2000-х годов в 1014 учреждениях Главного управления исполнения наказаний Министерства юстиции РФ содержались 877 тыс. человек, что соответствует относительному показателю 67,0 на 10 тыс. населения [13].

Условия содержания. Санитарные нормы, необходимые для поддержания здоровья заключённых, определены минимальными стандартными правилами обращения с заключёнными Организации Объединённых Наций. Этот основополагающий международный документ устанавливает минимальные нормативы площади, вентиляции, освещения и оборудования жилых, производственных, санитарных помещений в местах лишения свободы.

Положению российских заключённых посвящено множество публикаций, в большинстве из которых санитарные и бытовые условия в учреждениях Управления исправительной системы (УИС) оценивают как крайне неблагоприятные [8]. Однако лишь в немногих работах проведён детальный анализ условий содержания. Данный обзор в значительной степени основывается на отчёте Московской Хельсинской группы, которая провела масштабное и всеобъемлющее общероссийское мониторинговое исследование положения российских заключённых [7].

В целом можно констатировать, что на сегодняшний день в отношении условий содержания российских заключённых существует взвешенная правовая база, которая в большинстве положений соответствует международным нормам. Гарантии государства по обеспечению условий в ПУ далеко не всегда подкреплены соответствующим финансированием, что на практике не позволяет обеспечить выполнение всех установленных норм. В сфере материально-бытового обеспечения осуждённых, безусловно, есть определённые факты злоупотребления и нарушения прав осуждённых по вине администраций учреждений УИС, которые периодически регистрируются правозащитными организациями.

По оценке Московской Хельсинской группы, пока «руководство колоний не в состоянии создать условий, соответствующих требованиям российского законодательства и минимальных стандартных правил обращения с заключёнными Организации Объединённых Наций. При этом существующие нарушения не могут быть в полной мере отнесены на счёт администрации. В первую очередь, сложившееся положение обусловлено скудностью государственного финансирования исправительных учреждений».

Состояние здоровья заключённых. Во многих странах в местах лишения свободы регистрируют высокую частоту психических заболеваний, наркоманий и ряда инфекционных заболеваний. Исследования состояния здоровья в УИС РФ во второй половине 1990-х годов [10–12] показали, что в структуре заболеваемости осуждённых ведущие места занимали болезни органов дыхания — 23,5% (острые респираторные вирусные

инфекции, хронические неспецифические заболевания лёгких, пневмония и пр.); психические расстройства — 19,6% (хронический алкоголизм, наркомания и пр.), инфекционные и паразитарные болезни — 17,3% [туберкулёз, инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), и пр.], болезни кожи и подкожной клетчатки — 10,9% (чесотка, педикулёз и пр.).

В местах лишения свободы в избыточном количестве представлены лица с *патологией психической сферы* [16]. Так, каждому третьему осуждённому в Великобритании может быть поставлен диагноз психического заболевания. Распространённость психозов среди лиц, ожидающих суда в Англии и Уэльсе, в 5 раз превышает аналогичный показатель для общего населения. 55% арестованных имели показания для немедленного начала психиатрического лечения — большинству помощь могла быть оказана в условиях ПУ, однако 9% нуждались в переводе в специализированный психиатрический стационар [18].

Угрожающие размеры принимает и проблема употребления нелегальных психоактивных веществ. В настоящее время пропорция наркозависимых заключённых в странах Евросоюза варьирует от 30 до 86%. При этом потребности заключённых в психиатрической и наркологической помощи намного превосходят возможности тюремных служб здравоохранения [23].

Существует несколько объяснений столь высокой распространённости психических заболеваний среди заключённых. С одной стороны, поведение, с высокой вероятностью приводящее к лишению свободы, может быть обусловлено некоторыми типами психопатологии. С другой стороны, существует корреляция между сокращением коечного фонда психиатрических стационаров и резким увеличением количества заключённых в последние несколько десятилетий [20].

Сходные тенденции наблюдаются и в РФ. Ещё в 1980-х годах выборочные исследования свидетельствовали о том, что 50–60% осуждённых в исправительно-трудовых учреждениях имеют различную психическую патологию. Ко второй половине 1990-х годов ситуация значительно усложнилась, особенно вследствие быстрого распространения в обществе употребления наркотиков.

Переполнение ПУ — достаточно частая проблема во всём мире, что потенциально создаёт условия для быстрого распространения воздушно-капельных *инфекционных заболеваний*. Примером могут служить вспышки краснухи [19], ветряной оспы [20] и менингококковой инфекции [30], зарегистрированные в тюрьмах США и Великобритании. Однако традиционно места лишения свободы всегда ассоциировались с высоким уровнем туберкулёза. Даже в развитых индустриальных странах, несмотря на небольшую общую заболеваемость туберкулёзом, заключённые остаются важной группой риска вследствие низкого социально-экономического статуса.

Из всех проблем общественного здравоохра-

нения в российских тюрьмах именно туберкулёз привлекает самое пристальное внимание [1, 4, 6]. По оценкам российских исследователей, даже в относительно благополучном 1991 г. заболеваемость туберкулёзом в исправительно-трудовых учреждениях МВД РФ значительно превышала аналогичный показатель среди общего населения. Эффективность лечения впервые диагностированных случаев также была низкой и составляла 74,2% по прекращению бактериовыделения и 64,4% по закрытию полостей распада [17]. За последующее десятилетие показатель заболеваемости туберкулёзом в УИС многократно вырос и достиг отметки 4055 на 100 тыс. при смертности от туберкулёза 485 на 100 тыс. населения.

В последние годы в учреждениях УИС РФ отмечается улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу, что обусловлено сокращением количества лиц, содержащихся в ПУ, вследствие широкомасштабной реформы, а также практически полным обеспечением противотуберкулёзной службы препаратами первого ряда. Тем не менее, показатель заболеваемости туберкулёзом в УИС РФ всё ещё остаётся высоким (в 2008 г. — 202,8 на 100 тыс.). Особую тревогу вызывает широкое распространение форм заболевания с множественной лекарственной устойчивостью (16%).

Характерна для мест лишения свободы и высокая распространённость ИППП. В Австралийских тюрьмах ранее не диагностированный сифилис был выявлен у 1% женщин и 2% мужчин. При скрининге женщин, поступающих в тюрьму Нью-Йорка, выявляемость сифилиса составила 25%, что более чем в 1000 раз (!) превосходит показатель для женского населения города. Документировано заражение сифилисом и гонореей при сексуальных контактах между заключёнными [13].

Более 90% случаев ИППП в российских ПУ выявляется при поступлении в следственный изолятор, то есть является непосредственным проявлением заражений, происходящих на свободе. Регистрировались среди российских заключённых и отдельные эпидемические вспышки, например заражение сифилисом 76 человек в одной исправительной колонии Краснодарского края [2], однако сведений о реальной ситуации с распространением ИППП внутри учреждений УИС РФ недостаточно.

Ситуация с инфекцией, обусловленной *вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретённого иммунодефицита* (ВИЧ/СПИД) и другими гемоконтактными инфекциями в тюрьмах, в значительной степени определяется особенностями эпидемиологии в конкретной стране.

Так, в ряде африканских государств распространённость ВИЧ-инфекции в ПУ вполне сравнима с поражённостью общего населения. К примеру, 27% заключённых Замбии инфицированы ВИЧ при оценочном показателе распространённости 19% в среднем по стране и до 32% в крупных городах [29].

В индустриальных странах, напротив, распространённость ВИЧ-инфекции среди спецконтингента обычно коррелирует с уровнем инфицированности потребителей внутривенных наркотиков. Так, в США, где поражённость наркоманов очень высока, распространённость ВИЧ-инфекции среди поступающих в тюрьмы варьирует от 1 до 20% в зависимости от штата — в сравнении с 0,03% среди доноров. В Шотландии, где регистрировались крупные вспышки ВИЧ-инфекции среди наркоманов, показатель распространённости среди заключённых достигает 4,5% [15]. Напротив, в Англии, Австралии и Канаде, где удалось сдержать эпидемию ВИЧ среди наркотопотребителей, общая распространённость ВИЧ среди заключённых составляет менее 1% [28, 31].

Эта закономерность повторяется и в РФ — лавинообразное увеличение числа ВИЧ-инфицированных заключённых началось вслед за стремительным распространением эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков. На конец 2002 г. в УИС РФ находились свыше 36 тыс. ВИЧ-положительных лиц, или около 20% общего числа инфицированных в стране.

Смертность. Информативность заболеваемости как характеристики здоровья населения весьма ограничена, так как её регистрируемые уровни не в полной мере характеризуют действительную распространённость патологии, более достоверной характеристикой здоровья популяции служит смертность.

В начале XIX века смертность заключённых Британских тюрем в 5 раз превосходила таковую в общем населении [24]. В тот же период была продемонстрирована колоссальная разница смертности заключённых в зависимости от условий содержания. К примеру, в 1815–1818 гг. показатель смертности заключённых в разных тюрьмах Франции варьировал от 24,5 до 251,9 на 1000 осуждённых [27].

В 1972 г. показатель смертности в ПУ штата Тенесси почти в 20 раз превосходил данный коэффициент для всего населения США. В конце XX века коэффициент смертности в ПУ Канады в 2 раза превышал средний национальный показатель для мужчин такого же возраста [30]. В этом крупном исследовании было установлено, что более половины всех случаев смерти в тюрьмах обусловлено насильственными причинами — самоубийствами, отравлениями (чаще при передозировке наркотиков) и убийствами. В федеральных ПУ Канады смерть от отравлений встречается в 50 раз чаще, а самоубийства — в 10 раз чаще, чем среди всего населения.

Подобная структура смертности с преобладанием внешних причин достаточно типична для ПУ большинства индустриально-развитых стран [21]. Исключения составляют США, где в 80–90-х годах прошлого века на первое место среди причин смерти в местах лишения свободы вышел СПИД [18]. Однако после начала широкого предоставления американским заключённым высокоактивной антиретровирусной терапии

смертность от ВИЧ-ассоциированных заболеваний резко снизилась.

В последние годы особое внимание исследователей привлекает повышенная смертность лиц, которые освобождаются из ПУ [26], причём большое количество смертей регистрируется в течение первой недели после освобождения и обусловлено передозировкой психоактивных веществ, что, вероятно, объясняется снижением толерантности к опиатам в период лишения свободы и возобновлением приёма наркотиков по возвращении из тюрьмы [28].

Как известно, смертность от внешних причин (212,7 на 100 тыс. населения) находится в РФ на втором месте в структуре смертности. В целом в РФ насильственная смертность, включая убийства (28,3 на 100 тыс. населения) и суициды (39,3 на 100 тыс. населения), составляет третью часть смертности от внешних причин (67,6 на 100 тыс. населения) и в 3 раза превышает среднемировые показатели насильственной смертности [4]. Даже простая экстраполяция этих цифр на тюремное население РФ без учёта повышенного риска, типичного для ПУ, предполагает, что ежегодно в учреждениях УИС РФ можно ожидать более 300 самоубийств заключённых, однако данные об истинном размере проблемы недостаточны.

За время, прошедшее с распада СССР, структура смертности лиц, содержащихся в российских ПУ, претерпела ряд существенных изменений. В период 1990-х годов в исправительных колониях показатель смертности осуждённых увеличился в 3,2 раза (с 323,0 до 1027,3 на 100 тыс. осуждённых). Смертность от травм, занимавшая в начале 1990-х годов первое место среди причин смерти осуждённых, резко снизилась в течение 6–7 лет, что, вероятно, можно объяснить общим падением производства в исправительных колониях. К середине 1990-х годов в структуре смертности ведущие позиции заняли инфекционные и паразитарные болезни (главным образом туберкулёз) – 49,2%, а также болезни сердечно-сосудистой системы – 18,2%. Однако с конца 1990-х годов в УИС регистрируют неуклонное снижение смертности, что в первую очередь определяется снижением смертности заключённых от туберкулёза.

Медицинское обеспечение в учреждениях УИС представляет собой государственную систему обеспечения осуждённых всеми видами лечебной и профилактической помощи, основанную на принципе доступности [2, 10, 12].

Структурная организация медицинской службы УИС представляет собой иерархическую сеть управленческих и медицинских подразделений, взаимосвязанных с организациями системы Министерства здравоохранения (МЗ). Специфика пенитенциарной службы состоит в том, что существует неравномерное распределение ПУ по административным территориям, а следовательно, деятельности их медицинских подразделений и заболеваемости контингента.

В местах лишения свободы функционирует

три типа медицинских подразделений: медицинские части (МЧ), больницы и лечебные ПУ. В состав МЧ, как правило, входят амбулатория, стационар с медицинским изолятором и аптека. Штаты МЧ формируются, исходя из лимита наполнения учреждения, и объявляются ведомственным приказом.

Объём медицинской помощи в МЧ зависит от конкретных условий, дислокации учреждения и его мощности. Однако в любом случае её оказывают не меньше, чем определено для медицинского обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях УИС. Этот объём включает перечень основных умений врача в области хирургии, при заболеваниях внутренних органов, заболеваниях и повреждениях глаз и их придатков, заболеваниях уха, горла, носа, мочеполовой системы, стоматологических заболеваниях, заболеваниях нервной системы, кожных и венерических болезнях, травмах и отравлениях, инфекционных заболеваниях.

Нормативы штатных коек стационаров МЧ ПУ определяются в количестве 2% установленного лимита наполнения учреждения. В составе стационаров должны быть оборудованы инфекционные изоляторы, предназначенные для временной изоляции (до направления в больницу) инфекционных больных, оказания им первой врачебной помощи, ухода и наблюдения за больными, а также взятия материалов, необходимых для диагностики заболевания.

В составе больницы общесоматического профиля в обязательном порядке существует ряд специализированных отделений: терапевтическое, хирургическое, психиатрическое, неврологическое и дерматовенерологическое. Кроме того, функционирует блок интенсивной терапии и реанимации, развёрнуты операционные и инфекционный изолятор.

Организация медицинского обеспечения пенитенциарной службы ранее строилась на основе «Руководства по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях Министерства внутренних дел (МВД) СССР» (1989) и ряда других приказов и методических рекомендаций МВД и Департамента исполнения наказаний, в настоящий момент – на основе «Инструкции по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях УИС МВД».

В указанных документах определены главные задачи, описаны оснащение и порядок работы медицинских учреждений УИС, представлены типовые должностные обязанности руководителей больниц и МЧ, приведены типовые правила внутреннего распорядка для больных осуждённых и другие инструктивные материалы.

Обеспеченность лиц, содержащихся в республике в местах лишения свободы, врачами (без стоматологов) составляет 45,4 на 10 тыс. контингента, средними медицинскими работниками (СМР) – 109,1. Данные показатели выше, чем в системе МЗ, по врачам – на 3,2%, а по СМР – на

18,1%. При этом укомплектованность штатных врачебных должностей в пенитенциарной службе составляет около 90%, по СМР — 98%, а коэффициенты совместительства ниже, чем в системе МЗ: у врачей пенитенциарной службы он составляет 1,13 (МЗ — 1,39), у СМР — 1,01 (МЗ — 1,14).

Амбулаторная помощь в ПУ, как и в системе МЗ, является самым массовым видом медицинского обслуживания, её уровень и качество во многом зависят от правильной, научно обоснованной и рациональной организации их деятельности.

В последние годы установлена тенденция к увеличению числа посещений на одного осуждённого — 12–13, что по сравнению с данными МЗ выше в 1,5 раза. Это обусловлено спецификой содержания осуждённых в ПУ — постоянной изоляцией их в камерах, необходимостью ежедневного врачебного контроля над состоянием здоровья этих лиц.

Распределение посещений амбулаторий по цели обращения (по поводу заболеваний или профилактического осмотра) показывает, что основное направление в работе врачей МЧ составляют осмотры по поводу заболеваний. В то же время сравнительный анализ этого показателя по следственным изоляторам (СИЗО) и исправительным колониям свидетельствует, что в СИЗО количество посещений по поводу заболеваний и число посещений по поводу профилактического осмотра практически уравнивается, что определяется функцией СИЗО, как своеобразного барьера для социально значимых заболеваний.

Показатель охвата осуждённых профилактическими осмотрами составляет в среднем 99%. Полный охват профилактическими осмотрами достигается в колониях усиленного, особого, общего режимов, тюрьмах и женских ПУ; наименьший показатель зафиксирован в СИЗО, что связано с большой перемещаемостью подследственных лиц и несогласованностью в работе медицинской и режимной служб СИЗО [10].

Установленный в пенитенциарной службе норматив коечного фонда МЧ (2% лимита наполнения ПУ) не учитывает фактическую наполняемость учреждения и заболеваемость контингента. Вместе с тем, обеспеченность контингента ПУ больничными койками (213,9 на 10 тыс. осуждённых) более чем в 2,5 раза превышает показатели для гражданской системы здравоохранения.

Структура коечного фонда медицинских подразделений УИС зависит главным образом от числа развёрнутых коек общего терапевтического профиля. Традиционно в пенитенциарном здравоохранении преобладают койки общетерапевтического и фтизиатрического профилей.

Анализ ритмичности госпитализации осуждённых в стационары по месяцам показывает, что наибольшее количество больных поступает в I–II кварталах года. В УИС на этот показатель может влиять ряд специфических факторов: планируемые или проводимые амнистии, оператив-

но-режимная обстановка в учреждениях и другие немедицинские причины [12].

Показатель занятости койки свидетельствует о значительной перегруженности стационаров, лишь в последние годы этот показатель стал соответствовать плановому благодаря внедрению технологий оптимизации медико-санитарного обеспечения в ПУ. В УИС средняя длительность пребывания больного на койке в 1,8–2 раза превышает показатель МЗ, соответственно оборот койки меньше, чем в гражданских учреждениях здравоохранения.

Приоритеты охраны здоровья в учреждениях УИС РФ. Смертность осуждённых в РФ приблизительно в 1,6 раза ниже этого показателя для общего населения аналогичного возраста, что обусловлено более низкими показателями смертности заключённых от сердечно-сосудистых заболеваний, а также от травм и отравлений — то есть двух ведущих причин смерти граждан РФ трудоспособного возраста.

Смертность осуждённых от инфекционных и паразитарных болезней в 2,8 раза больше таковой для общей выборки россиян трудоспособного возраста, а основные резервы для сокращения предотвратимой смертности заключённых в РФ заключаются в эффективном контроле туберкулёза. Общее впечатление о необходимых для этого ресурсах можно получить, исходя из численности заключённых, больных туберкулёзом (около 85 тыс. человек, 16% страдают туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью), и средних общих затрат на медикаменты на курс лечения одного туберкулёзного больного (в настоящее время в РФ — до 70 долларов США на комплекс противотуберкулёзных препаратов 1-го ряда, до 8000 долларов США на препараты 2-го ряда для лечения мультирезистентного туберкулёза). Следует также учитывать, что в общей структуре затрат на лечение туберкулёза расходы на медикаменты составляют менее половины необходимых средств [3].

Крайняя ограниченность информации о действительной частоте заражения ИППП, ВИЧ и парентеральными гепатитами внутри ПУ требует проведения дополнительных исследований для оценки ситуации. Согласно международному опыту и рекомендациям Всемирной организации здравоохранения [10], ключевые компоненты этих программ должны включать информирование о снижении риска инфицирования и обеспечение свободного доступа заключённых к презервативам/дезинфектантам, что требует относительно небольших финансовых затрат, но, к сожалению, нередко представляет собой серьёзный вызов традиционному мышлению. В свете этого для организации в УИС успешной и устойчивой профилактики ИППП/ВИЧ в первую очередь необходимо закрепление этих новых профилактических мероприятий в ведомственных актах УИС для их интеграции в обычный порядок функционирования российских ПУ.

Существующие проблемы в состоянии здоровья осуждённых, слабая материально-техническая база медицинской службы обусловлены недостаточным финансированием УИС. Отсутствие законодательной базы не позволяет администрации учитывать особенности наиболее уязвимых категорий заключённых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин Л.В., Коновалов О.Е., Петроченко И.И., Тарарышкин А.П. Заболеваемость туберкулёзом органов дыхания лиц, отбывающих наказание. *Здравоохран. РФ*. 2000; (6): 32-34. [Anokhin L.V., Kononov O.E., Petrochenko I.I., Tararyshkin A.P. The incidence of respiratory tuberculosis persons serving sentences. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2000; (6): 32-34. (In Russ.)]

2. Бородуллин В.Г. *Об итогах работы в 2000 году по организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы России. Медицина в пенитенциарной системе России (сборник)*. М.: Права человека. 2001: 54-62. [Borodullin V.G. *Ob itogakh raboty v 2000 godu po organizatsii meditsinskogo obespecheniya lits, soderzhashchikhsya v uchrezhdeniyakh ugolovno-ispolnitel'noy sistemy Rossii. Meditsina v penitentsiarnoy sisteme Rossii (sbornik)*. (On the results of work in 2000 on the organization of medical maintenance of the persons detained in the penitentiary system of Russia. Medical treatment in the penitentiary system of Russia (the collection).) Moscow: Prava cheloveka. 2001: 54-62. (In Russ.)]

3. *Борьба с туберкулёзом в тюрьмах. Справочник для руководителей программ. ВОЗ*. М.: Права человека. 2002: 208 с. [Bor'ba s tuberkulezom v tyur'makh. *Spravochnik dlya rukovoditeley programm. VOZ*. (Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. WHO) Moscow: Prava cheloveka. 2002: 208 p. (In Russ.)]

4. Бубочкин Б.П. Особенности эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в исправительно-трудовых учреждениях. *Проблемы туберкулёза*. 1995; (3): 7-9. [Bubochkin B.P. Features of the tuberculosis epidemiology in correctional institutions. *Problemy tuberkuleza*. 1995; (3): 7-9. (In Russ.)]

5. *Международный комpendиум современной практики решения вопросов, связанных с инфекционными заболеваниями в тюрьмах. Совместная публикация Международного центра по реформе уголовного права и политики в области криминальной юстиции и Международной ассоциации исправительных служб и тюрем*. Ванкувер (Канада). 2001: 81 с. [Mezhdunarodnyy kompndium sovremennoy praktiki resheniya voprosov, svyazannykh s infektsionnymi zabolovaniyami v tyur'makh. *Sovmestnaya publikatsiya Mezhdunarodnogo tsentra po reforme ugolovnogo prava i politiki v oblasti kriminal'noy yustitsii i Mezhdunarodnoy assotsiatsii ispravitel'nykh sluzhb i tyurem*. (International compendium of current practices to address infectious diseases in prisons. The international center for criminal law reform and criminal justice policy in cooperation with the international corrections and prisons association.) Vancouver (Canada). 2001: 81 p. (In Russ.)]

6. Нечаева О.В. Туберкулёз в учреждениях уголовно-исполнительной системы Свердловской области. *Здравоохран. РФ*. 2000; (3): 38-40. [Nechaeva O.V. Tuberculosis in the penal system of the Sverdlovsk region. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2000; (3): 38-40. (In Russ.)]

7. *Положение заключённых в современной России: доклад и тематические статьи*. Московская Хельсинкская группа. 2003: 245 с. [Polozhenie zaklyuchennykh v sovremennoy Rossii: doklad i tematicheskie stat'i. (The

situation of prisoners in Russia today: the report and feature articles. Moscow Helsinki Group.) Moskovskaya Khel'sinskaya gruppa. 2003: 245 p. (In Russ.)]

8. *Преступность и правопорядок в России. Статистический аспект — 2003: Статистический сборник*. М.: Госкомстат России. 2003: 85 с. [Prestupnost' i pravoporyadok v Rossii. *Statisticheskiy aspekt — 2003: Statisticheskiy sbornik*. (Crime and the rule of law in Russia. The statistical aspect — 2003: Statistical collection.) Moscow: Goskomstat Rossii. 2003: 85 p. (In Russ.)]

9. Рекомендации Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания Правительству Российской Федерации. (Посещение СИЗО-1 г. Владивосток). *Ведомости УИС*. 2002; (8): 81-96. [Recommendations of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Government of the Russian Federation. (Visit to the pretrial detention center-1 Vladivostok). *Vedomosti UIS*. 2002; (8): 81-96. (In Russ.)]

10. Рыбкина Т.А., Белов Ю.А. Туберкулёз в исправительно-трудовых учреждениях МВД России. *Туберкулёз и экология*. 1993; (1): 34-36. [Rybikina T.A., Belov Yu.A. Tuberculosis in correctional institutions of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. *Tuberkulez i ekologiya*. 1993; (1): 34-36 (In Russ.)]

11. Сажин В.Л., Юрьев В.К. *Здоровье и болезни заключённых*. СПб: Лань. 1999: 112 с. [Sazhin V.L., Yur'ev V.K. *Zdorov'e i bolezni zaklyuchennykh*. (Health and Diseases of prisoners.) St. Petersburg: Lan'. 1999: 112 p. (In Russ.)]

12. Сажин В.П., Лярский А.Ю., Таматорин И.В. и др. *Санитарно-гигиенические и социально-бытовые аспекты содержания ВИЧ-инфицированных женщин в местах лишения свободы. Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в вооружённых силах РФ*. Под ред. В.С. Новикова. СПб: ВмедА. 1999: 82-83. [Sazhin V.P., Lyarskiy A.Yu., Tamatorin I.V. et al. *Sanitarно-gigienicheskie i sotsial'no-bytovye aspekty soderzhaniya VICH-infitsirovannykh zhenshchin v mestakh lisheniya svobody. Fiziologo-gigienicheskaya otsenka usloviy voennoy sluzhby zhenshchin v vooruzhennykh silakh RF*. (Hygienic and sanitary and social and living conditions aspects of HIV-positive women in prisons. Physiological and hygienic assessment of the women military service conditions in the armed forces of the Russian Federation.) Edited by V.S. Novikova. St. Petersburg: VmedA. 1999: 82-83. (In Russ.)]

13. Alcabes P., Braslow C. A cluster of cases of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoe* in an adolescent detention center. *NY State J. Med.* 1988; 88: 495-496.

14. Barnashov A.V., Mishustin S.P., Andreev E.G. et al. *Analysis of mortality in TB penal hospital od Tomsk oblast (1996-2000). Abstracts of the 4th World Congress on Tuberculosis*. Washington. 2002: 53-54.

15. Bird A.G., Gore S.M., Jolliffe D.W., Burns S.M. Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh. *AIDS*. 1992; 6: 725-733.

16. Bland R.C., Newman S.C., Thompson A.H., Dyck R.J. Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *Int. J. Law Psychiatry*. 1998; 21: 273-279.

17. Braun M.M., Truman B.L., Maguire B. et al. Increasing incidence of tuberculosis in a prison inmate population: Association with HIV infection. *JAMA*. 1989; 261: 393-397.

18. Brooke D., Taylor C., Gunn J., Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ*. 1996; 313: 1524-1527.

19. Centers for Disease Control: Varicella outbreak in a women's prison — Kentucky. *MMWR*. 1989; 38: 635-642.

20. Chelala C. More mentally ill people reported in US

prisons. *BMJ*. 1999; 319: 210.

21. Coninx R., Pfyffer G.E., Mathieu C. et al. Drug resistant tuberculosis in prisons of Azerbaijan: case study. *BMJ*. 1998; 316: 1423-1425.

22. Curtis S.P., Edwards A. HIV in UK prisons: a review of seroprevalence, transmission and patterns of risk. *Int. J. STD AIDS*. 1995; 6: 387-391.

23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual report on the state of the drugs in the European Union and Norway*. 2002: 46-51.

24. Forbes T.R. A mortality record for Coldbath Fields prison, London, in 1795-1829. *Bull NY Acad. Med.* 1977; 53: 666-670.

25. Ford P.M., Pearson M., Sankar-Mistry P. et al. HIV, hepatitis C and risk behavior in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Q. J. Med.* 2000; 93: 113-119.

26. Joukamaa M. The mortality of released Finnish prisoners; a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci. Int.* 1998; 96: 11-19.

27. King L.N. *Doctors, patients, and the history of correctional medicine. Correctional Medicine*. Ed. Puisis M., Mosby. 1998: 6.

28. Seymour A., Oliver J.S. Drug-related deaths among recently released prisoners in the Strathclyde Region of Scotland. *J. Forensic Sci.* 2000; 45: 649-654.

29. Simooya O.O., Sanjobo N., Kaetano L. et al. «Behind walls»: a study of HIV risk behaviors and seroprevalence in prisons of Zambia. *AIDS*. 2001; 15: 1741-1744.

30. Tapero J.W., Reporter R., Wenger J.D. et al. Meningococcal disease in Los Angeles county, California and among men in the county jails. *New Engl. J. Med.* 1996; 335: 833-841.

УДК 378.6: 378.048.2: 614.23: 614.253.6 (470.44)

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: ЗНАЧИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Владимир Анатольевич Решетников^{1*}, Натан Григорьевич Коршевер²,
Анастасия Игоревна Доровская²

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия;

²Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-1049

Цель. Обоснование перечней и значимости знаний, умений и владений, которыми должны обладать организаторы здравоохранения, занимающие различные руководящие должности в медицинских организациях, – разработка профилей сформированности (моделей) компетенций.

Методы. Проведён экспертный опрос 16 представителей профессорско-преподавательского состава (опыт профессиональной деятельности по специальности не менее 10 лет) организационных кафедр Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Результаты. На базе компетенций, представленных в государственном образовательном стандарте по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», определены необходимые перечни позиций рубрик «знать» – 37, «уметь» – 25, «владеть» – 25. Установлена их значимость для заведующих (начальников) структурных подразделений – врачей-специалистов, заместителей руководителя (начальника) и главных врачей (начальников) медицинских организаций. По значимости ряда позиций всех трёх рубрик выявлены статистически значимые различия, что позволило разработать соответствующие модели или профили сформированности. При этом в перечни рассматриваемых рубрик вошли позиции, которые были оценены экспертами как «это совершенно необходимо для успешной работы в конкретной должности», «необходимо» и «скорее необходимо, чем нет». Последняя оценка была зафиксирована только в отношении трёх позиций для заведующих (начальников) структурных подразделений медицинских организаций в рубрике «владеть».

Вывод. Результаты проведённого исследования могут быть реализованы как при организации повседневной деятельности медицинских организаций, так и в образовательном процессе факультетов повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов медицинских вузов.

Ключевые слова: компетенции, руководители, медицинские организации.

TRAINING OF SPECIALISTS IN HEALTHCARE MANAGEMENT: THE IMPORTANCE OF COMPETENCES FORMATION

V.A. Reshetnikov¹, N.G. Korshever², A.I. Dorovskaya²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

²Saratov State Medical University named after V.I. Razumovskiy, Saratov, Russia

Aim. To justify the lists and the importance of knowledge, abilities and skills, which healthcare professionals, holding various management positions in health care organizations, should have – the competencies formation (models) profiles development.

Methods. Expert interviews of 16 members of organizational departments teaching staff (professional experience in the specialty for at least 10 years) of Saratov State Medical University named after V.I. Razumovskiy of Ministry of Health care of Russian Federation were conducted.

Results. Based on the competencies presented in the state educational standard for the specialty «Organization of Healthcare and Public Health», the required positions lists of categories «know» – 37, «be able» – 25, «have skills» – 25, are specified. Their importance for structural divisions heads (chiefs) – medical specialists, deputy heads and head physicians (chiefs) of medical organizations – is established. Statistically significant differences are found on the importance of a number of all three categories positions what allowed to develop the appropriate models or profiles of formation. Considered categories lists included positions that have been evaluated by experts as «it is absolutely necessary for successful work in a