

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

*На правах рукописи*

Провоторова Светлана Васильевна

**Эпидемиологическая характеристика заболеваемости лиц, содержащихся в  
учреждениях пенитенциарной системы (на примере Липецкой области)**

14.02.02 –Эпидемиология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,

профессор, академик РАН

Брико Николай Иванович

Москва - 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	16
1.1. Этапы развития и существующая система эпидемиологического надзора в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации.....	16
1.2. Сравнительная характеристика заболеваемости психо-соматическими и инфекционными болезнями в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации и зарубежных стран.....	26
1.3. Организация мониторинга за заболеваемостью в условиях пенитенциарной системы в Российской Федерации и за рубежом.....	34
<b>СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	42
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ</b> .....	42
<b>ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНТИНГЕНТА УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	54
3.1. Особенности контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области.....	54
3.2. Сравнительная характеристика общей психо-соматической заболеваемости контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области и взрослого населения Российской Федерации и Липецкой области.....	59
3.3. Первичная заболеваемость контингента пенитенциарной системы Липецкой области в сравнении с населением Российской Федерации и области.....	66
3.4. Показатели смертности среди контингента пенитенциарной системы Липецкой области в сравнении с населением Российской Федерации и области.....	73
<b>ГЛАВА 4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В СЛЕДСТВЕННОМ</b>	

<b>ИЗОЛЯТОРЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>79</b>
<b>4.1. Особенности контингента.....</b>	<b>79</b>
<b>4.2. Социально-значимые заболевания.....</b>	<b>82</b>
<b>4.3. Острые респираторные вирусные инфекции.....</b>	<b>98</b>
<b>ГЛАВА 5. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>103</b>
<b>5.1. Особенности контингента исправительных учреждений.....</b>	<b>103</b>
<b>5.2. Характеристика общей и первичной заболеваемости.....</b>	<b>108</b>
<b>5.3. Характеристика социально-значимых заболеваний.....</b>	<b>114</b>
<b>5.4. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и внебольничными пневмониями.....</b>	<b>124</b>
<b>5.5. Сравнительная характеристика заболеваемости в учреждениях уголовно-исполнительной системы Липецкой области.....</b>	<b>129</b>
<b>ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ.....</b>	<b>145</b>
<b>6.1. Компоненты эпидемиологического надзора.....</b>	<b>145</b>
<b>6.2. Характеристика некоторых факторов риска, оказывающих влияние на заболеваемость.....</b>	<b>154</b>
<b>6.3. Ранжирование контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области на основе оценки риска.....</b>	<b>162</b>
<b>ГЛАВА 7. ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ.....</b>	<b>166</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>174</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>182</b>

<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	185
<b>ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ</b> .....	187
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ</b> .....	188
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	189
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А. Показатели распространенности и заболеваемости психосоматических, инфекционных болезней</b> .....	221
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Форма экстренного извещения для внутреннего пользования в УИС (рекомендуемое)</b> .....	226
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В. Форма карты эпидемиологического обследования очага для внутреннего пользования в УИС (рекомендуемое)</b> .....	228

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования**

На сегодняшний день лишение свободы, является самым широко распространенным видом уголовного наказания во всех странах мира, в том числе и в России [133]. И количество лиц, проходящих через исправительные учреждения, представляют собой значительную часть населения [105].

По данным ICPS Россия по показателю количества лиц, находящихся в пенитенциарной системе (331 на 100 тысяч населения) занимает 3 место среди стран Европы. За последние годы пенитенциарная система в Российской Федерации претерпела многие изменения, в том числе активно ведутся реформы по повышению качества оказания медицинской помощи данной категории граждан [40; 47; 91].

Заболеваемость населения - важнейший показатель общественного здоровья, критерий оценки качества и эффективности профилактической работы, объективный и чувствительный индикатор медико-социального благополучия всех групп населения [73; 158].

Перед всеми государствами стоит задача не только наказания человека за совершенное преступление, но перевоспитание и возвращение в общество социально и физически здорового человека [81].

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) еще в 2012 году разработало и утвердило новую европейскую стратегию в интересах здоровья всего населения – «Здоровье-2020», одной из стратегических задач которой является «Улучшение здоровья для всех и сокращение неравенств в отношении здоровья». Одним из компонентов стратегии является здоровье заключенных, как отдельной группы населения.

Распространение инфекции не ограничивается стенами исправительного учреждения. И в интересах всего общества оказание медицинской помощи

заклученным. Этот подход рассматривается как наиболее эффективный и социально полезный с экономической точки зрения [198].

В общей структуре заболеваемости контингента пенитенциарной системы, как в России, так и в других странах значительная роль принадлежит инфекционным болезням. В основном это заболевания с аэрозольным и гемоконтактным механизмами передачи (острые респираторные вирусные инфекции, туберкулез, парентеральные вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция и другие) [47; 105].

Целью деятельности медицины Федеральной службы исполнения наказаний России (далее – ФСИН) - является сохранение здоровья осужденных, а также снижение их заболеваемости, инвалидности и смертности [29; 32].

Для выработки профилактических мер необходимо изучить не только общие принципы распространения инфекционных заболеваний, но и факторы, связанные с тюремной инфраструктурой, управлением тюрьмами и системой уголовного правосудия. Это необходимо, чтобы противостоять распространенности ВИЧ-инфекции, туберкулеза и другим инфекциям среди осужденных, как в период их нахождения в местах лишения свободы, так и при освобождении [20; 198].

Возникновение и распространение случаев инфекционного заболевания в условиях учреждений пенитенциарной системы приводит к достаточно высоким экономическим потерям [96; 198]. Соответственно применение наиболее эффективных мер профилактики позволит уменьшить финансовые расходы на лечение инфекционных болезней. Не все профилактические мероприятия, рекомендуемые для применения среди населения, возможно, реализовать в условиях учреждений уголовно-исполнительной системы, и требуют дополнительной проработки.

До сих пор проблемными вопросами остаются объективная оценка эпидемической ситуации по инфекционным болезням и ее прогнозирование, в том числе и в отношении контингента пенитенциарных учреждений. На сегодняшний день основная роль в организации надзорной деятельности принадлежит риск-

ориентированной модели, которая основана на использовании методов оценки рисков развития заболевания среди населения [94; 112; 127; 131; 155]. Для применения этой модели при проведении надзорной деятельности в пенитенциарной системе необходимо изучение факторов, воздействующих на здоровье заключенных. Одним из наиболее перспективных инструментов в данном контексте является изучение состояния здоровья разных групп контингента пенитенциарных учреждений, основанного на оценке факторов риска, в том числе и при организации эпидемиологического надзора.

Все выше изложенное определяет актуальность изучения современной структуры заболеваемости лиц, содержащихся в учреждениях пенитенциарной системы, особенностей развития эпидемических процессов инфекционных болезней в таких учреждениях.

Это позволит выделить группы риска, создать возможности прогнозирования эпидемической ситуации и выбора наиболее эффективных профилактических мероприятий, направленных на снижение инфекционной патологии среди контингента уголовно-исполнительной системы.

### **Степень разработанности темы**

Применительно к пенитенциарной системе основная часть работ, направленных на изучение проблем инфекционных болезней, в большей степени освещают вопросы, касающиеся эпидемического процесса и эффективности профилактики туберкулеза, ВИЧ-инфекции, в меньшей степени хронических вирусных парентеральных гепатитов, инфекций, передающихся половым путем, и в основном, они оценивают показатели заболеваемости и смертности от данных инфекций. При этом отсутствует характеристика общей и первичной заболеваемости контингента пенитенциарной системы, нет описания ее структуры и значения для разных групп контингентов. Также нет сравнительной характеристики с заболеваемостью населения страны.

Внедрение в эпидемиологический надзор риск-ориентированных методов требует более направленного выявления факторов и групп риска для разных нозологических форм, в том числе и острых респираторных вирусных инфекций, не только среди населения, но и среди контингента уголовно-исполнительной системы.

При этом в России отсутствуют исследования, которые освещали бы проблемы организации эпидемиологического надзора и сочетанного анализа заболеваемости с оценкой факторов риска здоровью в отношении контингента пенитенциарной системы.

Таким образом, результаты данного исследования, направленные на изучение проблемы инфекционных болезней в среде контингента пенитенциарных учреждений, позволят расширить представления о факторах эпидемиологического риска, а также определить направления совершенствования эпидемиологического надзора и профилактических мероприятий инфекционными болезнями в учреждениях пенитенциарной системы.

### **Цель исследования**

Дать эпидемиологическую характеристику заболеваемости лиц, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы Липецкой области, оценить роль инфекционных болезней и разработать рекомендации по повышению эффективности эпидемиологического надзора и профилактических мероприятий.

### **Задачи исследования**

1. Проанализировать структуру заболеваемости контингента учреждений пенитенциарной системы Липецкой области в сравнении с аналогичными данными по области и Российской Федерации.



2. Установить роль инфекционной патологии в структуре заболеваемости и распространенности болезней, сравнить показатели заболеваемости инфекционными болезнями контингента пенитенциарной системы Липецкой области с аналогичными показателями населения области и Российской Федерации.

3. Определить группы риска и выявить факторы, влияющие на уровни заболеваемости и распространенности инфекционных болезней в разрезе нозологий и по видам исправительных учреждений Липецкой области.

4. Разработать рекомендации по повышению эффективности эпидемиологического надзора и профилактических мероприятий в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

### **Научная новизна исследования**

1. Впервые дана характеристика структуры заболеваемости и распространенности психо – соматических болезней и определено бремя инфекционной заболеваемости контингента Управления федеральной службы исполнения наказаний по Липецкой области и проведен сравнительный анализ с аналогичными показателями населения одноименной территории и Российской Федерации.

2. Впервые изучена роль социально-значимых инфекций и острых респираторных вирусных заболеваний в заболеваемости контингента пенитенциарной системы Липецкой области.

3. Показано, что показатели заболеваемости в разных группах осужденных, подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в учреждениях УИС не однотипны и подвержены изменениям под влиянием факторов, характеризующих контингент с демографической и уголовно-правовой сторон.

4. Впервые определены группы риска по разным нозологическим формам и установлены факторы, влияющие на развитие эпидемического процесса.

5. Изучены особенности организации эпидемиологического надзора в учреждениях уголовно-исполнительной системы и определены риски, при оценке которых, возможна организация эпидемиологического надзора в рамках риск-ориентированного подхода. Предложены и обоснованы основные элементы эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе.

6. Сформулированы научно-обоснованные рекомендации по повышению эффективности профилактики социально-значимых болезней в пенитенциарной системе с учетом особенностей групп риска.

### **Теоретическая и практическая значимость**

Показана высокая значимость инфекционных болезней в структуре общей и первичной заболеваемости контингента УИС Липецкой области. Показатели общей и первичной заболеваемости социально-значимыми инфекционными болезнями в десятки раз превышают аналогичные показатели среди взрослого населения области и Российской Федерации. Определено влияние отдельных факторов на показатели заболеваемости в разрезе групп контингентов.

Проведенные исследования по оценке структуры и распространенности инфекционных болезней, особенностей функционирования пенитенциарной системы позволили обосновать направления совершенствования эпидемиологического надзора, реализация которых повысит качество как информационно – аналитической, так и диагностической подсистем эпидемиологического надзора для принятия адекватных управленческих решений. Обоснована необходимость разработки специальных экстренных извещений и эпидемиологических карт обследования очагов инфекционных заболеваний с включением в них дополнительной информации, касающейся характеристики контингента.

Предложены направления оптимизации профилактических мероприятий среди контингента уголовно-исполнительной системы с учетом их уголовно-правовых характеристик. Показано, что профилактические мероприятия в УИС

должны носить комплексный, строго-ориентированный характер, как по нозологиям, так и по группам риска, а также осуществляться в тесном взаимодействии с гражданским здравоохранением.

### **Методология и методы исследования**

Методология диссертационного исследования построена в соответствии с поставленной целью исследования и с учетом анализа обзора научной литературы по теме диссертационной работы. Для достижения поставленной цели была разработана программа исследования, включающая эпидемиологические (описательные, аналитические) и статистические методы исследования. Полученные данные проанализированы, систематизированы и изложены в главах собственных исследований. Сформулированы выводы, предложены практические рекомендации.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Заболеваемость контингента пенитенциарной системы Липецкой области характеризуется особенностями ее распределения по классам, группам и нозологическим формам болезней, выраженной эпидемиологической значимостью и устойчивой взаимосвязью с социальными условиями, определяющими интенсивность ее проявлений.

2. Демографические показатели контингента, интенсивность миграции, длительность сроков наказания, в разных исправительных учреждениях являются факторами, оказывающими существенное влияние на формирование и распространение заболеваемости.

3. Разработаны и обоснованы принципы эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе, включающие в себя не только медицинскую информацию, но и сведения по другим службам, которые позволят

усовершенствовать и оптимизировать проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий в системе обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

4. Подход к организации профилактических мероприятий должен быть комплексным, ориентированным на разные группы риска и осуществляться медицинской, психологической и воспитательной службами учреждений уголовно-исполнительной системы, в тесном взаимодействии с гражданским здравоохранением.

### **Личный вклад автора**

Автором лично в полном объеме были выполнены все этапы диссертационного исследования: планирование, организация, систематизация и сбор первичных данных, статистическая обработка и анализ. Автором лично проведен анализ проявлений распространенности и заболеваемости психосоматической патологии, инфекционной заболеваемости в целом и по отдельным нозологическим формам среди контингента пенитенциарных учреждений Липецкой области, сравнение с аналогичными показателями среди взрослого населения Липецкой области и России. Произведены расчёты удельного веса, вносимого разными группами осужденных, подозреваемых и обвиняемых в инфекционную заболеваемость, в том числе в разрезе отдельных нозологий. Автором лично обобщены, статистически обработаны и проанализированы данные результатов исследования. Автором лично разработаны рекомендации по оптимизации системы эпидемиологического надзора и профилактических мероприятий в условиях пенитенциарной системы.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования нашли отражение при подготовке:

- Материалов, используемых в учебном процессе на кафедре эпидемиологии и доказательной медицины Института общественного здоровья ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Результаты диссертационного исследования используются в практической деятельности:

- Филиала «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть №48» Федеральной службы исполнения наказаний, где в информационную подсистему эпидемиологического надзора в ФКУЗ МСЧ-48 ФСИН России в качестве увеличения возможности существующих потоков информации о заболеваемости осужденных, оптимизирована форма экстренного извещения ф 58/у, карты эпидемиологического обследования очага заболевания. Результаты исследования использованы при проведении методической работы с филиалами ФКУЗ МСЧ-48 ФСИН России (информационно-аналитические письма), направлено письмо (от 12.03.2021 №48/ТО/35-883) в Управление здравоохранения Липецкой области с просьбой о присоединении пенитенциарных медицинских учреждений к комплексной медицинской информационной системе «Квазар», используемой на территории Липецкой области, направлено письмо (от 15.04.2021 №48/ТО/35-1326) в Федеральное казенное учреждение «Научно-исследовательский институт информационных технологий федеральной службы исполнения наказаний» с рекомендациями о доработке программного средства «Учет, обработка и анализ инфекционной заболеваемости в учреждениях уголовно-исполнительной системы».

### **Степень достоверности и апробация результатов работы**

Достоверность полученных результатов исследования обусловлена его соответствиям принципам доказательной медицины, репрезентативностью,

достаточным объемом выборки, использованием современных эпидемиологических и статистических методов исследования.

Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на: Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» (Москва, 18-19 октября 2018 г.); V Межведомственной научно-практической конференции «Инфекционные болезни – актуальные проблемы, лечение и профилактика» (Москва, 16-17 мая 2019 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней» (Москва, 24-25 октября 2019 г.); VIII Конгрессе национальной ассоциации фтизиатров (Санкт-Петербург, 25-27 ноября 2019 г.).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.02 – эпидемиология. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, пунктам 2, 4, 5 и 6 паспорта специальности эпидемиология.

### **Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 10 печатных работ, 5 из которых в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для публикации основных научных результатов диссертации, из которых 2 статьи, рецензируемые базой Scopus.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертационная работа изложена на 232 страницах, включая список литературы, три приложения, написана по традиционному плану, содержит введение, обзор литературы, описание материалов и методов исследования, 7 глав с результатами собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации. Работа иллюстрирована 70 рисунками и 44 таблицами. Библиографический указатель содержит 209 источников, из которых 160 работ отечественных и 49 – зарубежных авторов.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Этапы развития и существующая система эпидемиологического надзора в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации

Пенитенциарная медицина в России имеет длительную историю развития, которая формировалась в течение нескольких столетий. Долгое время здоровье заключенного, не имело значения, и оказание медицинской помощи не было приоритетным направлением в деятельности администраций тюремных органов и учреждений. Широко применялись членовредительные наказания (взысканий) и пытки вплоть до летального исхода заключенного, отсутствовало системное нормативное регулирование медицинского обеспечения, применения наказаний и иных обстоятельствах [24; 133]. Первые письменные упоминания о необходимости лечения больных преступников связаны с документом «Учреждение для управления губерний Российской империи», который был издан в 1775 г. [150].

Одним из основных нормативных актов, в котором медико-санитарное обеспечение арестантов рассматривается как неотъемлемый комплекс мероприятий, стал документ 1831 года Инструкция смотрителю губернского тюремного замка. В этом же документе ответственность за лечение заключенных и санитарно-гигиеническое состояние исправительного учреждения закреплялась за администрацией исправительного учреждения, под непосредственным контролем медицинского работника [150]. Кроме того, были установлены требования к ведомственным больницам, которые надлежало привести к общепринятым нормативам для медицинских учреждений гражданского сектора здравоохранения.

До революции в каждом исправительном учреждении работал врач, в функциональные обязанности которого входил контроль за здоровьем



заклученных и санитарным состоянием тюрем. Нельзя не отметить вклад в развитие пенитенциарной медицины Алексея Петровича Доброславина (1842-1898), основоположника отечественной пенитенциарной гигиены. [71; 100]. С именем А.П. Доброславина связано появление и развитие пенитенциарной медицинской статистики, которую ученый называл «правой рукой общественного здравоохранения» [71; 151].

Трудности учета состояния здоровья лиц, совершивших правонарушения, вытекали из разнообразия мест заключения, которые до XIX в. значительно отличались между собой, и отсутствия комплексного подхода к организации их деятельности, в том числе в части оказания медико-санитарной помощи. Все это препятствовало формированию единообразного подхода к учету состояния здоровья заключенных. Лица, содержащиеся в местах заключения, направлялись на стационарное лечение в гражданские больницы или военные госпитали, так как отсутствовали больницы в исправительных учреждениях [133].

В XVIII веке в отечественной пенитенциарной системе предпринимаются очередные шаги в развитии правового регулирования санитарного дела, и ее организации за счет казны, а в XIX веке нормированное санитарное благополучие заключенных стало насущной задачей государства. К началу XX века в России регулирование санитарно-гигиенического обеспечения арестантов осуществлялось большим количеством правовых актов, в которых особое внимание уделялось профилактике инфекционных заболеваний [151]. В этот период не существовало единой санитарной отчетности. И проанализировать эффективность деятельности санитарной службы в учреждениях тюремного ведомства того времени не возможно, так как сохранились только некоторые отчеты по отдельным исправительным учреждениям [151]. Губернские тюремные инспекции, которые были созданы, согласно закону от 31 марта 1890 года, как промежуточное управленческое звено между исправительными учреждениями и Главным тюремным управлением Российской Империи, не имели в штате инспектора по санитарной части и учет случаев заключенных больных инфекционными болезнями вели чиновники секретарского (3-го) отдела

делопроизводства [150]. По свидетельству М.Н. Гернета, за всю вторую половину XVIII в. и за 30 лет XIX в. русское правительство только один раз опубликовало сведения, касающиеся санитарного состояния тюрем, а именно после Указа от 13 декабря 1817 г. «О лучшем устройстве тюремных острогов и о соблюдении в оных чистоты и опрятности» [71, С.119]. После Октябрьской революции 1917 г. менялась страна и параллельно преобразился и облик пенитенциарной системы, в том числе и в вопросе медицинского обеспечения осужденных. Оказание медицинской помощи заключенным было возложено на Народный комиссариат здравоохранения РСФСР, который функционировал до 1930 г. В этом году было создано Управление исправительно-трудовых лагерей и трудовых поселений, в составе которого уже были введены должности медицинских работников, а в июне 1934 г. оно перешло в состав Народного комиссариата внутренних дел Союза советских социалистических республик (далее – НКВД СССР). В последствии был передан в ведение Отдела мест заключения Главного управления лагерей и мест заключения (далее – ГУЛАГ) [150]. Одним из подразделений центрального аппарата было Санитарное управление. В учреждениях по субъектам функционировали подчиненные ему санитарные отделы. Согласно трудам Б.А. Нахапетова, структура лечебно-профилактических учреждений ГУЛАГа была схожа с системой организации здравоохранения в СССР. В своих работах он отмечает и особенности условий функционирования санитарной службы ГУЛАГа, которая выразилась в профилактике таких широко распространенных болезней, как дистрофия, авитаминозы, заразные заболевания, травмы и высокие показатели летальности [151]. В результате были зарегистрированы высокие показатели смертности арестантов, например, в зимние периоды 1925-27 гг. она составила 25–50%, а в период с 1934 по 1941 гг. она была не менее 12% [150]. Первоочередная работа санитарных отделов во всех лагерях того времени была направлена на ликвидацию вспышек эпидемий сыпного и брюшного тифа, а также цинготных заболеваний. В период Великой Отечественной войны положение арестантов в целом, и медико-санитарное обслуживание в частности осложнилось. Высокие показатели смертности и

заболеваемости заключенных привели к тому, что в 1944г. было разработано и утверждено Положение о больницах для заключенных в исправительно-трудовых лагерях и колониях НКВД СССР. Этим документом были определены структура и порядок организации работы больниц в лагерях, их задачи и функции. В послевоенные годы медико-санитарная помощь заключенным оказывалась бесплатно и на общем принципе доступности для всех. Организовывались лечебные учреждения исходя списочного состава лагерного контингента из расчета число больничных коек в пределах 3-6 % фактического количества контингента. В этот период появляются объективные статистические показатели состояния здоровья заключенных, общей и больничной смертности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и оценкой исходов лечения в медицинских организациях [71]. В 1957 году вводятся медико-санитарные части с больницами и врачебными или фельдшерскими пунктами, с соответствующими штатами, в каждом регионе создается центральная больница [150]. Появляются статистические данные о заболеваемости осужденных, в сравнении с населением страны, так в июне 1958 г. на Всесоюзном совещании врачей межрегиональных территориальных управлений в докладе «О ходе выполнения решения коллегии Министерства внутренних дел Союза социалистических советских республик (далее – МВД СССР) № 249 от 11 июля 1956 г. о задачах по улучшению медицинского обслуживания осужденных в исправительно-трудовых лагерях и колониях МВД СССР, личного состава конвойной охраны и сотрудников с членами их семей» впервые упоминается о высоких показателях заболеваемости туберкулезом легких и сифилисом [71]. В 1971 г. был принят Исправительно-трудовой кодекс РСФСР, который предписывал организацию в исправительно-трудовых лагерях лечебных учреждений и организация лечебно-профилактической и противоэпидемической работы в них в соответствии с общим законодательством о здравоохранении. Международное сотрудничество России в области охраны здоровья осужденных привело к реформированию пенитенциарной системы [71]. В 1998 г. осуществлена передача исправительных учреждений в ведомство Министерство

юстиции Российской Федерации из ведения МВД и в структуре было создано Медицинское управление [71; 143]. За относительно небольшой промежуток времени сформированы во всех территориальных органах уголовно-исполнительной системы (далее – УИС) аппараты управления медицинской службой. Основан научно-исследовательский институт ФСИН России, в составе которого функционирует филиал, занимающийся исследованиями в области пенитенциарной медицины, дислоцированный в г. Ижевске [143]. Основана санитарно-противоэпидемическая служба, которая является одной из частей государственной системы санитарно-эпидемиологического надзора.

За прошедшее время организация медицинской помощи, санитарно-противоэпидемического обеспечения заключенных в исправительных учреждениях РФ упорядочена путем издания нормативных документов.

В развитие санитарно-эпидемиологической службы в исправительных учреждениях приказом Минюста России от 17 июля 2001 № 218 «Об утверждении положения о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах уголовно - исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации» заложены основные положения об организации эпидемиологического надзора [116].

В 2004 г. проведено реформирование государственного аппарата Главное управление исполнения наказаний Министерства юстиции Российской Федерации в Федеральную службу исполнения наказаний [46].

В 2005 г. издается Приказ Минюста РФ от 6 июня 2006 № 205 «Об утверждении Положения об организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах уголовно-исполнительной системы» [117], который в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [147], постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации» [113] возлагает полномочия по осуществлению

эпидемиологического надзора на объектах ФСИН России на следующие учреждения госсанэпиднадзора УИС:

- Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» ФСИН России;

- филиалы «Центр государственного санитарно - эпидемиологического надзора» (далее - ЦГСЭН) при медико-санитарных частях. В полномочия которых входит проведение эпидемиологического надзора, государственный учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), а также выявление факторов среды обитания, влияющих негативно на показатели заболеваемости.

Теоретической основой эпидемиологического надзора в учреждениях пенитенциарной системы являются фундаментальные труды отечественных ученых Л.В. Громашевского, Е.Н. Павловского, В.И. Терских, В.Д. Беякова, Б.Л. Черкасского и других [130]. Одновременно с этим при разработке подходов к осуществлению эпидемиологического надзора, противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний в условиях ПУ опирались на положения военной эпидемиологии [67].

Под эпидемиологическим надзором в современном мире понимается постоянное динамическое и многоаспектное слежение за эпидемическим процессом конкретной инфекционной (паразитарной) болезни (группой болезней) или за эпидемиологической ситуацией на определенной территории в конкретный период времени в целях повышения эффективности и качества эпидемиологического контроля. При этом эпидемиологический контроль был обозначен как комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий [130].

Однако, при этом нельзя забывать и об особенностях учреждений УИС, которые выражаются в характеристике контингента, режиме функционирования учреждений, их изолированности от населения в целом и других.

На рубеже XX-XXI веков российская пенитенциарная система находится на очередном этапе реформирования, которое направлено на гуманизацию условий

отбывания уголовных наказаний [151]. На этом фоне поиск путей оптимизации в вопросах применения современного законодательства при организации санитарно-эпидемиологического надзора в отношении учреждений пенитенциарной системы является актуальной задачей.

В настоящее время существует значительное количество научных работ таких авторов, как Датий А.В., Кудашева Л.Т., Золотарева Л.В., Нуров Р.Т., Белоконова Л.В., Коломиец В.М. в которых проводятся исследования туберкулеза, ВИЧ-инфекции в контексте изучения факторов риска, в основном оцениваются такие социальные факторы, как санитарное состояние, материально-бытовое обеспечение, питание осужденных и с точки зрения психологии: уровень образования, связи с семьей и другие. Большинство из них носит теоретический характер, так как они не реализуемы в реальных условиях. Однако при этом, практически не уделяется внимание острым респираторным вирусным инфекциям, ветряной оспе, пневмониям и другим болезням [56; 66; 92].

И если известно, чем болеют осужденные (этиология инфекций), то данные исследования до сих пор не позволили нам ответить на целый ряд важных вопросов, касательно изучаемой конкретной эпидемиологической ситуации: какие группы риска, территории риска, время риска [130].

На современном этапе развития здравоохранения отмечается смещение приоритетов от лечения заболеваний к их предотвращению и поддержанию здоровья и при этом среди различных аспектов управления в здравоохранении управление рисками имеет определяющее значение, в том числе и при организации эпидемиологического надзора [149].

В 2016 году издано Постановление Правительства РФ от 17.08.2016 №806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации», которым утвержден федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, реализуемый федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека как система надзора осуществляемая на основании риск-ориентированного подхода [114].

Целью перехода на риск-ориентированную модель контрольно-надзорной деятельности является риск-ориентированное регулирование, которое заключается в реализации положений управленческой деятельности на основе знаний и оценки рисков с последующим определением первоочередных задач и наиболее целесообразного распределения ресурсов [70].

Задача снижения экономических и медико-демографических потерь, и повышения качества жизни подозреваемых, обвиняемых и осужденных, обозначенная в Концепции федеральной целевой программы «Развитие уголовно-исполнительной системы (2017-2025 годы)» ведет к внедрению в практику современных научно обоснованных методов и технологий управления. Оценка риска как инструмент информационно-аналитического обеспечения решения задач разного уровня и содержания востребована во всех формах санитарно-эпидемиологического надзора, в том числе при проведении эпидемиологического надзора [94].

Однако, при этом требуются такие подходы в его реализации, которые, дополняя традиционные методы и приемы, позволили бы расширить аналитические и прогностические возможности и выполнять анализ на перспективу [130].

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека оценка потенциального риска причинения вреда, основано на следующих принципах: риск причинения вреда здоровью в условиях нарушения объектом надзора требований, установленных законодательством в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия; нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия и защиты прав потребителей определяет вероятность ухудшения параметров среды обитания человека, безопасности товаров и услуг и связанную с этим вероятность развития заболевания среди населения, работающих, потребителей, находящихся под воздействием объекта надзора; оценка потенциального риска причинения

вреда здоровью выполняется в отношении определенного вида деятельности, при этом класс опасности устанавливается по наиболее опасному виду деятельности и других [112]. Но при этом не все принципы этой методики, возможно, реализовать в условиях уголовно-исполнительной системы путем механического переноса.

Следовательно, на современном этапе требуется реформирование государственного санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляемого в учреждениях пенитенциарной системы в рамках риск-ориентированной методики и выработка актуальных подходов.

В условиях ФСИН России данная функция относится к деятельности Главного центра государственного санитарно-эпидемиологического и филиалов ЦГСЭН. Для дальнейшего эффективного и соответствующего требованиям современности реализации эпидемиологического надзора необходимо внедрение таких методик, которые могли бы послужить основой для определения групп риска и факторов риска. Такой базой, которая обеспечивает сбор данных о состоянии и тенденциях эпидемического процесса, причинах (биологический фактор) и условиях (социальный и природный факторы), способствующих его развитию на конкретной территории, является информационная подсистема [56].

Информация о случае инфекционного заболевания в филиал ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ ФСИН России поступает от медицинских частей исправительных учреждений, на уровне которых осуществляется выявление и регистрация случая заболевания. Филиалами ЦГСЭН ФКУЗ МСЧ ФСИН России осуществляется первичная обработка и анализ данных, эпидемиологическая диагностика.

В трудах отечественных и зарубежных исследователей осужденные рассматриваются как однородная группа риска по инфекционным болезням в сравнении с общим населением страны [26; 48; 52; 59; 89; 168; 169; 174]. В связи с чем невозможно прогнозировать эффективные профилактические и противоэпидемические мероприятия для конкретных видов инфекций и учреждений.



Таким образом, все перечисленные реформы пенитенциарной системы с царских времен и до настоящих дней, привели к созданию службы, осуществляющей эпидемиологический надзор за инфекционными болезнями в исправительных учреждениях наравне с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации, и которая оперирует отдельным набором форм ведомственной статистической отчетности (Рисунок 1). Данные формы позволяют осуществлять статистическое наблюдение за эпидемической обстановкой в учреждениях УИС, повышают оперативность информации, что, в свою очередь, позволяет принимать своевременные управленческие решения, направленные на предотвращение распространения и ликвидацию инфекционных заболеваний [77].



Рисунок 1 – Этапы развития санитарно-эпидемиологической службы пенитенциарной системы России

Таким образом, санитарно-эпидемиологическая служба пенитенциарной системы прошла в своем развитии несколько этапов. Однако в современных реалиях требуется переориентирование службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляемого в учреждениях пенитенциарной системы с работы по факту регистрации заболевания на упреждающее воздействие на заболеваемость.

## **1.2. Сравнительная характеристика заболеваемости психо-соматическими и инфекционными болезнями в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации и зарубежных стран**

Многими зарубежными авторами отмечается, что состояние здоровья заключенных хуже, чем среди населения в целом [206]. Отдельные исследования показывают, что такая ситуация характерна для всех стран [37; 180]. Среди осужденных регистрируются высокие показатели заболеваемости инфекционными болезнями [188; 195; 202], хронических неинфекционных болезней [179; 181; 205], психическими расстройствами [171; 175; 177]. Так Opitz-Welke A. в своей работе «Медицина в пенитенциарной системе» указывает, что инфекционные заболевания, зависимость от психоактивных веществ и стоматологические заболевания являются наиболее важными проблемами здоровья, затрагивающими заключенных. Например, в Германии, заключенные в 48-69 раз чаще инфицируются вирусом гепатита С, чем население в целом, и в 7-12 раз чаще инфицируются вирусом иммунодефицита человека. Распространенность психических заболеваний также заметно выше среди заключенных, чем среди населения в целом [196].

Имеется информация и о вспышках инфекционных болезней в местах лишения свободы. Наибольшую эпидемиологическую опасность в пенитенциарных учреждениях представляют острые респираторные инфекции, туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, ветряная оспа и некоторые другие [47]. Во многих странах мира проводятся национальные исследования с целью изучения тенденций и эпидемиологических особенностей разных заболеваний среди осужденных.

В публикации Nowotny К.М. проанализированы показатели заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в зависимости от количества заключенных в тюрьмах и местах лишения свободы по всем округам США за период с 2011 по 2016 год. Результаты исследования позволили сделать вывод, что различия в заболеваемости хламидиозом и гонореей между округами США могут частично объясняться различиями в показателях содержания в тюрьмах и местах лишения свободы [195].

Вопросы распространения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов в тюрьмах и других закрытых учреждениях описаны в статье Wirtz A.L., где сделаны выводы о том, что в глобальном масштабе заключенные несут более тяжелое бремя инфекционных заболеваний, чем общее население, и распространенность этих инфекций в тюремных условиях увеличивается среди ключевых групп населения. Хотя представление эпидемиологических данных, специфичных для ключевых групп населения в тюрьмах, ограничено, установлено, что показатели заболеваемости ВИЧ и вирусным гепатитом С были повышены для групп мужчин, имеющих секс с мужчинами и потребителями инъекционных наркотиков по сравнению с другими группами заключенных [208].

В публикациях зарубежных авторов описаны случаи групповых заболеваний ветряной оспой в тюрьмах Калифорнии, Австралии, США [182; 184; 186]. В статье Leung J. описана эпидемиология ветряной оспы в одной государственной тюрьме в Калифорнии в течение 2010 и 2011 годов. Было зарегистрировано 11 случаев заболевания ветряной оспой, из которых девять были связаны с двумя вспышками заболевания. Одна вспышка состояла из трех

случаев, а вторая состояла из шести случаев с двумя случаями распространения [185]. В Род-Айленде США при изучении вспышек заболевания ветряной оспой установлено, что источником инфекции был заключенный с опоясывающим лишаем. Всего исследовано было три тюрьмы, в которых за короткий промежуток времени было зарегистрировано три несвязанных вспышки, что может свидетельствовать о повышенном риске передачи ветряной оспы среди осужденных [189].

В Австралии дана эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ветряной оспой среди осужденных на примере изучения четырех тюрем, пенитенциарной больницы, условий транспортирования осужденных в здание суда. Было выявлено пять случаев заболевания ветряной оспой. Было установлено 23 контакта, во время транспортировки между тюрьмой и судом и во время содержания в камерах предварительного заключения суда. У двух из числа контактных выставлен диагноз ветряная оспа. Таким образом, установлено, что существует повышенный риск респираторной передачи инфекций, таких как ветряная оспа, в тюрьмах [187].

В докладе Brodsky J.L. описываются результаты эпидемиологического расследования вспышки сифилиса в тюрьме и определено влияние клинических методов и эпидемиологического надзора на возникновение, обнаружение и управление вспышкой. Основные показатели эффективности были изучены для оценки своевременности и качества мероприятий по ведению клинической практики и эпидемиологического надзора. Было обнаружено тридцать таких случаев. Отсутствие приверженности к основам эпидемиологического надзора и клинического ведения, вероятно, способствовало этой вспышке, которая была ограничена активными противоэпидемическими мерами [165].

Изучались кишечные паразитарные заболевания среди осужденных Эфиопии. В этом исследовании было задействовано 320 заключенных. Из них 154 (48,1%) были инфицированы одним или несколькими кишечными паразитами. Среди инфицированных заключенных почти каждый четвертый имел множественные паразитарные инфекции, среди которых преобладали лямблии и

*E. Histolytica*, ко-инфекция. Высокая распространенность кишечной паразитарной инфекции была выявлена в Арба-Минче, Южная Эфиопия [162].

Имеются сведения о регистрации гриппа в исправительных учреждениях Тайваня, США [190; 209].

Так американскими учеными описаны вспышки гриппа в двух исправительных учреждениях в штате Мэн в марте 2011 года. В настоящем докладе описываются вспышки гриппа в исправительных учреждениях штата Мэн, которые привели к двум серьезным заболеваниям (поступление в отделение интенсивной терапии и смерть одного человека) и в общей сложности к 46 заболевшим заключенным и сотрудникам. Ответные меры в области общественного здравоохранения потребовали сотрудничества Департамента исправительных учреждений штата Мэн, исправительных медицинских служб и Центра по контролю и профилактике заболеваний штата Мэн. Благодаря этому сотрудничеству штат Мэн смог провести обследование и провести вакцинацию и лечение противовирусными препаратами примерно 1000 заключенных и 200 сотрудников [190].

В работах зарубежных и отечественных авторов достаточно подробно рассматриваются проблемы распространения туберкулеза в местах лишения свободы (Коломиец В.М., Корецкая Н.М., Ким В.В., Датий А.В. и другие) [32; 55; 59; 66; 102; 109; 166]. Результаты исследований подтверждают представление о высокой распространенности туберкулеза среди заключенных во всем мире. Так по информации Moreira T.R. полученные результаты свидетельствуют о наличии связи между распространенностью туберкулеза среди населения и распространенностью туберкулеза в тюрьмах [191].

При исследовании здоровья осужденных еще М.Н. Гернет в своей книге «История царской тюрьмы» описывая болезни заключенных, отмечал: «каторжанин был неизбежно обречен на чахотку» [24, С.36]. Также для тюрем того времени характерно распространение заразных венерических болезней, мышечного ревматизма и других болезней [24]. В XX в. вопросы здоровья осужденных в России продолжают волновать ученых и рассматриваются в

работах многих отечественных авторов, но при анализе статей, можно отметить, что основное внимание уделяется социально значимым инфекциям, таким как туберкулез, ВИЧ-инфекция. Так, в статье Чебагиной Т.Ю. с соавторами проанализированы отдельные эпидемиологические показатели по туберкулезу за 10 лет отдельно для мужчин и женщин. Установлено, что основные эпидемиологические показатели (заболеваемость туберкулезом, распространенность туберкулеза и смертность от туберкулеза) у женщин, находящихся в исправительных учреждениях, ниже, чем у мужчин, однако не имеют динамики к снижению. Проанализированы такие показатели, как удельный вес больных с хроническими формами туберкулеза, удельный вес впервые случаев туберкулеза с деструкцией легких среди женщин и мужчин. Определена тенденция летальности больных туберкулезом в разбивке по полу [154]. В статьях Михайловой Ю.В. и Воронина Р.М. дается оценка проблемы социально-значимых заболеваний в пенитенциарной системе страны [18; 82]. Отмечается, что в учреждениях УИС России обеспечена система регистрации и ведения пациентов по типу гражданского здравоохранения, которая состоит из информации, полученной на этапах выявления, диагностики, лечения и диспансерном наблюдении социально значимых заболеваний. Установлено, что в местах лишения свободы заболеваемость за 2015г. туберкулезом в 19,4 раза, ВИЧ-инфекцией в 26,9 раза, сифилисом в 8,9 раза больше средних показателей по России в целом [18; 82]. В публикации Московской Хельсинской группы имеется информация о вспышке ВИЧ-инфекции в исправительном учреждении, которая является достаточно показательным примером того, что обвиняемые и осужденные практикуют опасное поведение в плане заражения гемоконтактными инфекциями в учреждениях пенитенциарной системы — массовое заражение осужденных, которые отбывали наказание в колонии Республики Татарстан. Где в течение двух месяцев было выявлено 246 случаев инфицирования ВИЧ. По результатам эпидемиологического расследования было установлено, что за очень небольшой срок ВИЧ заразились почти 14% от числа всех заключенных, находившихся в то время в колонии [152]. Проблемы туберкулеза, ВИЧ-инфекции,

сифилиса в местах лишения свободы рассматриваются в работах и других авторов, которые широко представлены в отечественных научных изданиях, начиная с 90-х годов [52; 59; 89].

В исследовании В.М. Коломиец, В.И. Коломиец определены факторы риска развития пенитенциарного туберкулёза в условиях стабилизации эпидемической ситуации. Такие, как состояние клинического излечения, пребывание в экстремальных условиях и в контакте, отдельные психофункциональные состояния (агрессия и озлобленность), множественные сопутствующие заболевания, позволяет целенаправленно расширить меры по предупреждению распространения инфекции в учреждениях пенитенциарной системы. И определено, что ведущее значение должно принадлежать методам неспецифической профилактики с целью повышения ее эффективности [66].

Статьи, в которых авторы касаются вопросов заболеваемости осужденных не только инфекционными болезнями, но и показателей психо-соматической заболеваемости и другими группами болезней в отечественных и зарубежных научных изданиях встречаются не часто [141; 152].

В работах отечественных ученых в вопросах изучения показателей заболеваемости осужденных встречается описание по отдельным категориям. Например, в работе Ермолаевой Т.В. проведен анализ состояния здоровья осужденных, отбывающих наказание в исправительных колониях (далее – ИК) строгого режима в Рязанской области. К факторам риска заболеваемости и инвалидизации контингента, отбывающего наказание в ИК строгого режима, отнесены: возраст старше 40 лет; отсутствие семьи; отсутствие образования; неоднократно судимые; пятилетние и более длительные сроки отбывания наказания; строгие условия отбывания наказания; наличие травмоопасной профессии при трудоустройстве в ИК [40].

В научной работе Давыдовой Н. В. «Гигиеническая оценка состояния здоровья и условий содержания несовершеннолетних осуждённых женского пола в воспитательных колониях Федеральной службы исполнения наказаний» изучен уровень распространенности заболеваемости среди несовершеннолетних

осужденных женского пола, который при оценке по средним показателям равен в Рязанской воспитательной колонии (далее – ВК) - 45,2 ‰, в Томской – 49,6 ‰, что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель, регистрируемый среди подростков гражданского здравоохранения, и в 1,8 раза - для несовершеннолетних, содержащихся в ВК ФСИН России. Отмечено, что в Новооскольской колонии этот показатель составил 27,0 ‰ и соответствует среднему показателю для несовершеннолетних осужденных, но выше в 1,2 раза для подростков - школьников. Определена структура заболеваемости воспитанниц, в которой первое место занимают психические расстройства - 24,5 %, второе место - инфекционные и паразитарные заболевания - 17,3 %, третье - болезни кожи и подкожной клетчатки, что составляет 14,7 %. Описаны условия отбывания наказания и сделан вывод, что одним из факторов риска здоровью воспитанниц являются условия размещения. При соответствии гигиеническим нормативам жилой площади во всех ВК, в Рязанской ВК заболеваемость ОРВИ и другими болезнями органов дыхания выше, чем в Томской и Новооскольской. По данным автора, этот показатель связан с размерами спальных помещений, в которых воспитанницы размещены по 40 человек [30].

В 2018 году Самариной Е.А. изучены особенности состояния здоровья женщин в исправительных учреждениях и факторы, его формирующие. В результате проведенных исследований сделаны выводы, что имеется повышение показателей распространенности туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психических расстройств и расстройств поведения женщин, находящихся в исправительных учреждениях, по сравнению с гражданским населением РФ более чем в десятки раз. При этом у женщин, находящихся в исправительных учреждениях не отличаются существенно от показателей заболеваемости, регистрируемых в гражданском здравоохранении, уровни заболеваемости вирусными гепатитами, сахарным диабетом, гипертонической болезнью, сифилисом, гонококковой инфекцией, новообразованиями. Определено наличие тенденции к росту показателей распространенности ВИЧ-инфекции, гипертонической болезни, сахарного диабета, злокачественных новообразований. Тенденция к снижению



заболеваемости среди женщин, находящихся в исправительных учреждениях, регистрируется по сифилису, трихомониазу, вирусными гепатитами. Сделан вывод о том, что женщины, находящиеся в исправительных учреждениях являются высоко уязвимой группой, общая заболеваемость которых в 1,5 раза выше, чем у мужчин в аналогичной ситуации [129]. Однако при всем многообразии подходов к изучению здоровья осужденных, нет единого - с целью дальнейшего сравнения и выделения групп риска.

Так в статье Develay А.Е. отмечено, что, темы здравоохранения исследуются в разной степени. Например, психическое здоровье и инфекционные заболевания часто изучаются и получают пользу от конкретных систем мониторинга, в то время как в пенитенциарных учреждениях, было проведено очень мало исследований по другим темам здравоохранения, таким как хронические заболевания, дерматология и травмы [168].

Это отмечает в отношении отечественных работ и Коломиец В.М., который указывает, что структура первичной и общей заболеваемости осужденных недостаточно освещается и анализируется, без чего практически невозможно определиться с эффективными программами профилактики различных заболеваний и мероприятий по реабилитации. Приоритетом в этом направлении он считает проведение всестороннего анализа именно инфекционной заболеваемости, имеющих наиболее важное значение в системе противоэпидемических мероприятий, в том числе и среди населения страны [54]. Однако эти мероприятия, которые достаточно широко освещены в отношении оказания медицинской помощи при туберкулезе [10; 55; 90; 110; 125], не разработаны для других инфекций.

Наиболее полная и всесторонняя характеристика здоровья осужденных в России отражена в издании «Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения» под редакцией Кононца А.С. и Бобрика А.В. [105]. В данном издании отмечается, что в структуре заболеваемости обвиняемых и осужденных УИС РФ ведущие места занимали болезни органов дыхания — 26,1% (острые респираторные вирусные инфекции, хронические неспецифические заболевания

легких, пневмония и прочие); психические расстройства 18,9% (хронический алкоголизм, наркомании и прочие), инфекционные и паразитарные болезни — 16,0% (туберкулез, инфекции передающиеся половым путем и прочие), болезни кожи и подкожной клетчатки — 9,1% (чесотка, педикулез и прочее) [105].

Большинство авторов и российских, и зарубежных сходятся в одном, что пенитенциарное здравоохранение является одним из разделов общественного здравоохранения. [37; 105; 158; 166; 206].

Этот же тезис подчеркнут в докладе ВОЗ 2019г., который призывает к улучшению контроля состояния здоровья в местах лишения свободы в Европейском регионе. Согласно докладу, лица, попадающие в места лишения свободы, страдают от болезней в непропорционально большей степени, чем население в целом, и поэтому проблемы со здоровьем у этих людей после освобождения создают для общества дополнительную нагрузку [37; 164].

### **1.3. Организация мониторинга за заболеваемостью в условиях пенитенциарной системы в Российской Федерации и за рубежом**

Высокие показатели распространенности, как инфекционных, так и неинфекционных болезней среди осужденных, подозреваемых и обвиняемых, и наличие высоких рисков распространения среди них многих заболеваний диктуют необходимость организации эффективного и качественного эпидемиологического надзора, мониторинга состояния здоровья осужденных.

На сегодняшний день этот тезис утвержден на международном уровне и были провозглашены ряд рекомендаций, в частности касающиеся предупреждения самоубийств, наркомании, укрепления здоровья [206].

Получение первичной статистической информации является основой, из которой формируются аналитические отчеты, справочники и другие статистические материалы, необходимые для принятия управленческих решений. Данные, сгруппированные и представленные в определенном виде, являются исходным материалом для статистического анализа [158]. Надлежащее

медицинское обеспечение невозможно без слаженного функционирования всех составляющих системы здравоохранения, и в частности, медицинской статистики [77].

Подходы к организации мониторинга и составления статистических данных о состоянии здоровья осужденных отличаются в разных странах мира.

Во многих странах мира проводятся исследования заболеваемости осужденных с целью выработки действенных мер профилактики, но отличаются методами и средствами исследования [206].

В мире существует несколько вариантов осуществления эпидемиологического надзора за здоровьем осужденных, реализуемых в настоящее время: один - регулярный, основанный на конкретных системах мониторинга (общий или тематический), а другой - предусматривающий проведение национальных одноразовых исследований [206] (Таблица 1).

Таблица 1- Классификация систем мониторинга за здоровьем осужденных

Система мониторинга	Наименование страны
Регулярный мониторинг	Канада, Бельгия, США, Австралия, Великобритания, Швейцария, Россия
Одномоментный мониторинг	Финляндия, Норвегия, Перу, Япония, Тайвань

Французские ученые в рамках организации национальной системы мониторинга за здоровьем осужденных провели сравнительный анализ организации эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе 15 стран мира. По результатам исследования были сделаны выводы, что только в 4 странах разработана долгосрочная общая система мониторинга, при этом используются два различных подхода: Канада и Бельгия регулярно регистрируют все данные о состоянии здоровья заключенных, а США и Австралия проводят регулярные общенациональные обследования для получения данных о состоянии здоровья заключенных.

В Службе исправительных учреждений Канады, которая отвечает за содержание федеральных заключенных, вся информация, касающаяся

заклученных, в том числе и медицинские данные (результаты скрининга, информация о приеме наркотических веществ и другое), регистрируется в базе данных «система управления правонарушителями». Все данные предоставляются в распоряжение научно-исследовательского персонала в службе исправительных учреждений, которые формируют отчеты об обследовании.

В Бельгии создано и с 1999 года активно используется веб-приложение для централизации данных о состоянии здоровья заключенных. Медицинские карты бельгийских заключенных регистрируются в электронном виде в каждом исправительном учреждении. В 2010-2011 гг. департамент здравоохранения Министерства юстиции внедрил единую клиническую базу данных для централизации электронного сбора данных о состоянии здоровья заключенных. Все бельгийские тюрьмы подключены к этой системе. Это новое веб-приложение собирает данные о состоянии здоровья на национальном уровне, что позволяет специалистам изучать и контролировать состояние здоровья заключенных.

В США используется метод повторных крупномасштабных обследований состояния здоровья осужденных с 1974 года. В начале 1970-х годов Бюро статистики юстиции внедрило систему мониторинга, основанную на крупномасштабных обследованиях, охватывающих все тюремные сферы (включая тюремное здравоохранение). Надзор за здоровьем контингента тюрем осуществляется на трех уровнях (обследование заключенных в государственных исправительных учреждениях, обследование заключенных в федеральных исправительных учреждениях и обследование заключенных в местных тюрьмах), которые в целом повторяются каждые 5-7 лет. Сбор данных осуществляется с помощью личных вопросников, которые составляются специалистами Бюро переписи населения США для репрезентативной национальной выборки заключенных, на основе которых публикуются тематические доклады [178].

С 2009 года Австралийский институт здравоохранения и социального обеспечения проводит ежегодное обследование состояния здоровья заключенных. Это обследование призвано охватить все исправительные

учреждения Австралии и представить национальные показатели состояния здоровья заключенных. Сбор данных осуществляется с помощью личных анкет заключенных или анкет, заполняемых медицинским персоналом.

Помимо нескольких существующих систем, предназначенных для долгосрочного регулярного наблюдения за всеми данными здравоохранения, в отдельных странах широко практикуются специальные системы, охватывающие отдельные темы здравоохранения. Они касаются главным образом наиболее частых и широко изучаемых проблем со здоровьем в тюрьмах, а именно инфекционных заболеваний и психического здоровья.

Системы мониторинга инфекционных заболеваний используются в Канаде, Великобритании, Италии. В Канаде система эпиднадзора за инфекционными заболеваниями представляет собой сводный регистр ежемесячных серологических скрининговых тестов и отчетов о случаях заболевания вирусом иммунодефицита человека, вирусом гепатита С, вирусом гепатита А, вирусом гепатита В, инфекциями, передаваемыми половым путем и туберкулезом, регистрируемыми в федеральных исправительных учреждениях [206].

В Великобритании с 2002 года на тюрьмы распространена национальная система мониторинга инфекционных заболеваний. Обо всех единичных случаях и вспышках инфекционных заболеваний, регистрируемых в тюрьмах, сообщается в общественное здравоохранение на национальном уровне.

В пенитенциарной системе Италии действовала система мониторинга наркомании и ВИЧ в период с 1991 по 2002 годы.

В Швейцарии Федеральное управление здравоохранения с 2008 года ввела обязательную регистрацию всех случаев инфекционных заболеваний, связанных с осужденными [206].

Используются в разных странах мира и системы оценки и мониторинга психического здоровья осужденных:

-в Новой Зеландии внедрено двухгодичное исследование, заключающееся в переписи заключенных, предусматривающей сбор медицинских данных о психическом состоянии здоровья,

-в Нидерландах обследование психического здоровья при поступлении является стандартизированным, и все психиатрические консультации регистрируются центральной администрацией,

- в Тайване проведено общенациональное исследование по изучению распространенности психических расстройств среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьмах, на основе общенациональной базы данных: распространенность психических расстройств в тайваньских тюрьмах: общенациональное популяционное исследование [204].

Наконец, кроме систем мониторинга, описанных выше, эпидемиологические справочные данные о состоянии здоровья заключенных в основном собираются в рамках одноразовых национальных обследований. Национальные эпидемиологические обследования в этих странах в основном преследуют общие цели, включая выявление проблем со здоровьем заключенных, измерение их распространенности и оценку потребностей в медицинском обслуживании.

В Перу была проведена в 2016 году национальная перепись заключенных во всех тюрьмах, на основе которой в последствии изучена распространённость туберкулеза среди заключенных и факторы риска [199].

В Японии в период с 2017 по 2018 годы было проведено поперечное исследование с участием центров общественного здравоохранения, имеющих под своей юрисдикцией одно или несколько исправительных учреждений. Для сбора информации о заболеваемости осужденных туберкулезом и тактики их лечения использовались анкетные опросы [183].

Систематически в представленных странах мира отслеживаются только данные о смертности. Информация оценивается главным образом по причинам смерти (естественных причин, несчастных случаев и самоубийств) и социально-демографических, пенитенциарных и тюремных данных, касающихся заключенных. Это позволяет оценить уровень смертности в тюрьмах и, в частности, уровень самоубийств [206].

На фоне представленных систем мониторинга и эпидемиологического надзора в разных странах качественно отличается созданная и применяемая система контроля здоровья осужденных в пенитенциарных учреждениях России. Мониторинг и оценка здоровья людей, находящихся в местах лишения свободы организован по принципу гражданского здравоохранения, с учетом особенностей системы.

С 2009 г. в УИС Российской Федерации Приказом ФСИН России от 06.08.2009 № 357 «О вводе в эксплуатацию автоматизированной информационной системы электронной обработки статистической информации «Статистика УИС» внедрена федеральной государственной информационной автоматизированной системы (далее - ФГИС АИС) «Статистика УИС» [77]. Данная программа является средством сбора, обработки и анализа статистической информации и предназначена для обработки данных по формам статистической отчетности ФСИН России и формирования центральной базы данных статистической информации о деятельности территориальных органов ФСИН России [148].

Центральная база данных ФГИС АИС «Статистика УИС» содержит статистическую информацию по основным направлениям деятельности УИС, в том числе и о медицинской и санитарно-эпидемиологической ситуации. Система позволяет реализовать:

- ведение центральной базы данных статистической отчетности УИС;
- автоматическую передачу, прием и обработку статистической отчетности;
- формирование сводных и оперативных аналитических отчетов на основе информации, содержащейся в центральной базе данных [148].

Статистическая отчетность в области эпидемиологического надзора ФСИН России представлена показателями в разрезе учреждений УИС Российской Федерации и включает в себя все основные показатели, используемые в формах отчетности гражданского здравоохранения с учетом специфики функционирования учреждений УИС [77]. Медицинские и эпидемиологические показатели представлены широким перечнем: социально-значимые инфекции, инфекционные болезни, профессиональные заболевания, массовые

неинфекционные заболевания (отравления), связанные с вредным воздействием факторов среды обитания (отчет по своей структуре максимально приближен к формам Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека) [77]. Анализируется общая и первичная заболеваемость осужденных в разрезе нозологических форм в соответствии с международной классификацией болезней-10 пересмотра (далее – МКБ-10) (психические, болезни органов дыхания, нервной системы, органов кровообращения, болезни кожи и подкожной клетчатки и другие показатели) и учреждений (следственных изоляторов, тюрем, воспитательных колоний и исправительных колоний).

Таким образом, на современном этапе в пенитенциарной системе Российской Федерации сформирована долгосрочная и качественно отличная от других стран мира система мониторинга и эпидемиологического надзора за заболеваемостью контингента учреждений ФСИН России, которая позволяет анализировать и сравнивать данные заболеваемости осужденных, подозреваемых и обвиняемых с населением страны в целом.

Однако, при этом в пенитенциарных учреждениях России эпидемиологический надзор осуществляется только на уровне информационном, выразившемся в механическом сборе данных о заболеваемости контингента ПУ, отсутствует автоматизированный подход к сбору и анализу информации по оценке уровней заболеваемости какой-либо инфекцией, кроме ВИЧ-инфекции и туберкулеза [66]. В отчетных формах по заболеваемости контингента обобщение данных осуществляется только по следующим видам исправительных учреждений: следственный изолятор, исправительные колонии, тюрьмы и ВК. Однако, не разработан более детальный анализ по контингенту исправительных колоний, что не позволяет оценить вклад в заболеваемость отдельных групп и факторов риска.

Существующая потребность в объективных и научно обоснованных методиках оценки эпидемической ситуации при инфекционных болезнях, не только туберкулезу и ВИЧ-инфекции, в учреждениях уголовно-исполнительной системы, обуславливает необходимость совершенствования организации



эпидемиологического надзора и развития всех его уровней, в том числе информационной, диагностической, управленческой, причем основанных на принципах риск-ориентированного подхода к оценке здоровья. Но без знаний особенностей заболеваемости как инфекционной, так и неинфекционной природы среди осужденных, без понимания факторов, влияющих на их возникновение и распространение невозможно дальнейшее развитие и совершенствование эпидемиологического надзора в пенитенциарной системы, а также разработка эффективных профилактических программ.

## СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась на базе кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана ФГАО ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

В работе использованы материалы ФКУЗ «Медико-санитарная часть №48» ФСИН России, Управления федеральной службы исполнения наказаний Липецкой области, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ и Липецкой области, статистические материалы.

Исследование носило комплексный многоэтапный характер с использованием описательных и аналитических эпидемиологических приемов, ретроспективного эпидемиологического анализа, анализа нормативно – правовой и отчетной документации.

В ходе исследования был выполнен поиск и анализ литературы по проблеме охраны здоровья контингента ПУ, заболеваемости их инфекционными болезнями, в том числе по разным нозоформам в научных электронных библиотеках «КиберЛенинка», PubMed, E-library, Web of Science, Scopus и ведомственных журналах уголовно-исполнительной системы.

Следующий этап был посвящен сравнительному анализу общей и первичной заболеваемости, инфекционной заболеваемости контингента ПУ, с аналогичными показателями заболеваемости взрослого населения Российской Федерации и Липецкой области, оценке удельного веса в структуре заболеваний разных групп контингента ПУ Липецкой области. Произведен анализ влияния разных факторов риска на показатели заболеваемости осужденных ПУ Липецкой области.

В заключительной части исследования был осуществлен анализ действующей системы эпидемиологического надзора. По результатам анализа были сформированы предложения по совершенствованию эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе и разработаны направления организации профилактической работы в пенитенциарной системе.

Этапы исследования представлены в Таблице 2.

Таблица 2 - Этапы исследования и объем проанализированных материалов

Этапы исследования	Содержание этапа и методы исследования	Материалы (единицы измерения)
Поиск и анализ литературных источников	Основными направлениями научного поиска являлись: вопросы об эпидемиологических особенностях заболеваемости контингента ПУ в мире и России; система эпидемиологического надзора за инфекционной заболеваемостью осужденных в мире и России; становление и развитие в историческом аспекте санитарно-эпидемиологической службы в пенитенциарной системе России.	209 литературных источников (160 отечественных и 49 зарубежных. Среди них монографии, руководства, научные публикации в периодических изданиях, официальные отчеты, материалы научных конференций и др.
Изучение особенностей контингента ПУ Липецкой области по возрастному составу, по составу преступлений, миграции	Проведен ретроспективный анализ многолетней динамики изменения возрастного состава подозреваемых, обвиняемых и осужденных, рассчитаны коэффициенты прибытия, по составу преступлений в целом и разрезе групп осужденных впервые отбывающих наказание, повторно находящихся в местах лишения свободы, на тюремном режиме, подозреваемых и обвиняемых в пенитенциарных учреждениях Липецкой области за 8-летний период с 2012 по 2019 гг.	Использованы данные отчетных форм ФСИН – 1 «Итоги деятельности учреждений, органов и предприятий уголовно-исполнительной системы (раздел 1, раздел 2) УФСИН России по Липецкой области в разбивке по учреждениям за 2012 – 2019 гг. (n=48)
Изучение эпидемиологических особенностей заболеваемости, контингента ПУ, взрослого населения Липецкой области и России, смертности контингента ПУ и населения России и Липецкой области	<p>Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ многолетней динамики общей и первичной заболеваемости, общей и первичной инфекционной заболеваемости, смертности, а также по отдельным нозологическим формам в пенитенциарных учреждениях Липецкой области за 8-летний период с 2012 по 2019 гг.</p> <p>Проведен сравнительный анализ заболеваемости контингента пенитенциарной системы Липецкой области и взрослого населения Российской Федерации и области.</p> <p>Проведен сравнительный анализ смертности контингента пенитенциарной системы Липецкой области и населения Российской Федерации и области.</p> <p>Произведен сравнительный анализ заболеваемости, распространенности инфекционных болезней контингента пенитенциарной системы Липецкой области в разрезе учреждений, рассчитан удельный вес разных групп контингента в структуре заболеваемости, в том числе инфекционной и по отдельным нозологиям. Методы исследования:</p>	Использованы данные по заболеваемости из отчетных форм ФКУЗ МСЧ-48 ФСИН России Заб-3 «Отчет о заболеваемости и временной нетрудоспособности лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы» (n=48), ФСИН-6 (МЕД-1) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, Российской Федерации и отдельных показателях деятельности медицинской службы» (n=48) , Вен-5 «Отчет о больных венерическими, паразитарными заболеваниями и

	<p>ретроспективный эпидемиологический анализ: описание многолетней динамики, определение максимальных, минимальных уровней, расчет среднемноголетних уровней и среднегодового темпа прироста показателей, кластерный метод, доверительных интервалов, расчет t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при <math>t &gt; 2</math>, <math>p &lt; 0,05</math>.</p> <p>Динамические колебания в разрезе классов болезней показателей заболеваемости контингента пенитенциарной системы Липецкой области изучалась уравнениями линейной регрессии.</p>	<p>микозами» (n=48), Пин- 6 «Отчет о больных психическими и наркологическими расстройствами» (n=48), ИНФ-12 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы» (n=48), ВИЧ-13 «Сведения о результатах медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы» (n=48) в целом, разрезе по учреждениям за период с 2012 по 2019 гг., журналы учета диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и больными ХВГ, формы федерального статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (годовая)» за 2012-2019 гг. в Липецкой области и РФ (n=16), а также сборники статистических материалов «Здравоохранение в России» (n=8), «Социально-значимые заболевания населения России» (n=8) за период с 2012 по 2019 гг., журналы диспансерного наблюдения за больными ВИЧ, ХВГ подозреваемыми и обвиняемыми</p> <p>Анализ и обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2013.</p>
Анализ взаимосвязи	Проведен многофакторный регрессионный анализ взаимосвязи многолетней заболеваемости, инфекционной заболеваемости и по	Данные из ФСИН – 1 «Итоги деятельности учреждений, органов и

<p>между заболеваемостью и миграционными процессами, средним возрастом осужденных, количеством осужденных по статьям преступлений против имущества</p>	<p>отдельным нозологиям с некоторыми показателями, характеризующими контингент ПУ Липецкой области. Влияние фактора считалось статистически значимым при <math>p \leq 0,05</math>.</p>	<p>предприятий уголовно-исполнительной системы (раздел 1, раздел 2) УФСИН России по Липецкой области, Заб-3 «Отчет о заболеваемости и временной нетрудоспособности лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы».</p>
<p>Направления оптимизации эпидемиологического надзора за заболеваемостью осужденных ПУ</p>	<p>Определены компоненты эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе. Методы исследования. Интернет технологии: поиск информации, анализ, систематизация, обобщение полученной информации.</p>	<p>Приказ Минздрава СССР от 04 октября 1980 года № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», методические документы ФСИН России</p>
<p>Разработаны направления профилактических мероприятий</p>	<p>На основании проведенного анализа заболеваемости и ее зависимости от некоторых характеристик контингента ПУ и по результатам выявления удельного веса заболеваемости разных групп осужденных. Методы исследования. Интернет технологии: поиск информации, анализ, систематизация, обобщение полученной информации.</p>	<p>Программы по профилактике инфекционных болезней ВОЗ, РФ, ФСИН России, литература по вопросам профилактической медицины</p>

## Анализ литературы

В ходе первого этапа были проанализировано 209 литературных источников (160 отечественных и 49 зарубежных). Среди них монографии, руководства, диссертационные исследования, научные публикации в периодических изданиях, официальные отчеты, материалы научных конференций и др. Основными направлениями научного поиска являлись: вопросы об эпидемиологических особенностях заболеваемости контингента ПУ в мире и России; система эпидемиологического надзора за инфекционной заболеваемостью осужденных в мире и России; становление и развитие в историческом аспекте санитарно-эпидемиологической службы в пенитенциарной системе России.

### **Изучение особенностей контингента ПУ Липецкой области по возрастному составу, по составу преступлений, миграции**

Для ретроспективного анализа многолетней динамики изменения возрастного состава подозреваемых, обвиняемых и осужденных, расчета коэффициента прибытия по формуле  $KП = (\text{Количество прибывших} / \text{среднесписочное число контингента}) * 1000$  (Приказ Федеральной службы государственной статистики от 7 апреля 2009 г. № 58 «Об утверждении Методических указаний по системе и алгоритмам расчета в межпереписной период демографических показателей по муниципальным образованиям») [38] по составу преступлений в целом и разрезе групп осужденных впервые отбывающих наказание, повторно находящихся в местах лишения свободы, на тюремном режиме, подозреваемых и обвиняемых в пенитенциарных учреждениях Липецкой области за 8-летний период с 2012 по 2019 гг. использовались данные формы ФСИН – 1 «Итоги деятельности учреждений, органов и предприятий уголовно-исполнительной системы (раздел 1, раздел 2) УФСИН России по Липецкой области в разбивке по учреждениям за 2012 – 2019 гг.

Среднегодовые значения срока отбывания наказания, возраста рассчитывались как средние арифметические взвешенные.

**Изучение эпидемиологических особенностей общей и первичной  
заболеваемости, инфекционной заболеваемости, по социально-значимым  
инфекциям в пенитенциарной системе Липецкой области и взрослого  
населения в Липецкой области и России**

Для изучения проявлений заболеваемости среди осужденных ПУ Липецкой области использовались данные формы Заб-3 «Отчет о заболеваемости и временной нетрудоспособности лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы», ФСИН – 6 (МЕД-1) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы», Вен-5 «Отчет о больных венерическими, паразитарными заболеваниями и микозами», Пин- 6 «Отчет о больных психическими и наркологическими расстройствами, ИНФ-12 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы», ВИЧ-13 «Сведения о результатах медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы» в целом, разрезе по учреждениям за период с 2012 по 2019 гг. По причине отсутствия в отчетных формах сведений о заболеваемости осужденных, отбывающих наказание в исправительных колониях (впервые и повторно осужденные) изучались аналогичные формы в разрезе двух учреждений по колониям для впервые отбывающих наказание. В дальнейшем для получения данных о заболеваемости осужденных, повторно отбывающих наказание, из общего числа зарегистрированных случаев заболевания по ИК вычиталось количество случаев заболевания по ИК для впервые отбывающих наказание. Для расчета показателей заболеваемости в данных группах использовались данные о среднесписочном составе контингента из форм ФСИН – 1 «Итоги деятельности учреждений,



органов и предприятий уголовно-исполнительной системы (раздел 1, раздел 2) УФСИН России по Липецкой области (за 2012-2013 гг.) и ФСИН – 6 (МЕД-1) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы». По контингенту подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в следственном изоляторе УИС Липецкой области среднесписочная рассчитана как сумма среднесписочного состава и вновь арестованных. С целью оценки распространенности инфекционных болезней (ВИЧ, ХВГ) в группе подозреваемых и обвиняемых изучались журналы диспансерного учета больных.

Среднесписочная по осужденным, повторно отбывающим наказание в местах лишения свободы получена из разницы среднесписочного количества осужденных, впервые отбывающих наказание и общего числа.

Сведения о заболеваемости взрослого населения области и РФ получены из сборников статистических материалов «Здравоохранение в России», «Социально-значимые заболевания населения России» за период с 2012 по 2019 гг., использованы данные по группе взрослые старше 18 лет.

Из форм федерального статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (годовая)» за 2012-2019 гг. в Липецкой области и РФ получена информация о заболеваемости взрослого населения старше 18 лет – из общего числа заболеваний вычиталось число заболеваний, зарегистрированных у детей 0-17 лет. Для расчета показателей заболеваемости в данных группах использовались данные Федеральной службы государственной статистики о среднегодовой численности населения.

Основные проявления эпидемических процессов проанализированы в учреждениях уголовно-исполнительной системы Липецкой области. Оценка многолетней динамики заболеваемости проводилась с использованием интенсивных показателей заболеваемости и среднемноголетних показателей. Среднемноголетний показатель получен путем деления суммарного значения заболеваний на сумму населения за анализируемый период и умноженное на 100

тысяч населения или контингента. Для сравнительной характеристики различий структур заболеваемости контингента УИС в сравнении с населением региона и Российской Федерации применялся кластерный метод. В ходе которого выполнена многомерная классификация иерархическим агломеративным методом кластерного анализа. Для определения расстояния между объектами применена евклидова метрика. Результатом разбиения совокупности наблюдений является дендрограмма, показывающая этапы объединения классов болезней в группы по своим характеристикам. Иерархический агломеративный метод позволяет примерно оценить состав и количество компактных групп-кластеров, включающих различные классы болезней. В результате реализации иерархического агломеративного метода кластерного анализа были построены дендрограммы разбиения совокупности на кластеры методами «ближнего соседа».

При изучении заболеваемости в отдельных группах использовали интенсивные и экстенсивные показатели [42; 75].

Тенденции в динамике заболеваемости определялись выравниванием динамического ряда методом укрупнения интервала с расчетом абсолютного прироста (убыли), показателя наглядности, показателя роста (убыли), темпа прироста (убыли), коэффициента вариации показателей, расчетом 95% доверительных интервалов (95% ДИ) к показателям заболеваемости методом Вальда [27; 28]. По отдельным нозологиям для оценки многолетней тенденции проводилось выравнивание фактических данных методом наименьших квадратов, нахождение среднегодового темпа прироста, и оценка статистической значимости выявленной тенденции. Для группы осужденных, отбывающих наказание на тюремном режиме, не проводилась оценка многолетней тенденции заболеваемости ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, так как регистрировались единичные случаи. Показатели смертности по пенитенциарной системе Липецкой области оценивались по сведениям формы ФСИН – 6 (МЕД-1) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях

уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы».

Сведения о смертности населения области и РФ получены из сборников статистических материалов «Здравоохранение в России», «Липецкая область в цифрах» за период с 2012 по 2019 гг. Оценка многолетней динамики смертности проводилась с использованием интенсивных показателей и среднемноголетних показателей, рассчитанных на 1000 населения и контингента. Оценка статистической значимости различий относительных величин проводилась по критерию Стьюдента. Также применялся кластерный метод для сравнения данных по УИС с аналогичными данными по Российской Федерации и Липецкой области.

### **Анализ взаимосвязи между заболеваемостью и некоторыми показателями, характеризующими контингент учреждений уголовно-исполнительной системы Липецкой области**

При анализе многолетней динамики первичной и общей заболеваемости и инфекционной заболеваемости, острыми респираторными вирусными инфекциями, внебольничными пневмониями контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области использованы данные формы Заб-3 «Отчет о заболеваемости и временной нетрудоспособности лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы», Пин-6 «Отчет о больных психическими и наркологическими расстройствами» ФКУЗ МСЧ-48 ФСИН России и отдельных филиалов за период с 2012 по 2019 гг.

Многолетняя динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией, хроническими вирусными гепатитами, сифилисом, туберкулезом оценивалась по формам ФСИН – 6 (МЕД-1) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы», Вен-5 «Отчет о больных венерическими, паразитарными заболеваниями и микозами», ИНФ-12 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях в учреждениях и органах уголовно-

исполнительной системы», ВИЧ-13 «Сведения о результатах медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы» в целом и разрезе по учреждениям за период с 2012 по 2019 гг.

Данные форм федерального статистического наблюдения №2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (годовая)» за 2012-2019 гг. в Липецкой области и Российской Федерации (далее - РФ), а также сборники статистических материалов «Здравоохранение в России», «Социально-значимые заболевания населения России» за период с 2012 по 2019 гг. использованы для оценки заболеваемости взрослых старше 18 лет по Липецкой области и России [2-7; 106-108].

Доказательство гипотез о причинно - следственных связях между заболеваемостью и факторами, её определяющими, проведено с применением множественного регрессионного анализа с применением программного комплекса SPSS 22.0. Алгоритм заключался в пошаговом анализе и проведении ряда расчетных итераций, в ходе которых осуществляется последовательное включение в состав модели всех отобранных с помощью теоретического анализа факторов и оценки на каждом шаге вычислений меры существенности влияния на результативный показатель всех учтенных моделью факторов и сходимости результатов. Влияние факторов считали значимыми при  $p < 0,05$  [27; 101; 153].

Проведена сравнительная оценка рисков методом рангов и суммарное значение рангов использовалось для деления контингента УИС на группы риска. За группу с минимальным риском принималась группа, где сумма рангов составила меньше или  $\frac{1}{2}$  всей суммы рангов. Все что выше оценивалась как группа высокого риска. Анализ и обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2013 и программного комплекса SPSS 22.0.

Результаты статистической обработки данных визуализировали в виде таблиц, рисунков, диаграмм.

## **Направления оптимизации эпидемиологического надзора применительно к учреждениям пенитенциарной системы**

На основании проведенных ранее этапов исследования (анализа литературных источников, ретроспективного эпидемиологического анализа по оценке заболеваемости контингента ПУ Липецкой области, анализа существующей системы эпидемиологического надзора) нами были определены направления оптимизации эпидемиологического надзора в условиях учреждений пенитенциарной системы, которые связаны с изменением учетно-отчетных форм. Разработан критерий для выявления групп риска в рамках организации эпидемиологического надзора как риск-ориентированной модели.

### **Разработка профилактических мероприятий**

По результатам анализа факторов риска и определения групп с более высокими показателями заболеваемости, предложены пути оптимальной организации профилактических мероприятий, направленных на профилактику возникновения и распространения инфекционных заболеваний в учреждениях УИС.

## **ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНТИНГЕНТА УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

### **3.1. Особенности контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области**

Контингент ПУ имеет существенные отличия от населения в целом. Это и иной социальный статус в обществе, особая система отношений разных уровней, качества, что определяет, только ей свойственные параметры оценки численности и состава данной группы [143].

ПС в России представлена разными видами учреждений, основными из которых являются 209 следственных изоляторов для содержания подозреваемых и обвиняемых, 700 исправительных колоний и 8 тюрем для осужденных [63].

В составе ПС Липецкой области имеются следующие учреждения: 6 исправительных колоний, тюрьма и следственный изолятор [138].

Значимыми параметрами, характеризующими контингент УИС, являются социально-демографические (пол, возраст) и уголовно-правовые (распределение по квалификации совершенного преступления, по числу судимостей, по виду исправительного учреждения и другие) [122]. Без учета этих особенностей не возможна правильная и наиболее полная оценка показателей здоровья контингента ПС.

На территории Липецкой области имеется 2 ИК для впервые отбывающих наказание, 3 - для повторно отбывающих наказание, тюрьма и следственный изолятор [138].

За период с 2012 по 2019 годы отмечаются некоторые изменения в демографическом составе контингента УИС Липецкой области. Так в 2019 г. по сравнению с 2012 г. зафиксировано снижение среднесписочной численности контингента ПУ Липецкой области на 8,1% (с 7795 до 7167 человек).

При оценке гендерной характеристики контингента Управления федеральной службы исполнения наказаний по Липецкой области (далее – УФСИН России по Липецкой области) отмечается, что основная масса - это мужчины, на которых приходится от 98% (в 2012 г.) до 92,2% (в 2019 г.), доля женщин составила от 1% в 2012 г. до 7,6% в 2019 г. Это связано с созданием исправительной колонии для женщин, повторно отбывающих наказание в составе УИС Липецкой области.

При анализе структуры контингента УИС Липецкой области по возрасту отмечается, что основная его часть в возрасте до 35 лет (больше 50%). Однако, имеется тенденция по уменьшению удельного веса лиц в возрасте до 35 лет с 63,8% в 2012 году до 50,7% в 2019 году и соответственно увеличение удельного веса лиц старше 60 лет с 1,1% в 2012 году до 1,9% в 2019 году (Рисунок 2) [121].

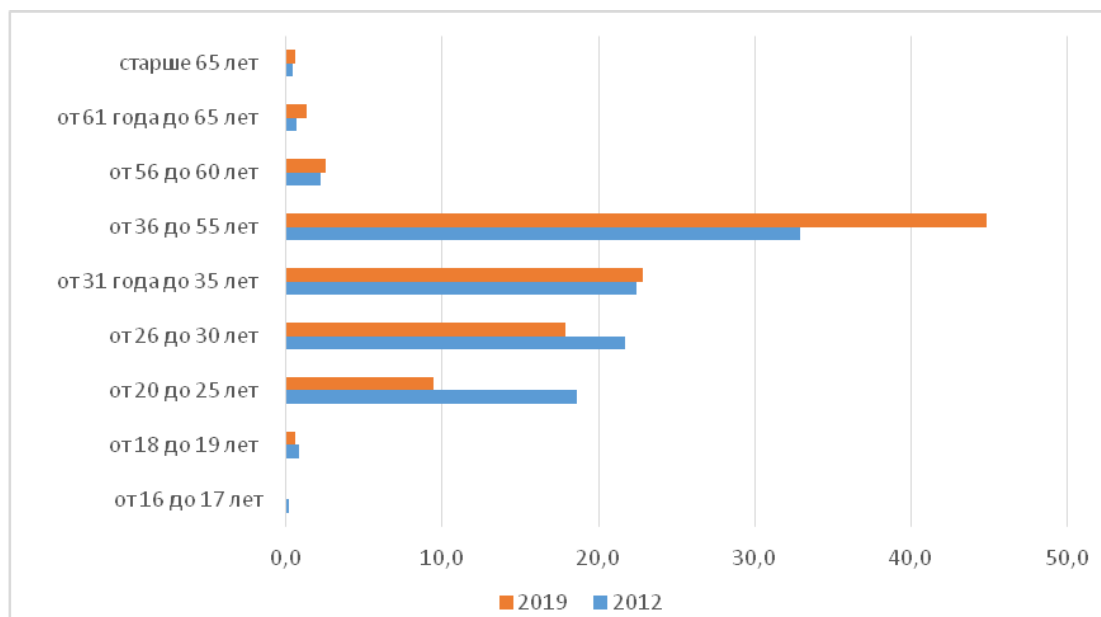


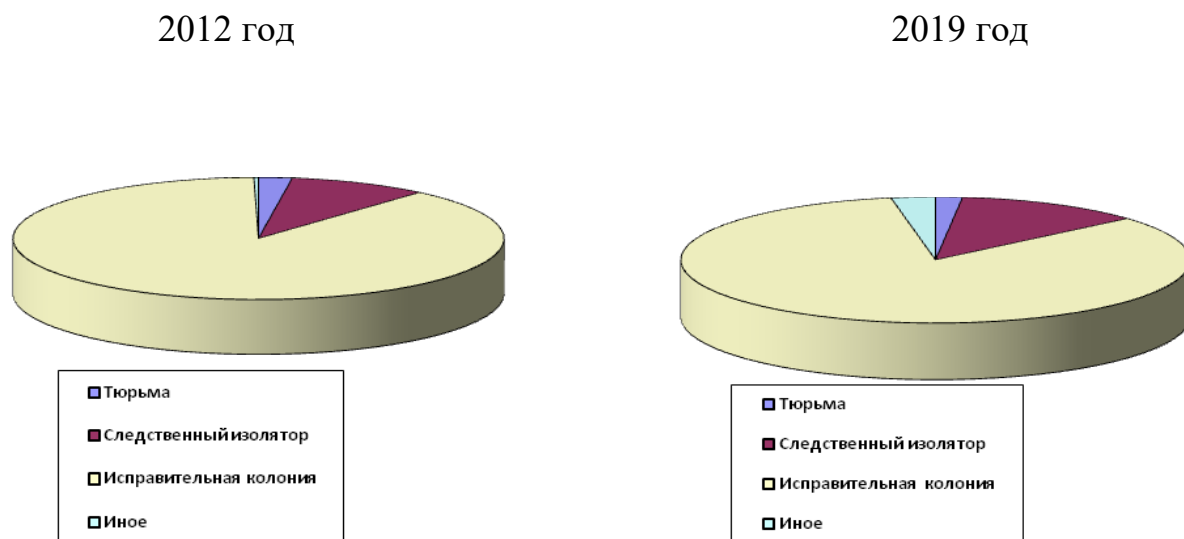
Рисунок 2 - Характеристика контингента УИС Липецкой области по возрасту в сравнении данных 2012 с 2019 годом (в %)

Также одним из аспектов демографической характеристики контингента пенитенциарной системы являются миграционные процессы [50]. Коэффициент прибытия за 2019 год в УФСИН России по Липецкой области составил 1468,8 на 1000 контингента против 1545,4 на 1000 контингента в 2012 году. Разница между

коэффициентами прибытия статистически значимая ( $t=3,1$  при  $p=0,002$ ). Миграционный процесс определен изменением законодательства, которое в настоящее время стало чаще за ряд преступлений использовать наказания без изоляции от общества, что ведет к снижению притока осужденных в УИС [22; 50].

В уголовно-правовой характеристике контингента ПУ Липецкой области можно выделить следующие тенденции:

-наибольший удельный вес приходится на лиц, отбывающих наказание в исправительных колониях, который составил в 2019г. 83,6% против 88,3% в 2012 г. ( $t=8,2$  при  $p < 0,001$ ) (Рисунок 3).



**Рисунок 3** - Характеристика контингента УИС Липецкой области по виду учреждений УИС Липецкой области за 2012 год и 2019 год (в %)

-основная часть контингента - это лица, повторно отбывающие наказание в МЛС, удельный вес которых в период с 2012 г. по 2019 г. составил около 59% (Рисунок 4).

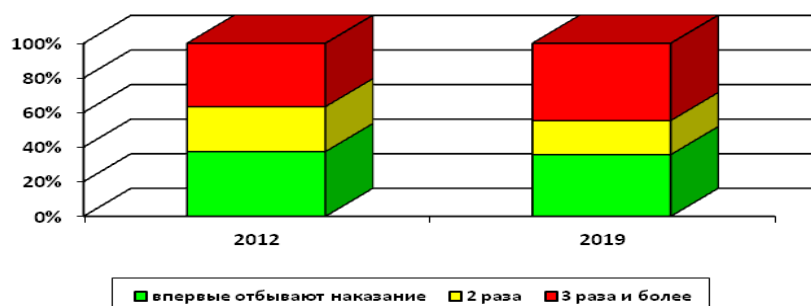




Рисунок 4 - Сравнительная характеристика контингента УИС Липецкой области по количеству судимостей за 2012 год и 2019 год (в %)

При анализе распределения осужденных по ИК отмечается, что и в 2012 г. и 2019 г. наибольший удельный вес приходится на повторно отбывающих наказание и составил 60% и 61,1% соответственно ( $t=1,4$ ,  $p=0,17$ ).

При анализе контингента по квалификации совершенного преступления отмечается рост удельного веса преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических веществ с 18,9% до 28% ( $t=13,2$  при  $p < 0,001$ ) от всех преступлений (Рисунок 5).

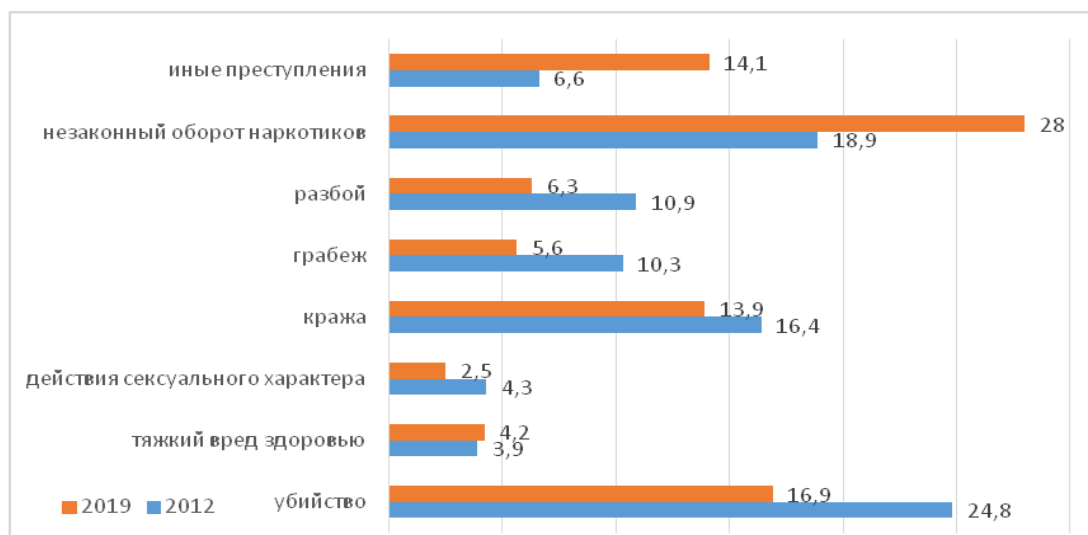


Рисунок 5 – Структура контингента УИС Липецкой области по видам преступлений в сравнении показателей за 2012г. и 2019 г. (в %)

За анализируемый период средний срок отбывания наказания практически не претерпел изменений и составил в 2012 году - 6,5 лет, а в 2019 году – 6,6 лет ( $t=0,9$ ,  $p=0,35$ ). При этом отмечается, что доля лиц, имеющих сроки наказания от 5 и более в 2019 г. по сравнению с показателями 2012 г. увеличилась с 47,6% до 50,4%, то есть на 3% ( $t=3,4$  при  $p=0,0006$ ). Имеются статистически значимые различия показателей 2012 и 2019 годов в группах отбывающих наказание от 1 года до 3 лет ( $t=2,8$  при  $p=0,004$ ) и от 5 до 10 лет ( $t=2,8$  при  $p=0,005$ ) (Рисунок 6).

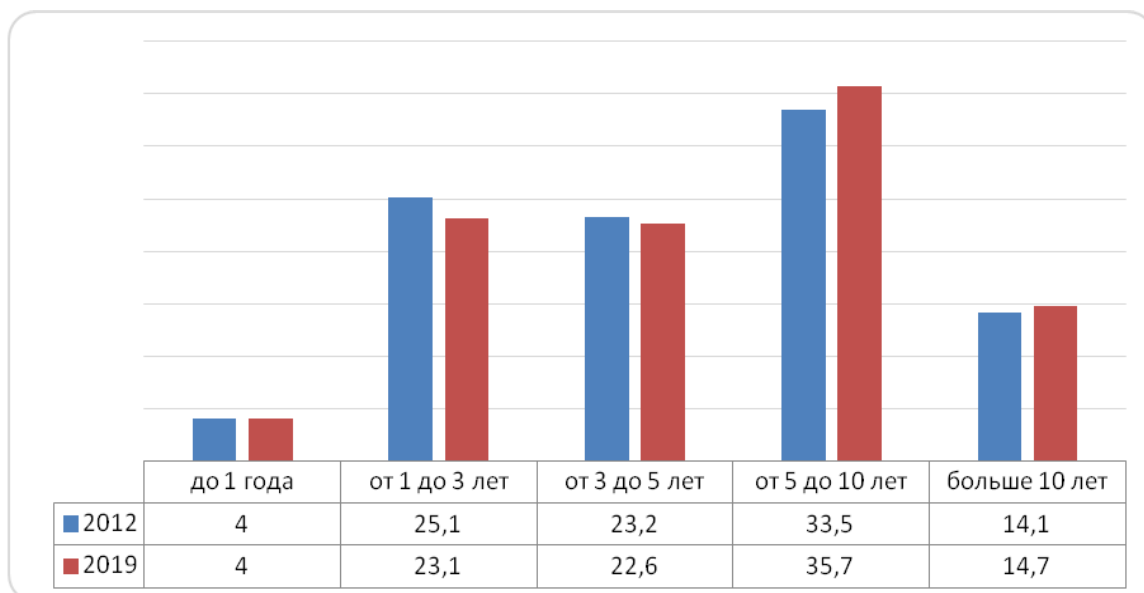


Рисунок 6 – Сравнение сроков отбывания наказания осужденными в ИУ Липецкой области 2012г. и 2019 г. (в %)

Из вышеуказанных показателей следует, что демографические и правовые характеристики контингента ПУ Липецкой области с течением лет претерпевают некоторые изменения, которые, по-видимому, обусловлены изменением законодательства.

В работах профессора А.С. Михлина выделены основные принципы охраны здоровья лиц, лишенных свободы:

- на всех осужденных распространяется действие статьи Конституции Российской Федерации, гарантирующей каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- лица, лишенные свободы, отбывают наказание временно, после чего оказываются на свободе и должны содержать себя и семью, при этом их возможности как кормильцев напрямую связаны с их состоянием здоровья, а болезнь неизбежно приведет к материальным расходам государства на их лечение и содержание;
- если осужденные больны инфекционными заболеваниями и не излечились к моменту освобождения, они становятся источником распространения инфекции и заражения других граждан [22; 29; 86].

С 2010 г. ФСИН России одним из основных вопросов, требующих решения, поставила задачу по организации отбывания наказания осужденного в субъекте проживания до его ареста или наиболее близко расположенного [98; 126]. При этом только в 2020 году внесены поправки в уголовно-исполнительный кодекс РФ, которые касаются данного вопроса [146]. За анализируемый период в учреждениях пенитенциарной системы Липецкой области количество лиц, являющихся постоянными жителями области и отбывающими наказание в местах лишения свободы составило не более 35%. Поэтому, на наш взгляд, сравнительный анализ заболеваемости контингента пенитенциарной системы области необходимо проводить не только в отношении взрослого населения субъекта РФ, но и по стране в целом.

### **3.2. Сравнительная характеристика общей психо-соматической заболеваемости контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области и взрослого населения Российской Федерации и Липецкой области**

Наиболее важным показателем благосостояния общества и его отдельных категорий является качество жизни, которое в основном определяется состоянием здоровья [86].

Показатели заболеваемости контингента ПУ выступают своеобразным результатом влияния на человека природно-социальных и экономических условий существования. На значение этих показателей оказывает влияние образ жизни, которое проявляется по-разному: оно или развивает, или подавляет природные силы человека, охраняет, улучшает или ухудшает его здоровье [86].

Условия жизнедеятельности лиц, поступающих в учреждения ПС, относятся к категории дискомфортных, характеризующихся недостатком питания, плохими материально-бытовыми условиями. Большинство обвиняемых и осужденных относятся к маргинализированным группам населения, многие из них до помещения под стражу находились вне поля зрения общественного здравоохранения и социальных служб [126].

При анализе показателей общей заболеваемости контингента ПУ Липецкой области за изучаемый период в целом определена тенденция к росту. Многолетняя динамика показателей общей заболеваемости достаточно неравномерна, имеются периоды подъема (2015, 2017, 2018 годы) и периоды спада (2013, 2014, 2016 и 2019 годы) (Рисунок 7).

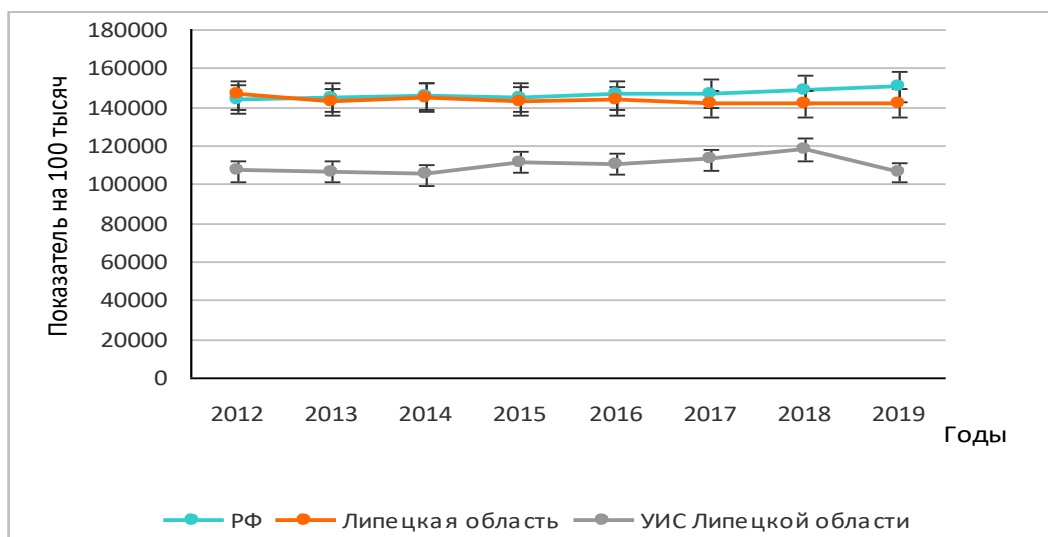


Рисунок 7 – Показатели распространенности психо-соматических заболеваний населения РФ, Липецкой области (на 100 тысяч населения) и контингента УИС Липецкой области в 2012- 2019 гг. (на 100 тыс. контингента)

Показатель общей заболеваемости в 2019 году составил 106209,01 на 100 тысяч контингента, что оказалось незначительно меньше (на 0,63%) показателя 2012 г. (106883,5 на 100 тысяч контингента), разница значений достоверна ( $t=125,6$ ,  $p < 0,001$ ).

При сравнении среднегодового показателя распространенности психо-соматических болезней среди контингента УИС с показателями заболеваемости взрослого населения России и региона установлено, что среднегодовой показатель в ПУ достоверно меньше аналогичных показателей России и Липецкой области на 25,1% и 23,3% соответственно ( $t=27485,3$  при  $p < 0,001$  и  $t=24742,2$  при  $p < 0,001$  соответственно).

Среднегодовой показатель заболеваемости контингента ПУ области за изучаемый период составил 109620,0 на 100 тысяч контингента. Определена его

незначительная тенденция к росту при среднемноголетнем темпе прироста показателя (+0,8%). При оценке достоверности тенденции по критерию Стьюдента установлена ее статистическая значимость ( $t=3,39$  при  $p \leq 0,05$ ).

При сравнении среднемноголетних показателей распространенности психосоматических болезней по классам болезней согласно МКБ-10 установлено, что в структуре общей заболеваемости взрослого населения страны и области, контингента ПУ имеются существенные различия (Приложение А - Таблица А.1).

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

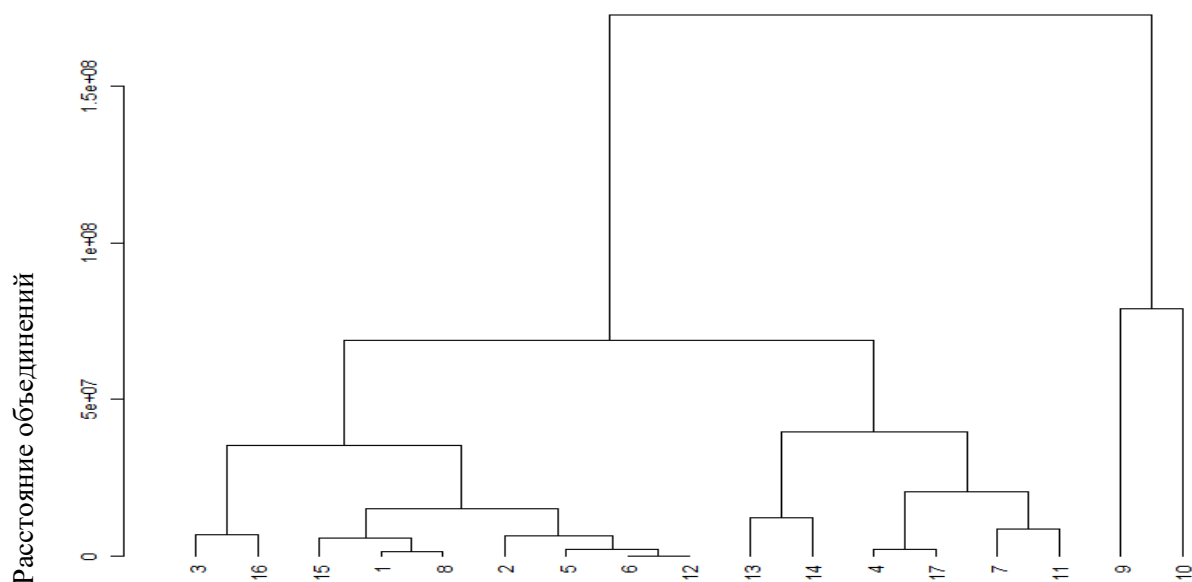


Рисунок 8 – Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднемноголетним показателям распространенности болезней взрослого населения Российской Федерации (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Где и далее: 1 – инфекционные и паразитарные болезни, 2 – новообразования, 3 - болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, 4 - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, 5 - психические

расстройства и расстройства поведения, 6 – болезни нервной системы, 7- болезни глаза и его придаточного аппарата, 8 - болезни уха и сосцевидного отростка, 9 - болезни системы кровообращения, 10 - болезни органов дыхания, 11 – болезни органов пищеварения, 12 - болезни кожи и подкожной клетчатки, 13 - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, 14 - болезни мочеполовой системы, 15 - беременность, роды и послеродовой период, 16 - симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках, 17 - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

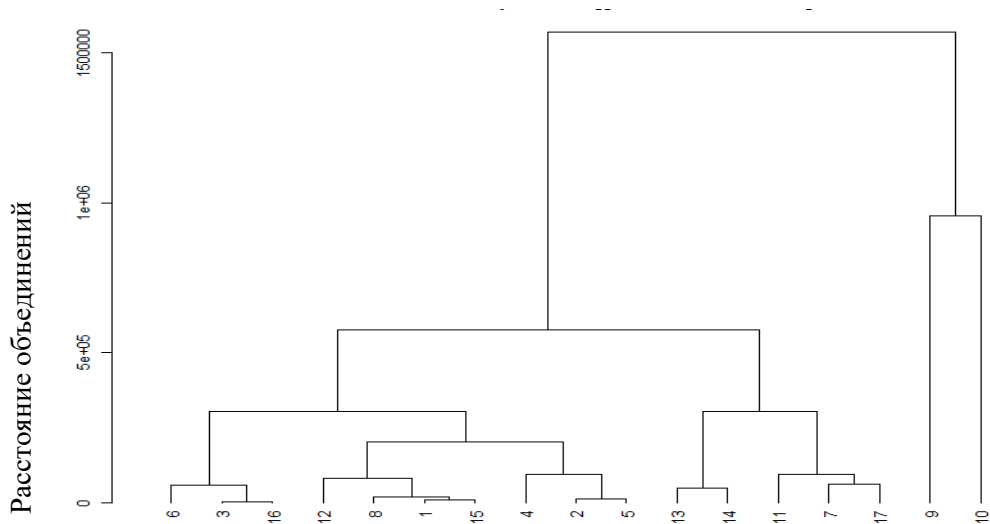


Рисунок 9 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднеголетним показателям распространенности болезней взрослого населения Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

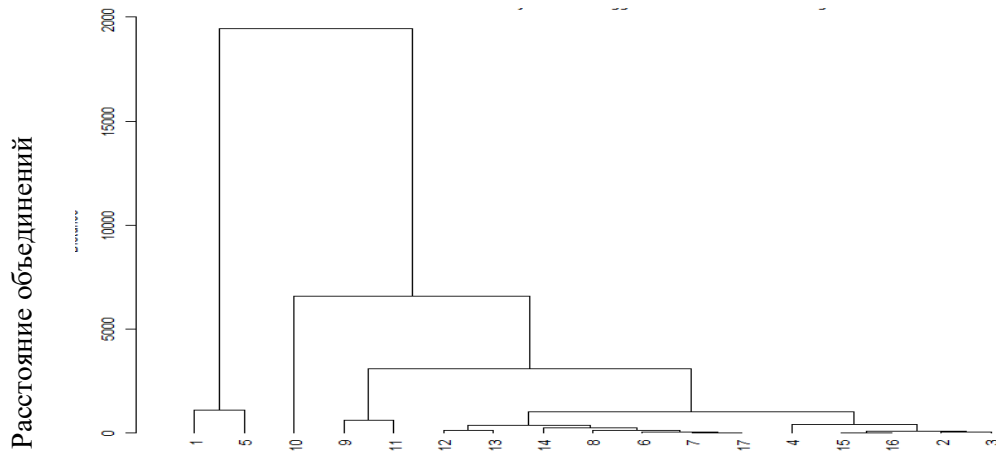


Рисунок 10 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднемноголетним показателям распространенности болезней контингента УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

При анализе результатов иерархической кластеризации среднемноголетних показателей распространенности болезней среди взрослого населения страны и области установлено, что кластеры представляют сходство пространственно-временных параметров практически по всем классам болезней (Рисунок 8,9). При этом отмечается, что по Липецкой области по классу травм и отравлений, психических расстройств и болезни уха и сосцевидного отростка евклидово расстояние больше чем по РФ. Эти различия продиктованы тем, что Липецкая область является индустриально-промышленным районом России с развитым металлургическим производством [58; 87].

Анализ дендрограммы показателей распространенности заболеваний среди контингента пенитенциарной системы Липецкой области выявил значительные отличия от структур кластеров взрослого населения Липецкой области и РФ (Рисунок 10). Так первый кластер с наибольшими показателями распространенности представлен двумя классами: инфекционные болезни и психические расстройства. Болезни органов дыхания представлены в отдельном кластере. Показатели распространенности соматических заболеваний приходятся на более низкие кластеры по евклидовому расстоянию в сравнении с

показателями среди взрослого населения страны и области, и схожести по другим классам болезней нет ни с дендрограммой по РФ, ни с Липецкой областью. Вероятно, данная ситуация связана с поступлением в учреждения ПУ лиц из разных регионов России.

Среднегодовой показатель распространенности инфекционных болезней контингента УИС Липецкой области достоверно превышает показатели среди взрослого населения страны и Липецкой области в 9,1 и 10,6 раза (критерий Стьюдента  $t=156,6$  при  $p < 0,001$ , и  $t=159,2$  при  $p < 0,001$  соответственно). Среднегодовой уровень распространенности инфекционных болезней за восьмилетний период составил 33606,96 на 100 тысяч контингента. Определена его умеренная тенденция к росту при установленном среднегодовом темпе прироста (+3,74%).

При оценке тенденции показателей общей инфекционной заболеваемости установлена его достоверность (2012: 27937,5 на 100 тысяч контингента 95%ДИ: 26934,4 – 28940,7 при  $p \leq 0,05$ ; 2019: 32942,65 на 100 тысяч контингента 95% ДИ: 31854,5-34030,8 при  $p \leq 0,05$ ) (Рисунок 11).

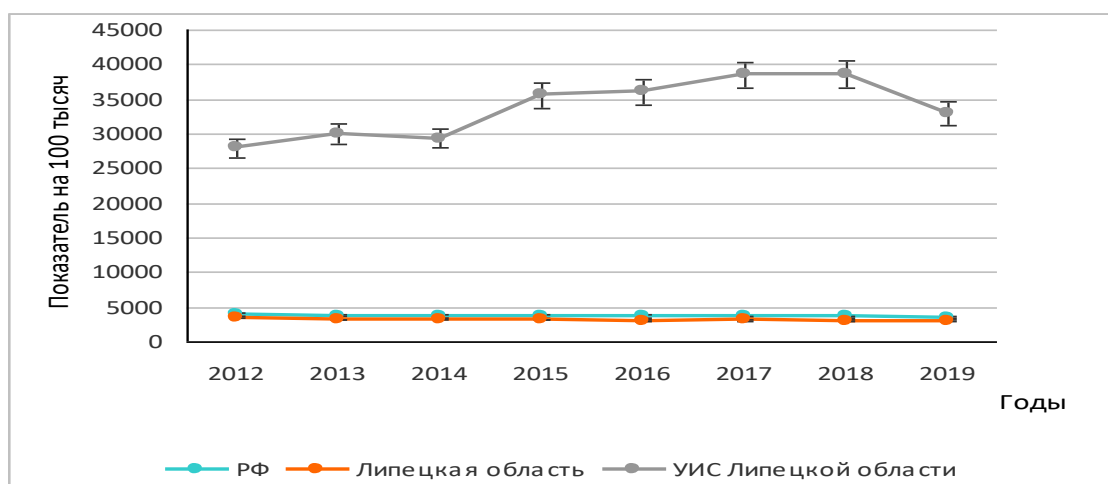


Рисунок 11 – Показатели распространенности инфекционных болезней среди населения РФ, Липецкой области (на 100 тысяч населения) и контингента УИС Липецкой области в 2012- 2019 годы (на 100 тыс. контингента)

Оценка тенденции распространенности по классам болезней контингента ПС Липецкой области по темпам прироста (снижения) (Таблица 3)



свидетельствует о том, что ее изменения отсутствуют по следующим классам: психические расстройства и расстройства поведения, болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

-умеренные: инфекционные и паразитарные болезни, болезни нервной системы, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

-выраженные: новообразования, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни кожи и подкожной клетчатки.

Таблица 3 - Оценка тенденции показателей распространенности болезней по величине темпа прироста (снижения) в разрезе классов болезней

Наименование нозологии	Темпы прироста (снижения) в %	Изменения тенденции
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,74	умеренная
Новообразования	-5,11	выраженная
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	-9,40	выраженная
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6,39	выраженная
Психические расстройства и расстройства поведения	0,70	отсутствует
Болезни нервной системы	-2,03	умеренная
Болезни глаза и его придаточного аппарата	-7,19	выраженная
Болезни уха и сосцевидного отростка	-1,57	умеренная
Болезни системы кровообращения	-0,91	отсутствует
Болезни органов дыхания	-1,45	умеренная
Болезни органов пищеварения	1,14	умеренная

## Продолжение таблицы 3

Наименование нозологии	Темпы прироста (снижения) в %	Изменения тенденции
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-14,67	выраженная
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,92	отсутствует
Болезни мочеполовой системы	1,09	умеренная
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2,19	умеренная

По данным ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости контингента ПУ Липецкой области установлено, что регистрируется незначительный рост показателя общей заболеваемости и в ее структуре продолжает оставаться проблемой распространенность инфекционных болезней с тенденцией к росту на 17,9% (в 2019 году по сравнению с 2012 годом,  $t=125,6$ ,  $p < 0,001$ ).

### **3.3. Первичная заболеваемость контингента пенитенциарной системы Липецкой области в сравнении с населением Российской Федерации и области**

Одним из основных показателей эффективности деятельности медицинской службы является первичная заболеваемость, которая характеризует инцидентность, динамику и структуру зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах [68; 74; 93; 121].

К одной из особенных групп населения можно отнести и контингент ПУ, условия жизнедеятельности, которых еще до поступления в учреждения, нередко относятся к категории дискомфортных, характеризующихся недостатком питания, медицинским обеспечением условиями проживания, а также негативным отношением к здоровью (употребление наркотиков, алкоголя и другое) [126].

Заболеваемость контингента ПУ Липецкой области в целом за анализируемый период имеет тенденцию к снижению. Многолетняя динамика показателей заболеваемости за изучаемый период имеет разные темпы снижения и роста в отдельные годы. Тенденция показателей заболеваемости статистически значима ( $t=15,9$ , при  $p \leq 0,05$ ), как и при оценке доверительных интервалов (2012: 27937,5 на 100 тысяч контингента 95% ДИ: 26934,4 – 28940,7 при  $p \leq 0,05$ ; 2019: 32942,65 на 100 тысяч контингента 95% ДИ: 31854,5-34030,8 при  $p \leq 0,05$ ) (Рисунок 12).

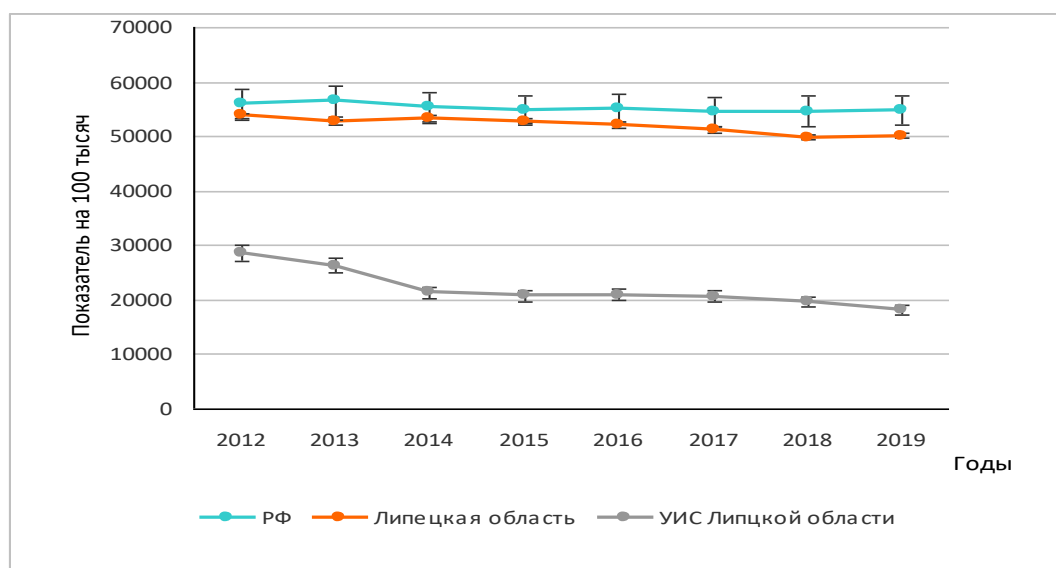


Рисунок 12 – Показатели заболеваемости психо-соматическими болезнями взрослого населения РФ, Липецкой области (на 100 тысяч населения) и контингента УИС Липецкой области в 2012- 2019 годы (на 100 тыс. контингента)

Среднемноголетний показатель заболеваемости контингента УИС области за изучаемый период составил 22019,02 на 100 тысяч контингента. Определена его выраженная тенденция к снижению при среднемноголетнем темпе прироста - 6,16%.

При сравнении среднемноголетних показателей заболеваемости контингента учреждений УИС области с показателями заболеваемости взрослого населения РФ и Липецкой области установлено, что среднемноголетний уровень в ПС меньше в 2,5 и 2,4 раза соответственно ( $t=198,1$  при  $p < 0,001$  и  $t=177,1$  при  $p < 0,001$ ).

При кластеризации показателей заболеваемости по классам болезней согласно МКБ-10 определены существенные различия в структуре заболеваемости взрослого населения страны, Липецкой области и контингента УИС (Рисунок 13).

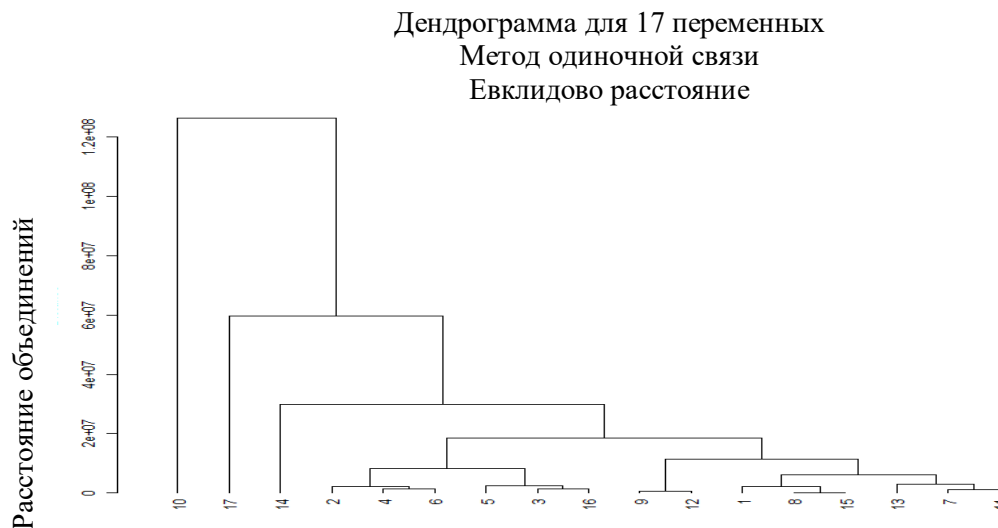


Рисунок 13 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям заболеваемости взрослого населения РФ (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Где и на рисунках 14, 15: 1 – инфекционные и паразитарные болезни, 2 – новообразования, 3 - болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, 4 - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, 5 - психические расстройства и расстройства поведения, 6 – болезни нервной системы, 7- болезни глаза и его придаточного аппарата, 8 - болезни уха и сосцевидного отростка, 9 - болезни системы кровообращения, 10 - болезни органов дыхания, 11 – болезни органов пищеварения, 12 - болезни кожи и подкожной клетчатки, 13 - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, 14 - болезни мочеполовой системы, 15 - беременность, роды и послеродовой период, 16 - симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных

исследованиях, не классифицированные в других рубриках, 17 - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

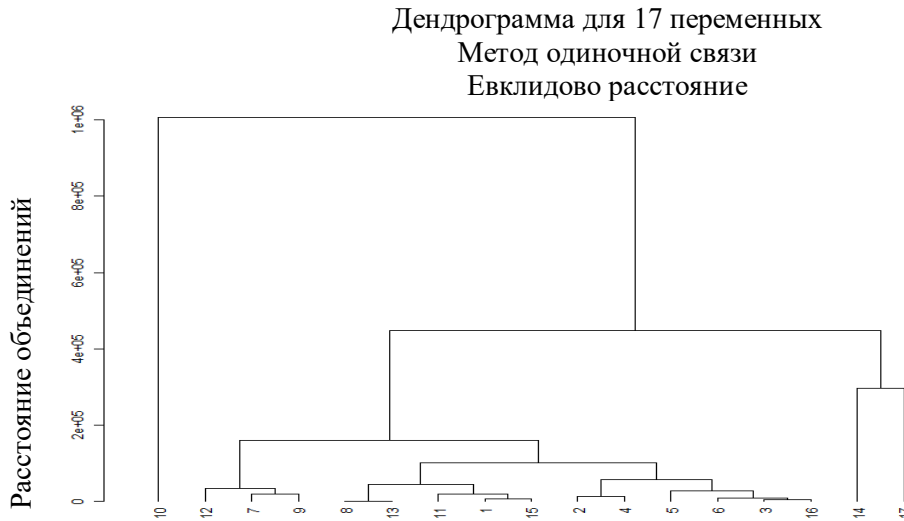


Рисунок 14 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднеголетним показателям заболеваемости взрослого населения Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

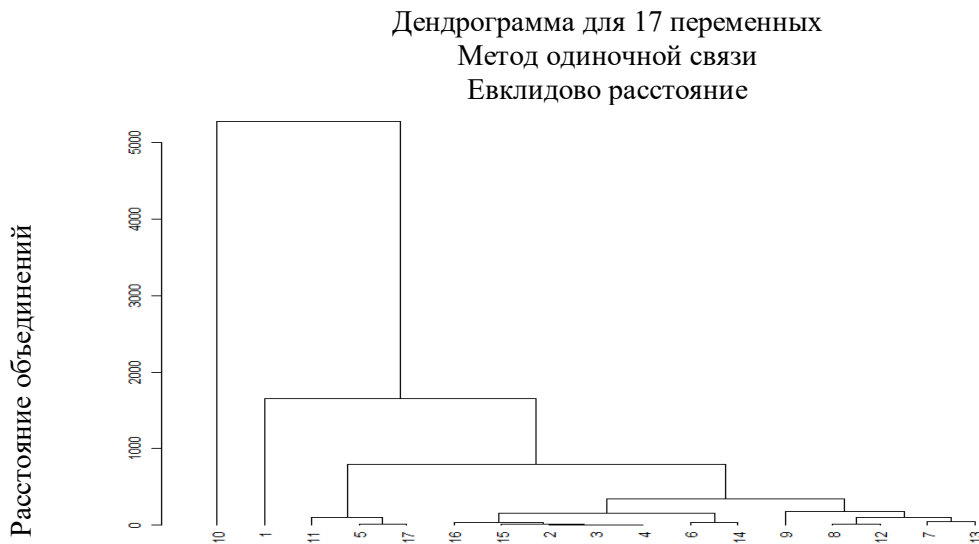


Рисунок 15 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднеголетним показателям заболеваемости контингента УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

При анализе результатов иерархической кластеризации среднемноголетних показателей заболеваемости по классам болезней среди взрослого населения РФ и области установлено, что кластеры представляют сходство параметров практически по всем классам болезней (Рисунок 13, 14). При этом отмечается, что по Липецкой области болезни кожи и подкожной клетчатки представлены в более высоком кластере. Это связано с тем, что в г. Липецке расположен ПАО «Новолипецкий металлургический комбинат», который является производством черной металлургии с полным циклом, и среди работников регистрируются достаточно высокие цифры сенсоневральной тугоухости, заболевания легких и некоторых других болезней [87]. Имеются сведения об относительно высокой заболеваемости взрослого населения области аллергическим контактным дерматитом по сравнению с аналогичными показателями по Центральному федеральному округу и России [58; 60; 156].

В ходе анализа дендрограмм показателей заболеваемости взрослого населения РФ, области и контингента УИС Липецкой области установлено, что первый кластер представлен болезнями органов дыхания (Рисунок 15). Второй кластер представлен классом инфекционных и паразитарных болезней, против шестого кластера по РФ и Липецкой области. Показатели распространенности соматических заболеваний приходятся на более низкие кластеры по евклидовому расстоянию в сравнении с показателями среди взрослого населения страны и области, и схожести по другим классам болезней нет ни с дендрограммой по РФ, ни с Липецкой областью. Отличия в структуре заболеваемости контингента ПУ области, как от РФ, так и от Липецкой области, вероятно, связаны с поступлением осужденных из разных субъектов, в которых имеются иные факторы воздействия на здоровье постоянного населения.

Среднемноголетний показатель заболеваемости инфекционными болезнями контингента УИС области превышает аналогичные показатели среди взрослого населения страны и региона в 1,5 и 1,9 раза. Эти различия статистически значимы (критерий Стьюдента  $t=19,7$  при  $p < 0,001$  и  $t=22,4$  при  $p < 0,001$  соответственно) (Рисунок 16).

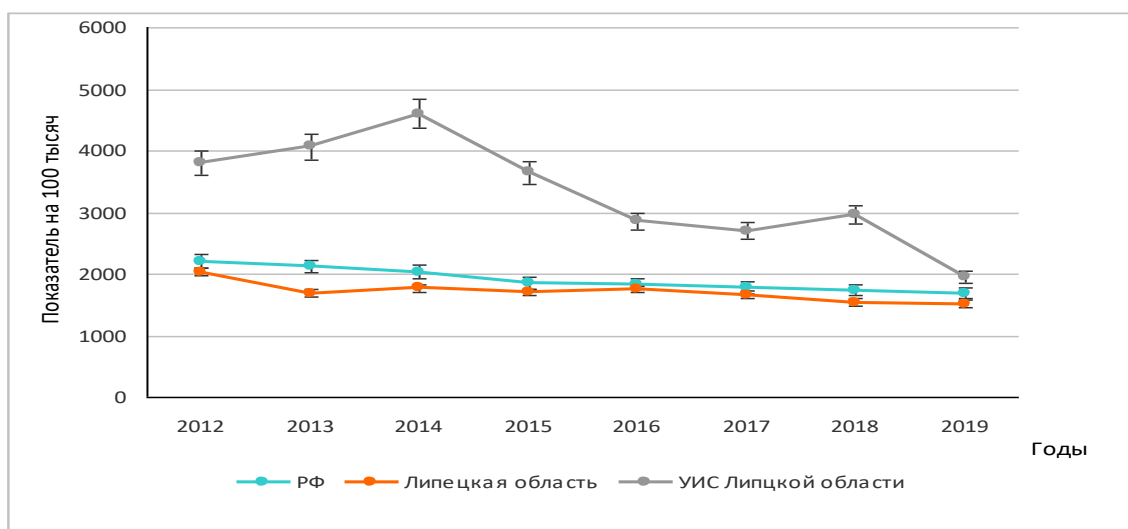


Рисунок 16 – Показатели заболеваемости инфекционными болезнями взрослого населения РФ, Липецкой области (на 100 тысяч населения) и контингента УИС Липецкой области в 2012 - 2019 годы (на 100 тыс. контингента)

Среднемноголетний уровень первичных случаев инфекционных болезней за анализируемый период составил 3335,8 на 100 тысяч контингента и имеет выраженную тенденцию к снижению (среднемноголетний темп снижения составил -8,95%). При оценке ее достоверности установлено, что тенденция к снижению имеет статистически значимые изменения показателей инфекционной заболеваемости ( $t=6,8$  при  $p \leq 0,05$ ).

Оценка динамики тенденции по величине темпа прироста (снижения) (Таблица 4) показала, что изменения уровней заболеваемости в разрезе классов болезней имеют умеренные изменения по следующим классам: болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

-выраженная: инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни

уха и сосцевидного отростка, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Таблица 4 - Оценка динамики показателей по величине темпов прироста (снижения) в разрезе классов болезней

Наименование нозологии	Темпы прироста (снижения) в %	Изменения тенденции
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	-8,95	выраженная
Новообразования	-13,87	выраженная
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	-7,05	выраженная
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8,49	выраженная
Психические расстройства и расстройства поведения	-21,89	выраженная
Болезни нервной системы	-12,72	выраженная
Болезни глаза и его придаточного аппарата	-15,14	выраженная
Болезни уха и сосцевидного отростка	-7,69	выраженная
Болезни системы кровообращения	-4,55	умеренная
Болезни органов дыхания	-1,94	умеренная
Болезни органов пищеварения	-2,16	умеренная
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-18,62	выраженная
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-11,84	выраженная
Болезни мочеполовой системы	-1,54	умеренная
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	1,01	умеренная

Таким образом, показатели заболеваемости психо-соматическими и инфекционными болезнями контингента ПУ Липецкой области существенно отличаются от аналогичных показателей населения России. Также динамические изменения уровней заболеваемости в разрезе по классам болезней имеют



отличную тенденцию развития, от аналогичных изменений среди взрослого населения РФ и Липецкой области.

По данным ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости психо-соматическими болезнями контингента ПУ Липецкой области установлено, что регистрируется умеренное снижение показателя заболеваемости. При этом при кластеризации показателей заболеваемости по кодам МКБ-10 инфекционные болезни принадлежат второму кластеру, после болезней органов дыхания.

#### **3.4. Показатели смертности среди контингента пенитенциарной системы Липецкой области в сравнении с населением Российской Федерации и области**

Уровень смертности наряду с показателями заболеваемости является основным медико-демографическим показателем, используемым при оценке состояния здоровья населения и оценке эффективности деятельности системы здравоохранения [142].

При анализе показателей смертности в учреждениях УИС области установлено, что среднемноголетний показатель смертности контингента от всех причин за период с 2012 по 2019 гг. меньше аналогичного по РФ и Липецкой области в 4 и 5 раз соответственно. Различия статистически значимы (критерий Стьюдента  $t=45,5$  при  $p < 0,001$  и  $t=54,9$  при  $p < 0,001$  соответственно) (Таблица 5).

Таблица 5 – Смертность по основным классам болезней в пенитенциарной системе Липецкой области и Российской Федерации за 2012–2019 годы (абсолютное число, на 1000 населения, %)

Причина смерти	РФ			Липецкая область			УФСИН России по Липецкой области		
	Абс.	Показатель на 1000 контингента	% в структуре	Абс.	Показатель на 1000 контингента	% в структуре	Абс.	Показатель на 1000 контингента	% в структуре
Всего	14909081	12,8	100%	138461	15,05	100%	176	2,9	100%
Инфекционные и паразитарные болезни	268290	0,2	1,8	550	0,06	0,4	49	0,8	27,8
Новообразования	2364221	2,0	15,9	17778	1,93	12,8	16	0,3	9,1
Болезни системы кровообращения	7392264	6,4	49,6	60655	6,59	43,8	51	0,8	29,0
Болезни органов дыхания	551688	0,5	3,7	5456	0,59	3,9	3	0,05	1,7
Болезни органов пищеварения	760848	0,7	5,1	5580	0,61	4,0	15	0,2	8,5
Внешние причины	1346025	1,2	9,0	11578	1,26	8,4	34	0,6	19,3

Дендрограмма для 6 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

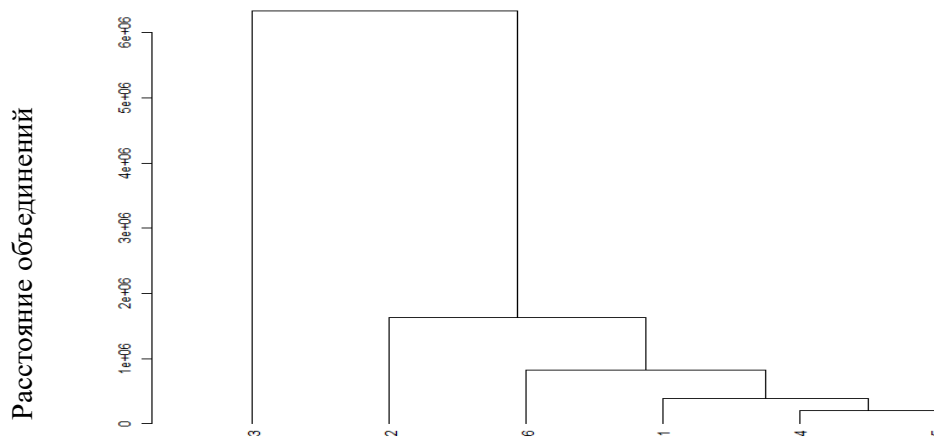


Рисунок 17 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям смертности взрослого населения РФ (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Где и на рисунках 18,19: 1 – инфекционные и паразитарные болезни, 2 – новообразования, 3- юлезни системы кровообращения, 4 – болезни органов дыхания, 5 – болезни органов пищеварения, 6 – внешние причины.

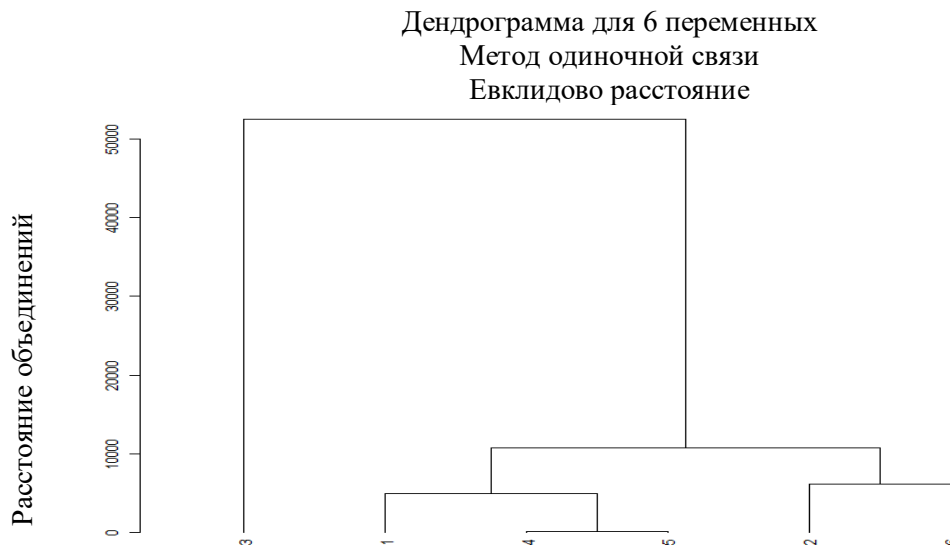


Рисунок 18 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям смертности взрослого населения Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

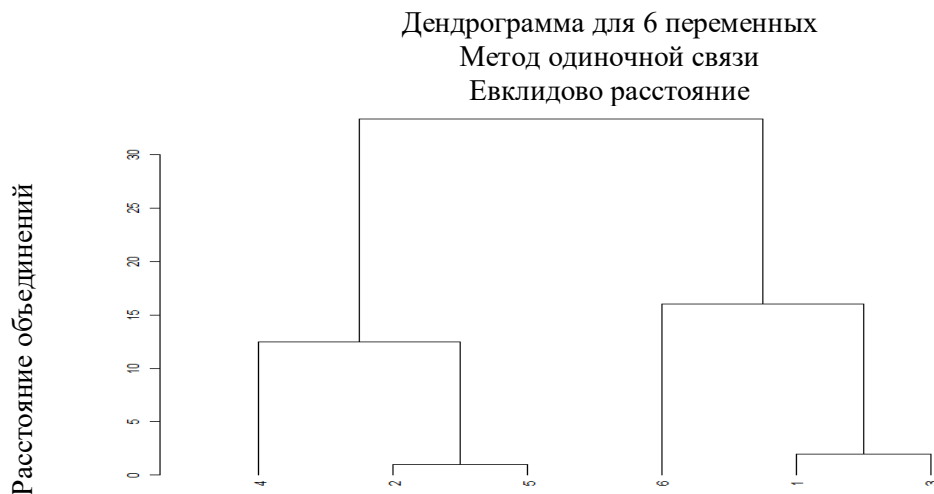


Рисунок 19 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям смертности контингента УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

При анализе результатов иерархической кластеризации среднемноголетних показателей смертности по классам болезней взрослого населения РФ и Липецкой области установлено, что в первый кластер входит класс болезней системы кровообращения, а класс инфекционных болезней принадлежит только четвертому кластеру (Рисунок 17, 18).

Дендрограмма причин смерти контингента УИС Липецкой области показывает, что первому кластеру, в отличие от РФ и Липецкой области, принадлежат причинам смерти от болезней системы кровообращения, инфекционных болезней и от внешних причин (Рисунок 19).

При сравнении среднемноголетних показателей смертности от инфекционных болезней контингента УИС области с аналогичными показателями по РФ и Липецкой области установлено, что превышает их в 4 и 13 раз соответственно. Различия статистически значимы (критерий Стьюдента  $t=5,2$  при  $p < 0,001$  и  $t=6,5$  при  $p < 0,001$  соответственно) (Таблица 5).

При анализе показателей смертности от инфекционных болезней по группам контингента УИС установлено, что среди лиц, отбывающие наказание в тюрьме и поступающих в СИЗО случаи смерти регистрируются единичные, основная часть это осужденные, повторно отбывающие наказание (Таблица 6, Рисунок 20).

Таблица 6 – Смертность от инфекционных болезней в пенитенциарной системе Липецкой области за 2012–2019 годы (абсолютное число, на 1000 населения)

Год	Осужденные, впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Итого	
	Абс.	на 1000 контингента	Абс.	на 1000 контингента	Абс.	на 1000 контингента
2012	1	0,39	3	1,02	4	0,71
2013	3	1,17	5	1,71	8	1,41
2014	2	0,77	3	1,02	5	0,87
2015	1	0,39	2	0,71	3	0,54
2016	2	0,79	5	1,66	7	1,22
2017	0	0,00	1	0,31	1	0,17
2018	0	0,00	1	0,36	1	0,19
2019	1	0,55	1	0,37	2	0,43

## Продолжение таблицы 6

Год	Осужденные, впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Итого	
	Абс.	на 1000 контингента	Абс.	на 1000 контингента	Абс.	на 1000 контингента
Среднегодовой показатель	1,25	0,52	2,63	0,90	3,88	0,09
Темп прироста (%)		-15,6		-16,7		-16,3

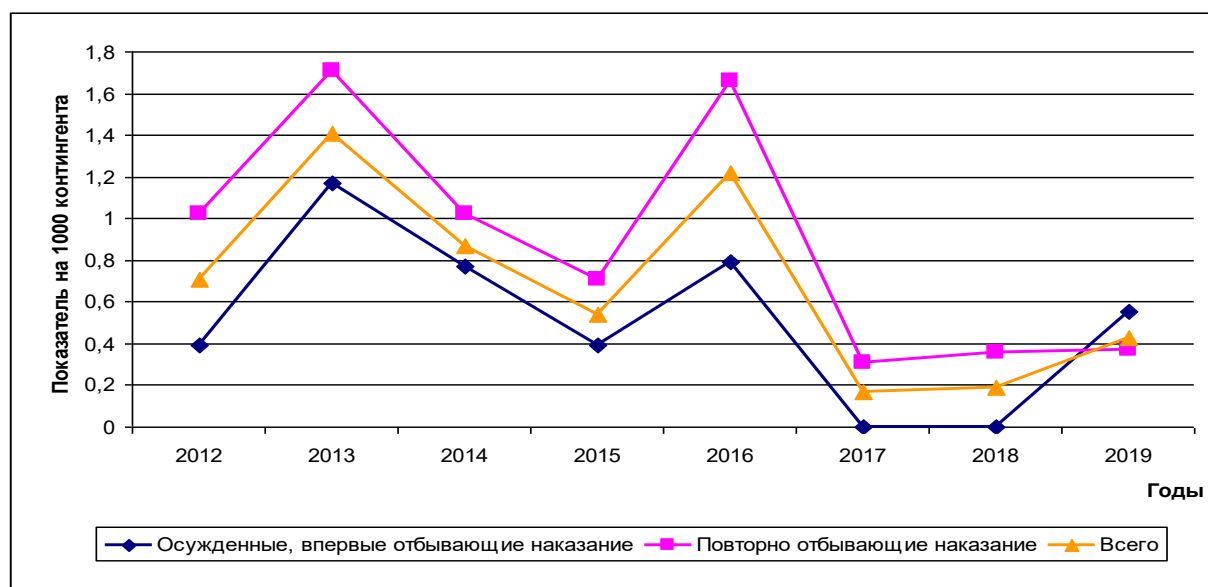


Рисунок 20 – Динамика показателей смертности от инфекционных болезней в ПУ Липецкой области за 2012–2019 годы (на 1000 контингента)

В отношении контингента ПС, кроме показателя смертности, еще одним показателем, характеризующим роль инфекционной патологии, является численность лиц, освобожденных досрочно по причине болезни в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью».

При анализе структуры суммы численности лиц, умерших от инфекционной патологии и освобожденных досрочно по причине болезни установлено, что на инфекционные болезни приходится за весь анализируемый период 39%. В разрезе по годам это показатель составил от 20,7% в 2015 году до 51,1% в 2018 году. При оценке по нозологиям отмечается, что основной вклад вносят лица, больные ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях и в сочетании с активным туберкулезом.

Таким образом, в отношении контингента ПС инфекционные болезни продолжают занимать одну из ведущих позиций в структуре причин смерти и составляют до 50%.

В ходе проведенного анализа, определено, что структура распространенности и заболеваемости психо-соматическими болезнями контингента УИС Липецкой области имеет существенные отличия от аналогичных показателей среди взрослого населения Липецкой области и РФ. Ведущие позиции в структуре этих показателей среди контингента УИС занимают инфекционные болезни также, как и в структуре показателей смертности.

## **4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В СЛЕДСТВЕННОМ ИЗОЛЯТОРЕ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

### **4.1. Особенности контингента**

Граждане, в отношении которых в качестве меры пресечения избрано заключение под стражу, содержатся в следственных изоляторах (далее – СИЗО) УИС РФ в соответствии с Федеральным законом от 15 июля 1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» [99].

Согласно нормативным правовым актам лица, которые находятся под стражей в СИЗО, являются неотъемлемой частью гражданского общества, в отношении которого уровень медицинской помощи и охраны здоровья должен быть таким же, что и у граждан в целом.

Лица, содержащиеся в СИЗО, пользуются правами, свободами и несут обязанности, установленные для граждан РФ, с ограничениями, предусмотренными уголовно-процессуальным кодексом РФ и иными федеральными законами [17; 49; 53; 64, 99].

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных и стационарных условиях оказывается в медицинской части при учреждении.

Охрана здоровья заключенных в СИЗО обеспечивается комплексом мер: создание благоприятных условий содержания подозреваемых, обвиняемых, мероприятиями, проводимыми администрацией учреждения, по ограничению опасных факторов. Забота о сохранении и укреплении здоровья лиц, содержащихся под стражей, является обязанностью администрации и медицинской службы ПУ [49; 51].

Оценим следующие параметры, характеризующие контингент следственного изолятора: социально-демографические (пол, возраст) и уголовно-правовые (распределение по квалификации совершенного преступления, по числу судимостей и другие).

За период с 2012 по 2019 годы отмечаются некоторые изменения в демографическом составе контингента СИЗО Липецкой области. Так в 2019 г. по сравнению с 2012 г. регистрируется снижение среднесписочной численности подозреваемых и обвиняемых, в сумме со вновь арестованными, содержащихся под стражей в СИЗО Липецкой области на 4,96% (с 1856 до 1764 человек). В общей структуре контингента учреждений УИС Липецкой области удельный вес лиц, содержащихся в СИЗО увеличился, но незначительно ( $t=0,6$ ,  $p=0,5$ ) с 24,15% (2012 г.) до 24,6% (2019 г.).

При оценке характеристики контингента СИЗО по полу установлено, что основная масса - это мужчины, на которых приходится от 90,2% (в 2012 г.) до 88,2% (в 2019г.), доля женщин увеличилась в 1,2 раза и составила 10,4% в 2019 г. против 8,97% в 2012 г.

Анализ возрастной структуры контингента СИЗО УИС Липецкой области показал, что основная часть подозреваемых и обвиняемых была в возрасте до 35 лет (больше 50%). При этом, отмечена статистически значимая тенденция по увеличению удельного веса лиц в этом возрасте с 69,4% в 2012 году до 78,8% в 2019 году ( $t=13,2$  при  $p < 0,001$ ) (Рисунок 21).

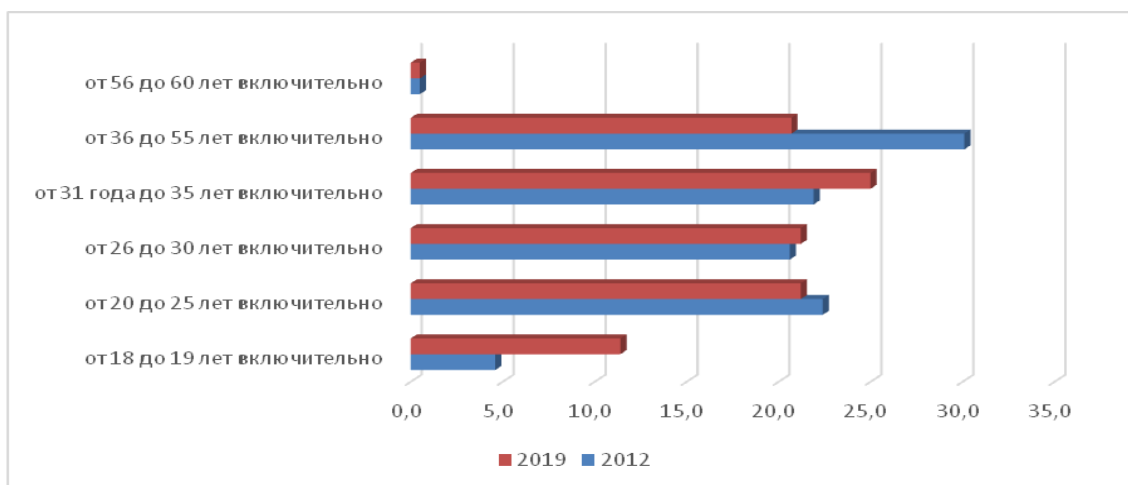




Рисунок 21 - Характеристика контингента СИЗО по возрасту за 2012 и 2019 годы (в %)

Средний возраст подозреваемых и обвиняемых в 2012 году составил 32,8, а в 2019 году равен 30,8 лет, то есть имеет тенденцию к уменьшению.

Коэффициент миграционного прироста за период с 2012 по 2019 год снижается, так в 2019 году в СИЗО УФСИН России по Липецкой области он составил 8167,8 на 1000 населения против 10030,5 на 1000 подозреваемых и обвиняемых 2012 года, что продиктовано политикой государства.

Среди всего многообразия параметров, характеризующих уголовно-правовую составляющую контингента СИЗО Липецкой области, отмечаются следующие тенденции:

-средний срок пребывания в СИЗО составляет 3 месяца,

-анализ контингента по квалификации совершенного преступления показывает рост удельного веса преступлений, связанных с такими преступлениями, как незаконный оборот наркотических веществ, кража, грабеж, то есть связанные с имуществом (Рисунок 22).

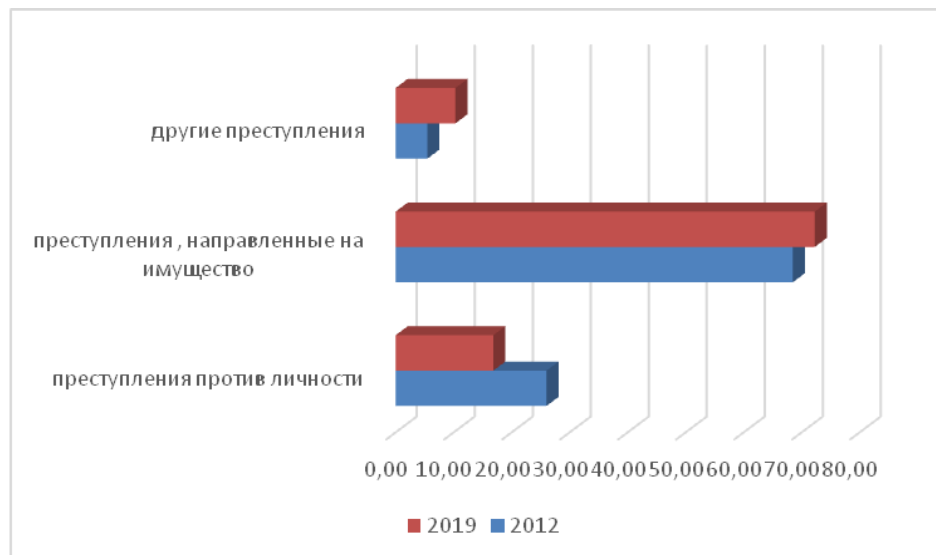


Рисунок 22 - Характеристика контингента СИЗО по видам преступлений в сравнении показателей 2012 и 2019 годов (в %)

Итак, при анализе отдельных демографических и уголовно-правовых параметров, характеризующих контингент СИЗО Липецкой области, установлено, что происходят изменения в сторону уменьшения общего количества лиц, проходящих через СИЗО за год и увеличения доли женщин, роста обвиняемых в преступлениях направленных на имущество. При этом отмечено снижение среднего возраста обвиняемых и подозреваемых и коэффициента прибытия.

#### **4.2. Социально-значимые заболевания**

СИЗО в УИС играют роль санитарных пропускников, при поступлении в которые всем лицам проводится медицинский осмотр и в дальнейшем лабораторно-инструментальные исследования с целью максимального выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих [158].

Таким образом, заболеваемость, регистрируемая среди подозреваемых и обвиняемых, является отражением распространения заболеваний, в том числе и инфекционных среди населения или отдельных социально-неблагополучных ее групп [52; 135]. Практически все случаи заболеваний среди обвиняемых выявляются в течение первых дней пребывания в СИЗО, что указывает на инфицирование до заключения под стражу [52; 105]. Основная часть обвиняемых, поступающих в СИЗО, относятся к числу постоянных жителей субъекта РФ.

По информации ФСИН России показатели заболеваемости среди лиц, поступающих в СИЗО, превышают уровни заболеваемости в исправительных учреждениях в 2 - 2,5 раза, и заболеваемость населения РФ – в 1,3 – 1,7 раза [20].

Среднемноголетний показатель распространенности психо-соматических болезней, регистрируемых среди лиц, поступающих в СИЗО области составляет 97566,1 на 100 тысяч контингента. Этот показатель меньше аналогичного среди взрослого населения России и Липецкой области в 1,7 и 1,5 раза соответственно. Выявленные различия статистически значимые при расчете критерия Стьюдента ( $t=25436,9$ ,  $p < 0,001$  и  $t=17362,9$  при  $p < 0,001$  соответственно) (Рисунок 23).

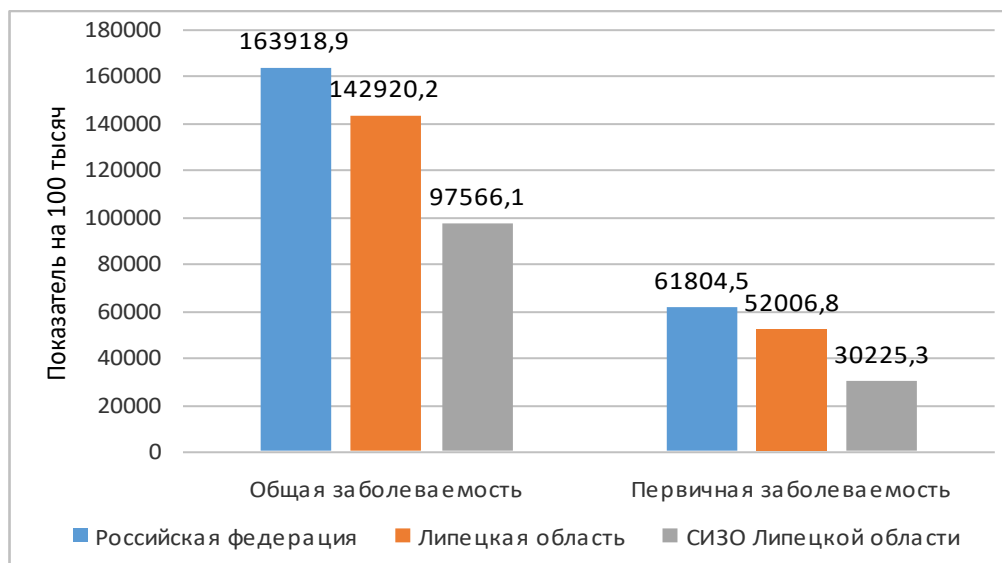


Рисунок 23 – Сравнение среднееголетних показателей общей и первичной заболеваемости контингента СИЗО за 2012-2019гг (в показателях на 100 тысяч контингента) со взрослым населением РФ и Липецкой области (в показателях на 100 тысяч населения)

Общая заболеваемость, регистрируемая среди подозреваемых и обвиняемых в следственном изоляторе Липецкой области, за период с 2012 по 2019 год имеет незначительную тенденцию к снижению (-0,88%). Оценка достоверности тенденции по методу доверительных интервалов (2012: 98437,5 на 100 тысяч контингента 95% ДИ: 98423,2 – 98451,8, 2019: 80442,2 на 100 тысяч контингента 95% ДИ: 81428,9-80455,4) и критерию Стьюдента ( $t=18,2$  при  $p \leq 0,05$ ) достоверная.

Многолетняя динамика показателей общей заболеваемости достаточно неравномерна, имеются периоды подъема (2014, 2016, 2017 годы) и периоды спада (2013, 2015, 2018 и 2019 годы). Максимальный темп роста наблюдался в 2017 году по отношению к предшествующему году и составил 14,79% (Таблица 7).

Таблица 7 – Характеристика динамического ряда показателей общей заболеваемости контингента СИЗО Липецкой области в 2012 – 2019 гг. (в показателях на 100 000 контингента)

Промежутки времени	Показатель на 100 тысяч населения	Абсолютный прирост (убыль)	Показатель наглядности, %	Показатель роста (снижения), %	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2012	98437,50	нет	100	нет	нет	нет	96210,86	64140,57
2013	93984,22	-4453,28	95,48	95,48	-4,52	984,38		99868,73
2014	107184,47	13200,25	108,89	114,05	14,05	939,84	98407,05	96932,77
2015	89629,63	-17554,84	91,05	83,62	-16,38	1071,84		99714,91
2016	102330,62	12700,99	103,95	114,17	14,17	896,30	109898,5	103142,22
2017	117466,41	15135,79	119,33	114,79	14,79	1023,31		105236,88
2018	95913,60	-21552,81	97,44	81,65	-18,35	1174,66	88177,89	97940,73
2019	80442,18	-15471,4	81,72	83,87	-16,13	959,14		88177,89
Среднепятилетнее	97566,1				-0,9			

Анализ иерархической кластеризации среднееголетних показателей распространенности болезней в разрезе классов МКБ-10, регистрируемых среди контингента СИЗО УИС Липецкой области показал, что класс инфекционных болезней входит в первый кластер, против пятого кластера среди взрослого населения РФ и Липецкой области (Рисунок 24).

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

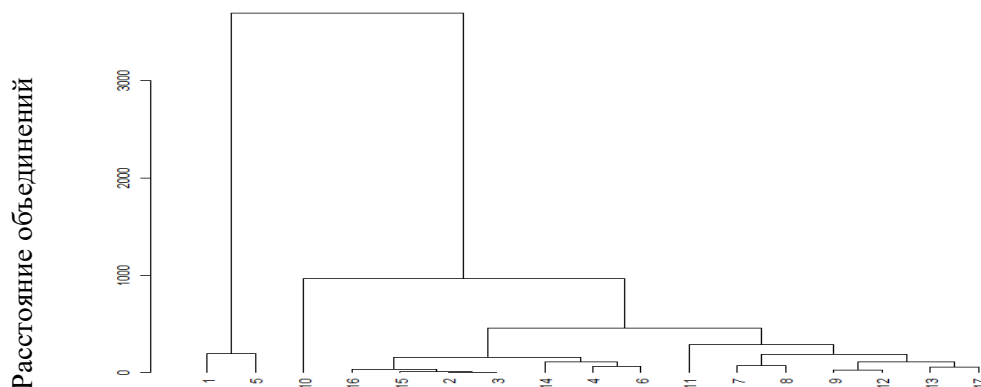


Рисунок 24 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям распространенности болезней в группе контингента СИЗО УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Среднегодовой показатель распространенности инфекционных болезней среди подозреваемых и обвиняемых составил 29165,2 на 100 тысяч контингента. Он превышает аналогичные показатели по РФ и Липецкой области в 6,9 и 8,9 раза соответственно (Приложение А – Таблица А.2). Различия статистически значимы (критерий Стьюдента  $t=67,1$ ,  $p < 0,001$  и  $t=68,5$  при  $p < 0,001$  соответственно).

Показатель распространенности инфекционных болезней среди подозреваемых и обвиняемых имеет выраженную достоверную ( $t=-11,2$ ,  $p \leq 0,05$ ) тенденцию к росту (+8,1%).

Среднегодовой показатель заболеваемости, регистрируемый среди лиц, поступающих в СИЗО области, составляет 30225,26 на 100 тысяч контингента (Приложение А – Таблица А.2). Этот показатель меньше аналогичного среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 2,1 и 1,8 раза соответственно и эти различия статистически значимы при расчете критерия Стьюдента ( $t=65,1$ ,  $p < 0,001$ , и  $t=56,7$  при  $p < 0,001$  соответственно). В ходе анализа иерархической кластеризации среднегодовых показателей заболеваемости в разрезе классов МКБ-10, регистрируемых среди контингента СИЗО УИС Липецкой области установлено, что первому кластеру принадлежит класс инфекционных болезней (Рисунок 25).

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

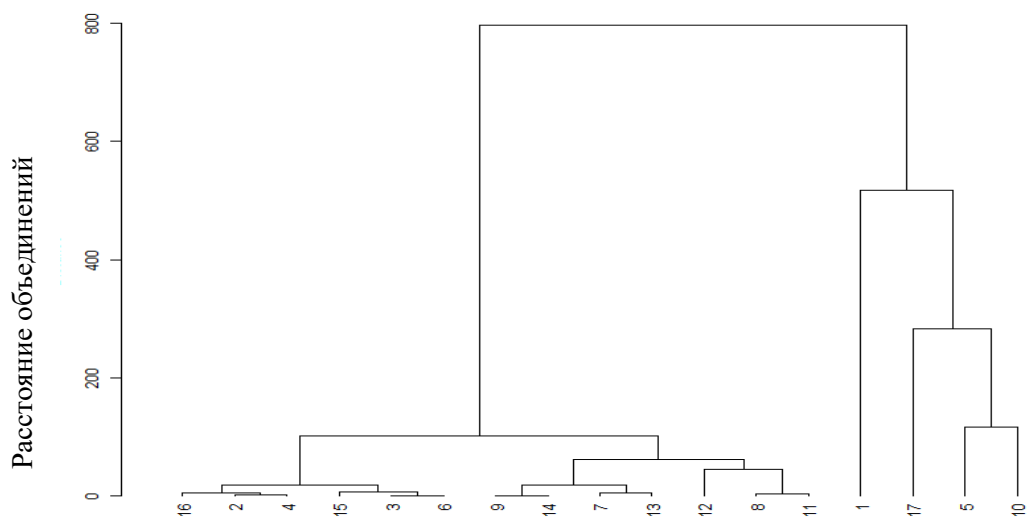


Рисунок 25 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднеголетним показателям заболеваемости контингента СИЗО УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Заболеваемость, регистрируемая среди контингента СИЗО Липецкой области, за анализируемый период имеет выраженную тенденцию к снижению (-5,54%). Данная тенденция достоверна ( $t=7,8$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Многолетняя динамика показателей заболеваемости достаточно неравномерна, имеются периоды подъема (2014, 2016, 2018 годы) и периоды спада (2013, 2015, 2017 и 2019 годы). Максимальный темп роста наблюдался в 2014 году по отношению к предшествующему году и составил 13,59% (Таблица 8).

Таблица 8 - Характеристика динамического ряда показателей первичной заболеваемости контингента СИЗО Липецкой области в 2012 - 2019 гг. (в показателях на 100 000 контингента)

Промежутки времени	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Показатель наглядности, %	Показатель роста (снижения), %	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2012	36853,4	нет	100,00	нет	нет	нет	34723,55	23149,03
2013	32593,7	-4259,70	88,44	88,44	-11,56	368,53		35489,93

## Продолжение таблицы 8

Промежутки времени	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Показатель наглядности, %	Показатель роста (снижения), %	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2014	37022,7	4429,00	100,46	113,59	13,59	325,94	31573,10	31913,30
2015	26123,5	-10899,20	70,88	70,56	-29,44	370,23		30895,17
2016	29539,3	3415,80	80,15	113,08	13,08	261,24	29293,00	28236,50
2017	29046,7	-492,60	78,82	98,33	-1,67	295,39		29219,27
2018	29071,8	25,10	78,88	100,09	0,09	290,47	25618,7	26761,37
2019	22165,6	-6906,20	60,15	76,24	-23,76	290,72		25618,7
Среднемноголетнее	30225,26				-5,54			

Среднемноголетний показатель заболеваемости инфекционными болезнями контингента следственного изолятора составил 8731,43 на 100 тысяч контингента. Он превышает аналогичные показатели по России и Липецкой области в 3,9 и 4,9 раза соответственно (Рисунок 26) и эти различия статистически значимые согласно критерию Стьюдента ( $t=28,9$ ,  $p < 0,001$  и  $t=29,8$  при  $p < 0,001$  соответственно).

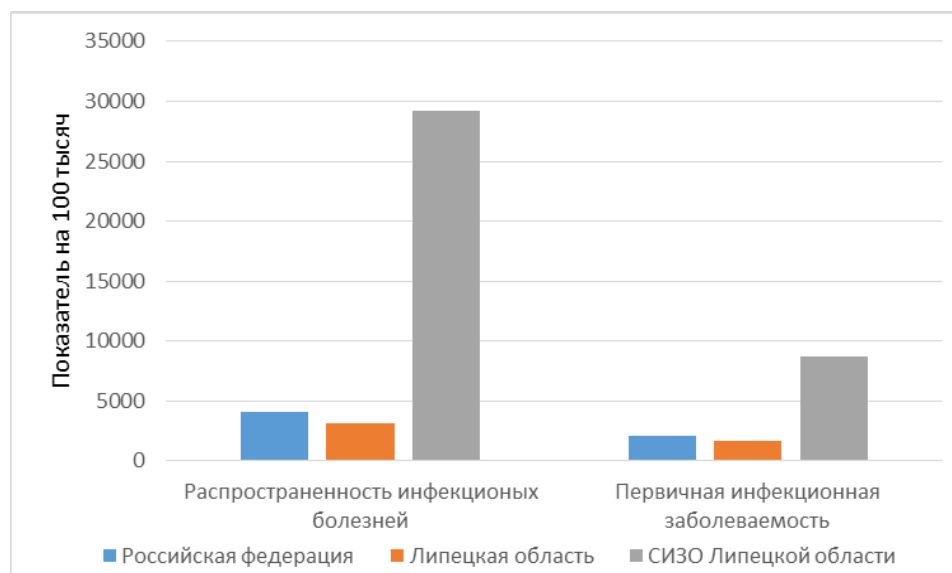


Рисунок 26 – Сравнение среднемноголетних показателей инфекционной заболеваемости контингента СИЗО УИС Липецкой области (в показателях на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и области (в показателях на 100 тысяч населения)

Заболеваемость инфекционными болезнями, впервые регистрируемыми среди подозреваемых и обвиняемых, имеет выраженную тенденцию к снижению (-10,4%). Тенденция достоверна ( $t=6,8$ ,  $p \leq 0,05$ ).

В структуре распространенности и заболеваемости инфекционными болезнями без учета острых респираторных вирусных инфекций наибольший удельный вес приходится на социально-значимые заболевания, такие как хронические парентеральные вирусные гепатиты (далее – ХВГ), ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, трихомониаз (Таблица 9, Приложение А - Таблица А.3, А.4).  
Таблица 9 - Удельный вес социально-значимых инфекций в структуре инфекционной патологии среди контингента СИЗО за период с 2012 по 2019 годы

Годы	% в структуре первичной инфекционной патологии	% в структуре общей инфекционной патологии
2012	98,1	95,7
2013	91,0	94,2
2014	92,6	98,8
2015	98,6	97,6
2016	98,5	96,3
2017	91,2	96,9
2018	79,9	94,6
2019	85,1	94,4
Всего за весь период наблюдения	92,53	96,1

За весь анализируемый период с 2012 по 2019 годы на социально-значимые болезни приходится 96,1% от всей инфекционной заболеваемости. Установлено, что в разрезе по годам удельный вес имеет колебания от 94,2% в 2013 году до 98,8% в 2014 году, которые продиктованы изменениями параметров уголовно-правовой характеристика контингента, поступающего в следственные изоляторы области.



Показатели распространенности отдельных нозологических форм превышают аналогичные показатели, регистрируемые среди взрослого населения РФ и Липецкой области (Рисунок 27).

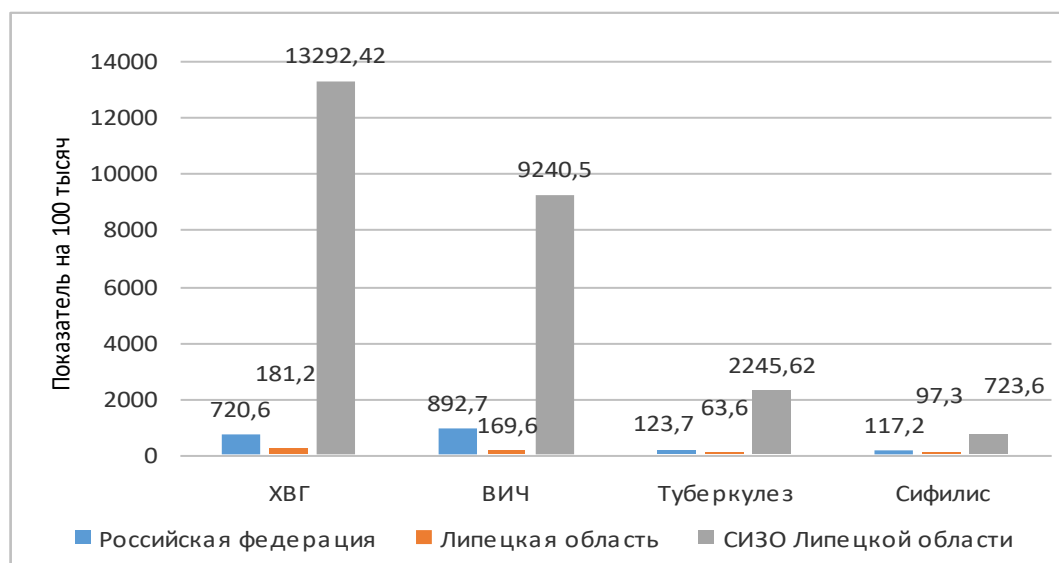


Рисунок 27 - Сравнение среднемноголетних показателей распространенности отдельных нозологий, регистрируемых среди контингента СИЗО (в показателях на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 тысяч населения)

От впервые выявленных инфекционных болезней за анализируемый период с 2012 по 2019 годы на социально-значимые болезни приходится 92,5%. Установлено, что в разрезе по годам удельный вес имеет колебания от 79,9% в 2018 году до 98,6% в 2015 году.

Ведущее ранговое место в структуре как впервые регистрируемых, так и общих инфекционных социально-значимых болезней принадлежит хроническим формам вирусных гепатитов В и С [84; 182; 184; 207] (Таблица 10).

Таблица 10 - Удельный вес отдельных нозологий в структуре инфекционной патологии контингента СИЗО за период с 2012 по 2019 годы

Нозология	% в первичной заболеваемости	Ранг	% в общей заболеваемости	Ранг
ХВГ	26,54	1	47,4	1
Туберкулез	11,95	4	8,02	4

## Продолжение таблицы 10

Нозология	% в первичной заболеваемости	Ранг	% в общей заболеваемости	Ранг
ВИЧ-инфекция	23,63	3	32,98	2
Сифилис	4,82	5	2,17	5
Трихомониаз	25,59	2	9,4	3

Показатели отдельных нозологических форм, впервые регистрируемых среди контингента СИЗО УИС Липецкой области, превышают показатели по тем же нозологиям среди взрослого населения страны и области (Рисунок 28).

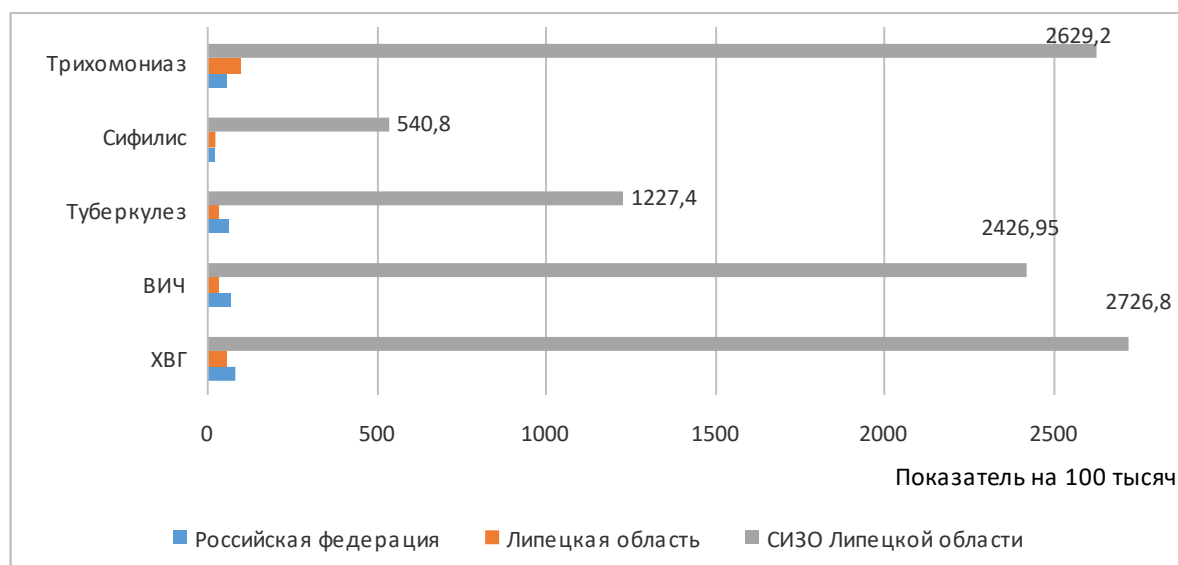


Рисунок 28 – Среднемноголетние показатели первично регистрируемых отдельных нозологий среди контингента СИЗО (в показателях на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 тысяч населения)

Среднемноголетний показатель распространенности вирусных гепатитов В и С среди подозреваемых и обвиняемых превышает показатели взрослого населения РФ и Липецкой области в 18 и 73 раз соответственно.

Показатель распространенности хронических парентеральных вирусных гепатитов, регистрируемых у подозреваемых и обвиняемых имеет выраженную тенденцию к росту (7,8%) (Рисунок 29).

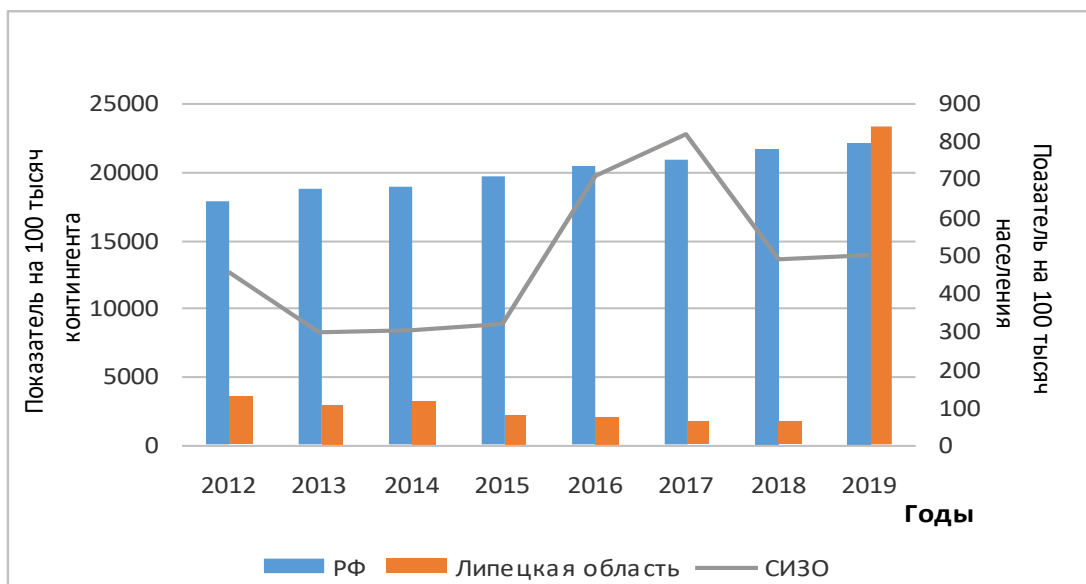


Рисунок 29 – Распространенность ХВГ среди контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и области за период с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

В структуре играет ведущую роль гепатит С, как и среди всего населения РФ [83; 97; 103; 104; 119].

Показатели первично регистрируемых ХВГ среди лиц, заключенных под стражу, превышают аналогичные показатели взрослого населения Липецкой области и России [119]. Среднемноголетний показатель среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные, регистрируемые среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 32 и 47 раз соответственно (Рисунок 30).

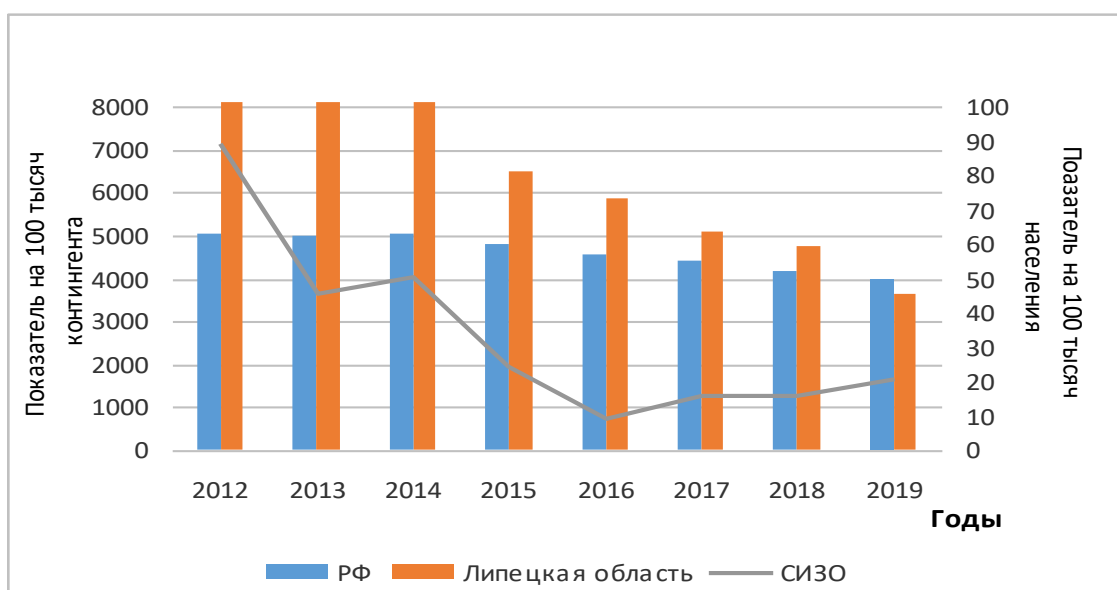


Рисунок 30 – Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами среди контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и области за период с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Показатель заболеваемости ХВГ среди подозреваемых и обвиняемых имеет выраженную тенденцию к снижению (-26,2%), однонаправленную с показателями регистрации первичных случаев ХВГ среди взрослого населения страны и области.

Второе ранговое место в первичной и третье в общей заболеваемости социально-значимыми болезнями среди обвиняемых принадлежит трихомониазу, показатели которого превышают аналогичные показатели среди взрослого населения области и РФ (Рисунок 31).

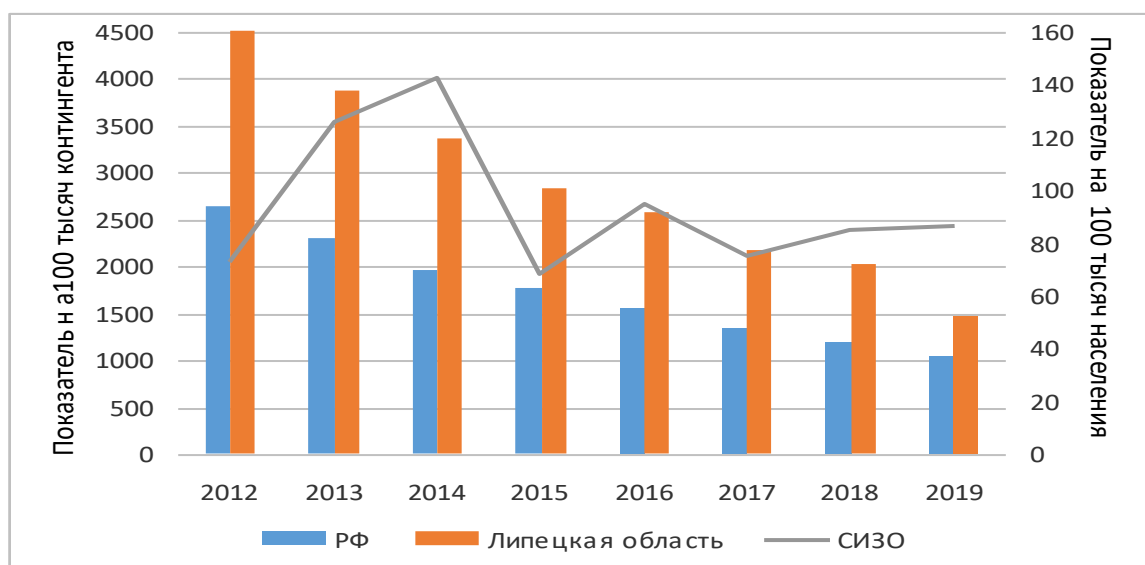


Рисунок 31 - Заболеваемость трихомониазом контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения области и РФ за период с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Среднемноголетний показатель среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные показатели взрослого населения России и Липецкой области в 43 и 26 раз соответственно.

Показатель выявления лиц, больных трихомониазом среди подозреваемых и обвиняемых имеет выраженную тенденцию к снижению (-3,62%).

Третье ранговое место в первичной и второе в общей заболеваемости социально-значимыми болезнями среди лиц, заключенных под стражу принадлежит ВИЧ-инфекции, показатели которой превышают аналогичные показатели среди взрослого населения Липецкой области и России [119]. Среднемноголетний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные показатели взрослого населения РФ и Липецкой области в 10 и 54 раза (Рисунок 32).

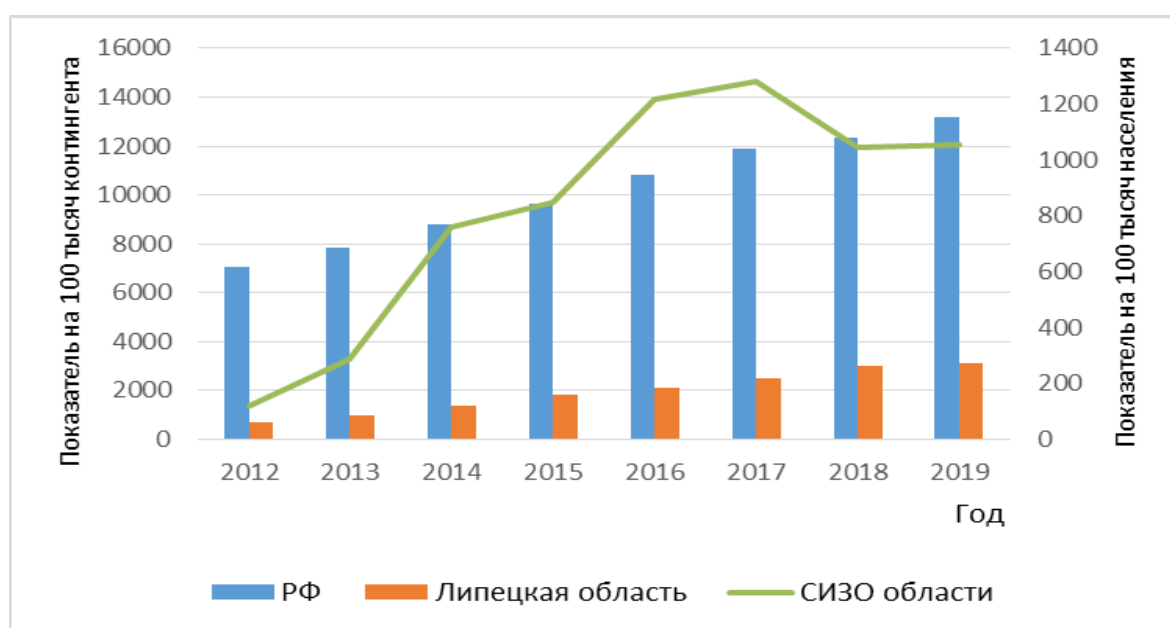


Рисунок 32 – Распространенность ВИЧ-инфекции среди контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и Липецкой области (показатели на 100 тысяч населения) с 2012 по 2019 годы

Показатель распространенности ВИЧ среди подозреваемых и обвиняемых имеет тенденцию к росту (+0,75%). Однако ее достоверность не подтверждена ( $t=0,2$ ).

Как представлено на рисунке 21 тенденция показателей распространенности ВИЧ-инфекции среди подозреваемых и обвиняемых СИЗО имеет тоже направление, что и показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди населения области и России.

Среднегодовой показатель впервые регистрируемой ВИЧ-инфекции среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные, регистрируемые среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 33 и 65 раз соответственно.

Показатель выявления ВИЧ - положительных лиц среди подозреваемых и обвиняемых имеет незначительную тенденцию к снижению (-0,32%). Однако ее достоверность не подтверждена ( $t=0,1$ ) (Рисунок 33).

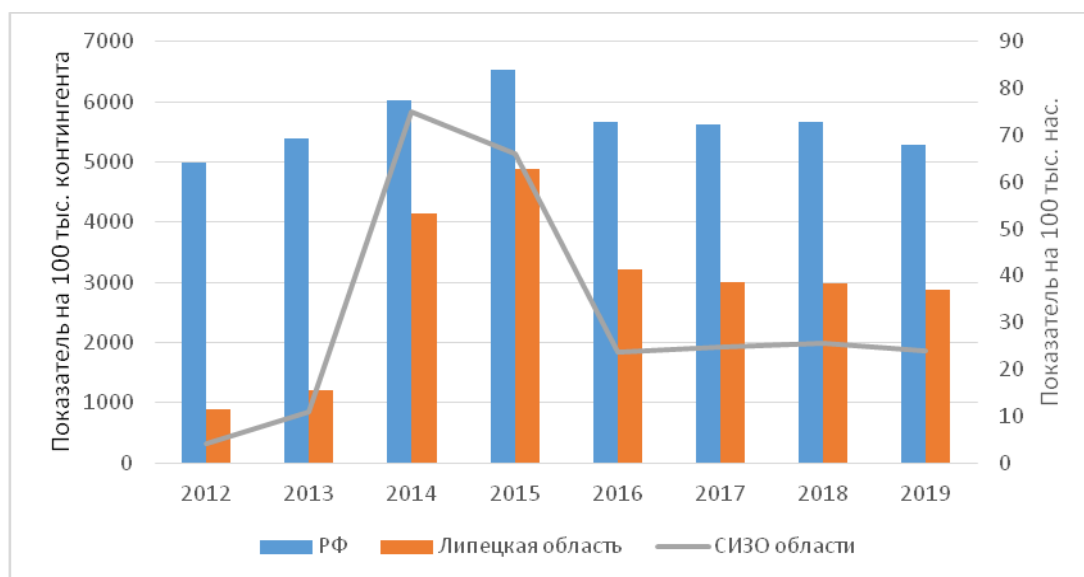


Рисунок 33 - Заболеваемость ВИЧ-инфекцией контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и Липецкой области за период с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

На графике видно, что увеличение количества ВИЧ - положительных среди лиц, поступающих в СИЗО области в 2014 году, предшествует подъему заболеваемости взрослого населения региона и по России.

Четвертое ранговое место занимает туберкулез, как в структуре распространенности, так и заболеваемости среди подозреваемых и обвиняемых СИЗО Липецкой области [119]. Показатели распространенности туберкулеза среди контингента СИЗО превышают аналогичные показатели среди взрослого населения области и РФ. Среднегодовой показатель распространенности туберкулеза среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные,

регистрируемые среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 18 и 35 раз соответственно.

Показатель распространенности туберкулеза среди подозреваемых и обвиняемых имеет выраженную достоверную тенденцию к снижению -13,1% ( $t=4,3$  при  $p \leq 0,05$ ).

С 2014 года впервые выявленный туберкулез занимает четвертое ранговое место в структуре инфекционной заболеваемости контингента СИЗО области. Показатели заболеваемости туберкулезом среди обвиняемых и подозреваемых превышают аналогичные показатели среди взрослого населения области и России (Рисунок 34).

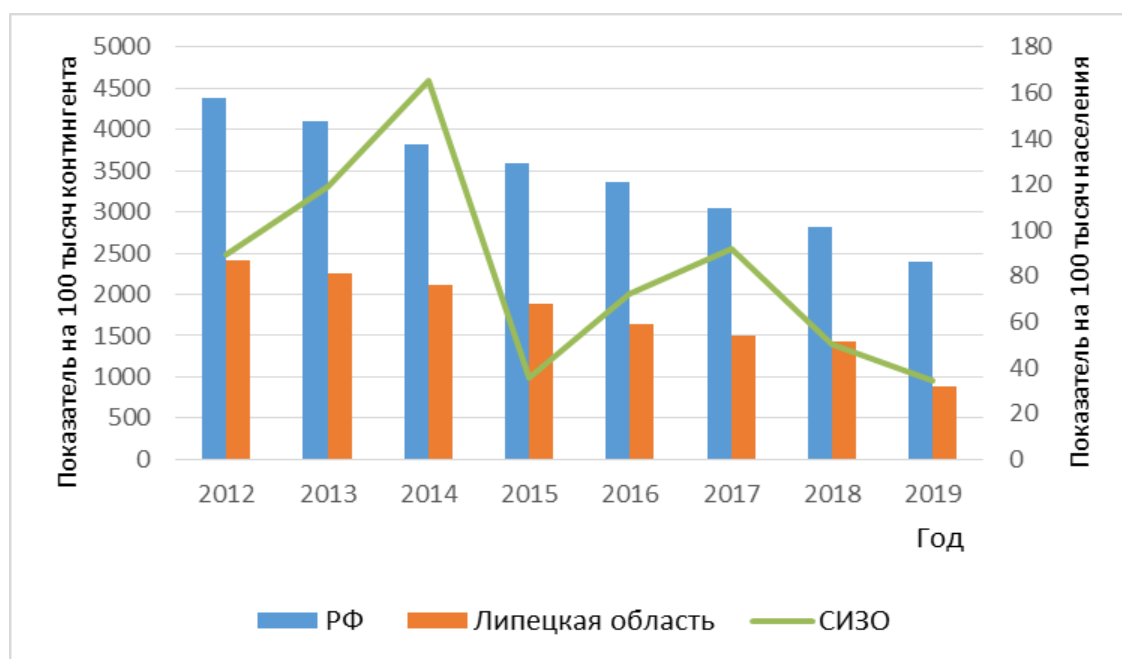


Рисунок 34 – Распространенность туберкулеза среди контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и области за период с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Среднемноголетний показатель среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные, регистрируемые среди взрослого населения России и области в 19 и 32 раза [119]. При этом годы подъема (2013 и 2017 гг.) показателя заболеваемости туберкулезом среди лиц, поступающих в СИЗО области,

совпадают с периодами подъема аналогичного показателя среди взрослого населения Липецкой области (Рисунок 35).

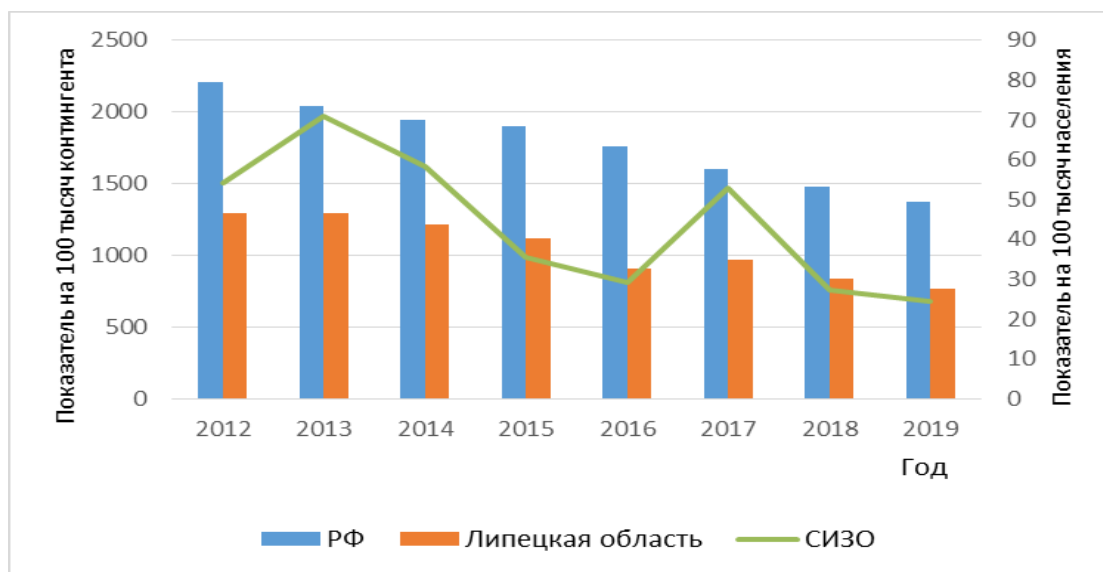


Рисунок 35 - Заболеваемость впервые выявленным туберкулезом контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения области и РФ с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Показатель заболеваемости активным туберкулезом среди контингента СИЗО имеет выраженную достоверную тенденцию к снижению (-12,12%,  $t=2,9$  при  $p \leq 0,05$ ).

Пятое ранговое место из числа социально-значимых болезней в заболеваемости контингента следственного изолятора области приходится на сифилис. Распространенность (по количеству лиц, состоящих на диспансерном учете) и первичная регистрация сифилиса среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные показатели среди взрослого населения Липецкой области и РФ (Рисунок 36).



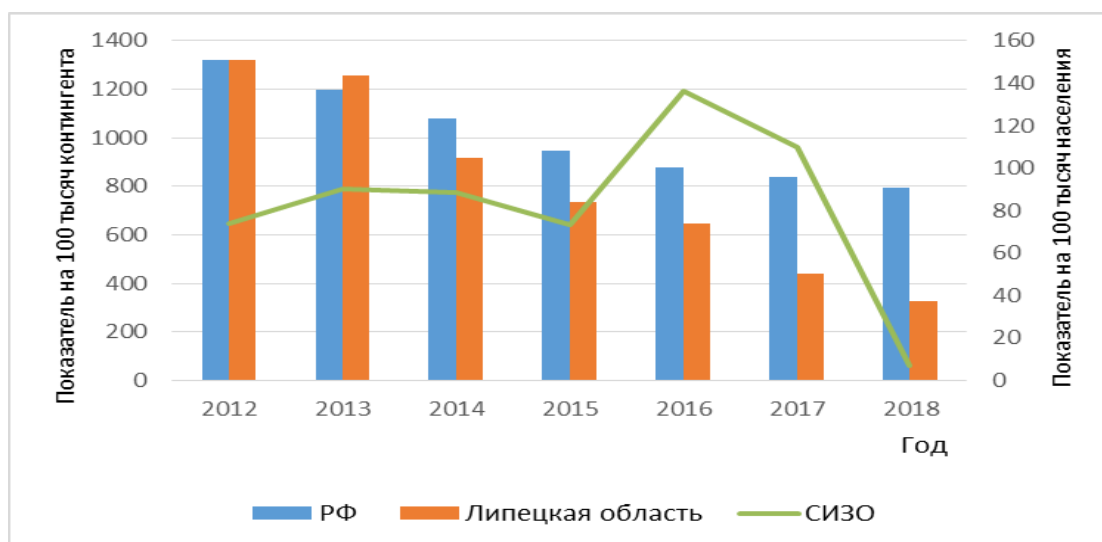


Рисунок 36 - Распространенность сифилиса (по количеству лиц, состоящих на диспансерном учете) среди контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента), взрослого населения РФ и Липецкой области с 2012 по 2018 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Среднемноголетний показатель среди подозреваемых и обвиняемых за период с 2012 по 2018 годы превышает аналогичные, регистрируемые среди взрослого населения страны и области в 5,4 и 6,7 раза.

Ежегодно выявляются случаи заболевания сифилисом среди лиц, поступающих в СИЗО области. Регистрация первичного сифилиса среди лиц, поступающих СИЗО превышает показатели среди взрослого населения региона и РФ (Рисунок 37).

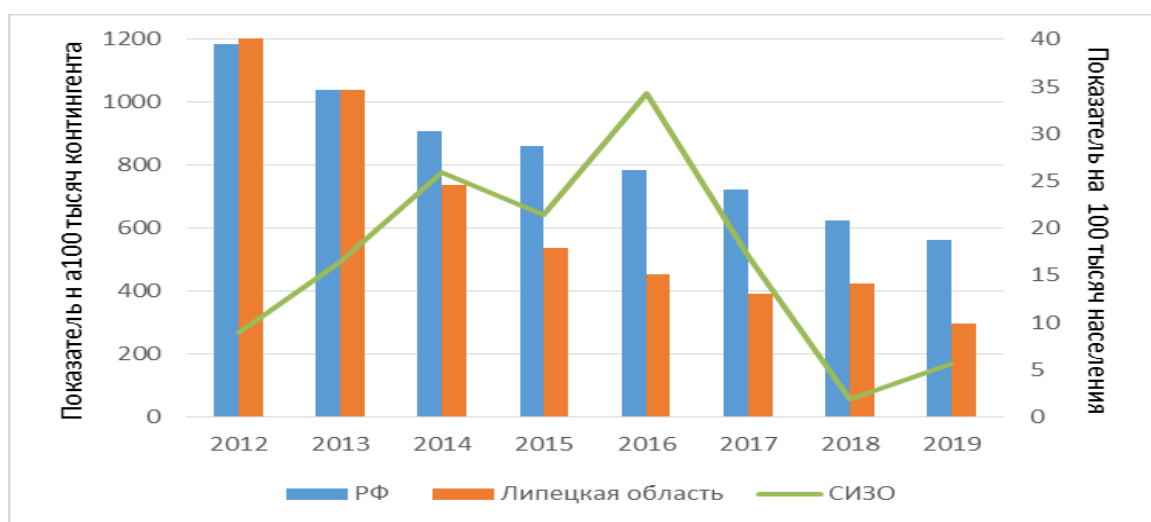


Рисунок 37 - Заболеваемость сифилисом контингента СИЗО УИС Липецкой области (показатели на 100 тысяч контингента) и взрослого населения РФ и области за период с 2012 по 2019 годы (показатели на 100 тысяч населения)

Среднегодовой показатель впервые регистрируемого сифилиса среди подозреваемых и обвиняемых превышает аналогичные, регистрируемые среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 19 и 24 раза.

Показатель первичного выявления сифилиса среди подозреваемых и обвиняемых имеет выраженную тенденцию к снижению (-7,9%).

При обследовании подозреваемых и обвиняемых, поступивших в СИЗО выявляются также гонорея, педикулез и чесотка. Однако эти болезни в структуре распространенности и заболеваемости инфекционной патологии занимают более низкие ранговые положения.

Таким образом, в общей и первичной заболеваемости, регистрируемой среди обвиняемых и подозреваемых СИЗО области, инфекционные болезни занимают первое ранговое место. Особенно обращают на себя внимание показатели общей и первичной заболеваемости социально-значимыми болезнями, которые в десятки раз превышают аналогичные показатели среди взрослого населения региона и РФ, на фоне их тенденции к снижению.

Данная ситуация может быть связана с тем, что показатели заболеваемости социально-значимыми инфекциями контингента, поступающего в СИЗО области, отражают эпидемическую ситуацию в социально-неблагополучных слоях общества, на что обращалось внимание и в работах других авторов [135].

#### **4.3. Острые респираторные вирусные инфекции**

Болезни органов дыхания в структуре общей заболеваемости взрослого населения РФ и Липецкой области находятся на 2 ранговых местах. Те же болезни в структуре первичной заболеваемости взрослого населения РФ, Липецкой

области занимают первое ранговое место. Такое положение связано с острыми респираторными вирусными инфекциями (далее – ОРВИ), которые являются одной из самых широко распространенных инфекций [35; 39; 41; 65; 95]. Известно, что более 200 видов микроорганизмов могут стать причиной развития ОРВИ.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации ежегодно составляют более 90 % от числа всех инфекционных и паразитарных болезней [96; 97].

В структуре общей и первичной заболеваемости контингента СИЗО класс болезней органов дыхания входит во второй и третий кластеры, после инфекционных и психических болезней.

В структуре же инфекционной заболеваемости контингента СИЗО Липецкой области ОРВИ занимают второе ранговое положение после социально-значимых инфекций и составляют от 20% до 46%.

Среднемноголетний показатель среди подозреваемых и обвиняемых меньше регистрируемого среди взрослого населения РФ на 21,9% и больше на 3,5% показателя среди взрослого населения региона. При расчете критерия Стьюдента установлено, что различия статистически значимы между показателями по СИЗО и РФ ( $t=8,9$  при  $p < 0,001$ ) и незначимы при сравнении показателей по СИЗО и Липецкой области ( $t=0,3$ ,  $p = 0,8$ ), что возможно указывает на действие одинаковых факторов.

В целом этот показатель заболеваемости в СИЗО Липецкой области имеет выраженную достоверную ( $t=4,5$  при  $p \leq 0,05$ ) тенденцию к снижению (-8,8%).

Показатели заболеваемости ОРВИ среди контингента СИЗО, в разрезе по годам имеют достаточно резкие колебания от 10560,3 на 100 тысяч контингента в 2012 году до 3152,4 в 2017 году и соотношение с аналогичными показателями взрослого населения субъекта и страны в целом разнонаправленные (Таблица 11, Приложение А – Таблица А.5).

Таблица 11 - Разница показателей заболеваемости ОРВИ среди лиц, заключенных под стражу и взрослого населения РФ и Липецкой области

Годы	Соотношение показателей заболеваемости лиц в СИЗО и среди населения в РФ	Соотношение показателей заболеваемости лиц в СИЗО и среди населения Липецкой области
2012	57,77	108,08
2013	-34,68	-23,03
2014	-21,15	-8,96
2015	-38,22	-25,01
2016	-28,79	-11,88
2017	-19,18	25,78
2018	-57,94	-41,49
2019	-25,76	29,57

Как представлено на Рисунке 27 заболеваемость ОРВИ подозреваемых и обвиняемых превышает заболеваемость взрослого населения РФ и области в 2012 году. В период с 2013 по 2019 год заболеваемость ОРВИ контингента СИЗО не превышает общероссийских показателей. При анализе динамики заболеваемости ОРВИ контингента СИЗО отмечаются периоды подъема (2014, 2016, 2017 и 2019 годы), которые практически достигают или превышают показатели заболеваемости ОРВИ среди взрослого населения региона (Рисунок 38).

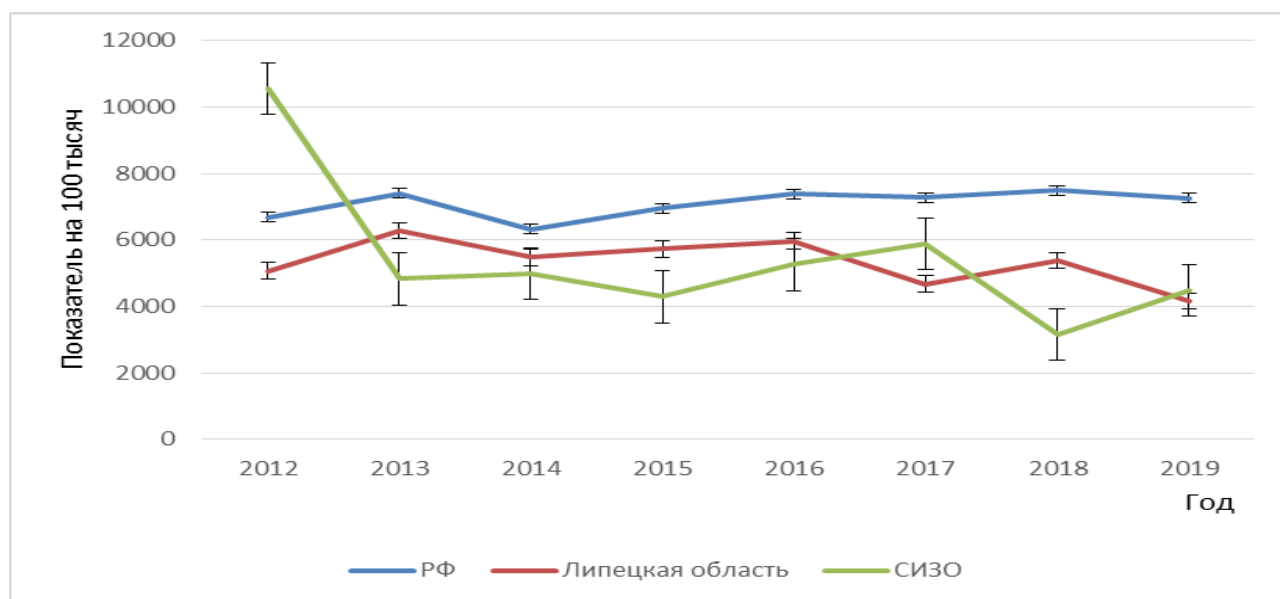


Рисунок 38 – Динамика заболеваемости ОРВИ взрослого населения РФ, Липецкой области (в показателях на 100 тысяч населения) и контингента СИЗО с 2012 по 2019 годы (в показателях на 100 тысяч контингента)

В некоторые годы, рост показателей заболеваемости ОРВИ подозреваемых и обвиняемых СИЗО предшествует периодам подъема заболеваемости ОРВИ среди взрослого населения Липецкой области.

С 2012 г. в России целенаправленно осуществляется учет заболеваемости внебольничными пневмониями [62; 96]. Регистрируются случаи заболевания пневмониями и среди подозреваемых и обвиняемых, поступающих в СИЗО Липецкой области.

Среднемноголетний показатель заболеваемости внебольничными пневмониями (далее – ВП) среди контингента СИЗО меньше аналогичных показателей среди взрослого населения РФ и области в 2 и 2,1 раза соответственно и эти различия статистически значимые при расчете критерия Стьюдента ( $t=5,4$ ,  $p < 0,001$  и  $t=5,8$  при  $p < 0,001$  соответственно) (Приложение А – Таблица А.6).

В целом этот показатель заболеваемости в СИЗО Липецкой области имеет некоторую тенденцию к снижению (-9,63%).

При анализе по годам указанные показатели не превышают аналогичных данных по стране и субъекту РФ (Рисунок 39).

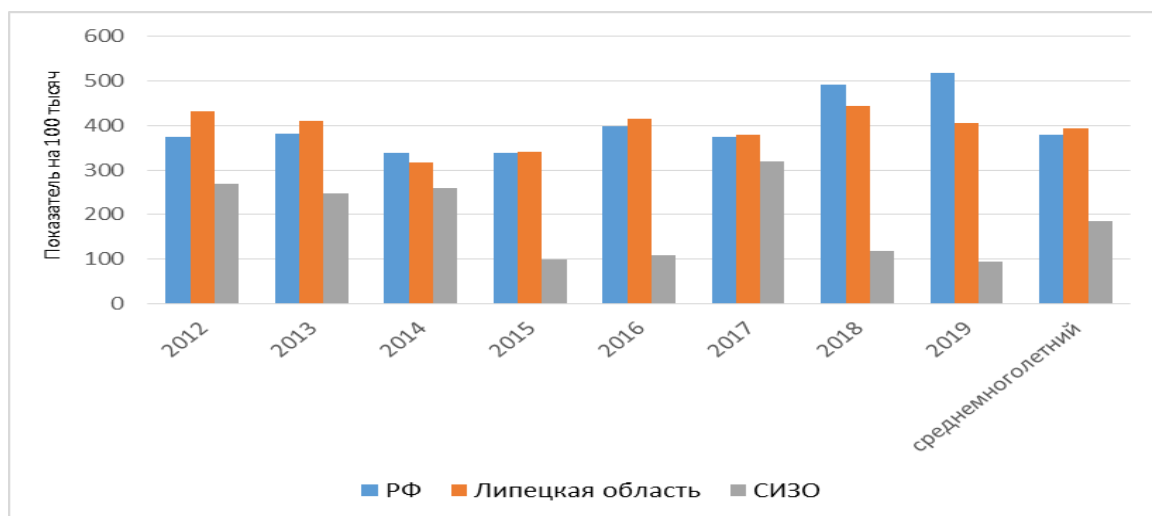


Рисунок 39 – Динамика заболеваемости внебольничными пневмониями взрослого населения РФ, Липецкой области (в показателях на 100 тысяч населения) и контингента СИЗО за период 2012 – 2019 годы (в показателях на 100 тысяч контингента)

Таким образом, при анализе заболеваемости контингента, поступающего в СИЗО Липецкой области, установлено, что на первом месте находятся инфекционные болезни, причем социально-значимые. На втором же ранговом месте в структуре инфекционных болезней расположены острые вирусные заболевания. Однако отмечается, что показатели заболеваемости ОРВИ контингента СИЗО увеличиваются в предшествующем году по отношению к росту показателей заболеваемости ОРВИ взрослого населения области. Данная ситуация может быть связана с увеличением подозреваемых и обвиняемых, поступающих в СИЗО Липецкой области, больных ОРВИ и выявляемых «на входе». Случаев групповой заболеваемости ОРВИ в СИЗО Липецкой области не регистрировалось, что связано, очевидно, с по-камерным содержанием контингента.

При проведении анализа установлено, что показатели распространенности и заболеваемости психо-соматическими болезнями контингента СИЗО достоверно меньше аналогичных среди взрослого населения субъекта и РФ. При этом показатели инфекционных болезней превышают аналогичные по Липецкой области и РФ в несколько раз и принадлежат второму и первому кластерам в структуре как общей, так и первичной заболеваемости. В структуре инфекционных болезней контингента СИЗО УИС принадлежит социально-значимым инфекциям и ОРВИ. Показатели распространенности и заболеваемости социально-значимыми инфекциями превышают таковые среди взрослого населения РФ и области в десятки раз. ОРВИ занимают второе место в структуре инфекционных болезней контингента СИЗО и практически не отличаются от показателей взрослого населения области. При этом показатель заболеваемости ВП меньше аналогичных по Липецкой области и РФ.

## **5. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

### **5.1. Особенности контингента исправительных учреждений**

Осужденные, в отношении которых в качестве меры наказания избрано нахождение в МЛС, являются основной частью ПС России.

Медико-санитарная помощь в амбулаторных и стационарных условиях оказывается в больницах и медицинских частях при учреждениях, а также в государственных и муниципальных медицинских организациях [72; 91].

В целом учреждения УИС делятся на следующие виды учреждений: тюрьмы и ИК для впервые осужденных, ИК для повторно отбывающих наказание. При тюремной системе осужденные проживают в камерных помещениях. При размещении осужденных в ИК (наиболее распространенный вид в России) проживание организовано в общежитиях, рассчитанных на количество от 50 до 100 человек, и соответственно это влияет на количество контактов между ними [139].

Контингент исправительных учреждений (далее – ИУ) Липецкой области можно охарактеризовать по нескольким критериям:

- социально-демографическим (пол, возраст),
- уголовно-правовым (распределение по квалификации совершенного преступления, по числу судимостей и другие) [122].

За период с 2012 по 2019 годы отмечаются некоторые изменения в демографическом составе контингента ИУ УИС Липецкой области. Так в 2019 г. по сравнению с 2012 г. регистрируется снижение среднесписочной численности осужденных, за счет увеличения практики применения, не связанных с лишением свободы, наказаний [136; 137]. Так, в 2012 году среднесписочная численность осужденных составляла 5673 человека, то в 2019 году это число равно 4686, что

меньше на 17,4%. Такая динамика снижения численности осужденных наблюдается при анализе по видам колонии, что можно выразить в расчете коэффициента прибытия (Таблица 12).

Таблица 12 - Динамика коэффициента прибытия по видам исправительных учреждений Липецкой области (на 1000 контингента)

Год	По УИС	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Отбывающие наказание на тюремном режиме
2012	574,65	460,78	674,75	474,82
2019	466,50	327,68	563,62	381,68
t	13,3	16,8	14,0	11,5
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

При оценке характеристики контингента по полу установлено, что основная масса - это мужчины, на которых приходится от 100% (в 2012 г.) до 94,9% (в 2019г.), что связано с формированием исправительной колонии для женщин в составе УИС Липецкой области и их удельный вес в 2019 г. составил 5,1%.

Анализ возрастной структуры контингента ИУ в целом УИС Липецкой области показал, что группа в возрасте до 35 лет и группа старше 35 лет составляют практически равные части по 50% в 2019 году. Отмечается тенденция по уменьшению удельного веса лиц в возрасте до 35 лет с 63,7% в 2012 году до 50,0% в 2019 году. Однако, при изучении данного показателя в разрезе учреждений видно, что в ИУ для впервые отбывающих наказание, наибольший удельный вес составляют осужденные в возрасте до 35 лет – 62,7%, в ИУ для повторно отбывающих наказание этот показатель составил 41,2%, а среди осужденных, находящихся в тюрьме 55,3% и динамика этих показателей по разным учреждениям имеет одно направление в сторону увеличения возраста осужденного (Рисунок 40, 41).



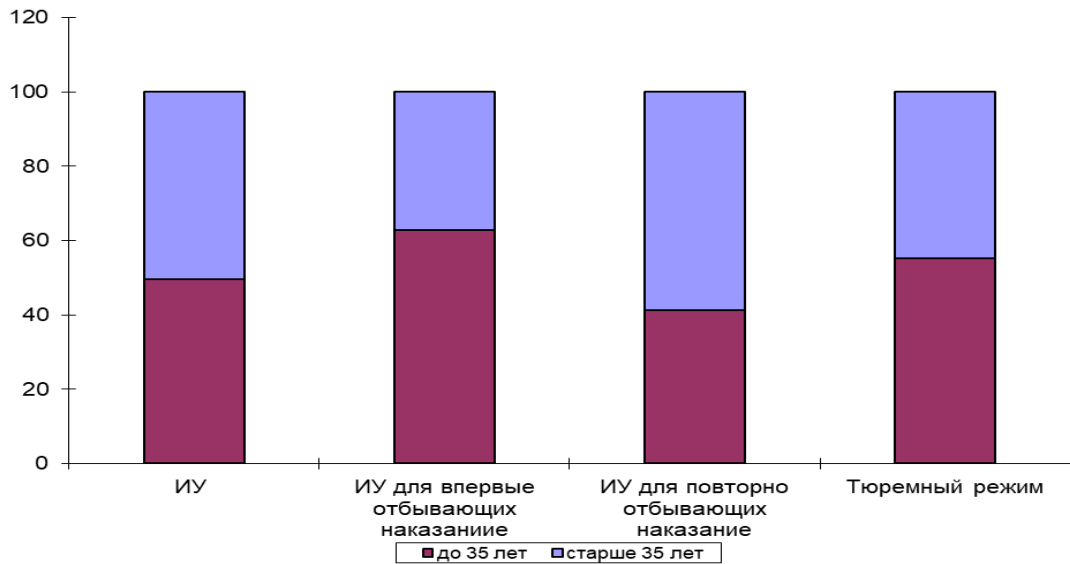


Рисунок 40 - Возрастной состав осужденных в разрезе ИУ Липецкой области в 2019 году в процентах

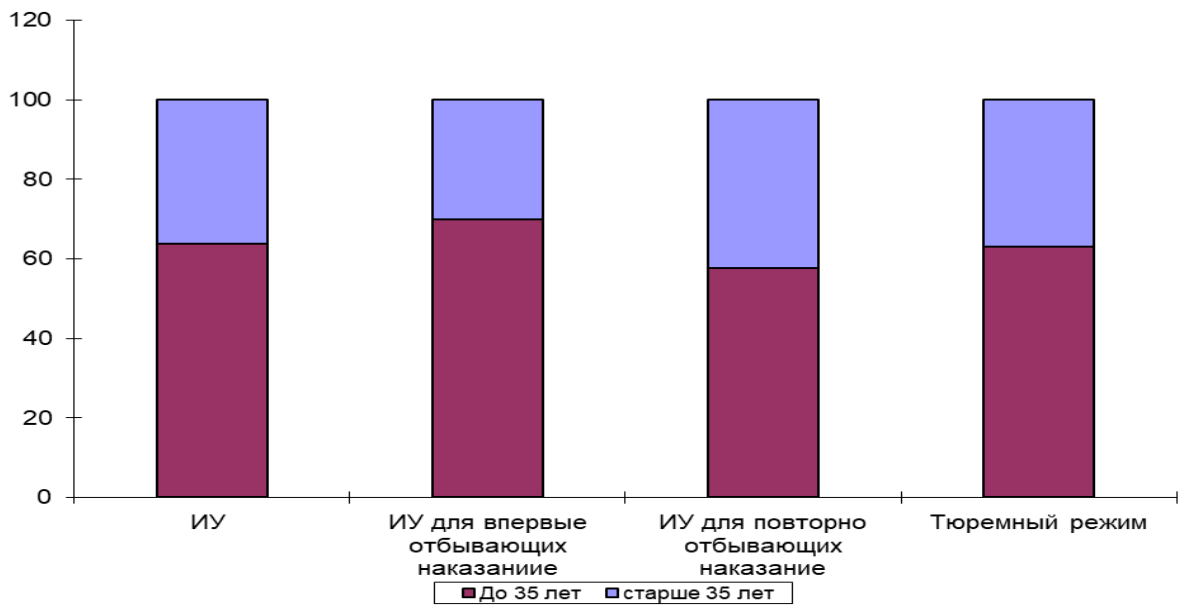


Рисунок 41 - Возрастной состав осужденных в разрезе ИУ Липецкой области в 2012 году в процентах

Отмечается тенденция к увеличению среднего возраста осужденных в ИУ. В 2019 году в целом по ИУ он составил 38,2 лет против 34,9 лет в 2012 году. При анализе среднего возраста осужденных по видам отбывания наказания выявлено, что отмечается также тенденция к увеличению ( $t=-4,7$  при  $p \leq 0,05$ ). При чем среди

повторно отбывающих наказание наиболее существенно на 3 года (Рисунок 42) [120].



Рисунок 42 - Средний возраст осужденных в ИУ Липецкой области в сравнении 2012 и 2019 годов (в %)

За анализируемый период отмечаются изменения и в параметрах уголовно-правовой составляющей контингента ИУ Липецкой области. Так, в ходе проводимых реформ в УИС Липецкой области увеличился удельный вес осужденных, повторно отбывающих наказание в местах лишения свободы (далее – МЛС), против снижения количества осужденных, впервые отбывающих наказание в ИК и в тюрьме (Рисунок 43).



Рисунок 43 - Состав осужденных в ИУ Липецкой области в 2012 и 2019 годы (в %)

Отмечены изменения и в средних сроках отбывания наказания в ИУ Липецкой области: в целом по ИУ этот показатель увеличился, за счет осужденных впервые отбывающих наказание, среди повторно отбывающих наказание - остался без изменений, а среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме - уменьшился (Рисунок 44).



Рисунок 44 - Продолжительность срока отбывания наказания в ИУ Липецкой области в 2012 и 2019 годы (в %)

Анализ контингента по квалификации совершенного преступления за 2012 и 2019 годы показывает изменения и в данной составляющей [120]. Так отмечается увеличение количества осужденных, за совершение преступлений против имущества в группе осужденных, отбывающих повторно наказание в МЛС и на тюремном режиме (Таблица 13).

Таблица 13 - Структура контингента ИУ по квалификации совершенного преступления за 2012 и 2019 годы (в %)

Категория осужденных	2012 год			2019 год		
	Преступления против личности (%)	Преступления против имущества (%)	Иные преступления (%)	Преступления против личности (%)	Преступления против имущества (%)	Иные преступления (%)
Всего	34,6	59,5	5,9	20,6	59,2	15,2
Осужденные, впервые отбывающие наказание	45,6	51	3,4	29,5	49,1	21,4
Осужденные, повторно отбывающие наказание	26,8	66,9	6,3	23,5	67,4	9,1
Осужденные на тюремном режиме	44	54,6	1,4	37,2	60,6	2,1

Удельный вес преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических веществ увеличился в 2019 году по сравнению с 2012 годом среди осужденных, впервые и повторно отбывающих наказание в ИК Липецкой области (Рисунок 45).

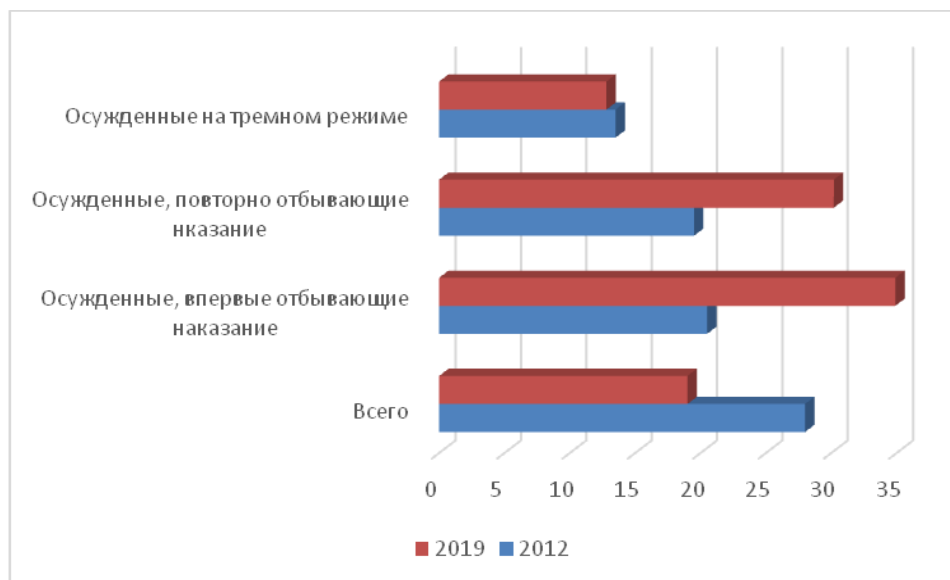


Рисунок 45 – Число лиц, осужденных за незаконный оборот наркотиков, находящихся в ИУ Липецкой области в сравнении 2012 года с 2019 годом (в %)

На основании проведенного анализа отмечается, что в среде осужденных, отбывающих наказание в МЛС, происходят качественные изменения как в демографических, так и уголовно-правовых параметрах.

## 5.2. Характеристика общей и первичной заболеваемости

Согласно данным литературы (Kamarulzaman A., Reid S.E., Schwitters A., Wiessing L., Andrea L. и др.) практически во всех странах мира показатели распространенности парентеральных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди заключенных намного выше, чем среди населения страны в целом [161; 182]. Сходные данные приводятся и в нашей стране (Датий А.В., Воронин Р.М., Ким В.В. и др.) [18; 32; 33; 34; 91; 120].

Заболеваемость осужденных, отбывающих наказание в МЛС, отражает состояние здоровья наиболее постоянной части населения пенитенциарной системы.

Показатели общей заболеваемости осужденных, отбывающих наказание в МЛС Липецкой области меньше аналогичных показателей, регистрируемых среди взрослого населения РФ и Липецкой области.

Общая заболеваемость, регистрируемая среди контингента ИУ Липецкой области, за изучаемый период имеет умеренную тенденцию к росту (2,43%) (Таблица 14). Тенденция достоверная по результатам расчета критерия Стьюдента ( $t=-5,3$  при  $p \leq 0,05$ ).

Таблица 14 - Характеристика динамического ряда показателей общей заболеваемости контингента ИУ Липецкой области в 2012 - 2019 гг. (в показателях на 100 000 контингента)

Промежутки времени	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Показатель наглядности, %	Показатель роста (снижения), %	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2012	110594,04	нет	100,00	нет	нет	Нет	111775,75	74517,16
2013	112957,45	2363,41	102,14	102,14	2,14	1105,94		102843,54
2014	84979,14	-27978,31	76,84	75,23	-24,77	1129,57	103978,39	106971,41
2015	122977,64	37998,50	111,20	144,72	44,72	849,79		107966,35
2016	115942,28	-7035,36	104,84	94,28	-5,72	1229,78	115786,57	118183,59
2017	115630,85	-311,43	104,55	99,73	-0,27	1159,42		119361,44
2018	126511,18	10880,33	114,39	109,41	9,41	1156,31		122583,41
2019	125608,19	-902,99	113,58	99,29	-0,71	1265,11	126059,69	126059,69
Среднепятилетнее	113655,5				2,43			

Среднепятилетний показатель распространенности психо-соматической патологии, регистрируемой среди осужденных составляет 113655,5 на 100 тысяч контингента. Этот показатель меньше аналогичных среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 0,78 и 0,79 раза соответственно (Приложение А-Таблица

А.1). Различия статистически значимы при расчете критерия Стьюдента ( $t=20400,5$  при  $p < 0,001$  и  $t=18155,4$  при  $p < 0,001$  соответственно).

В ходе анализа иерархической кластеризации среднеголетних показателей распространенности болезней по классам МКБ-10, регистрируемых среди контингента ИУ УИС Липецкой области установлено, что первому кластеру принадлежит класс инфекционных болезней и психических расстройств. Третий кластер представлен классом болезней органов дыхания (Рисунок - 46). Данные результаты кластеризации отличаются от того, как распределяются заболевания среди взрослого населения РФ и Липецкой области.



Рисунок 46 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднеголетним показателям распространенности психо-соматических и инфекционных болезней среди контингента ИУ УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Среднеголетний показатель инфекционных болезней принадлежит первому кластеру и составляет 35653,3 на 100 тысяч контингента. Он превышает аналогичные показатели по РФ и Липецкой области в 9,7 и 11,2 раза соответственно и эти различия статистически значимые согласно критерию Стьюдента ( $t=140,1$  при  $p < 0,001$  и  $t=142,3$  при  $p < 0,001$  соответственно).

Показатель распространенности инфекционных болезней в ИУ имеет умеренную тенденцию к росту (+3,78%). Тенденция достоверная при расчете критерия Стьюдента ( $t=-7,7$   $p \leq 0,05$ ).

Заболеваемость психо-соматическими болезнями, регистрируемая среди осужденных Липецкой области, за анализируемый период имеет выраженную тенденцию к снижению (-5,8%) (Таблица 15). При расчете критерия Стьюдента установлена достоверность тенденции ( $t=10,4$  при  $p \leq 0,05$ ).

Таблица 15 - Характеристика динамического ряда показателей первичной заболеваемости контингента ИУ Липецкой области в 2012 - 2019 гг. (в показателях на 100 000 контингента)

Промежутки времени	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Показатель наглядности, %	Показатель роста (снижения), %	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2012	26070,86	нет	100,00	нет	нет	нет	25073,60	16715,73
2013	24076,34	-1994,52	92,35	92,35	-7,65	260,71		22713,65
2014	17993,74	-6082,60	69,02	74,74	-25,26	240,76	18476,97	20343,42
2015	18960,19	966,45	72,73	105,37	5,37	179,94		18605,56
2016	18862,74	-97,45	72,35	99,49	-0,51	189,60	18966,53	18964,42
2017	19070,32	207,58	73,15	101,10	1,10	188,63		18216,11
2018	16715,26	-2355,06	64,11	87,65	-12,35	190,70	17085,76	17747,28
2019	17456,25	740,99	66,96	104,43	4,43	167,15		17085,76
Средненоголетнее	19942,2				-5,8			

При статистической обработке установлено, что средненоголетний показатель первичной заболеваемости среди осужденных ИУ области, составляет 19942,2 на 100 тысяч контингента (Приложение А – Таблица А.2). Этот показатель меньше аналогичных среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 2,8 и 2,6 раза соответственно и эти различия статистически значимые (критерий Стьюдента  $t=185,3$ ,  $p < 0,001$  и  $t=167,7$  при  $p < 0,001$  соответственно).

Анализ заболеваемости осужденных Липецкой области по кластерам выявил, что класс инфекционных болезней принадлежит второму кластеру. (Рисунок 47).

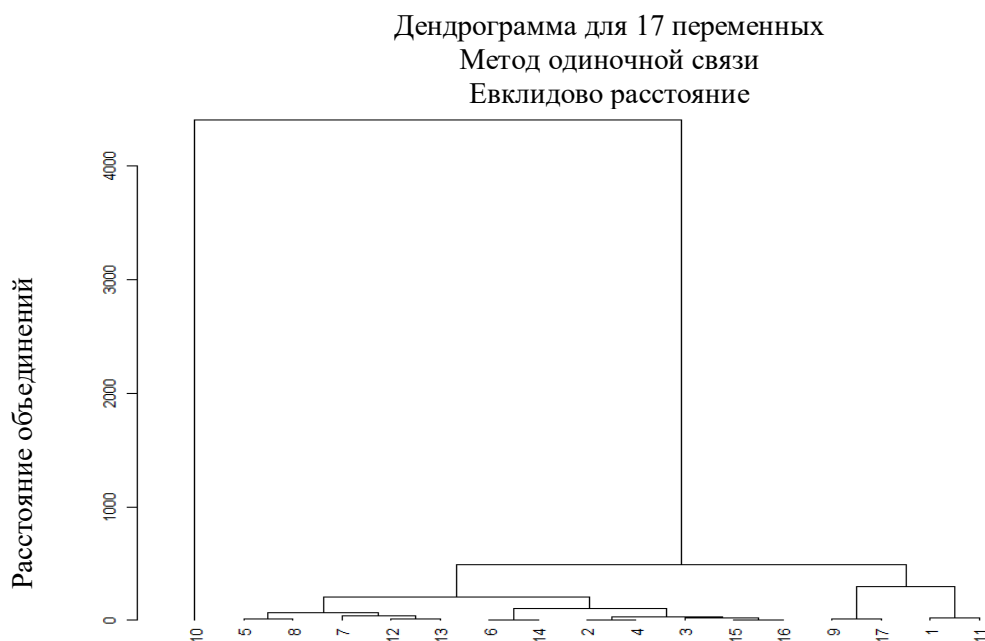


Рисунок 47 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднемноголетним показателям заболеваемости психо-соматических и инфекционных болезней среди контингента ИУ УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Среднемноголетний показатель впервые регистрируемых инфекционных болезней составляет 1719,1 на 100 тысяч контингента. Он меньше аналогичного показателя по РФ в 1,1 раза и больше показателя по Липецкой области в 1,01 раза (Приложение А – Таблица А.2). При расчете критерия Стьюдента установлено, что различия между показателями инфекционной заболеваемости статистически значимы при сравнении ИУ и РФ ( $t=3,01$  при  $p=0,003$ ) и незначимы при сравнении ИУ и Липецкой области ( $t=0,2$  при  $p=0,8$ ). Показатель инфекционных болезней в ИУ имеет выраженную тенденцию к снижению (-7,1%). Достоверность тенденции подтверждается при расчете критерия Стьюдента ( $t=3,4$  при  $p \leq 0,05$ ).



В структуре общей и первичной заболеваемости инфекционными болезнями без учета ОРВИ наибольший удельный вес приходится на социально-значимые заболевания, такие как хронические парентеральные вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулез (Таблица 16).

Таблица 16 - Удельный вес социально-значимых инфекций в структуре инфекционной патологии среди контингента ИУ за период с 2012 по 2019 годы

Годы	% в структуре первичной инфекционной патологии	% в структуре общей инфекционной патологии
2012	94,94	67,86
2013	73,50	73,88
2014	85,31	94,98
2015	95,20	79,94
2016	66,67	99,90
2017	100	94,42
2018	54,32	83,77
2019	100	100
За весь анализируемый период	82,8	86,8

За весь анализируемый период с 2012 по 2019 годы на социально-значимые болезни приходится 82,8% от впервые выявленных инфекционных болезней и 86,8% от общего числа инфекционных болезней.

Установлено, что в разрезе по годам, удельный вес социально-значимых инфекций, регистрируемых среди осужденных, имеет резкие колебания как в общей заболеваемости от 66,67% в 2016 году до 100% в 2019 году, так и в первичной от 67,83% в 2012 году до 100% в 2019 году.

При анализе по нозологиям определено, что на первом, втором и третьем ранговых местах находятся вирусные парентеральные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция и туберкулез соответственно (Таблица 17).

Таблица 17 - Удельный вес социально-значимых инфекций в разрезе нозологий в структуре первичной и общей инфекционных заболеваний

Наименование нозологии	Процент социально-обусловленных инфекций от первичной заболеваемости	Процент социально-обусловленных инфекций от общей заболеваемости
ВИЧ-инфекция	27,46	21,37
Туберкулез	26,81	2,27
Хронические вирусные парентеральные гепатиты	28,78	63,17

Таким образом, при анализе заболеваемости осужденных, отбывающих наказание в МЛС Липецкой области, установлено, что инфекционные болезни как класс занимают одно из ведущих мест и в их структуре преобладают социально-значимые инфекции.

### 5.3. Характеристика социально-значимых заболеваний

Для характеристики заболеваемости осужденных, в том числе и социально-значимыми инфекциями, имеет большое значение распределение этих данных по группам осужденных. Так как на современном этапе развития эпидемиологии как науки имеется необходимость определения групп риска по разным заболеваниям, как при прогнозе заболеваемости, так и разработке наиболее эффективных и рациональных профилактических мероприятий в учреждениях УИС.

При характеристике общей заболеваемости по классам болезней в разрезе контингента ИУ УИС Липецкой области, установлено, что инфекционные болезни принадлежат первому кластеру во всех группах осужденных, отбывающих наказание в ИУ Липецкой области (Рисунок 48, 49, 50, Приложение А-Таблица А.1).

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

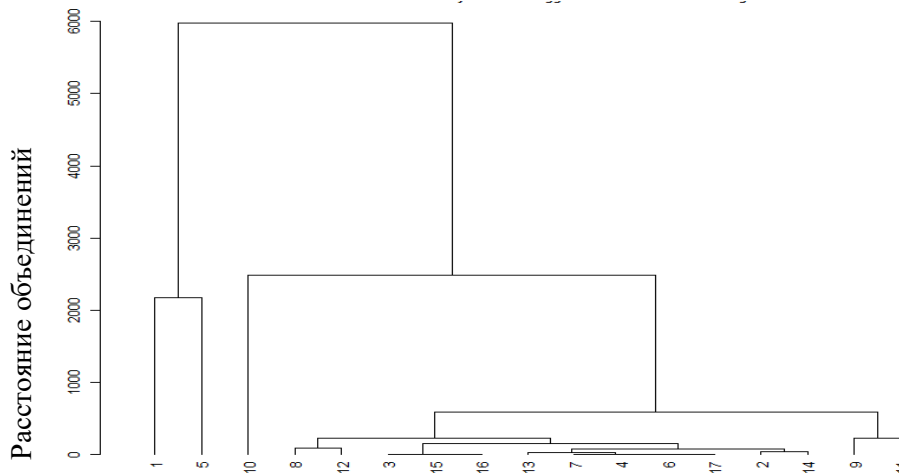


Рисунок 48 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям распространенности психо-соматических и инфекционных болезней среди осужденных впервые отбывающих наказание в ИК УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

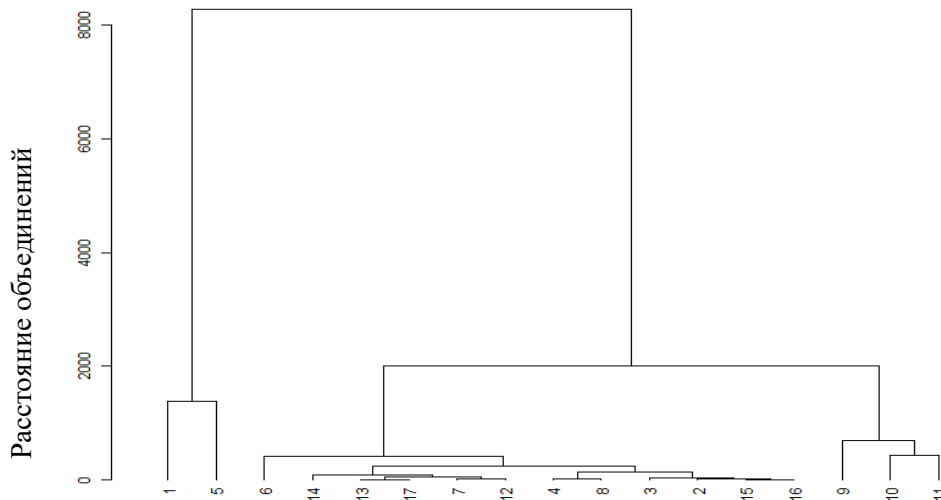


Рисунок 49 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям распространенности психо-соматических и инфекционных болезней среди осужденных повторно отбывающих наказание в

ИК УИС Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

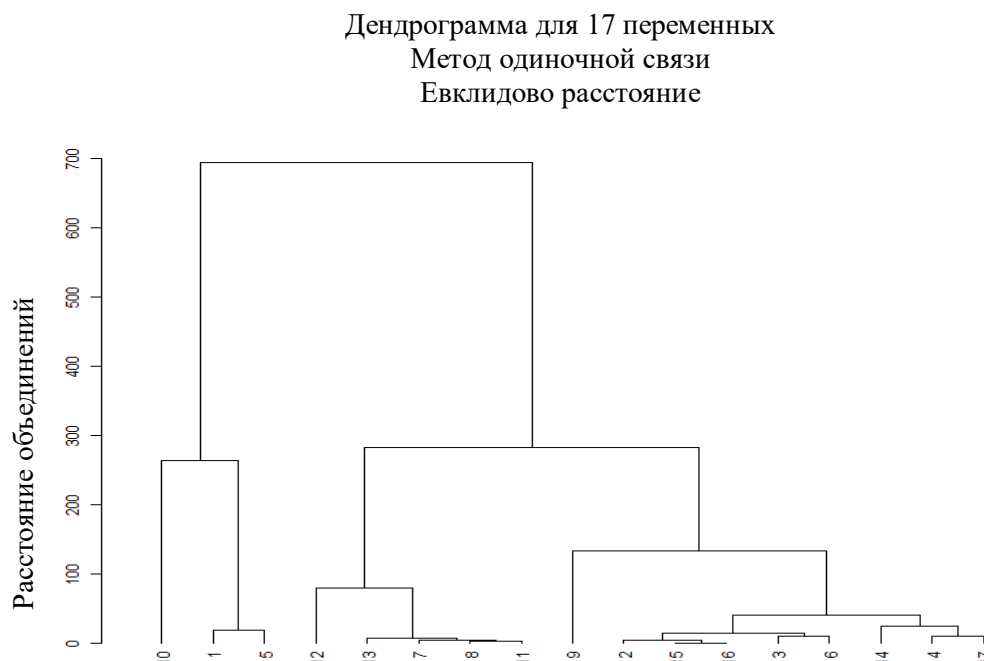


Рисунок 50 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям распространенности психо-соматических и инфекционных болезней среди осужденных отбывающих наказание на тюремном режиме в Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

При анализе результатов иерархической кластеризации показателей заболеваемости в разрезе классов болезней по МКБ-10 установлено, что класс инфекционных болезней принадлежит второму кластеру в группах осужденных, впервые отбывающих наказание в ИК и на тюремном режиме и третьему кластеру в группе осужденных, повторно отбывающих наказание в ИК Липецкой области. (Рисунок 51, 52, 53, Приложение А – Таблица А.2).

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

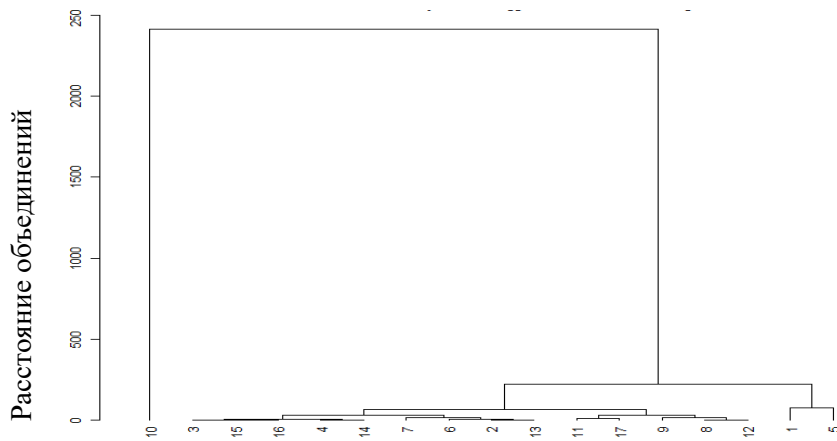


Рисунок 51 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям заболеваемости психо-соматических и инфекционных болезней среди осужденных впервые отбывающих наказание в ИК Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

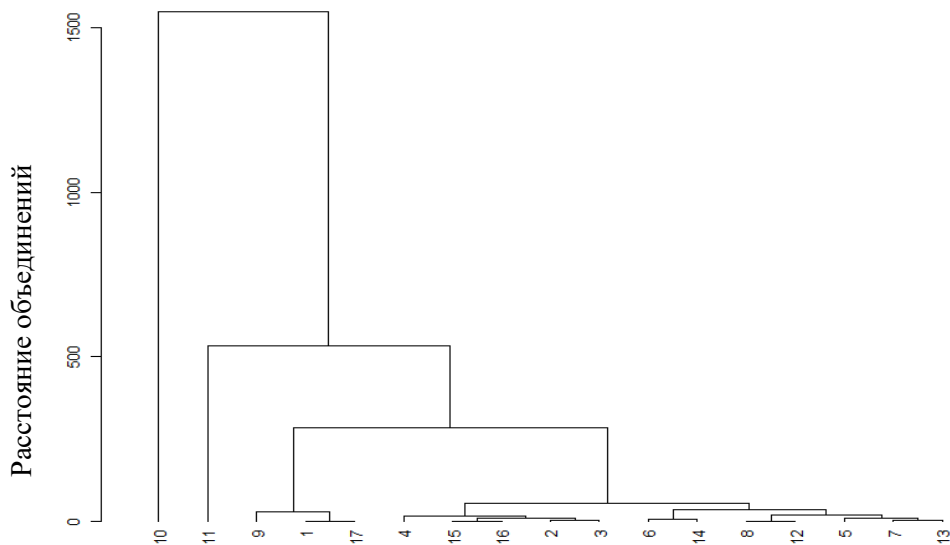


Рисунок 52 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям заболеваемости психо-соматических и инфекционных болезней среди осужденных повторно отбывающих наказание в ИК Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Дендрограмма для 17 переменных  
Метод одиночной связи  
Евклидово расстояние

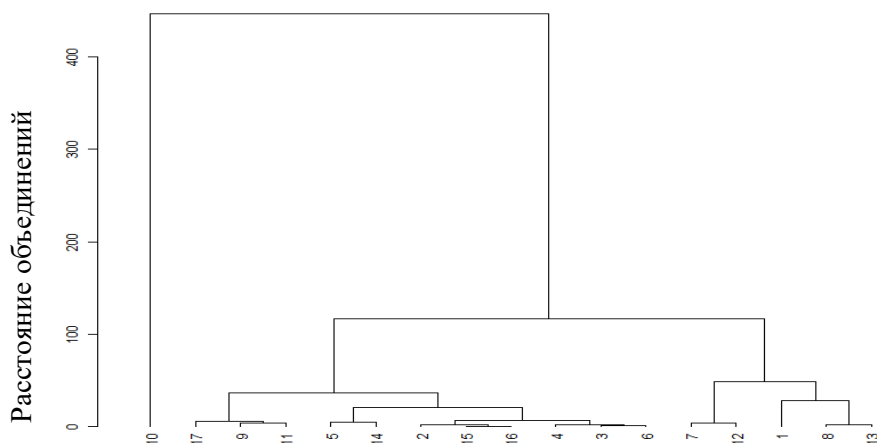


Рисунок 53 - Вертикальная дендрограмма объединения классов болезней по среднегодовым показателям заболеваемости психо-соматических и инфекционных болезней среди осужденных отбывающих наказание на тюремном режиме в Липецкой области (по оси абсцисс – классы болезней, по оси ординат – расстояние объединения)

Это косвенно свидетельствует о том, что впервые выявленные случаи инфекционных болезней регистрируются в большей степени среди впервые отбывающих наказание, в то время как среди повторно отбывающих наказание – идет накопление с уже известным диагнозом хронических инфекционных заболеваний.

Как уже отмечалось, в структуре инфекционных болезней ведущее место принадлежит социально-значимым инфекциям. Среднегодовые показатели отражены в Таблицах А.3, А.4 Приложения А.

Первое ранговое место занимают хронические вирусные гепатиты В и С, как по распространенности, так и по количеству впервые выявленных случаев по всем группам осужденных (Таблицы 18, 19).

Таблица 18 - Первичная заболеваемость осужденных ХВГ в ИУ УИС Липецкой области за период 2012 – 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК		Повторно отбывающие наказание в ИК		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2012	23	892,16	16	544,77	11	7913,67	50	884,33
2013	22	858,70	29	992,81	12	6936,42	63	1113,86
2014	16	616,33	14	475,38	24	12121,21	54	940,93
2015	25	970,50	7	248,67	13	6532,66	45	805,01
2016	4	157,48	1	33,23	7	4069,77	12	209,75
2017	31	1232,11	6	187,27	5	3267,97	42	715,14
2018	11	505,75	4	142,45	1	617,28	16	310,98
2019	8	437,64	2	73,34	7	5343,51	17	362,78
Среднегодовой показатель	140	722,73	79	338,10	80	6028,64	299	678,56
Темп прироста		-6,57		-30,47		-16		-15,9

Таблица 19 - Распространенность заболеваемости ХВГ среди осужденных ИУ УИС Липецкой области с 2012 по 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные, впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2012	291	11287,82	533	18147,77	53	38129,50	877	15511,14
2013	277	10811,87	734	25128,38	69	39884,39	1080	19094,77
2014	291	11209,55	698	23701,19	77	38888,89	1066	18574,66
2015	415	16110,25	826	29342,81	100	50251,26	1341	23989,27
2016	421	16574,80	956	31771,35	89	51744,19	1466	25624,89
2017	474	18839,43	962	30024,97	75	49019,61	1511	25727,91
2018	337	15494,25	945	33653,85	72	44444,44	1354	26316,81

## Продолжение таблицы 19

Год	Осужденные, впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2019	260	14223,19	1003	36780,34	38	29007,63	1301	27763,55
Среднегодовой показатель	2766	14279,08	6657	28490,11	573	43180,11	9996	22685,19
Темп прироста		5,6		8,1		-0,3		7,6

Наименьший среднегодовой показатель распространенности вирусных гепатитов В и С регистрируется среди осужденных, отбывающих наказание в ИУ впервые.

Показатель распространенности ХВГ среди осужденных, имеет выраженную тенденцию к росту (7,6%), которая статистически значима (критерий Стьюдента  $t=3,4$  при  $p \leq 0,05$ ).

При этом по разным группам осужденных эти показатели не одинаковы, так наибольший темп прироста отмечен в группе осужденных, повторно отбывающих наказание (8,1%). Среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, за период с 2012 года по 2019 год зарегистрирован незначительный темп снижения (-0,3%).

При анализе многолетней тенденции показателей заболеваемости ХВГ выявлен наименьший темп снижения среди осужденных, впервые поступающих в МЛС который составил -6,57%, при общем темпе снижения – 15,9%.

Заболеваемость ХВГ среди осужденных отбывающих наказание повторно зарегистрирована наименьшая и составила 338,1 на 100 тысяч контингента, что в 2 раза меньше, чем среди впервые отбывающих наказание в ИК (722,73). При расчете критерия Стьюдента установлено, что различия статистически значимы ( $t=36,6$  при  $p < 0,001$ ). Среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, за анализируемый период зарегистрирован наибольший уровень заболеваемости ХВГ и в среднем составил 6028,64. В структуре ХВГ преобладает хронический вирусный гепатит С, как и среди населения [14; 61; 120].



ВИЧ-инфекция в группе осужденных также занимает ведущие позиции и является одним из основных заболеваний, которое регистрируется при поступлении контингента в учреждения ПС. Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией довольно высоки среди контингента ИУ (Таблица 20,21).

Таблица 20 - Первичная заболеваемость осужденных ВИЧ-инфекцией в ИУ УИС Липецкой области за период 2012 – 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные, впервые поступающие в исправительные колонии		Осужденные, повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2012	7	271,53	9	306,44	0	0,00	16	282,99
2013	14	546,45	18	616,23	1	578,03	33	583,45
2014	20	770,42	34	1154,50	0	0,00	54	940,93
2015	18	698,76	20	710,48	0	0,00	38	679,79
2016	10	393,70	14	465,27	0	0,00	24	419,51
2017	9	357,71	12	374,53	0	0,00	21	357,57
2018	5	229,89	13	462,96	0	0,00	18	349,85
2019	2	109,41	8	293,36	0	0,00	10	213,40
Среднегоду показатель	85	438,80	128	547,80	1	75,36	214	485,66
Темп прироста		-12,0		-7,5		-		-9,12

Таблица 21 - Распространенность заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди осужденных в ИУ УИС Липецкой области за период 2012 – 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2013	111	4332,55	188	6436,15	9	5202,31	308	5445,54

Продолжение таблицы 21

Год	Осужденные впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2014	102	3929,12	276	9371,82	10	5050,51	388	6760,76
2015	108	4192,55	296	10515,10	6	3015,08	410	7334,53
2016	117	4606,30	361	11997,34	8	4651,16	486	8495,02
2017	110	4372,02	436	13607,99	8	5228,76	554	9433,00
2018	83	3816,09	424	15099,72	8	4938,27	515	10009,72
2019	66	3610,50	423	15511,55	10	7633,59	499	10648,74
Среднемультилетний показатель	775	4000,83	2566	10981,77	65	4898,27	3406	7729,67
Темп прироста		0,97		13,79		5,73		11,6

Среди контингента ИУ имеет выраженную тенденцию к росту (11,6%) показатель распространенности ВИЧ-инфекции. При расчете критерия Стьюдента ее достоверность не установлена ( $t=1,94$ ). При этом по разным группам заключенных эти показатели не одинаковы. В группе осужденных, повторно отбывающих наказание, зарегистрирован наибольший темп прироста (13,8%). Среди осужденных, отбывающих наказание в ИУ впервые, за изучаемый период отмечен незначительный темп прироста (0,97%).

Средний показатель первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией всех осужденных, отбывающих наказание в ИУ УИС Липецкой области, за анализируемый период составил 485,66 на 100 тысяч. Тенденция к снижению установлена для всех осужденных и двух отдельных групп со среднегодовыми темпами снижения в целом -9,12%, отбывающие наказание впервые - -12,0%, повторно - -7,5%. Однако, тенденция не является статистически значимой.

Определены статистически значимые различия в заболеваемости осужденных, отбывающих наказание в тюрьме и повторно отбывающих наказание в ИУ ( $t=5,28$ ,  $p < 0,001$ ), в тюрьме и впервые отбывающих наказание в колониях ( $t=4,1$ ,  $p=0,000045$ ). При этом между группами осужденных впервые и

повторно отбывающих наказание в ИК не установлены статистически значимые различия. Таким образом, при изучении распределения случаев ВИЧ-инфекции в группах осужденных ИУ Липецкой области определяются различия в заболеваемости осужденных отбывающих наказание в ИУ по сравнению с осужденными на тюремном режиме, которые статистически достоверные.

Туберкулез в первичной инфекционной заболеваемости среди осужденных занимает третье ранговое место (Таблица 22).

Таблица 22 - Показатели заболеваемости осужденных туберкулезом в ИУ УИС Липецкой области с 2012 по 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2012	8	310,32	20	680,97	0	0,00	28	495,22
2013	13	507,42	16	547,76	2	1156,07	31	548,09
2014	14	539,29	16	543,29	0	0,00	30	522,74
2015	14	543,48	15	532,86	0	0,00	29	518,78
2016	8	314,96	20	664,67	0	0,00	28	489,42
2017	8	317,97	17	530,59	0	0,00	25	425,68
2018	2	91,95	13	462,96	0	0,00	15	291,55
2019	6	328,23	10	366,70	0	0,00	16	341,44
Среднегодовой показатель	73	376,85	127	543,52	2	150,72	202	458,42
Темп прироста		-9,17		-5,6				-7,03

В ходе анализа установлено, что среднегодовой темп прироста показателей заболеваемости туберкулезом имеет отрицательную направленность во всех группах осужденных. Причем, наибольший -9,17% среди осужденных, впервые отбывающих наказание, а наименьший -5,6% зарегистрирован в группе осужденных, отбывающих наказание повторно в ИУ при общем темпе прироста -7,03%. Однако, при оценке достоверности тенденции определено, что эти

изменения среди всех групп осужденных статистически незначимы (во всех случаях  $t < 1,96$ , значение  $p > 0,05$ ).

Первичная заболеваемость туберкулезом всех осужденных, отбывающих наказание в учреждениях Липецкой области, в среднем за изучаемый период составила 458,42 на 100 тысяч. Показатели первичной заболеваемости туберкулезом повторно отбывающих наказание (543,52) статистически значимо выше, чем у впервые отбывающих наказание (376,85) и на тюремном режиме (150,72), соответственно ( $t=2,6$ ,  $p=0,01$  и  $t=3,4$ ,  $p=0,0008$ ). При сравнении показателей заболеваемости туберкулезом статистических различий не установлено между группами осужденных впервые отбывающих наказание и отбывающих наказание на тюремном режиме [120].

Преобладание лиц с длительным криминальным прошлым в структуре впервые выявленных больных туберкулезом отмечено и другими авторами (Корецкая Н.М., Нечаева О.Б. и т.д.) [59; 90].

Таким образом, в общей и первичной заболеваемости, регистрируемой среди осужденных, на первом ранговом месте находятся инфекционные болезни. Особенно обращает на себя внимание показатели распространенности и впервые регистрируемых социально-значимых болезней.

#### **5.4. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и внебольничными пневмониями**

Болезни органов дыхания, как класс, при иерархической кластеризации по группам болезней в структуре общей и первичной заболеваемости осужденных ИУ принадлежит второму и первому кластерам соответственно за счет ОРВИ.

Показатели заболеваемости ОРВИ осужденных и среднемноголетний показатель превышают показатели взрослого населения Липецкой области и РФ в 1,7 и 1,3 раза соответственно (Рисунок 54). Эти различия в заболеваемости

контингента ИУ и взрослого населения РФ и области статистически значимы (критерий Стьюдента  $t=16,1$ ,  $p < 0,001$  и  $t=28,6$ ,  $p < 0,001$  соответственно).

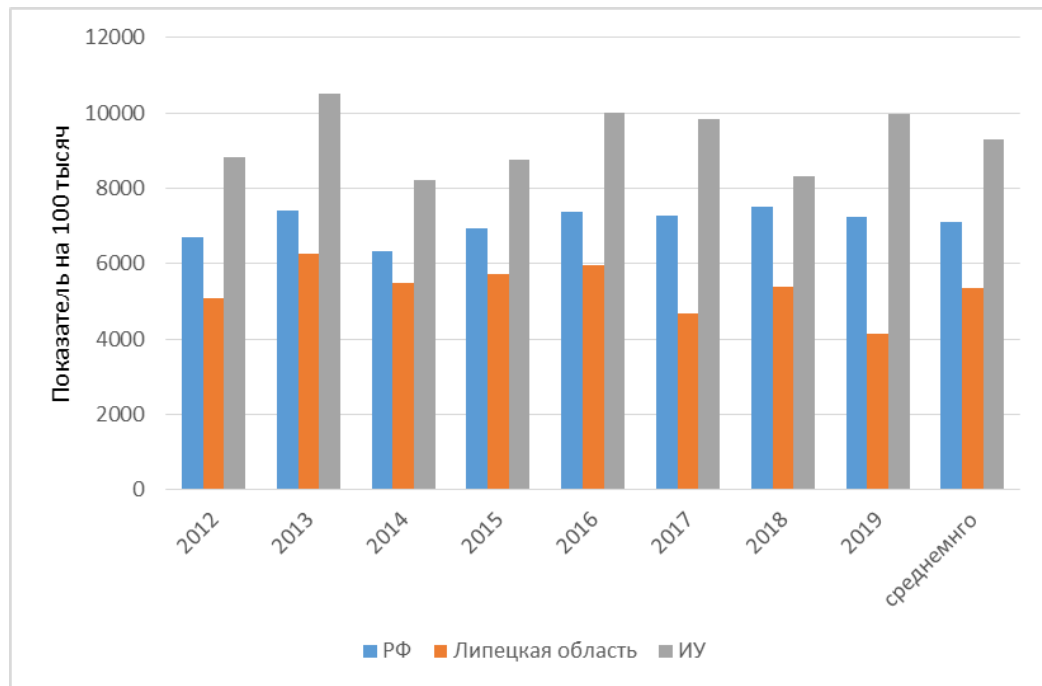


Рисунок 54 – Динамика заболеваемости ОРВИ взрослого населения РФ, Липецкой области (показатели на 100 тысяч населения) и контингента ИУ области за период 2012 – 2019 годы (показатели на 100 тысяч контингента)

Показатель заболеваемости ОРВИ среди осужденных, имеет незначительную тенденцию к росту (0,36%), но при этом статистически не значимую ( $t=-0,06$ ).

По разным группам осужденных эти показатели не одинаковы (Таблица 23, Приложение А - Таблица А.5). Так наибольший темп прироста отмечен в группе осужденных, повторно отбывающих наказание (2,37%). Среди осужденных, отбывающих наказание впервые в ИК, темп прироста составил 2,26%. В группе осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, за изучаемый период зафиксирован выраженный темп снижения (-11,52%).

Таблица 23 -Показатели заболеваемости осужденных ОРВИ в ИУ УИС Липецкой области с 2012 по 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2012	308	11947,25	136	4630,58	57	41007,19	501	8860,98
2013	325	12685,40	203	6949,67	73	42196,53	601	10625,88
2014	201	7742,68	174	5908,32	97	48989,90	472	8224,43
2015	274	10636,65	147	5222,02	60	30150,75	481	8604,65
2016	331	13031,50	202	6713,19	50	29069,77	583	10190,53
2017	346	13751,99	204	6367,04	28	18300,65	578	9841,65
2018	245	11264,37	162	5769,23	21	12962,96	428	8318,76
2019	242	13238,51	185	6784,01	41	31297,71	468	9987,20
Среднегодуевой показатель	284	11728,87	176,6	6047,25	53,38	32177,84	514	9331,88
Темп прироста		2,26		2,37		-11,52		0,36

Показатели заболеваемости ОРВИ среди осужденных, находящихся в тюрьме, статистически значимо выше (32177,84), чем среди впервые отбывающих наказание (11728,87) и повторно отбывающих наказание (6047,25), соответственно ( $t=15,7$ ,  $p < 0,001$  и  $t=20,2$ ,  $p < 0,001$ ). При сравнении показателей заболеваемости ОРВИ среди осужденных, впервые отбывающих наказание и повторно находящихся в ИУ также установлены статистически значимые различия ( $t=20,4$ ,  $p < 0,001$ ).

По данным многолетних наблюдений установлено, что в основном групповые случаи заболевания ОРВИ регистрируются среди осужденных, впервые отбывающих наказание в ИУ, реже среди повторно отбывающих наказание, и не регистрируются среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме.

При регистрации групповых случаев заболевания ОРВИ осужденных проводились вирусологические исследования. В ходе которых определялись

аденовирусы (в ИК для впервые отбывающих наказание) и вирусы гриппа А и В (как в ИК для впервые отбывающих наказание, так и повторно находящихся в ИК).

Ежегодно регистрируются случаи заболевания ВП среди осужденных, как и среди других групп населения [62]. Показатели ВП среди осужденных Липецкой области в отдельные годы превышают аналогичные данные среди взрослого населения РФ и Липецкой области (Рисунок 55).

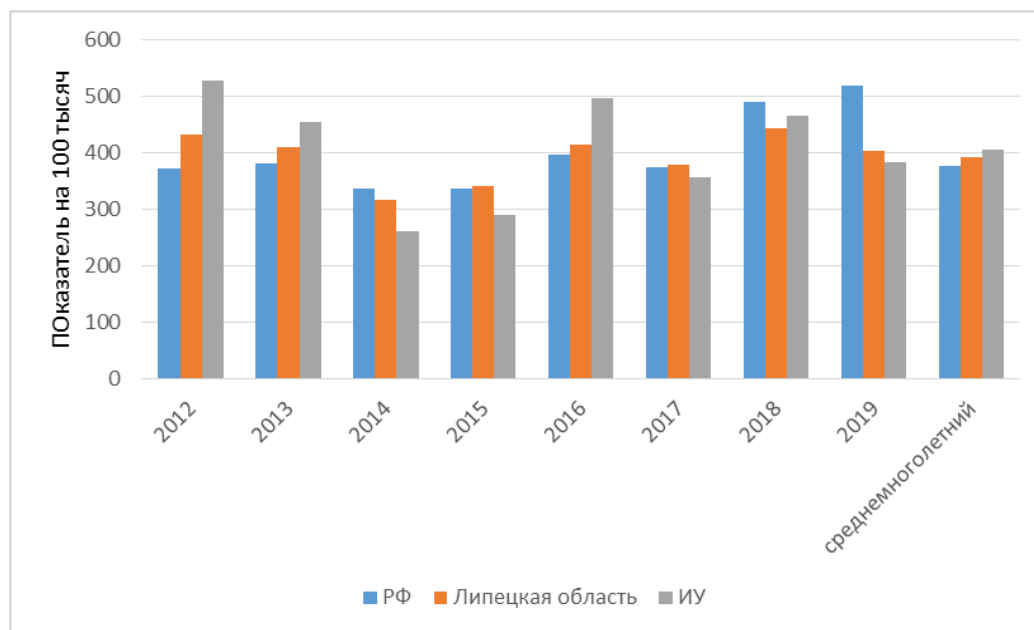


Рисунок 55 – Динамика заболеваемости ВП взрослого населения РФ, Липецкой области (показатели на 100 тысяч населения) и контингента ИУ области за период 2012 – 2019 годы (показатели на 100 тысяч контингента)

Среднемноголетний показатель ВП среди осужденных превышает показатель по РФ и Липецкой области на 7,4% и 3,3% соответственно. В целом различия показателей среди осужденных и взрослого населения статистически не значимы.

При анализе показателей заболеваемости ВП в разных группах контингента ИУ, можно отметить, что самый высокий среднемноголетний показатель регистрируется среди осужденных, содержащихся в тюрьме (753,58 на 100 тысяч), на втором месте показатель среди впервые отбывающих наказание и

составил 567,86 на 100 тысяч и на третьем месте заболеваемость повторно отбывающих наказание - 252,5 на 100 тысяч (Таблица 24).

Таблица 24 - Заболеваемость осужденных ВП в ИУ УИС Липецкой области с 2012 по 2019 годы (абсолютные и относительные показатели)

Год	Осужденные впервые отбывающие наказание в исправительных колониях		Повторно отбывающие наказание в исправительных колониях		Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме		Итого	
	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч	Абс.	на 100 тысяч
2012	13	504,27	15	510,73	2	1438,85	30	530,6
2013	15	585,48	10	342,35	1	578,03	26	459,69
2014	8	308,17	5	169,78	2	1010,10	15	261,37
2015	10	388,20	6	213,14	0	0,00	16	286,23
2016	21	826,77	6	199,40	2	1162,79	29	506,9
2017	17	675,68	3	93,63	1	653,59	21	357,57
2018	17	781,61	6	213,68	1	617,28	24	466,47
2019	9	492,34	8	293,36	1	763,36	18	384,12
Среднегодовой показатель	110	567,86	59	252,50	10	753,58	179	406,23
Темп прироста		5,1		-11,26		-6,79		-1,41

В целом среди осужденных ИУ Липецкой области регистрируется умеренный темп снижения заболеваемости ВП (-1,41%). При этом темпы снижения отмечены в группах: осужденных, повторно отбывающих наказание (-11,26%) и на тюремном режиме (-6,79%). Среди осужденных, отбывающих наказание впервые в МЛС, темп прироста имеет положительную направленность и составил 5,1%. Однако данные тенденции статистически незначимы ( $t < 1,96$  и  $p \geq 0,05$ ). Различия в заболеваемости контингентов ИУ статистически значимы в группах: впервые отбывающих наказание и повторно ( $t=4,99$ ,  $p < 0,001$ ) и между осужденными, находящимися в тюрьме и повторно отбывающими наказание ( $t=2,1$ ,  $p=0,0365$ ). Между группами осужденных, отбывающих наказание впервые и в тюрьме различия статистически не значимы ( $t=0,8$  и  $p=0,4$ ).



Таким образом в ходе проведенного анализа установлено, что заболеваемость ОРВИ и ВП осужденных ИУ Липецкой области имеют отличия при сравнении со взрослым населением России и Липецкой области и между группами осужденных.

### 5.5. Сравнительная характеристика заболеваемости в учреждениях уголовно-исполнительной системы Липецкой области

Выше приведенные данные показывают, что показатели заболеваемости в отдельных группах контингента ПС Липецкой области отличаются и удельный вес их в структуре заболеваемости в целом имеет свои особенности.

При анализе показателей общей заболеваемости в разрезе групп контингента, установлено, что наибольший показатель распространенности психо-соматической патологии регистрируется среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, в трех других группах показатели практически одинаковы (Рисунок 56).

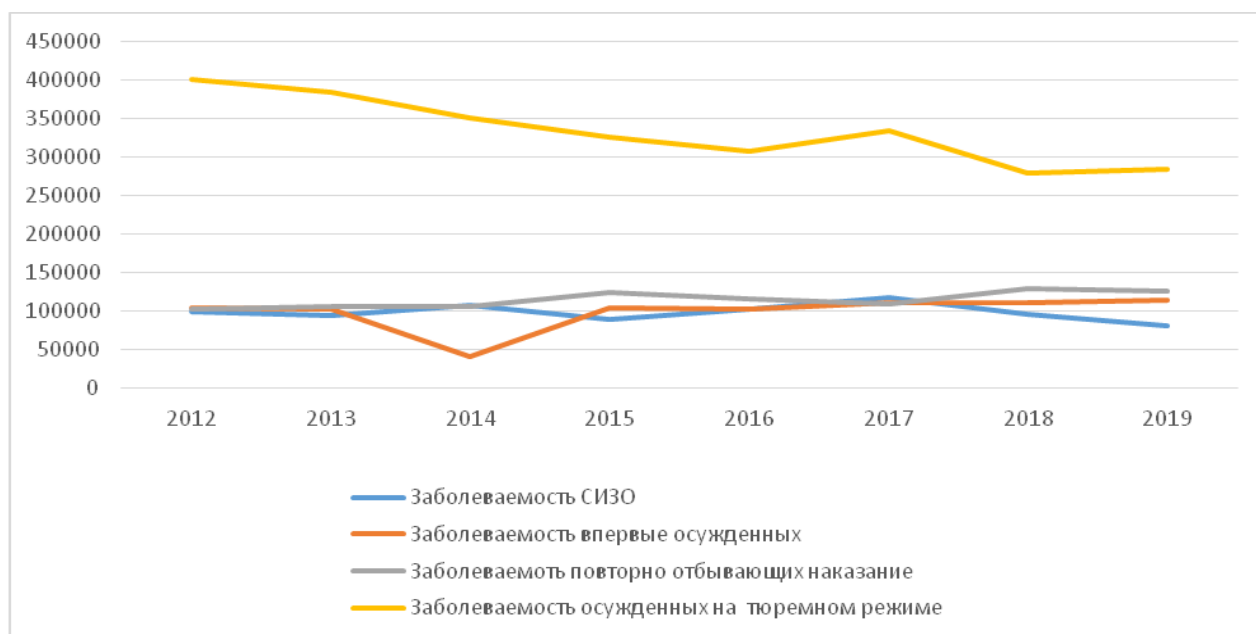


Рисунок 56 - Динамика показателей общей заболеваемости в разных группах контингента пенитенциарной системы Липецкой области в показателях на 100 тысяч контингента за период с 2012 по 2019 годы

При этом при сравнении среднесноголетних показателей установлено, что отсутствуют статистически значимые различия между уровнями заболеваемости контингента СИЗО и осужденными, впервые отбывающими наказание в ИК (Таблица 25), что возможно продиктовано демографическими характеристиками контингента.

Таблица 25 - Среднесноголетние значения показателя общей заболеваемости в разных группах контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднесноголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	97566,08	814,78	1596,97	99163,05	95969,11
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	96902,59	696,24	1364,63	98267,22	95537,96
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	115916,3	758,32	1486,31	117402,61	114429,99
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	335870,4	9220,11	18071,42	353941,82	317798,98

Не смотря на высокие показатели общей заболеваемости среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, их удельный вес в структуре общей заболеваемости составляет в среднем только 6,93%.

В структуре общей заболеваемости, уверенно занимают первое ранговое место осужденные, повторно отбывающие наказание (42,1%), а второе место принадлежит осужденным, впервые находящимся в МЛС (29,2%) (Рисунок 57).



Рисунок 57 - Удельный вес разных групп контингента пенитенциарных учреждений Липецкой области в общей заболеваемости в 2012-2019гг.

Анализ общей инфекционной заболеваемости в разрезе контингентов показал, что показатели заболеваемости среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, в несколько раз превышают уровни заболеваемости в других группах контингента, но при этом имеет резкие колебания (Рисунок 58).

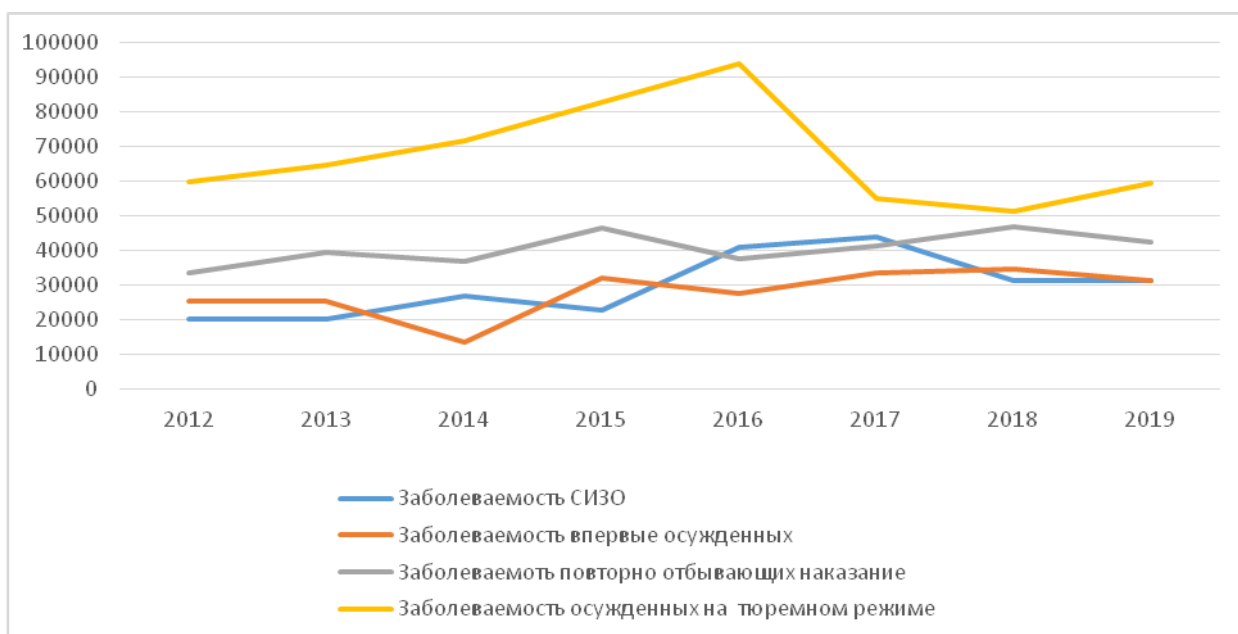


Рисунок 58 - Динамика показателей общей инфекционной заболеваемости в разных группах контингента пенитенциарной системы Липецкой области в показателях на 100 тыс. контингента за период с 2012 по 2019 годы

Сравнение среднеголетних показателей выявило, что группы между собой имеют статистически значимые различия в уровнях общей инфекционной заболеваемости (Таблица 26).

Таблица 26 - Среднеголетние значения показателя общей инфекционной заболеваемости в разных группах контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднеголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	29165,21	379,57	743,96	29909,17	28421,25
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	27298,54	320,08	627,37	27925,91	26671,17
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	41012,58	321,77	630,67	41643,25	40381,91
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	68726,25	1272,67	2494,43	71220,68	66231,82

Наибольшая доля в общей инфекционной заболеваемости, также, как и в общей заболеваемости, принадлежит осужденным, повторно отбывающим наказание и составляет 47,97%, второе место 26,5% отведено осужденным, впервые находящимся в МЛС, третье место занимают подозреваемые и обвиняемые, удельный вес которых составил 20,9% (Рисунок 59).

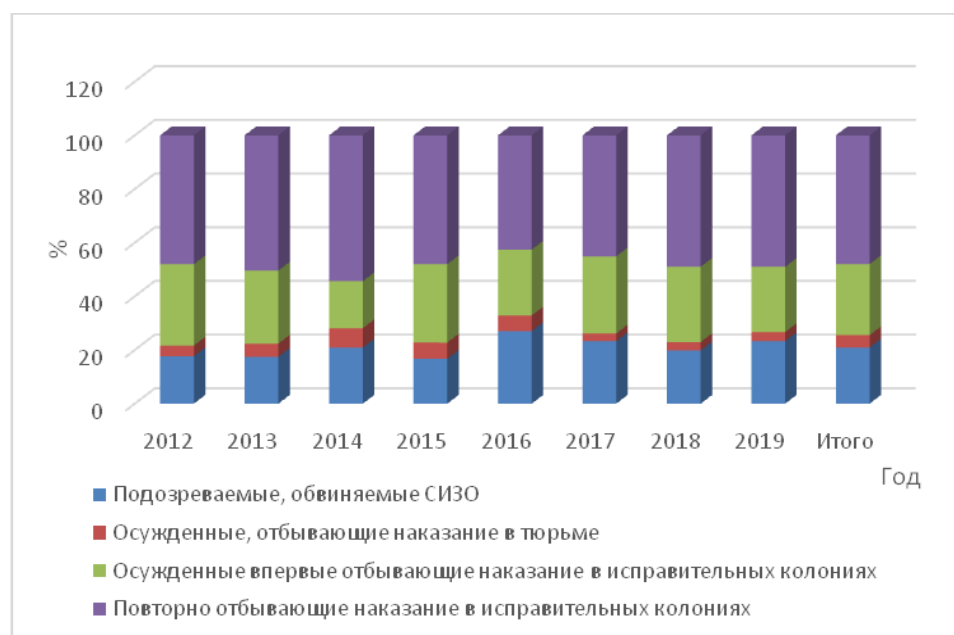


Рисунок 59 - Удельный вес разных групп контингента ПУ Липецкой области в общей инфекционной заболеваемости в 2012-2019гг.

При анализе показателей первичной заболеваемости установлено, что показатели, регистрируемые среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме, также превышают аналогичные показатели среди других групп контингента ПС Липецкой области. Первично регистрируемая заболеваемость среди подозреваемых и обвиняемых СИЗО превышает уровни заболеваемости среди осужденных, отбывающих наказание в ИК УИС области (Рисунок 60).

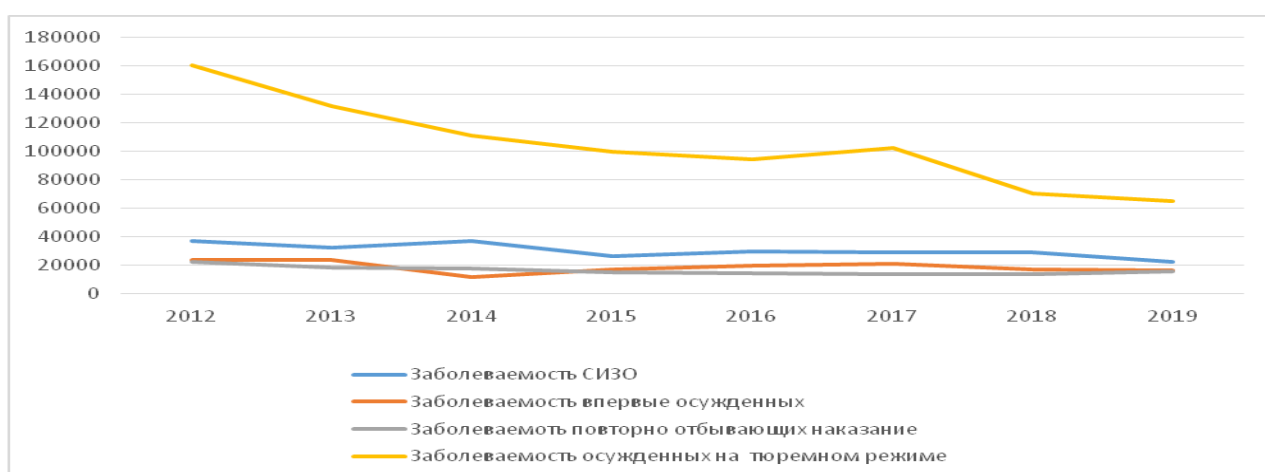


Рисунок 60 - Динамика показателей первичной заболеваемости в разных группах контингента пенитенциарной системы Липецкой области в показателях на 100 тыс. контингента за период с 2012 по 2019 годы

В ходе анализа среднесноголетних показателей первичной заболеваемости и их доверительных интервалов установлены статистически значимые различия между всеми анализируемыми группами контингента УИС области (Таблица 27).

Таблица 27 - Среднесноголетние значения показателя первичной заболеваемости в разрезе групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднесноголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	30225,26	383,51	751,68	30976,94	29473,58
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	18527,7	279,15	547,14	19074,84	17980,56
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	16455,53	242,56	475,42	16930,95	15980,11
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	105049	2883,74	5652,14	110701,14	99396,86

В структуре первичной заболеваемости наибольший удельный вес приходится на группу подозреваемых и обвиняемых, второе место принадлежит осужденным, повторно отбывающим наказание, а осужденные, содержащиеся в тюрьме занимают только четвертое место (Рисунок 61).



Рисунок 61 - Удельный вес разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области в первичной заболеваемости за 2012-2019гг.

Показатели первичной инфекционной заболеваемости распределены между группами контингента УИС области неравномерно, так среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме и контингента СИЗО они выше, чем среди осужденных отбывающих наказание в ИК, как впервые, так и повторно (Рисунок 62).

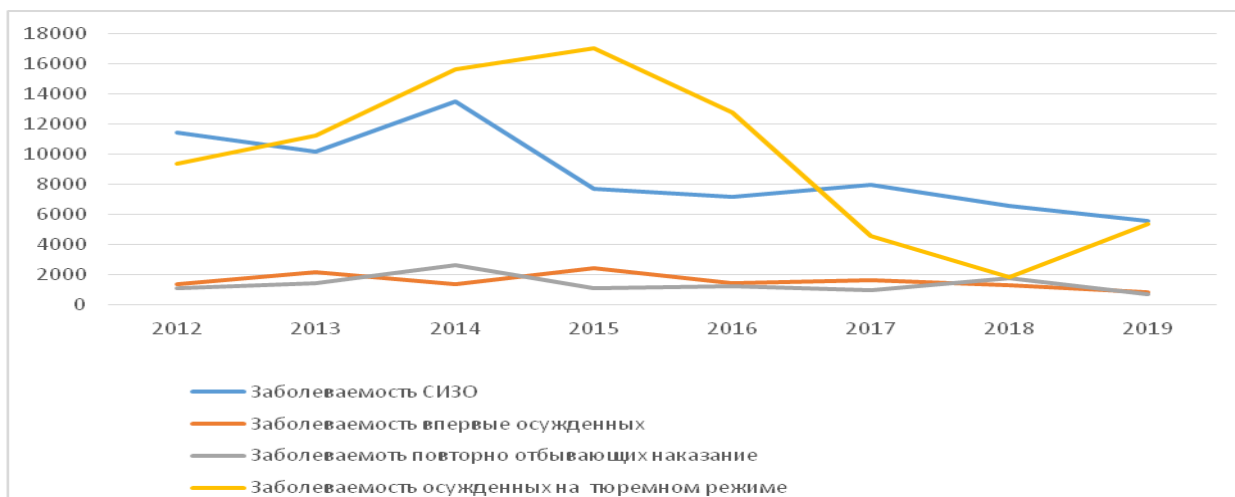


Рисунок 62 - Динамика показателей первичной инфекционной заболеваемости в разных группах контингента пенитенциарной системы Липецкой области в показателях на 100 тыс. контингента с 2012 по 2019 годы

При анализе среднеголетних показателей первичной инфекционной заболеваемости установлены статистически значимые различия между группами: осужденными, впервые отбывающими наказание в ИК, повторно отбывающими наказание в ИК, контингентом СИЗО, осужденными отбывающими наказание в тюрьме. При этом нет статистически значимых различий между уровнем первичной инфекционной заболеваемости между контингентом СИЗО и осужденными отбывающими наказание в тюрьме, что возможно продиктовано одинаковыми материально-бытовыми условиями (по-камерное проживание) (Таблица 28).

Таблица 28 - Среднемноголетние значения показателя первичной инфекционной заболеваемости в разрезе групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднемноголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	8731,43	235,75	462,06	9193,49	8269,37
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	1569,36	89,30	175,03	1744,39	1394,33
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	1369,51	76,03	149,02	1518,53	1220,49
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	10324,04	835,27	1637,13	11961,17	8686,91

В структуре инфекционных болезней, впервые регистрируемых у контингента УИС, наибольший вклад вносят лица, поступающие в СИЗО области, а второе место делят между собой осужденные, впервые и повторно отбывающие наказание в ИК с небольшой разницей (15,1% и 15,8% соответственно). А осужденные, содержащиеся в тюрьме не смотря на достаточно высокие показатели первичной инфекционной заболеваемости в структуре заболеваемости занимают только четвертое место (6,81%) (Рисунок 63).

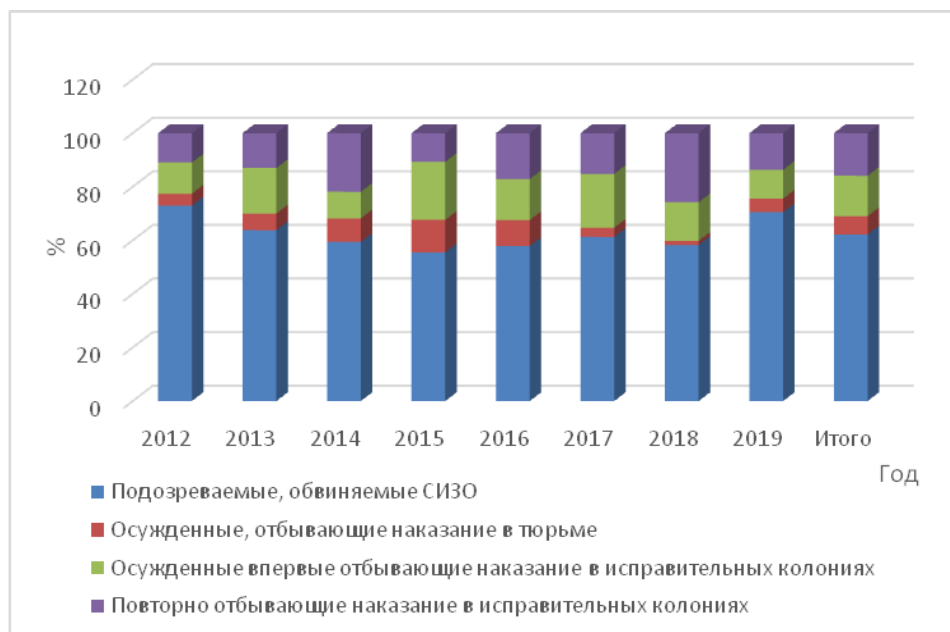




Рисунок 63 - Удельный вес разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области в первичной инфекционной заболеваемости за 2012-2019гг.

В структуре инфекционных болезней наибольший удельный вес принадлежит социально-значимым инфекциям во всех анализируемых группах контингента УИС области.

Как видно из приведенного рисунка 45, в первичной заболеваемости наибольший удельный вес принадлежит подозреваемым и обвиняемым, находящимся в СИЗО (туберкулез - 46,7%, ВИЧ-инфекция – 61,92%, ХВГ – 56,67%), а в общей заболеваемости ВИЧ-инфекцией и ХВГ уверенно лидируют осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК Липецкой области, на которые приходится 54,24% и 55,93% соответственно (Таблица 29, Рисунок 64).

Таблица 29 - Удельный вес групп контингента УИС Липецкой области в структуре социально-значимых болезней

Наименование нозологии	Удельный вес осужденных впервые отбывающих наказание в исправительных колониях (%)	Удельный вес осужденных повторно отбывающих наказание в исправительных колониях (%)	Удельный вес осужденных, отбывающих наказание в тюрьме (%)	Удельный вес подозреваемых, обвиняемых, находящихся в СИЗО (%)
Туберкулез	19,31	33,6	0,53	46,56
ВИЧ первичный	15,12	22,78	0,18	61,92
Распространенность ВИЧ	16,38	54,24	1,37	28,01
ХВГ первичный	20,29	11,45	11,59	56,67
ХВГ распространенность	23,24	55,93	4,81	16,01

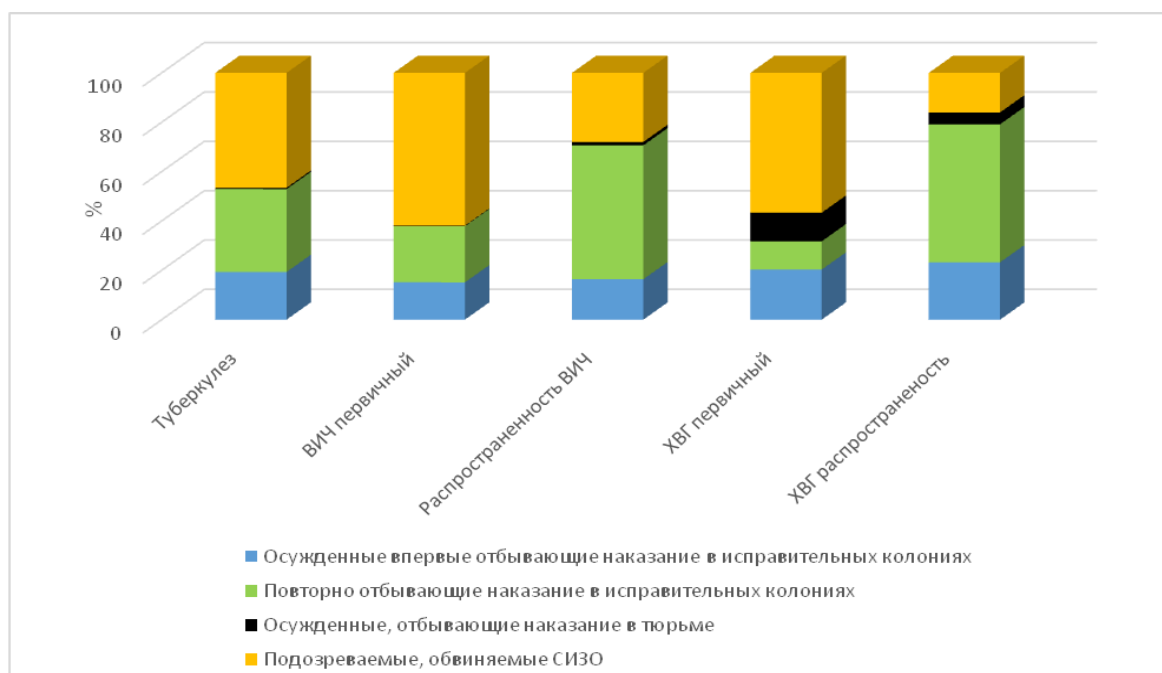


Рисунок 64 - Удельный вес разных групп контингента УИС Липецкой области в структуре социально-значимых болезней

При анализе среднеголетних показателей заболеваемости туберкулезом контингента УИС области установлено, что имеются статистически значимые различия между заболеваемостью контингента СИЗО и осужденными, отбывающими наказание в разных учреждениях (Таблица 30).

Таблица 30 - Среднеголетние значения показателя первичной заболеваемости туберкулезом разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднеголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	1227,422	91,95	180,22	1407,65	1047,20
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	376,85	44,02	86,29	463,14	290,56
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	543,52	48,10	94,27	637,79	449,25
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	150,72	106,49	208,73	359,45	-58,01

При анализе среднеголетних показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией установлено, что имеются статистически значимые различия между всеми группами контингентов ПС, кроме осужденных, впервые и повторно отбывающих наказание в ИК (Таблица 31).

Таблица 31 - Среднеголетние значения показателя первичной регистрации ВИЧ-инфекции среди разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднеголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	2367,99	126,98	248,88	2616,87	2119,11
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	438,8	47,49	93,08	531,88	345,72
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	547,8	48,29	94,64	642,44	453,16
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	75,36	75,33	147,65	223,01	-72,29

Анализ среднеголетних показателей распространенности ВИЧ-инфекции среди контингента УИС Липецкой области показал, что наибольшее количество ВИЧ-инфицированных лиц проходит через СИЗО, и различия статистически значимы в сравнении с другими группами осужденных. При этом, между осужденными, впервые отбывающими наказание в ИК и в тюрьме данные показатели не имеют статистически значимых изменений (Таблица 32).

Таблица 32 - Среднеголетние значения показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднеголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	9240,53	241,84	474,01	9714,54	8766,52

## Продолжение таблицы 32

Наименование контингента	Среднегодовое значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	4000,83	140,81	275,99	4276,82	3724,84
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	10981,77	204,54	400,90	11382,67	10580,87
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	4898,27	592,49	1161,28	6059,55	3736,99

Среднегодовые показатели заболеваемости ХВГ имеют статистически значимые различия среди всех групп контингента УИС Липецкой области. При этом наиболее высокий показатель регистрируется среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме (Таблица 33).

Таблица 33- Среднегодовые значения показателя заболеваемости ХВГ среди разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднегодовое значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	2727,83	136,03	266,62	2994,45	2461,21
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	722,73	60,86	119,29	842,02	603,44
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	338,1	37,97	74,43	412,53	263,67
Осужденные, отбывающие наказание в тюрьме	6028,64	653,39	1280,64	7309,28	4748,00

Наибольший вклад в распространенность ХВГ среди контингента УИС вносят осужденные, содержащиеся в тюрьме и в ИК для повторно судимых, что возможно связано с миграционными процессами. Различия в показателях

распространенности ХВГ между всеми группами подозреваемых, обвиняемых и осужденных статистически значимы (Таблица 34).

Таблица 34 - Среднемноголетние значения показателя распространенности ХВГ среди разных групп контингента ПУ Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднемноголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	13292,42	283,51	555,68	13848,10	12736,74
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	14279,08	251,37	492,69	14771,77	13786,39
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	28490,11	295,28	578,75	29068,86	27911,36
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	43180,11	1359,74	2665,09	45845,20	40515,02

Среднемноголетние показатели заболеваемости ОРВИ отличаются в разных группах контингента УИС Липецкой области, причем эти различия статистически значимы (Таблица 35).

Таблица 35 - Среднемноголетние значения показателя заболеваемости ОРВИ разных групп контингента ПУ Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднемноголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	5416,44	189,02	370,48	5786,92	5045,96
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	11861,75	232,32	455,34	12317,09	11406,41
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	5968,07	154,98	303,75	6271,82	5664,32
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	32057,06	1281,15	2511,05	34568,11	29546,01

В структуре ОРВИ за весь период наблюдений уверенно лидируют показатели заболеваемости среди осужденных, впервые отбывающих наказание как в целом (46,29%), так и по годам, на втором месте повторно отбывающие наказание (28,72%) и наименьший вклад 8,7% вносят осужденные на тюремном режиме (Рисунок 65). Данная ситуация связана с материально-бытовыми условиями размещения контингента.



Рисунок 65 – Удельный вес разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области в заболеваемости ОРВИ за 2012-2019гг.

При анализе среднесноголетних показателей заболеваемости ВП разных групп контингента ПС Липецкой области установлено, что отсутствуют статистически значимые различия между следующими группами: контингент СИЗО и повторно отбывающие наказание, осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК и тюрьме. Данная ситуация возможно связана с миграционными процессами (Таблица 36).

Таблица 36 – Среднесноголетние значения показателя заболеваемости ВП разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области и доверительные интервалы

Наименование контингента	Среднесноголетнее значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	188,3	36,20	70,96	259,26	117,34
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК	574,29	54,29	106,41	680,70	467,88

## Продолжение таблицы 36

Наименование контингента	Среднегодовое значение в показателях на 100 тыс. контингента	m	95% ДИ	Верхняя доверительная граница	Нижняя доверительная граница
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК	249,2	32,62	63,93	313,13	185,27
Осужденные, отбывающие наказание на тюремном режиме	750,75	236,96	464,44	1215,19	286,31

При анализе структуры заболеваемости ВП подозреваемых, обвиняемых и осужденных УИС Липецкой области установлено, что более 50% составляют осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК (53,4%), а 28,6% приходится на долю повторно отбывающих наказание в ИК (Рисунок 66).

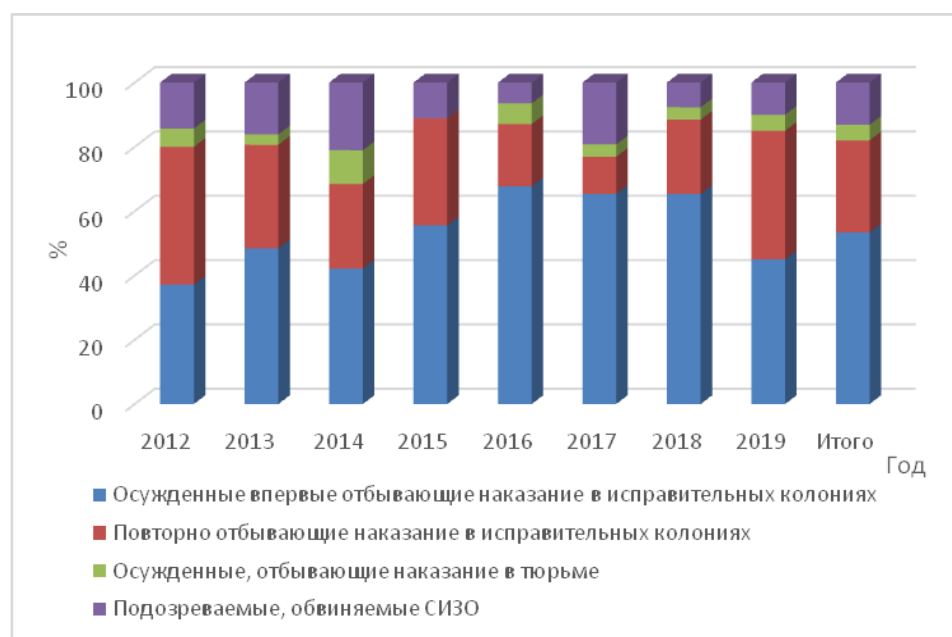


Рисунок 66 – Удельный вес разных групп контингента пенитенциарной системы Липецкой области в заболеваемости ВП за 2012-2019гг.

По результатам анализа установлено, что показатели распространенности и заболеваемости психо-соматическими болезнями контингента ИУ Липецкой области меньше аналогичных показателей, регистрируемых среди взрослого населения региона и РФ. Инфекционные болезни принадлежат первому и второму кластерам при иерархической кластеризации показателей общей заболеваемости и

первичной заболеваемости контингента ИУ. При этом определена роль инфекционных болезней в структуре общей и первичной заболеваемости в разрезе контингентов ИУ и установлено, что принадлежат разным кластерам. Среди контингента ИУ ведущие позиции в структуре инфекционных болезней занимают социально-значимые инфекции, такие как ХВГ В и С, ВИЧ, туберкулез. В разрезе контингента ИУ эти инфекции имеют достаточно разные направления темпов роста (снижения), отличные от показателей для контингента ИУ области в целом. Показатель заболеваемости ОРВИ в структуре инфекционных болезней контингента ИУ области занимают первое ранговое место и достоверно выше аналогичных показателей среди взрослого населения субъекта и РФ. Показатели заболеваемости ВП среди осужденных ИУ области выше аналогичных показателей взрослого населения области и РФ. При этом в ходе анализа заболеваемости ОРВИ и ВП по группам контингента ИУ определено, что имеются достаточно значимые различия. Показатели заболеваемости и распространенности инфекционных болезней, социально-значимыми инфекциями распределены между группами контингента УИС области неравномерно.



## 6.ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

### 6.1. Компоненты эпидемиологического надзора

Прежде чем приступить к реализации управленческого решения в сфере здравоохранения необходимо сформировать и обеспечить достаточный объем данных о заболеваемости, разных факторах, влияющих на здоровье населения и многое другое. Эпидемиологический надзор как раз и является тем инструментом, который позволяет нам сформировать достаточный объем медико-статистических данных для принятия управленческого решения.

Эпидемиологический надзор (далее – ЭН) является основой для деятельности санитарно-эпидемиологической службы УИС, функционирующей автономно с 2001г. ЭН в УИС осуществляется в соответствии с основными направлениями: сбор, хранение и передача информации, ее первичная обработка и анализ, эпидемиологическая диагностика и прогнозирование развития ситуации [127; 157]. Однако, условия функционирования учреждений УИС, представляющие собой достаточно самостоятельный комплекс, диктуют иные подходы к эпидемиологическому надзору (Таблица 37).

Таблица 37 - Особенности проведения эпидемиологического надзора в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы

<b>Задачи эпидемиологического надзора [157]</b>	<b>Особенности эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе</b>
Оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекционных болезней	Масштаб и характер распространённости инфекционных болезней в УИС зависит от эпидситуации среди отдельных групп населения и имеет непосредственную связь с состоянием заболеваемости инфекционными болезнями в целом по стране и в регионе

## Продолжение таблицы 37

<b>Задачи эпидемиологического надзора [157]</b>	<b>Особенности эпидемиологического надзора в пенитенциарной системе</b>
Выявление тенденций и оценка темпов динамики эпидемического процесса данной инфекционных болезней во времени	Тенденция и темпы динамики эпидемического процесса зависят от степени сменяемости контингента и его уголовно-правовой характеристики
Районирование территорий с учетом степени реального и потенциального неблагополучия по данной инфекционным болезням	Группы риска и территории риска по разным нозологиям определяются видом ИУ
Выявление контингентов населения, подверженных повышенному риску заболевания в силу особенностей их производственно-бытовых или иных условий жизни	Условия проживания (общежитие или покамерное содержание), контингентов впервые или повторно отбывающие наказание в ИУ
Выявление причин и условий, определяющих наблюдаемый характер проявлений эпидемического процесса данной инфекционной болезни	Определяется механизмом передачи инфекции и условиями функционирования ИУ
Определение адекватной системы профилактических и противоэпидемических мероприятий, планирование последовательности и сроков их реализации	Основное направление профилактических мероприятий должно быть сконцентрировано на выявлении больных при поступлении в ИУ и проведение рутинной противоэпидемической деятельности. Объем противоэпидемических мероприятий будет осуществляться в зависимости от нозологии и вида ИУ
Разработка периодических прогнозов развития эпидемической ситуации	Прогноз эпидемической ситуации зависит от состава осужденных, направляемых в МЛС, видов ИУ.

В целом структура системы эпидемиологического надзора, предложенная В.Д. Беляковым, представлена в виде трех взаимосвязанных подсистем - информационной, диагностической и управленческой [12; 160].

Информационная подсистема обеспечивает сбор данных о состоянии и тенденциях эпидемического процесса, причинах (биологический фактор) и условиях (социальный и природный факторы), способствующих его развитию на конкретной территории [130].

В трудах отечественных авторов неоднократно указывалось на то, что в современных условиях существует необходимость совершенствования

действующей системы надзора, которая связана в первую очередь с расширением информационной базы надзора, что может происходить за счет включения дополнительных параметров надзора [78; 80; 115; 120; 130]. Особенно часто это положение звучит в отношении инфекций с аэрозольным механизмом передачи, эволюция которых тесно связана с действием социального фактора [80].

Отмечалось, что действующие в РФ и ПУ, системы ЭН за инфекционными болезнями ориентированы в основном на проведение ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости контингента, который редко дает представление о действии факторов риска [78]. В последние годы интенсивно развивается и внедряется в практику здравоохранения концепция риск-ориентированного подхода к осуществлению профилактических и противоэпидемических мероприятий, что подразумевает проведение ЭН, основанного на оценке рисков [9; 25; 43; 155].

По результатам анализа заболеваемости подозреваемых, обвиняемых и осужденных (далее – ПОО) Липецкой области мы установили, что основные инфекции, характерные для контингента – это антропонозы. Внутри учреждений распространение в основном имеют инфекции с аэрозольным механизмом передачи. Источниками инфекции при этом является достаточно ограниченный круг лиц: сотрудники и работники УИС, лица, посещающие ПОО и контингент УИС.

ЭН – это не статическая система и должна пересматриваться в зависимости от меняющихся условий и эпидемиологических характеристик различных инфекционных болезней [130].

Так, в ПС для понимания причин, способствующих возникновению инфекционного заболевания необходимо не только организовать сбор и хранение информации о заболеваемости, но и иметь данные характеризующие социальные и психологические особенности осужденного. В работах отечественных и зарубежных ученых имеются указания на необходимость тесного взаимодействия медицинской и социологической наук, применительно к пониманию

пенитенциарной системы и процессов, влияющих на заболеваемость [31; 32; 110; 192].

Необходимо изучение факторов риска среди отдельных категорий осужденных. Именно, социальные факторы эпидемиологического риска, созданные деятельностью человека, приводят к негативному влиянию на уровни заболеваемости в ПС, и как следствие - к накоплению в стенах МЛС наиболее неблагополучных членов общества, о чем не раз подчеркивалось в трудах отечественных и зарубежных авторов [13; 14; 33; 44; 48; 52].

В диагностическую подсистему включены эпидемиологическая диагностика и прогнозирование эпидемической ситуации. В условиях пенитенциарной системы качественная диагностика инфекционной заболеваемости не возможна без дополнительной информации, полученной от других служб (режимной, воспитательной, психологической).

Прогнозирование развития эпидемического процесса в учреждениях УИС будет зависеть не только от данных эпидемической ситуации по заболеваемости населения страны и региона и отдельных групп, но и от правоприменительной практики уголовного закона.

На основе результатов эпидемиологической диагностики принимаются организационные решения, которые представляют собой управленческую подсистему эпидемиологического надзора [120; 130]. В ПУ имеется необходимость проведения не только профилактических медицинских мероприятий, но и организации активной профилактики противоправного поведения осужденных, приводящих к заболеваниям социально значимыми болезнями [139; 140].

В системе ЭН необходимо тесное взаимодействие со службами гражданского здравоохранения [45; 57; 69]. При оценке эпидемической ситуации по разным заболеваниям среди осужденных должны не исключаться и оцениваться случаи подозрения на заболевание, для построения наиболее достоверной оценки ситуации и прогноза (осужденные освобождаются условно-

досрочно и по другим основаниям, что приводит к потерям этих случаев еще до постановки окончательного диагноза).

Основные элементы ЭН в ПС представлены на Рисунке 67.

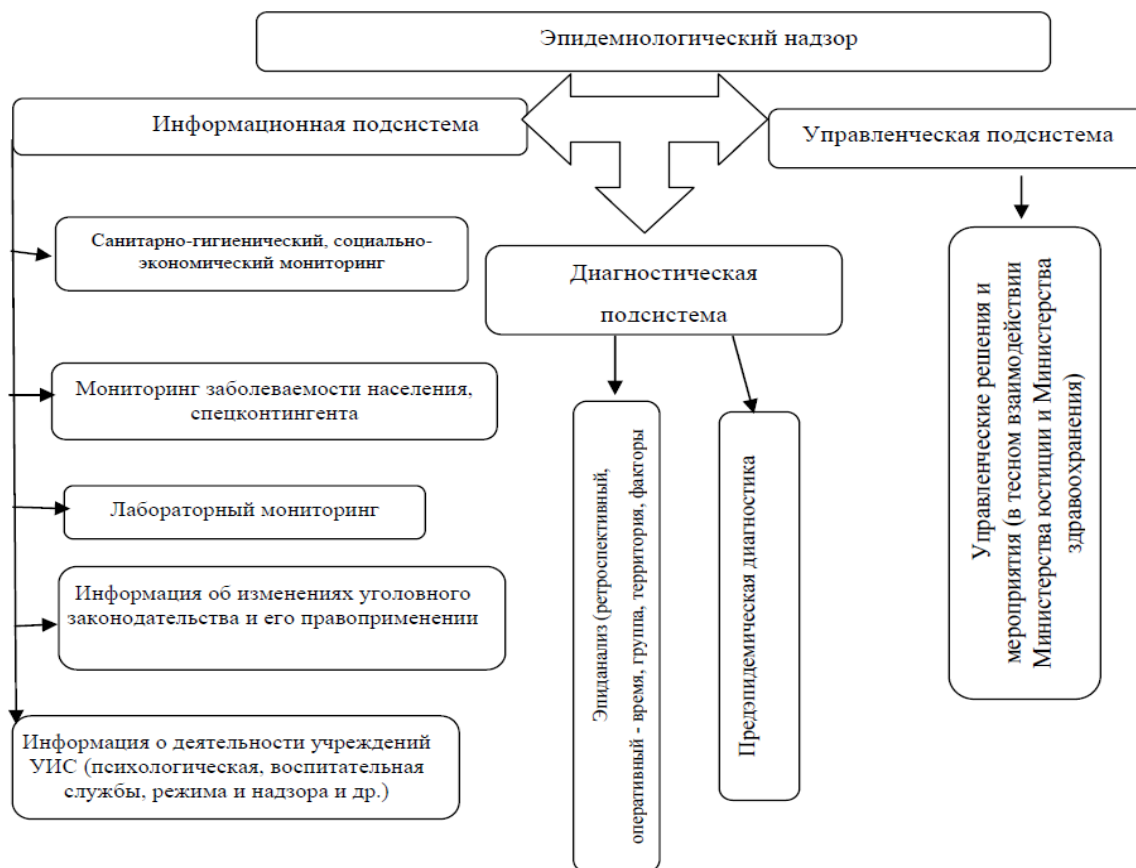


Рисунок 67 – Основные элементы ЭН в пенитенциарной системе

Осуществление риск-ориентированного надзора и решение в ходе этого отдельных задач направлены на выявление предпосылок и предвестников осложнения эпидемической ситуации, то есть на осуществление предэпидемической диагностики [131; 145]. В ПС она будет представлять собой комплекс знаний об эпидемических процессах, протекающих как среди населения, сотрудников и работников учреждений УИС, так и среди контингента. Также необходима оценка инфекционной заболеваемости как среди вновь поступающего контингента в учреждения, так и среди уже отбывающих наказание в МЛС и личного состава УИС. При определении факторов, которые могут повлиять на реальную эпидемиологическую опасность, необходимы знания

об экологических факторах, действующих в районе дислокации учреждения и социальных, действующих как в обществе, так и в учреждениях. При этом на возможность реализации факторов эпидемиологического риска в учреждении будут оказывать влияние такие процессы, как изменения в уголовном законодательстве, эффективность режимных мероприятий, условия размещения осужденных и другое. Для анализа указанных предпосылок и предвестников необходимо обеспечить достаточность информации в первичной документации, за счет расширения сведений, о чем говорится и в работах других авторов [16; 78; 79; 130; 131].

Так, необходима информация из разных ведомств и служб УИС, характеризующих контингент, с ее систематизацией и комплексным анализом. В связи с чем, для повышения эффективности при реализации основных подсистем ЭН в ПС необходимо создание таких учетно-отчетных форм, которые будут включать не только сведения о заболеваемости, но еще и об особенностях контингента.

На наш взгляд форма экстренного извещения Ф-58-у и карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания для учреждений УИС должны включать дополнительные сведения: информацию о датах поступления в учреждение, датах предоставления длительных свиданий (Приложения Б, В).

В условиях реформирования учреждений ФСИН России, когда растет число осужденных, имеющих социально-значимые инфекции, осуществляется активное перемещение контингента по учреждениям ФСИН России, расположенным в разных субъектах (перевод на облегченные условия, из ИК в колонии-поселения и т.д.), назрела высокая потребность в компьютерных базах данных, которые будут включать в себя персонифицированную информацию о состоянии здоровья ПОО [69]. Это возможно реализовать только с помощью специально разработанного программного обеспечения, которое позволит обеспечить быстрый обмен сведениями о состоянии здоровья ПОО между медицинскими учреждениями пенитенциарной системы, расположенными в разных регионах страны,

формировать аналитические отчеты и расширить спектр сведений о контингенте ПУ с целью дальнейшего поиска факторов, влияющих на здоровье заключенных.

С января 2021 года в филиалах ЦГСЭН Распоряжением ФСИН России от 22.12.2020 №269-р «Учет, обработка и анализ инфекционной заболеваемости в учреждениях уголовно-исполнительной системы» проводится опытная эксплуатация первого программного обеспечения, направленного на учет инфекционных болезней в УИС. Однако, на наш взгляд, программное средство требует доработки, так как не представляется возможным произвести выгрузку всех внесенных данных, только по отдельным нозологиям, не проработан раздел, включающий сведения о факторах, способствовавших заболеванию и другое.

Одновременно с этим, имеется и настоятельная потребность в допуске медицинских работников УИС к базам данных медицинских учреждений субъекта, в котором дислоцированы учреждения. Это продиктовано тем, что контингент СИЗО региона, да и ИУ, согласно новым положениям уголовно-исполнительного кодекса РФ будет преимущественно состоять из лиц, ранее проживающих в этом же субъекте. Данное взаимодействие позволит обеспечить преемственность в профилактике, диагностике, лечении болезней, а также будет способствовать осуществлению своевременной вакцинации и ревакцинации контингента

Одним из разделов ЭН является специфическая профилактика инфекционных болезней. Вакцинация контингента и личного состава ФСИН России осуществляется в соответствии с требованиями нормативных документов Министерства здравоохранения РФ и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [88]. В 2012 году в ПС Липецкой области было проведено изучение фактической восприимчивости контингента, вновь поступающего в учреждения УИС, к кори. Методом иммуноферментного анализа были исследованы 850 сывороток крови ПОО, вновь поступающих в учреждения УИС Липецкой области, прививочный анамнез которых не известен. Установлено, что доля серонегативных в группе ПОО в 2,8 раза (19,8%) превышает допустимый порог эпидемического благополучия в

отношении кори (7%). При этом наиболее высокий уровень превышения допустимого порога определено среди лиц, поступающих в СИЗО области (в 5,1 раз), в 2,6 раза – среди осужденных, впервые отбывающих наказание в ИУ, в 2,4 раза – осужденных, повторно отбывающих наказание в ИУ и в 2,1 раза – среди осужденных, находящихся в тюрьме. Эти данные могут свидетельствовать об отсутствии вакцинации этих лиц в период их нахождения на свободе.

Таким образом, вакцинация лиц, поступающих в МЛС в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок РФ, на наш взгляд, необходима. Как правило, лицо, поступающее в МЛС, это человек с неизвестным прививочным анамнезом и с целью определения тактики вакцинации необходимо проведение серологического мониторинга на защитные титры антител к вакциноуправляемым инфекциям. Однако этот вопрос не находит своего отражения в работах отечественных и зарубежных авторов. Отсутствуют информационно-аналитические программы, позволяющие вести автоматический учет и планирование прививок, нет взаимодействия с гражданским здравоохранением. Таким образом, имеется потребность во внедрении информационно-аналитических программ, которые будут объединять все учреждения ФСИН России и оптимизации процессов обмена информацией о выполненных и планируемых прививках контингенту УИС с гражданскими лечебно-профилактическими организациями РФ для исключения случаев гипериммунизации и незавершенных курсов. Участие медицинской службы ФСИН России в заполнении федеральных регистров ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом уже показало свои положительные результаты на практике.

Уже с 1992 г. в работах, связанных с пенитенциарной системой, говорится о необходимости выделения такого раздела как пенитенциарная эпидемиология [67]. Это продиктовано особенностями системы и наличием общих черт с воинскими организациями.

Задачи, стоящие перед эпидемиологией, как в воинских организациях, так и в ПУ будут направлены на борьбу с возникновением и распространением



инфекции, организацию противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней и предупреждение распространения болезни в районе дислокации [12; 16; 19; 76].

Так, например, в военной эпидемиологии применительно к войскам выделяют такие внутренние факторы, как периодическое перемешивание личного состава, казарменное размещение, централизованное питание и водоснабжение, психологические особенности несения службы (стресс) [19; 76; 85]. Все эти положения применимы и к учреждениям пенитенциарной системы с небольшими корректировками. Перемешивание контингента ПУ происходит без четких сроков: переводы из одного учреждения в другое, внутри учреждения по общежитиям. Имеются отличия в организации условий проживания, которые представлены не только общежитиями, но и камерными помещениями. Одновременно с этим имеются и схожие трудности в реализации эффективных противоэпидемических мероприятий, которые не всегда выполняются силами медицинских работников, а задействуют другие службы [19; 76].

Однако, основное различие между ПУ и воинскими частями, на наш взгляд, связано именно с контингентом, и его состоянием здоровья. В учреждения УИС изначально поступают лица, которые уже имеют какое – либо заболевание: инфекционной или соматической природы. Практически 70% подозреваемых, обвиняемых и осужденных имеют по одной-две инфекционной патологии на фоне соматических заболеваний. То есть среди контингента ПУ в большинстве случаев регистрируются коморбидные состояния [128]. Это и ВИЧ-инфекция, и вирусные гепатиты В и С, туберкулез и их сочетания. Развитие туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов у лиц, содержащихся в МЛС, получило название в трудах отечественных авторов «инфекционный пенитенциарный синдром», который имеет свои отличительные признаки [1]. Все это может быть на фоне психических расстройств разной степени выраженности. Также в МЛС поступают и инвалиды, и лица, с хроническими соматическими заболеваниями в разной степени тяжести. То есть в учреждениях пенитенциарной системы ЭН будет

основан на более жестких принципах выявления всех инфекционных болезней «на входе», что и является, на наш взгляд, первоочередной задачей.

Наличие отличительных характеристик контингента ПУ, режимов функционирования учреждений УИС от населения и других коллективов диктует и необходимость целенаправленной подготовки специалистов, осуществляющих эпидемиологический надзор в учреждениях ФСИН России. На наш взгляд, на современном этапе, необходимо, предоставлять студентам старших курсов медицинских образовательных организаций, обучающихся по направлению «медико-профилактическое дело», ознакомительную информацию об организациях, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор на объектах министерства внутренних дел, юстиции, безопасности.

Таким образом, условия создания и функционирования учреждений ПС определяют ее особенности, которые должны быть учтены при осуществлении ЭН за инфекционной заболеваемостью.

## **6.2. Характеристика некоторых факторов риска, оказывающих влияние на заболеваемость**

Понятие «риск» стало широко использоваться сегодня в эпидемиологии и является необходимой частью анализа эпидемиологического риска, как базовой концепции эпидемиологии [127; 155].

В связи с этим, является востребованной методология оценки риска для здоровья контингента пенитенциарной системы при решении стратегических задач государства по сохранению и преумножению здоровья населения [79]. При этом нет единого подхода к этому понятию в отношении контингента пенитенциарной системы, где действуют факторы, в основном социального характера. При этом ПОО являются такой категорией населения, на которых воздействуют факторы во всем своем многообразии «до» поступления в

учреждение те же, что и на население в сочетании с рискованным поведением и «после» - в период пребывания в учреждении (Рисунок 68). Именно определение факторов риска и оценка условий их реализации в полной мере определяют эффективность противоэпидемических мероприятий, и служит основой для принятия корректных управленческих решений при управлении здоровьем населения [15].



Рисунок 68 - Взаимодействие факторов риска, влияющих на контингент пенитенциарной системы

Применительно к ПС и ее контингенту, нам кажется наиболее подходящим следующее понятие фактора эпидемиологического риска – вероятность негативного влияния на уровни заболеваемости групп населения, связанные с внешними и внутренними факторами, действующими на определенной территории и во времени [127].

Следует учитывать, что учреждения ПС - это искусственно созданный мир, сложная социальная система, в котором регуляция всех процессов осуществляется

путем нормотворческой деятельности государства, Министерства юстиции и ФСИН.

Наказание в виде лишения свободы является всеобщим и наиболее эффективным средством профилактики преступлений по сравнению с другими видами уголовных наказаний и отражает те цели, которые ставит перед ним общество и определяет закон [136]. Регулирующая роль государства выражается в практике применения уголовного закона, которая будет отражаться на составе контингента учреждений УИС. Например, с момента принятия поправок в уголовный кодекс и введения статьи за незаконный оборот наркотиков в МЛС увеличилось количество наркопотребителей, отбывающих наказание в ИУ, а это влияет в свою очередь на инфекционную заболеваемость, особенно хроническими вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией [163]. В условиях современного реформирования пенитенциарной системы России наблюдается неуклонное движение в сторону уменьшения численности контингента ИУ, в том числе и снижения уровней заболеваемости. Это связано с процессом гуманизации, когда в отношении лиц, совершивших преступления малой тяжести производится замена наказания в виде отбывания срока в местах лишения свободы на наказания, не связанные с изоляцией от общества [50; 123; 134].

Министерство юстиции и ФСИН своими внутренними приказами регулируют количество ПУ по субъектам Российской Федерации, их вид и состав (колонии для отбывания наказания женщин, мужчин, несовершеннолетних и т.д.). То есть оказывают влияние непосредственно на качество «населения» ПУ.

Таким образом, всю эту деятельность государственных органов и учреждений можно отнести к факторам эпидемиологического риска, оказывающим внешнее влияние на контингент ПУ, а в дальнейшем и на уровни заболеваемости.

Действуют в учреждениях УИС и внутренние факторы эпидемиологического риска, которые связаны непосредственно с жизнедеятельностью в них. Это материально-бытовые условия, влияние которых нам широко демонстрирует история УИС. Следует подчеркнуть, что еще не так

давно лидировали острые кишечные инфекции, педикулез в заболеваемости контингента ИУ [71; 100; 143; 151].

На сегодняшний день материально-бытовое обеспечение осужденных приведено в соответствие с требованиями нормативных документов РФ и международных [72; 81]. В соответствии с ними созданы достаточно одинаковые материально-бытовые условия в исправительных колониях.

В учреждениях для отбывания наказаний еще одним из ведущих факторов, влияющих на эпидемический процесс, особенно при инфекциях с аэрозольным механизмом передачи, являются условия размещения осужденных (по камерам или общежитиям), разделение их по различным категориям, связанным с определенными понятиями и традициями, характерными для пенитенциарной системы РФ, а также характеристика контингента по криминологическим основаниям [110; 118; 132; 200]. Так, согласно данным литературы осужденные, страдающие социально-значимыми заболеваниями, отбывают наказание в МЛС в основном за кражи, грабеж и незаконный оборот наркотиков [32-34].

Еще одним из факторов риска, оказывающим влияние на распространение инфекций в учреждениях, на наш взгляд, является эффективность режимных мероприятий. Проникновение на территории учреждений алкоголя, наркотических веществ может привести к распространению таких инфекций, как ВИЧ, гепатиты В и С, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем [36; 144].

Известно, что укомплектованность кадров медицинского персонала опосредовано влияет на уровень оказания медицинской помощи населению через уровень ее доступности.

При анализе укомплектованности медицинскими работниками филиалов ФКУЗ МСЧ-48 ФСИН России установлено, что в период 2012-2019 годов наибольший процент нехватки персонала регистрировался в СИЗО области (15,5%), в ИК для осужденных, повторно отбывающих наказание, этот показатель составил 6,1%, в тюрьме – 4,6% и наименьший процент зарегистрирован в ИК для осужденных, впервые отбывающих наказание - 1,4%.

Изучение факторов риска, оказывающих влияние на уровни заболеваемости контингента УИС, является необходимой составляющей ЭН в условиях внедрения понятий рискологии в надзорную деятельность [127; 157].

В ходе выше проведенного анализа установлено, что в разрезе групп контингентов ПУ Липецкой области имеются различия в показателях распространенности и заболеваемости как психо-соматическими, так и инфекционными болезнями. В условиях вариации уровней заболеваемости контингента УИС решение задачи количественной оценки роли факторов, определяющих межгрупповые различия, возможно путем построения многофакторных регрессионных моделей. Отличие показателей в отдельных группах контингента ПУ возможно продиктована некоторыми уголовно-правовыми и демографическими характеристиками

Было построено 11 моделей множественной регрессии, в которые в качестве зависимой переменной включался один из показателей заболеваемости, а в качестве предикторов – группы контингентов ПУ, коэффициент прибытия, средний срок отбывания наказания, средний возраст, % лиц, осужденных по статьям за преступления в отношении имущества. Для заболеваемости ОРВИ и ВП в качестве предиктора в модель также включалась заболеваемость ОРВИ в Липецкой области (Таблица 38).

Таблица 38 – Параметры моделей множественной регрессии для отдельных показателей заболеваемости контингента УИС Липецкой области

Наименование нозологии	Коэффициент множественной корреляции	R <sup>2</sup>	F	Знч.
Общая заболеваемость	0,98	0,96	75,03	< 0,001
Первичная заболеваемость	0,96	0,92	41,73	< 0,001
Общая инфекционная заболеваемость	0,89	0,79	13,5	< 0,001
Первичная инфекционная заболеваемость	0,88	0,78	12,00	< 0,001
Впервые выявленный туберкулез	0,92	0,85	19,57	< 0,001
Распространенность ХВГ	0,93	0,86	21,77	< 0,001

## Продолжение таблицы 38

Наименование нозологии	Коэффициент множественной корреляции	R <sup>2</sup>	F	Знч.
Заболеваемость ХВГ	0,87	0,76	10,65	< 0,001
Распространенность ВИЧ	0,87	0,76	10,75	< 0,001
Заболеваемость ВИЧ	0,69	0,52	27,8	< 0,001
Заболеваемость ОРВИ	0,93	0,87	16,78	< 0,001
Заболеваемость ВП	0,89	0,79	8,36	< 0,001

Как видно из представленной таблицы коэффициенты множественной корреляции в разрезе нозологий во всех случаях составили более 0,7 при коэффициентах детерминации от 0,52 до 0,96. Данные результаты свидетельствуют о том, что совокупность изучаемых факторов определяет от 52% до 96% дисперсии отдельных показателей заболеваемости.

При этом рассматриваемые нами факторы, характеризующие контингент УИС, оказывают разное влияние по силе и направлению на отдельные показатели (Таблица 39).

Таблица 39 – Значения отдельных стандартных коэффициентов регрессии (указаны только статистически значимые при  $p \leq 0,05$ )

Наименование показателя	Осужденные повторно отбывающие наказание в ИК	Осужденные отбывающие наказание в тюремном режиме	Обвиняемые, подозреваемые СИЗО	Коэффициент прибытия (на 1000 человек)	Средний срок отбывания наказания	Средний возраст	% лиц, осужденных по статьям за преступления в отношении имущества	Заболеваемость ОРВИ
Общая заболеваемость		0,55			0,77			
Первичная заболеваемость	0,51			1,42	1,31	-0,54		
Общая инфекционная заболеваемость		0,63						

## Продолжение таблицы 39

Наименование показателя	Осужденные повторно отбывающие наказание в ИК	Осужденные отбывающие наказание на тюремном режиме	Обвиняемые, подозреваемые СИЗО	Коэффициент прибытия (на 1000 человек)	Средний срок отбывания наказания	Средний возраст	% лиц, осужденных по статьям за преступления в отношении имущества	Заболеваемость ОРВИ
Первичная инфекционная заболеваемость	-1,0	0,44	-3,05	3,41			0,88	
Впервые выявленный туберкулез			-4,62	4,94				
Распространенность ХВГ		1,08						
Заболеваемость ХВГ			-3,45	3,89	1,72		0,98	
Распространенность ВИЧ			4,49	-4,42				
Заболеваемость ВИЧ			0,69					
Заболеваемость ОРВИ					1,33		0,79	
Заболеваемость ВП	1,38						-1,61	1,06

По результатам проведенного многофакторного регрессионного анализа установлено:

-между показателем общей заболеваемости и средним сроком отбывания наказания имеется прямая связь,

-прямая связь между показателями первичной заболеваемости и коэффициентом прибытия, средним сроком отбывания наказания и обратное влияние среднего возраста осужденных,

-показатель распространенности инфекционных болезней детерминирован с показателем, регистрируемым в группе осужденных, отбывающих наказание на тюремном режиме (прямая зависимость),

-показатели инфекционной заболеваемости имеют прямую связь с коэффициентом прибытия, процентом лиц, осужденным по статьям за наркотики



и осужденными, отбывающими наказание в тюрьме, а также обратную зависимость от показателей в группах обвиняемых, подозреваемых СИЗО и осужденных, повторно отбывающих наказание в ИК,

-на уровень заболеваемости туберкулез оказывает прямое влияние коэффициент прибытия и обратные показатели среди подозреваемых и обвиняемых СИЗО,

-показатель распространенности ВИЧ-инфекции имеет прямую зависимость от подозреваемых, обвиняемых СИЗО и обратную от коэффициента прибытия,

-между уровнем впервые регистрируемых ВИЧ-положительных результатов и подозреваемыми, обвиняемыми СИЗО имеется прямая связь,

-показатель первичной заболеваемости ХВГ имеет прямую зависимость с коэффициентом прибытия, средним сроком отбывания наказания, процентом лиц, осужденных за статьи по имуществу и обратную с количеством подозреваемых и обвиняемых СИЗО,

-распространенность ХВГ определяется осужденными, отбывающими наказание на тюремном режиме,

-имеется прямая связь между уровнем заболеваемости ОРВИ и средним сроком отбывания наказания, а также процентом лиц, осужденных за статьи по имуществу,

-показатель заболеваемости ВП зависим и имеет прямую связь с количеством осужденных, повторно отбывающих наказание в ИК, показателями заболеваемости ОРВИ в УИС и обратную с процентом лиц, отбывающих наказание за статьи по имуществу.

Таким образом, демографические и уголовно-правовые характеристики контингента оказывают влияние, отличающееся по силе и направлению на показатели заболеваемости, особенно в отношении социально-значимых инфекций.

### 6.3. Ранжирование контингента уголовно-исполнительной системы Липецкой области на основе оценки риска

Принимая во внимание особенности ПС России (виды учреждений, несколько режимов отбывания наказания осужденными, разброс по субъектам РФ и другое), важно иметь единые принципы применения риск-ориентированных методов в организации ЭН в УИС, в том числе и при ранжировании рисков для дальнейшей разработки адекватной стратегии и тактики профилактики заболеваемости социально-значимыми инфекциями в отдельных группах контингентов ПУ.

Наличие корреляционной связи между демографическими и уголовно-правовыми показателями и заболеваемостью контингента УИС подтверждает их влияние на уровни распространенности и заболеваемости социально-значимых инфекций в учреждениях пенитенциарной системы. Максимальные ранги по демографическим и уголовно-правовым показателям (как социальные факторы риска) при оценке суммы рангов установлены в двух группах осужденных: повторно отбывающих наказание в ИУ и на тюремном режиме (Таблица 40).

Таблица 40 - Рейтинг отдельных групп контингента УИС по демографическим и уголовно-правовым характеристикам (социальным факторам риска)

Наименование контингента	Средний возраст		Средний срок отбывания наказания		Коэффициент миграционного прироста		% осужденных по статьям за имущество		Некомплект кадрового состава		Сумма рангов
	Лет	Ранг	Лет	Ранг	Пок аз агель на 1000	Ранг	%	Ранг	%	Ранг	
Осужденные, впервые отбывающие наказание	33	2	7,6	3	468,4	1	49,1	1	1,4	1	8
Осужденные, повторно отбывающие наказание	39	4	5,6	2	943,5	3	67,4	3	6,1	3	15
Осужденные на тюремном режиме	35	3	16,6	4	471,1	2	60,6	2	4,6	2	13
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	31	1	0,3	1	9189,2	4	72,2	4	15,5	4	14
Итого	138	10		10		10		10		10	50

При ранжировании групп контингента УИС Липецкой области по показателям распространенности психо-соматической, инфекционной заболеваемости и отдельных социально-значимых болезней установлено, что сумма рангов по группам осужденных повторно отбывающим наказание в ИУ и тюрьме превышает сумму рангов по двум другим группам (Таблица 41).

Таблица 41 - Рейтинг отдельных групп контингента УИС по среднемуголетним показателям распространенности болезней (на 100 тысяч контингента)

Наименование контингента	Распространенность психо-соматических болезней		Распространенность инфекционных болезней		Распространенность ВИЧ		Распространенность ХВГ		Смертность от инфекционных болезней		Сумма рангов
	Показатель на 100 тыс.	Ранг	Показатель на 100 тыс.	Ранг	Показатель на 100 тыс.	Ранг	Показатель на 100 тыс.	Ранг	Абс.	Ранг	
Осужденные, впервые отбывающие наказание	96902,59	1	27298,54	1	4000,8	1	14279,1	2	9	3	8
Осужденные, повторно отбывающие наказание	115916,3	3	41012,58	3	10981,8	4	28490,1	3	21	4	17
Осужденные на тюремном режиме	335870,4	4	68726,25	4	4898,3	2	43180,1	4	0	1	15
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	97566,08	2	29165,21	2	9240,53	3	13292,42	1	1	2	10
Итого		10		10		10		10	31	10	50

По сумме рангов показателей заболеваемости психо-соматических, инфекционных болезней, ОРВИ, ВП и отдельных социально-значимых инфекций выявлено, что к группе наибольшего риска выявления болезни относятся контингент отбывающий наказание в тюрьме и подозреваемые и обвиняемые в СИЗО области (Таблица 42).

Таблица 42 - Рейтинг отдельных групп контингента УИС по среднеголетним показателям заболеваемости отдельными нозологиями (на 100 тысяч контингента)

Наименование контингента	Заболеваемость психосоматическими болезнями		Заболеваемость инфекционными болезнями		Заболеваемость ВИЧ		Заболеваемость ХВГ		Заболеваемость ОРВИ		Заболеваемость ВП		Заболеваемость туберкулезом		Суммарных рангов
	Показатель	Ранг	Показатель	Ранг	Показатель	Ранг	Показатель	Ранг	Показатель	Ранг	Показатель	Ранг	Показатель	Ранг	
Осужденные, впервые отбывающие наказание	18527,7	2	1569,36	2	438,8	2	722,7	2	11728,9	3	567,9	3	376,85	2	16
Осужденные, повторно отбывающие наказание	16455,53	1	1369,51	1	547,8	3	338,1	1	6047,3	2	252,5	2	543,5	3	13
Осужденные на тюремном режиме	105049	4	10324,04	4	75,36	1	6028,6	4	32177,8	4	753,6	4	150,7	1	22
Подозреваемые и обвиняемые СИЗО	30225,26	3	8731,43	3	2367,99	4	2727,83	3	5416,44	1	188,3	1	1227,422	4	19
Итого		10		10		10		10		10		10		10	70

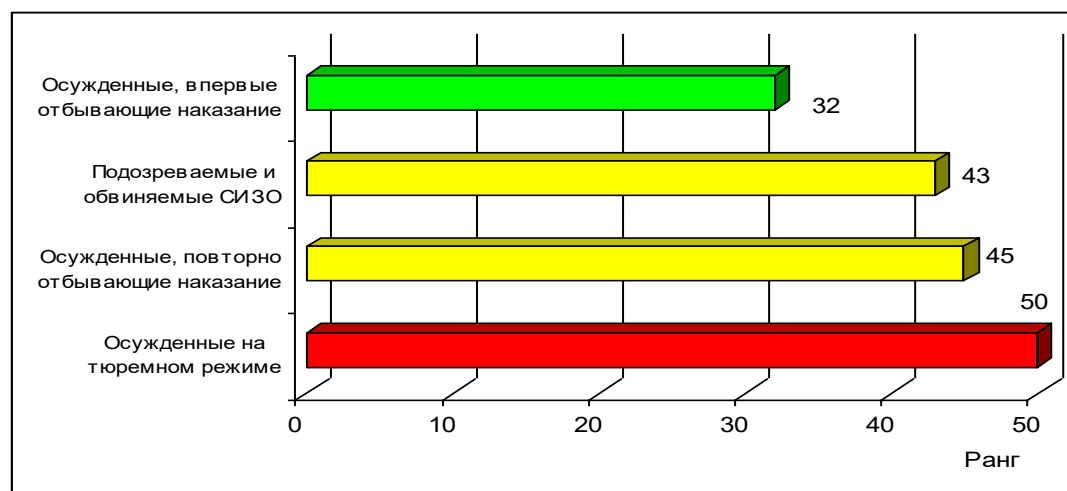


Рисунок 69 - Ранжирование групп контингента УИС по потенциальным рискам осложнения эпидемической ситуации

На основании проведенного выше ранжирования групп контингентов по социальным факторам и показателям состояния здоровья (Рисунок 69) установлено, что к группам высокого риска относятся осужденные, содержащиеся в тюрьме (I группа - высокий риск – сумма рангов выше 45). Высокая сумма рангов в группе осужденных, находящихся в тюрьме, возможно, связана с тем, что основная масса - это повторно отбывающие наказание (по состоянию на 01.01.2021 повторно судимых осужденных в тюрьме составило 60% против 40% - впервые отбывающих наказание в МЛС). Однако на современном этапе сбора информации о заболеваемости контингентов УИС проанализировать эти данные не представляется возможным. Ко II-ой группе (средний риск - сумма рангов от 41-45) относятся подозреваемые и обвиняемые, поступающие в СИЗО и осужденные, повторно отбывающие наказание в ИУ. И к III-ей группе (минимальный риск – сумма рангов до 40) относятся осужденные, впервые отбывающие наказание в ИУ.

Таким образом, проведена классификация ПОО на группы риска, которая может послужить основой для организации ЭН в рамках риск-ориентированного подхода, а также для разработки персонифицированных программ профилактики инфекционных заболеваний.

## **7. ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

Охрана здоровья населения - это глобальная задача, в состав которой входит, в значительной мере, и профилактика инфекционных болезней [111]. Следовательно, правильное применение результатов ЭН в разработке профилактических программ позволит повысить их эффективность.

В литературе традиционно осужденные рассматриваются как однородная группа риска по инфекционным заболеваниям [21; 23; 26; 124; 139; 184; 193]. Однако, в соответствии с положениями нормативных документов РФ ИУ УИС делятся на колонии для отбывания наказания впервые осужденных и повторно судимых, тюрьмы и отдельно от этой группы стоят СИЗО, где находятся подозреваемые и обвиняемые [146].

Как видно из проведенного анализа факторов риска, на контингент ПУ воздействует множество социальных факторов риска, влияющих на уровни инфекционной заболеваемости. При этом уровни распространенности и заболеваемости инфекционными болезнями не одинаковы по группам осужденных. Факторы риска также имеют различия по группам контингента УИС: на подозреваемых и обвиняемых в большей степени оказывают влияние факторы, действующие в регионе, и их заболеваемость отражает заболеваемость в неблагоприятных слоях общества, на осужденных – добавляются факторы, действующие в учреждении.

И хотя в случае, контингента УИС, мы чаще говорим о накопительном эффекте инфекций, то есть они уже поступают в учреждения с известным диагнозом, особенно это касается таких как ВИЧ-инфекция, хронические парентеральные гепатиты В и С, но нельзя забывать о выявлении новых случаев «на входе». Выделение групп риска в среде осужденных, отбывающих наказание

в ИК, даст возможность разработать индивидуально-ориентированные профилактические программы, направленные на недопущение заражения осужденного какими-либо инфекциями в период его освобождения.

Так, зарубежными авторами проведено исследование по сравнению рисков заражения ВИЧ среди наркопотребителей, ранее отбывавших наказание в МЛС и никогда не находившимися в заключении, в ходе которого установлен повышенный риск передачи ВИЧ, связанный с инъекциями, среди ранее заключенных лиц [163].

Классификация и представление о действии факторов риска на здоровье контингента УИС имеет важное значение для разработки эффективных профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, в том числе и в условиях ПС.

На сегодняшний день в России реализуются мероприятия, направленные на перспективу и осуществляется программно-целевое управление в здравоохранении [11, 149]. Имеется множество программ, направленных на сохранение здоровья населения и отдельных его групп, в том числе и в отношении осужденных. Так ВОЗ в 1995 г. была утверждена программа «Охрана здоровья в тюрьмах», направленная на улучшение пенитенциарного здравоохранения и интеграцию его в общую программу развития общественного здравоохранения, а также содействие в вопросах профилактики инфекционных болезней [170; 176; 197; 201].

Имеются программы и по отдельным нозологиям (туберкулез, ВИЧ), которые включают в себя разделы, касающиеся осужденных. В России вопросы высоких показателей инфекционных болезней и мер борьбы с ними отражены в таких документах, как Государственные стратегии ликвидации туберкулеза в РФ до 2025 года, противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 года и другие [84]. ФСИН России является непосредственным участником всех вышеназванных программ.

В развитие государственных стратегий утверждаются комплексные планы по профилактике возникновения и распространения инфекционных болезней в учреждениях ФСИН России [57].

Однако, при разработке профилактических программ в ПС не учитываются особенности контингента этих учреждений, нет персонифицированной ориентации.

На наш взгляд при разработке профилактических мер в отношении контингента ПУ необходимо учитывать и характеристики контингента, и сами механизмы функционирования учреждений ФСИН России. И как видно из приведенного выше анализа в среде осужденных группы риска по разным нозологиям отличаются.

Основопологающим элементом в профилактике инфекционных болезней рассматривается санитарно-просветительская работа с населением или отдельными его группами. По результатам проведенного сравнения распространенности и заболеваемости инфекционными болезнями, в том числе и социально-значимыми, контингент УИС является целевой группой при организации профилактических мероприятий. В ходе анализа ранжирования контингента УИС Липецкой области по распространенности, смертности от инфекционных болезней, нами установлено, что группой потенциального риска заражения являются контингент СИЗО и осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК, то есть это те лица, которые еще не заразились социально-значимыми инфекциями и с наименьшими показателями распространенности ВИЧ, ХВГ. На наш взгляд, проведение санитарно-просветительской работы в этой группе в рамках первичной профилактики позволит достигнуть эффективных результатов и в дальнейшем приведет к снижению показателей распространенности болезней и в группе повторно отбывающих наказание.

В группах осужденных, повторно отбывающих наказание и в тюрьме, наиболее целесообразно проведение санитарно-просветительской работы в рамках вторичной профилактики.



Причем профилактическая деятельность в отношении контингента УИС (настоящего, бывшего), на наш взгляд, должна осуществляться и со стороны гражданской и пенитенциарной медицины в тесном взаимодействии, что позволит исключить случаи их «потери из сферы влияния», на что не раз обращалось внимание в работах других авторов [57; 159; 186] (Рисунок 70).



Рисунок 70 - Схема взаимодействия гражданской и пенитенциарной медицины при организации профилактической работы в отношении контингента УИС при организации информирования контингента УИС

Таким образом, программы должны иметь в своем составе перечень профилактических мероприятий, ориентированных на разные виды учреждений и соответственно на разные группы.

На современном этапе выделяют несколько уровней профилактики:

1) первичная профилактика, направленная на недопущение новых случаев заболевания путем устранения факторов риска возникновения

заболевания. Выделяют несколько этапов: формирование здорового образа жизни и медицинский скрининг.

2) Вторичная профилактика, в которую входит обучение пациентов знаниям об имеющемся заболевании, проведение курсов профилактического лечения.

3) Третичная профилактика, основной целью которой является предупреждение или увеличение срока до развития осложнений при уже имеющемся заболевании [8; 160].

Первичная профилактика инфекционных болезней среди ПОО помимо устранения возможных факторов риска при нахождении в пенитенциарных учреждениях должна начинаться при их поступлении в учреждения УИС со скрининговых исследований, таких как флюорографическое обследование органов грудной клетки, анализа на антитела ВИЧ, серомаркеры гепатитов В и С, сифилис, трихомониаз (Таблица 43), что упоминается и в работах других авторов [167; 172; 173; 194; 203; 207]. Также в период отбывания наказания необходимы обследования после длительных свиданий, по возвращении осужденных из «отпуска» (Таблица 44).

К сожалению, на настоящий момент, только санитарные правила «Профилактика ВИЧ-инфекции» и «Профилактика вирусного гепатита С» отражают отдельные положения по обследованию контингента пенитенциарных учреждений, но и они включают в себя не весь перечень. В нормативных документах Министерства здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, не предусмотрены обследования контингента УИС после длительных свиданий, при поступлении в учреждения на серомаркеры гепатита В. То есть необходима разработка нормативных документов, с учетом всех особенностей функционирования УИС и контингента.

Таблица 43 – Скрининговые обследования контингента УИС на некоторые инфекционные болезни, согласно действующим нормативным документам

№	Мероприятие	Срок
Подозреваемые, обвиняемые		
1	100 % обследование при поступлении в учреждение на ВИЧ, туберкулез, серомаркеры гепатита С, сифилис, трихомониаз, гонорею	14 дней
2	Повторное обследование на сифилис	через 3 месяца
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК		
1	Обследование на серомаркеры гепатита С, антитела к ВИЧ 100% контингента	однократное при поступлении в учреждение
2	Обследование на сифилис	после длительного свидания с учетом сроков развития инфекций
3	Флюорографическое обследование	1 раз в 6 месяцев
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК и на тюремном режиме		
1	Обследование на серомаркеры гепатита С, антитела к ВИЧ 100% контингента	Однократное обследование при поступлении
2	Флюорографическое обследование	1 раз в 6 месяцев
3	Обследование на сифилис	после длительного свидания с учетом сроков развития инфекции

Таблица 44 – Дополнительные скрининговые обследования контингента УИС на некоторые параметры

№	Мероприятие	Срок
Подозреваемые, обвиняемые		
1	100 % обследование при поступлении на серомаркеры гепатита В	14 дней
2	Повторное обследование на антитела к ВИЧ, серомаркеры гепатитов В и С и туберкулез	через 6 месяцев
3	Серологический мониторинг вакциноуправляемых инфекций	14 дней
Осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК		
1	Обследование на серомаркеры гепатитов В и С, антитела к ВИЧ 100% контингента	однократное при поступлении в учреждение
2	Обследование на трихомониаз, гонорею, антитела к ВИЧ, серомаркеры ВГВ и ВГС	после длительного свидания с учетом сроков развития инфекций
Осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК и на тюремном режиме		
1	Обследование на серомаркеры гепатитов В 100% контингента	Однократное обследование при поступлении
2	Осужденные из групп риска	Флюорографическое обследование 1 раз в 4 месяца
3	Обследование на сифилис, трихомониаз, гонорею, антитела к ВИЧ, серомаркеры ВГВ и ВГС	после длительного свидания с учетом сроков развития инфекции

После определения статуса ПОО по результатам инструментально-лабораторного обследования и в случае выявления у него какого-либо заболевания должна начинаться вторичная профилактика. В условиях учреждений УИС она должна носить сложный комплексный характер, в ее реализации должны быть задействованы медицинская, психологическая и воспитательная службы учреждений УИС.

Данное положение требует подготовки кадров психологических и воспитательных служб учреждений по направлениям «профилактика инфекционных болезней» и «психологические особенности работы с осужденными с социально-значимыми болезнями».

И конечно, при освобождении осужденного, больного социально-значимыми инфекциями, такими как туберкулез, ВИЧ-инфекция, парентеральные вирусные гепатиты из учреждения УИС необходима организация передачи информации о таком больном не только в специализированные учреждения (противотуберкулезный диспансер, центры СПИД), но и в центры медицинской профилактики или иные организации, осуществляющие профилактические мероприятия в регионе. Такое взаимодействие позволит исключить случаи потери пациентов из виду гражданскими учреждениями здравоохранения и обеспечит их дальнейшее наблюдение, лечение и осуществление как вторичной, так и третичной профилактики своевременно. Однако для реализации этого момента потребуется подготовка кадров гражданского здравоохранения особенностям работы с контингентом ПУ.

Такая тактика проведения профилактических мероприятий в отношении контингента УИС позволит соблюдать принципы организации профилактики:

- 1) непрерывность;
- 2) дифференцированный характер профилактических мероприятий;
- 3) массовость профилактики;
- 4) научность профилактики;
- 5) комплексность профилактических мер [8].

Таким образом, профилактические мероприятия в УИС должны носить комплексный, строго-ориентированный характер, как по нозологиям, так и по группам риска, и включать в себя не только просветительский, но и диагностический компоненты, а также осуществляться в тесном взаимодействии с гражданским здравоохранением.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из основных видов деятельности любого государства является защита населения, в том числе и от людей, совершающих преступления. Основной мерой, применяемой в отношении преступников, является изоляция их от общества. Для реализации этого вида наказания созданы учреждения пенитенциарной системы. В РФ исторически сложилось два вида ПУ: исправительные колонии и тюрьмы. При этом наиболее широко представлены исправительные колонии. В основу классификации осужденных в РФ заложены такие положения, как степень опасности совершенного преступления и принцип раздельного содержания разных категорий осужденных к лишению свободы.

Следует отметить, что во всех странах мира некоторые социально-демографические характеристики контингента ПУ идентичны: большая часть – это мужчины, относящиеся к социально-незащищенным группам населения, что и является причиной относительно высоких показателей заболеваемости, особенно болезнями инфекционной природы. Практически всеми зарубежными и отечественными авторами, занимающимися исследованиями показателей здоровья контингента ПУ отмечается, что бремя инфекционных болезней среди него во много раз выше, чем в обществе в целом. На сегодняшний день системы мониторинга и учета показателей состояния здоровья заключенных в ПУ по разным странам отличаются. Но все их можно разделить на долгосрочные и одномоментные. В России, на наш взгляд, функционирует одна из наиболее эффективных систем мониторинга психо-соматических болезней, которая построена по принципу гражданского здравоохранения, что позволяет проводить сравнительный анализ показателей заболеваемости населения и контингента ПУ. В РФ организация системы ЭН в учреждениях УИС прошла длинный путь и включает в себя несколько этапов. На ранних этапах своего развития она была тесно связана с лечебным процессом, но с 1930 г. организованы санитарные

отделы, которые, как и вся ПС, переходила в ведение разных ведомств и служб. С 1998 г. пенитенциарные учреждения, а вместе с ними медицинская и санитарная служба перешли в ведение Министерства юстиции РФ. С этого времени функционирует на постоянной основе санитарно-эпидемиологическая служба УИС. В последующие годы изданы нормативные документы, создана вертикальная структура по линии осуществления ЭН в ПУ. Деятельность в УИС основана на тех же принципах и положениях об ЭН, что и в гражданском секторе. Однако, внедрение риск-ориентированной модели ЭН требует и пересмотра принципов его реализации в условиях УИС, выработке новых подходов к изучению и оценке заболеваемости осужденных, поиску факторов и групп риска, а в дальнейшем и выработке актуальных подходов к их профилактике.

В исследовании проведен анализ динамики некоторых демографических и уголовно-правовых характеристик контингента УИС области за период с 2012 по 2019 годы, как в целом, так и по отдельным группам контингента, так как, на наш взгляд, эти показатели оказывают влияние на заболеваемость. В ходе исследования установлено:

- снижение среднесписочной численности контингента, как в целом на 8,1%, так и по СИЗО – на 4,96%, осужденных, отбывающих наказание в ИУ - на 17,4%;

- уменьшение коэффициента эффективности миграции в целом по УИС области на 1,8%, по СИЗО – на 18,6% и по ИУ – на 18,8%, причем в большей степени изменение затронуло группу осужденных, впервые отбывающих наказание – на 28,9%, осужденных отбывающих наказание в тюрьме– на 19,6% и осужденных, повторно отбывающих наказание в ИК – на 16,5%;

- основную часть контингента ПС Липецкой области составляют мужчины, но доля их уменьшилась в сравнении 2019 года с 2012 годом (в целом –с 98% до 92,2%, по СИЗО – с 90,2% до 88,2%, по ИУ – с 100% до 94,9%), соответственно доля женщин увеличилась. Эти изменения связаны главным образом с открытием ИК для женщин на территории Липецкой области.

Возрастной состав контингента, как в целом, так и по СИЗО и ИУ представлен лицами в возрасте до 35 лет и составляет от 50% и выше. Однако,

отмечены разнонаправленные тенденции по отдельным учреждениям: в сторону уменьшения среднего возраста подозреваемых и обвиняемых (с 32,8 и до 30,8 лет ( $t=13,2$  при  $p < 0,001$ ) и увеличения по ИУ – с 34,9 до 38,2 лет ( $t=-4,7$  при  $p \leq 0,05$ ), причем среди повторно отбывающих наказание на 3 года.

По квалификации совершенного преступления имеется тенденция в целом по УИС Липецкой области на увеличение удельного веса лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических веществ с 18,9% до 28%, среди осужденных, впервые отбывающих наказание в ИК с 20,5% до 34,9% и осужденных, отбывающих наказание повторно в ИК с 19,5% до 30,2% и снижение среди осужденных, отбывающих наказание в тюрьме с 13,5% до 12,8% и среди подозреваемых и обвиняемых - с 27,4% до 25%.

На фоне изменений демографических и уголовно-правовых параметров контингента УИС Липецкой области установлены изменения и в показателях заболеваемости контингента ПУ, дислоцированных на территории области. Так установлено, что среднемноголетние показатели общей психо-соматической заболеваемости по УИС меньше аналогичных показателей среди взрослого населения РФ и Липецкой области, как в целом по УИС, так и среди лиц в СИЗО и по ИУ.

При сравнении структур среднемноголетних показателей общей заболеваемости в ПУ Липецкой области и взрослого населения РФ и Липецкой области установлено, что в структуре по УИС, как в целом, так и по СИЗО и ИУ инфекционные болезни принадлежат первому и второму кластерам против пятого и шестого кластеров среди взрослого населения РФ и области.

Среднемноголетние показатели общей инфекционной заболеваемости по УИС в 9,1 и 10,6 раза ( $t=156,6$ ,  $p < 0,001$ , и  $t=159,2$ ,  $p < 0,001$  соответственно), по СИЗО – в 6,9 и 8,9 раза соответственно ( $t=67,1$ ,  $p < 0,001$  и  $t=68,5$ ,  $p < 0,001$  соответственно), по ИУ - в 9,7 и 11,2 раза соответственно ( $t=140,1$ ,  $p < 0,001$  и  $t=142,3$ ,  $p < 0,001$  соответственно) превышают аналогичные показатели распространенности инфекционных болезней среди взрослого населения РФ и Липецкой области.



Выявлено, что наибольший удельный вес в общей инфекционной заболеваемости принадлежит осужденным, повторно отбывающим наказание, который составляет 47,97%, второе место (26,5%) приходится на осужденных, впервые находящихся в МЛС, третье место занимают подозреваемые и обвиняемые СИЗО, удельный вес которых составил 20,9%, и четвертое место (4,57%) - осужденные, отбывающие наказание в тюрьме.

Показатель распространенности инфекционных болезней имеет тенденцию к росту в целом по УИС Липецкой области на 17,9% ( $t=5760,2$ ,  $p \leq 0,05$ ), среди контингента СИЗО – на 8,1% ( $t=-11,2$ ,  $p \leq 0,05$ ) и среди контингента ИУ – на 3,78% ( $t=-7,7$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Показатели первичной заболеваемости имеют тенденцию к снижению - в целом по УИС среднегодовой темп снижения составил - 6,16% ( $t=15,9$ ,  $p \leq 0,05$ ), среди контингента СИЗО - 5,54% ( $t=7,8$ ,  $p \leq 0,05$ ), среди осужденных ИУ - 5,8% ( $t=10,4$  при  $p \leq 0,05$ ).

В структуре первичной заболеваемости среди контингента УИС Липецкой области класс инфекционных болезней принадлежит первому и второму кластерам против шестого и пятого кластеров среди взрослого населения РФ и области.

Доказано, что среднегодовой показатель заболеваемости инфекционными болезнями в целом среди контингента УИС Липецкой области превышает показатели среди взрослого населения РФ и региона в 1,5 и 1,9 раза ( $t=-19,7$  при  $p < 0,001$  и  $t=-22,4$  при  $p < 0,001$  соответственно), среди подозреваемых и обвиняемых СИЗО – в 3,9 и 4,9 раза ( $t=28,9$ ,  $p < 0,001$  и  $t=29,8$  при  $p < 0,001$  соответственно), но при этом среди осужденных ИУ - меньше аналогичного показателя по РФ в 1,1 раза ( $t=3,0$  при  $p = 0,003$ ) и больше показателя по Липецкой области в 1,01 раза ( $t=-0,2$ ,  $p=0,8$ ).

Среднегодовой уровень впервые регистрируемых инфекционных болезней за изучаемый период имеет выраженный статистически значимый темп снижения -8,95% ( $t=6,8$  при  $p \leq 0,05$ ) в целом по УИС области, -5,54% ( $t=7,8$ ,  $p \leq$

0,05) среди контингента СИЗО и -7,1% ( $t=3,4$  при  $p \leq 0,05$ ) среди осужденных, отбывающих наказание в ИУ.

В структуре инфекционных болезней, впервые регистрируемых у контингента УИС наибольший вклад вносят лица, поступающие в СИЗО области и показатель превышает по другим группам, второе место занимает группа осужденных, повторно отбывающих наказание в ИК (15,8%), третье – осужденным впервые отбывающим наказание в ИК (15,1%) и четвертое – осужденным, содержащимся в тюрьме (6,81%).

В структуре первичной заболеваемости контингента УИС Липецкой области, как и среди взрослого населения РФ и региона, болезни органов дыхания входят в первый кластер, в структуре общей заболеваемости болезни этого класса занимают по УИС –второй кластер против первого по РФ и Липецкой области.

При сравнении среднегодовалого показателя заболеваемости ОРВИ контингента СИЗО установлено, что он меньше аналогичного показателя по РФ на 21,9% ( $t=8,9$  при  $p < 0,001$ ) и выше на 3,5% ( $t=0,3$ ,  $p=0,8$ ) показателя по Липецкой области, среди осужденных ИУ области превышает в 1,7 ( $t=-16,01$ ,  $p < 0,001$ ) и 1,3 ( $t=28,6$ ,  $p < 0,001$ ). Показатель заболеваемости ОРВИ по СИЗО имеет выраженную тенденцию к снижению -8,8% ( $t=4,5$  при  $p \leq 0,05$ ), а среди осужденных в целом – незначительную тенденцию к росту 0,36% ( $t=-0,06$ ). Установлены статистически значимые различия между всеми группами осужденных.

В структуре заболевших ОРВИ наибольший удельный вес принадлежит осужденным, впервые отбывающим наказание (46,29%), на втором месте повторно отбывающие наказание (28,72%), на третьем месте контингент СИЗО (16,2%) и наименьший удельный вес (8,7%) приходится на осужденных, содержащихся в тюрьме, при большом интенсивном показателе.

При сравнении среднегодовых показателей заболеваемости ВП контингента СИЗО и ИУ с аналогичными показателями среди взрослого населения РФ и Липецкой области установлены статистически значимые

различия для СИЗО ( $t=5,4$ ,  $p < 0,001$  и  $t=5,8$  при  $p < 0,001$  соответственно), и незначимые по ИУ, что возможно указывает на влияние одинаковых факторов.

Среди контингента СИЗО выявлена тенденция к снижению показателя заболеваемости ВП (-9,63%), также, как и среди осужденных ИУ -1,41%. Однако отрицательная направленность темпов прироста установлена только для осужденных, повторно отбывающих наказание (-11,26%) и на тюремном режиме (-6,79%), а среди осужденных, впервые отбывающих наказание имеет положительную направленность 5,1%.

При изучении структуры заболеваемости ВП по УИС области определено, что подозреваемые и обвиняемые СИЗО составляют 13,1%, а 53,4% составляют осужденные, впервые отбывающие наказание в ИК, 28,6% приходится на долю повторно отбывающих наказание в ИК и 4,85% осужденные, отбывающие наказание в тюрьме, при этом показатель превышает по другим группам.

На социально-значимые заболевания в структуре общей и первичной заболеваемости инфекционными болезнями (без учета ОРВИ) приходится наибольший удельный вес среди подозреваемых и обвиняемых, поступающих в СИЗО области 96,1% и 92,5% и среди осужденных ИУ по 86,8% и 82,8% соответственно за анализируемый период с 2012 по 2019 гг.

Для контингента, поступающего в СИЗО и ИУ характерны такие инфекции, как хронические вирусные гепатиты В и С, трихомониаз, ВИЧ-инфекция, туберкулез и сифилис, которые превышают аналогичные показатели среди взрослого населения РФ и Липецкой области в несколько десятков раз.

В первичной заболеваемости наибольший удельный вес принадлежит подозреваемым и обвиняемым СИЗО (туберкулез-46,7%, ВИЧ-инфекция – 61,92%, ХВГ – 56,67%), а в общей заболеваемости ВИЧ-инфекцией и ХВГ уверенно лидируют осужденные, повторно отбывающие наказание в ИК Липецкой области, на которые приходится 54,24% и 55,93% соответственно.

В ходе анализа показателей смертности контингента УИС выявлено, что основной причиной являются инфекционные болезни. Так при сравнении среднемноголетнего показателя смертности от инфекционных болезней

контингента УИС области с аналогичными показателями по РФ и Липецкой области установлено, что превышает их в 4 и 13 раз (критерий Стьюдента  $t=5,2$  при  $p < 0,001$  и  $t=6,5$  при  $p < 0,001$  соответственно).

Полученные данные в ходе проведенного анализа свидетельствуют о том, что контингент ПУ обладает своими демографическими, уголовно-правовыми характеристиками, показатели заболеваемости, смертности также имеют отличия от населения в целом, условия функционирования учреждений УИС, представляющие собой достаточно самостоятельный комплекс, все это указывает на иные подходы к ЭН. Так, в ПС для понимания причин, способствующих возникновению инфекционного заболевания необходимы сведения характеризующие заболевшего с социальной и психологических сторон. Требуется всесторонний анализ факторов риска, влияющих на показатели заболеваемости среди отдельных категорий осужденных. Диагностическая система ЭН будет представлена комплексом информации медицинской, режимной, воспитательной, психологической служб.

Реализация организационных решений по результатам эпидемиологической диагностики также будет осуществляться несколькими службами учреждений УИС. В системе ЭН применительно к ПС необходимо тесное взаимодействие со службами гражданского здравоохранения.

Таким образом, компоненты ЭН в ПС будут представлены шире, чем среди населения, что требует внесения корректировок на всех этапах реализации ЭН, но в-первую очередь в формы экстренного извещения о случае заболевания и карту эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания, как основу для дальнейшего совершенствования знаний о факторах риска.

С целью определения влияния количественных параметров, характеризующих контингента УИС на отдельные показатели заболеваемости, проведен множественный корреляционно-регрессионный анализ, который показал достаточно сильную связь между показателями распространенности и заболеваемости психо-соматическими и инфекционными болезнями и демографическими и уголовно-правовыми характеристиками контингента.

По результатам полученных данных о факторах, воздействующих на уровни распространенности, заболеваемости психо-соматических, инфекционных, социально-значимых болезней в разных группах контингента УИС Липецкой области проведено ранжирование контингента УИС Липецкой области и определены три группы ПОО, в отношении которых имеется потребность изменения подходов при осуществлении ЭН.

Таким образом, доказано, что показатели заболеваемости в разных группах осужденных, подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в учреждениях УИС Липецкой области, не однотипны и подвержены изменениям под влиянием параметров, характеризующих контингент с демографической и уголовно-правовой сторон.

На основании всего вышесказанного возникает потребность в совершенствовании мероприятий по профилактике инфекционных болезней в разных группах осужденных. На наш взгляд, для выработки эффективных профилактических программ среди осужденных, требуются изменения в нормативных документах с целью реализации скрининговых лабораторных обследований на социально-значимые и вакциноуправляемые инфекции как на этапе поступления в учреждения УИС, так и в период их отбывания наказания. Необходимо тесное взаимодействие пенитенциарного и гражданского секторов для обеспечения комплексного подхода к профилактике инфекционных болезней среди контингента ПС для чего, требуется подготовка кадров, как со стороны пенитенциарного сектора по инфекционным болезням, так и гражданского по вопросам психологических особенностей лиц, отбывающих наказание в МЛС.

## ВЫВОДЫ

1. При кластеризации общей и первичной заболеваемости контингента УИС и взрослого населения РФ и Липецкой области выявлены значимые различия в структурах заболеваемости. Инфекционные болезни представили первый кластер по УИС и только пятый кластер по РФ и области в общей заболеваемости. В структуре первичной заболеваемости контингента УИС первый кластер сформирован болезнями органов дыхания, что соответствует и результатам кластеризации по РФ и области, а инфекционные болезни, как класс занимают второй кластер против пятого кластера по РФ и шестого - по Липецкой области.

2. Инфекционные болезни, занимающие ведущие кластеры в структуре общей и первичной заболеваемости контингента УИС Липецкой области остаются основной причиной заболеваемости подозреваемых, обвиняемых и осужденных. При этом:

- среднемноголетние уровни общей инфекционной заболеваемости превышают аналогичные показатели среди взрослого населения РФ и Липецкой области: по УИС в 9,1 и 10,6 раза ( $p < 0,001$ ), по СИЗО – в 6,9 и 8,9 раза соответственно ( $p < 0,001$ ), по ИУ - в 9,7 и 11,2 раза соответственно ( $p < 0,001$ ),

- среднемноголетний показатель регистрации первичных инфекционных болезней в целом среди контингента ПУ Липецкой области превышает аналогичные показатели среди взрослого населения РФ и Липецкой области в 1,5 и 1,9 раза ( $p < 0,001$ ), среди подозреваемых и обвиняемых СИЗО – в 3,9 и 4,9 раза ( $p < 0,001$ ), а среди осужденных ИУ - меньше аналогичного показателя по РФ в 1,1 раза ( $p < 0,001$ ) и больше показателя по Липецкой области в 1,01 раза ( $p \geq 0,05$ ).

3. В инфекционной заболеваемости контингента УИС Липецкой области ОРВИ занимают первое место, второе - социально-значимые заболевания, на которые в структуре общей и первичной заболеваемости инфекционными болезнями (без учета ОРВИ) приходится наибольший удельный вес среди

подозреваемых и обвиняемых, поступающих в СИЗО области 96,1% и 92,5% и среди осужденных ИУ по 86,8% и 82,8%.

Среди контингента, поступающего в СИЗО и ИУ области при обследовании выявляются: хронические вирусные гепатиты В и С, трихомониаз, ВИЧ-инфекция, туберкулез и сифилис, которые превышают аналогичные показатели среди взрослого населения РФ и Липецкой области в несколько десятков раз.

4. Определены факторы риска, влияющие на различия в показателях заболеваемости инфекционными болезнями в разрезе контингента УИС Липецкой области и нозологий:

- средний срок отбывания наказания и показатели общей и первичной психо-соматической заболеваемости, заболеваемости ХВГ;

- коэффициент прибытия и показатели первичной психо-соматической и инфекционной заболеваемости, заболеваемости ХВГ, заболеваемости туберкулез, распространенности ВИЧ-инфекции;

- средний возраст осужденных и показатели первичной психо-соматической заболеваемости;

- удельный вес лиц, осужденных по статьям за преступления в отношении имущества и показатели инфекционной заболеваемости, первичной заболеваемости ХВГ, ОРВИ и ВП.

5. Научно обоснованы направления совершенствования информационно-аналитической, диагностической и управленческой подсистем ЭН, которые выразились в расширении сведений в экстренном извещении ф 58/у и карте эпидемиологического обследования очага заболевания, необходимости информатизации и разработке баз данных, оптимизации перечня скрининговых лабораторных обследований, подготовке кадров.

6. Проведенные исследования позволили сформулировать обобщающий критерий, направленный на выявление групп риска и территорий риска, который может быть основой для организации риск-ориентированной модели эпидемиологического надзора в учреждениях пенитенциарной системы.

7. Обоснованы предложения по оптимизации и повышению эффективности профилактических программ среди осужденных:

- внесение изменений в нормативные документы с целью расширения лабораторных скрининговых обследований на социально-значимые инфекции и серологического мониторинга вакциноуправляемых инфекций,

- предложены направления и этапы взаимодействия пенитенциарного и гражданского секторов по профилактике инфекционных болезней среди контингента пенитенциарной системы, в том числе в рамках единого цифрового пространства,

- показана необходимость подготовки кадров, как со стороны пенитенциарного сектора по инфекционным болезням, так и гражданской медицины по вопросам психологических особенностей лиц, отбывающих наказание в МЛС.



## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дополнить форму экстренного извещения на случай инфекционного заболевания и карту эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания сведениями, характеризующими контингент пенитенциарной системы.

2. Оптимизировать систему эпидемиологического надзора с учетом особенностей функционирования пенитенциарных учреждений.

3. При разработке нормативных документов Министерства здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предусмотреть расширенный перечень скрининговых лабораторных обследований контингента пенитенциарных учреждений на социально-значимые, в том числе вакциноуправляемые инфекции.

4. Расширить программу подготовки медицинских специалистов по направлению «медико-профилактическое дело», включив вопросы эпидемиологического надзора и профилактики инфекционных болезней в учреждениях пенитенциарной системы.

5. В программу подготовки работников и сотрудников психологических служб учреждений УИС включить вопросы профилактики социально-значимых инфекций и особенности работы с больными социально-значимыми болезнями.

6. Отработать механизм взаимодействия и обмена информацией по вопросам профилактики инфекционных болезней гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения:

- включить пенитенциарные медицинские учреждения в информационные медицинские базы субъекта и общероссийские,
- организовать профилактические мероприятия среди лиц, освобождающихся из МЛС со стороны гражданского сектора здравоохранения.

7. Федеральному казенному учреждению «Научно-исследовательский институт информационных технологий федеральной службы исполнения наказаний» провести доработку программного обеспечения «Учет, обработка и анализ инфекционной заболеваемости в учреждениях уголовно-исполнительной системы» с целью учета факторов риска и их дальнейшего анализа.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

1. Математическое моделирование механизма развития эпидемического процесса среди контингента учреждений ПУ с учетом особенностей их функционирования и условий содержания.

2. Изучение предпосылок и предвестников активизации эпидемического процесса с оценкой факторов, влияющих на уровни заболеваемости контингента пенитенциарной системы во время отбывания наказания и после освобождения.

3. Разработка предложений по внедрению цифровых технологий в осуществление эпидемиологического надзора и критериев оценки эффективности надзора и профилактики заболеваемости разных групп осужденных.

4. Разработка программ обучения работников пенитенциарного и гражданского секторов при осуществлении взаимодействия в вопросах профилактики инфекционных, неинфекционных болезней и рискованного поведения со стороны контингента УИС.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ВК – воспитательная колония
- ВП - внебольничная пневмония
- ГУЛАГ - Главное управление лагерей и мест заключения
- ИК – исправительная колония
- ИУ – исправительное учреждение
- МВД - министерство внутренних дел
- МЛС - места лишения свободы
- ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции
- ПОО - подозреваемые, обвиняемые и осужденные
- ПУ - пенитенциарное учреждение
- ПС – пенитенциарная система
- РСФСР - Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
- РФ – Российская Федерация
- СИЗО – следственный изолятор
- СССР - Союз советских социалистических республик
- УИС – уголовно-исполнительная система
- УФСИН России по Липецкой области - Управление федеральной службы исполнения наказаний по Липецкой области
- ФГИС АИС - федеральная государственная информационная автоматизированная система
- ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний Российской Федерации
- НКВД - народный комиссариат внутренних дел
- ХВГ - хронические парентеральные вирусные гепатиты
- ЦГСЭН - филиал «Центр государственного санитарно - эпидемиологического надзора»
- ЭН - эпидемиологический надзор

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аверьянова, Е.Л. К вопросу о формировании «инфекционного пенитенциарного синдрома»/ Е.Л. Аверьянова // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник материалов, посвященных 15-летию филиала (г.Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России/ Под редакцией заслуженного врача РФ, д-ра мед. наук, профессора С.Б. Пономарева. – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2020 – с. 202.

2. Александрова, Г.А. Статистические материалы «Общая заболеваемость взрослого населения России в 2019 году» / Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Е.М. Тюрина, Ю.И. Оськов, Е.А. Шелепова, А.В. Поликарпов // Москва. – 2020. - Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h2-zabolevaemost-naseleniya>.

3. Александрова, Г.А. Статистические материалы «Социально-значимые заболевания населения России в 2019 году» / Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Е.М. Тюрина, О.В. Залевская, Л.Н. Авдеева, А.В. Поликарпов // Москва. – 2020. - Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h5-sotsialno-znachimye-zabolevaniya>.

4. Александрова, Г.А. Статистические материалы «Социально значимые заболевания населения России в 2013 году» / Г.А. Александрова, Г.С. Лебедев, Е.В. Огрызко, Н.А. Кадулина, И.М. Беляева, Л.Н. Авдеева, А.Н. Кантеева, М.В. Обломова // Москва. – 2014. – Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h5-sotsialno-znachimye-zabolevaniya>.

5. Александрова, Г.А. Статистические материалы «Социально значимые заболевания населения России в 2015 году» / Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов, Е.В. Огрызко, Н.А. Кадулина, Л.Н. Авдеева // Москва. -2016. – Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h5-sotsialno-znachimye-zabolevaniya>.

6. Александрова, Г.А. Статистические материалы «Заболеваемость взрослого населения России в 2013 году» / Г.А. Александрова, Г.С. Лебедева, Е.В. Огрызко, Н.А. Кадулина, И.М. Беляева, А.Н. Кантеева, Т.Е. Гладких, Г.А. Щербакова // Москва. – 2014. - Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h2-zabolevaemost-naseleniya>.

7. Александрова, Г.А. Статистические материалы «Заболеваемость взрослого населения России в 2015 году» / Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев, Ю.И. Оськов, Н.А. Кадулина, И.М. Беляева, Т.Е. Гладких, Г.А. Щербакова, Т.А. Семенова // Москва. – 2016. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god>.

8. Алексеенко, С.Н. Профилактика заболеваний [Текст] : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям: 060101 – «Лечебное дело»; 060103 – «Педиатрия»; 060105 – «Медико-профилактическое дело» / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот // - Российская акад. естествознания, Изд. дом Акад. естествознания. – Москва. - 2015. - 449 с.

9. Амиреев, С.А. Концепция, методология и научно-практическая основа оценки и управления рисками в эпидемиологии / С.А. Амиреев // Вестник КазНМУ. - 2014. - №3-1. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsiya-metodologiya-i-nauchno-prakticheskaya-osnova-otsenki-i-upravleniya-riskami-v-epidemiologii>.

10. Ананьева, А.С. Система исполнения наказания в виде лишения свободы в зарубежных странах // Материалы IX Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» / А.С. Ананьева // 2017. - Режим доступа: <http://scienceforum.ru/2017/article/2017031677>.

11. Багдасарян, С.Л. Анализ и проблемы реализации стратегических программ развития социальной сферы (на примере системы здравоохранения) / С.Л. Багдасарян // УЭКС. - 2015. - №5 (77). - С.1-20 Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-i-problemy-realizatsii-strategicheskikh-programm-razvitiya-sotsialnoy-sfery-na-primere-sistemy-zdravoohraneniya>.

12. Беляков, В. Д. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний человека : Учеб. пособие для студентов мед. вузов / В. Д. Беляков, Т. А. Семенов, М. Х. Шрага. - М. : Медицина, 2001. – 262 с.

13. Белоконова, Л.В. Факторы риска развития туберкулеза при формировании эпидемической ситуации в пенитенциарных учреждениях / Л.В. Белоконова, В.М. Коломиец, П. А. Девянин // Вестник современной клинической медицины. - 2018. - №6. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-razvitiya-tuberkuleza-pri-formirovanii-epidemicheskoy-situatsii-v-penitentsiarnyh-uchrezhdeniyah>.

14. Борсученко, С.А. Режим исполнения (отбывания) наказаний и проблемы его законодательной регламентации / С.А. Борсученко // Мониторинг правоприменения. - 2016. - №1 (18). -Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezhim-ispolneniya-otbyvaniya-nakazaniy-i-problemy-ego-zakonodatelnoy-reglamentatsii>.

15. Брико, Н. И. Теоретические обобщения в эпидемиологии: от истории к современности / Н. И. Брико // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2018 - № 17 (5) - С.5–16.

16. Брико, Н.И. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней Т.1 /Н.И. Брико, Г.Г. Онищенко, В.И. Покровский. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2019-880 с.

17. Буторин, Д.Е. Правовое регулирование режима содержания под стражей лиц в следственных изоляторах / Д.Е. Буторин // Человек: преступление и наказание. - 2012. - №1. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovoe-regulirovanie-rezhima-soderzhaniya-pod-strazhey-lits-v-sledstvennyh-izolyatorah>.

18. Воронин, Р. М. Социально значимые заболевания в учреждениях уголовно-исполнительной системы / Р. М. Воронин, А. В. Датий // Юридические науки -2015- №30 (2) - Режим доступа: <https://novainfo.ru/article/3024>.

19. Военная эпидемиология : учебник для курсантов и слушателей Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, военных учебных центров при высших учебных заведениях / Р. М. Аминев, А. Б. Белов, В. Н. Болехан [и др.] ; под редакцией Ю. В. Лобзина, А. Я. Фисуна // Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова. – Санкт-Петербург : ВМедА, 2020. – 200 с.

20. Воробей, С.В. Туберкулез, ВИЧ-инфекция и ко-инфекция в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. / С.В. Воробей // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Туберкулез и ВИЧ-инфекция – угроза двойной эпидемии. Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения». М., 2014.

21. Гаврилов, Е.Д. Современное состояние медицинского обеспечения осужденных-иностранцев в местах лишения свободы / Е.Д. Гаврилов. // Актуальные вопросы юриспруденции / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции.- Екатеринбург. -2015. - № 2-60 с.

22. Гаврилов, Е.Д. К вопросу об изменении численности лиц, находящихся в местах лишения свободы, в связи с гуманизацией уголовного законодательства Российской Федерации (по результатам мониторинга 2016-2018 годов) / Е.Д. Гаврилов, Р.М. Жилиев, В.Б. Первозванский, Ю.Н. Строгович // Ведомости УИС. - 2019. -№6 (205). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-izmenenii-chislennosti-lits-nahodyaschihsya-v-mestah-lisheniya-svobody-v-svyazi-s-gumanizatsiey-ugolovnogo-zakonodatelstva>.

23. Галимзянов, Х.М. Профилактика вирусных гепатитов В и С среди лиц, заключенных под стражу и отбывающих наказание в местах лишения свободы / Х.М. Галимзянов, Ю.В. Ишков // Астраханский медицинский журнал. - 2011.- №2. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-virusnyh-gepatitov-v-i-s-sredi-lits-zaklyuchennyh-pod-strazhu-i-otbyvayuschih-nakazanie-v-mestah-lisheniya-svobody>.



24. Гернет, М. Н. История царской тюрьмы [Текст] : В 5 т. / М.Н. Гернет. - 3-е изд. - Москва : Госюриздат, 1960-1963. - 5 т.; 23 см. Т. 4: Петропавловская крепость. 1900-1917. - 1962. - 302 с.

25. Горяев, Д.В. О внедрении риск-ориентированного подхода в контрольно-надзорную деятельность управления Роспотребнадзора по Красноярскому краю / Д.В Горяев., В.В Черненко., И.В Тихонова., Р.В. Федореев // Анализ риска здоровью. – 2016. – № 1 (13). – С. 96–102.

26. Григорьев, В. Н. Социально значимые заболевания в учреждениях уголовно-исполнительной системы как повод для применения мер профилактического воздействия / В. Н Григорьев., С. А Копыткин., А.Б Назарова // Юристъ-Правоведъ. -2018. -№1 (84). -с. 96-101.

27. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. / С. Гланц – М.: Практика, 1999. – 459 с.

28. Гржибовский, А.М. Анализ номинальных данных (независимые наблюдения) / А.М. Гржибовский // Экология человека, 2008. – №6. – С.58-68.

29. Гюлджян, А. Г. Медицинское обслуживание осужденных и лиц, содержащихся под стражей / А. Г. Гюлджян. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 2 (292). — С. 194-196. — Режим доступа: URL: <https://moluch.ru/archive/292/66168/>.

30. Давыдова, Н. В. Гигиеническая оценка состояния здоровья и условий содержания несовершеннолетних осуждённых женского пола в воспитательных колониях Федеральной службы исполнения наказаний : Текст: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.02.07 /Давыдова Надежда Васильевна;-Москва, 2009.- 25 с.

31. Датий, А.В. Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения осужденных в тюрьмах нового типа / А.В.Датий // Юридические науки novainfo.Ru. - 2015.- №31. Режим доступа: <https://novainfo.ru/article/3070>

32. Датий, А.В. Криминологические и психологические особенности больных социально значимыми заболеваниями осужденных / А.В Датий, А.А

Федосеев // электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». - 2014.- №2(5) -С.69-79.

33. Датий, А.В. Характеристика больных наркоманией осужденных женщин, содержащихся в лечебных исправительных учреждениях / А.В Датий, О.В Ковачев, А.С. Кузнецова // Вестник Пермского института ФСИН России. - 2014. -№ 4 (15). - С. 9-13.

34. Датий, А.В. Характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин в колониях общего режима / А.В. Датий, О.В. Ковачев // Вестник Пермского института ФСИН России. - 2014. -№ 3 (14). - С. 11-15.

35. Дербенева, М.Л. Острые респираторные вирусные инфекции заболевания: современные подходы к диагностике и лечению / М.Л. Дербенева, А.Л. Гусева // МС. - 2019. -№20. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-respiratornye-virusnye-zabolevaniya-sovremennye-podhody-k-dagnostike-i-lecheniyu>.

36. Дергачев, А.В. Актуальные проблемы проведения режимных мероприятий в исправительных колониях / А.В. Дергачев // Человек: преступление и наказание. - 2009. - №2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-provedeniya-rezhimnyh-meropriyatiy-v-ispravitelnyh-koloniyah>.

37. Доклад о положении дел в области охраны здоровья в тюрьмах в Европейском регионе ВОЗ (2019) - 2019. - 79 с. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019>.

38. Долбик-Воробей, Т.А. Статистика населения и демография / Т.А. Долбик-Воробей, О.Д. Воробьева // учебник – Москва. КНОРУС. 2018- с. 314.

39. Емельянов, В.Н. К вопросу об экономической значимости заболеваемости болезнями органов дыхания / В.Н. Емельянов, А.А. Кузин, Д.В. Товпеко, П.Е. Алексеев // Журнал МедиАль. - 2020. - №1 (25). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-ekonomicheskoy-znachimosti-zabolevaemosti-boleznyami-organov-dyhaniya>.

40. Ермолаева, Т.В. Медико-организационные аспекты совершенствования медицинского обеспечения осужденных в исправительных колониях строгого режима: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.02.03 / Ермолаева Татьяна Вячеславовна.- Рязань, 2012.- 25 с.

41. Жигарловский, Б.А. Особенности эпидемического процесса острых респираторных инфекций, вызванных разными этиологическими агентами / Б.А. Жигарловский, Т.С. Салтыкова, Н.И. Брико, А.Н. Герасимов, А.В. Иваненко, Н.А. Волкова, Д.А. Лиознов, Д.М. Даниленко // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2020.- №4 - с. 45-51.

42. Зайцев, В.М. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – СПб.: Фолиант, 2006. – 432 с.

43. Зайцева, Н.В. Актуальные проблемы правовой и научно-методической поддержки обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации как стратегической государственной задачи / Н.В. Зайцева, А.Ю. Попова, Г.Г. Онищенко, И.В. Май // Гигиена и санитария. – 2016 - 95(1) - с. 5-9.

44. Зеленьяк, И.М. Раздельное содержание осужденных как средство предупреждения самодетерминации пенитенциарной преступности / И.М. Зеленьяк // Человек: преступление и наказание. -2010. -№3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razdelnoe-soderzhanie-osuzhdennyh-kak-sredstvo-preduprezhdeniya-samodeterminatsii-penitentsiarnoy-prestupnosti>.

45. Золотарева, Л. В. Туберкулез в пенитенциарных учреждениях: эпидемиология и профилактика Текст. : автореф. дис. . д-ра мед. наук / Л. В. Золотарева. М., 2008. - 45 с.

46. История ФКУЗ ГЦГСЭН ФСИН России [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://фсин.рф/organization/GCGSEN/istoriya-fkuz-gtsgsen-fsin-rossii/>.

47. Ишков, Ю.В. Особенности распространения инфекционных заболеваний, профилактика и меры борьбы с ними среди лиц, содержащихся в

пенитенциарных учреждениях России и зарубежных странах / Ю.В. Ишков // Право и безопасность. - 2014 - №2(47) – С.11-16.

48. Ишков, Ю.В. Медицинские, социальные и организационные основы обеспечения безопасности осужденных в исправительных учреждениях ФСИН России / Ю.В. Ишков // Вестник АГТУ. - 2020.- №2 (70). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-sotsialnye-i-organizatsionnye-osnovy-obespecheniya-bezopasnosti-osuzhdennyh-v-ispravitelnyh-uchrezhdeniyah-fsin-rossii>.

49. Ишков, Ю.В. Медико-социальные и организационно-правовые аспекты обеспечения безопасности лиц, содержащихся в следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы России / Ю.В. Ишков, В.А. Сторожук // Вестник АГТУ. - 2019. - №2 (68). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-i-organizatsionno-pravovye-aspekty-obespecheniya-bezopasnosti-lits-soderzhaschihsya-v-sledstvennyh-izolyatora> h.

50. Каданева, Е. А. Конкуренция уголовных наказаний и иных мер уголовно-правового характера / Е. А. Каданева // Уголовная юстиция. - 2018. - №11. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/konkurenciya-ugolovnyh-nakazaniy-i-inyh-mer-ugolovno-pravovogo-haraktera>.

51. Казакова, В. А. Цели наказания и их реализация в России и зарубежных странах / В. А. Казакова // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Образование и педагогические науки. - 2019. - №2 (831). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tseli-nakazaniya-i-ih-realizatsiya-v-rossii-i-zarubezhnyh-stranah>.

52. Ким, В.В. Криминологическое значение распространения туберкулеза в исправительных учреждениях ФСИН России. / В.В. Ким // Журнал Юридическая наука. - 2013. - № 2. - с. 49 – 51.

53. Ким, В.В. Проблемы двойственного характера правового выражения изоляции осужденных к лишению свободы / В.В. Ким // Вестник ННГУ. - 2018.- №3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-dvoystvennogo-haraktera-pravovogo-vyrazheniya-izolyatsii-osuzhdennyh-k-lisheniyu-svobody>.

54. Коломиец, В.М. Эпидемическая ситуация в контингентах пенитенциарной системы / В.М. Коломиец, Т.А. Выхребенцева, П.А. Девянин // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник материалов II международной межведомственной конференции, 25-27 октября 2017 года. – М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России, 2017. – с.107.

55. Коломиец, В.М. Этапы решения проблем отечественного пенитенциарного туберкулеза / В.М. Коломиец // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник материалов II международной межведомственной конференции, 25-27 октября 2017 года. – М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России, 2017. – с.107.

56. Коломиец, В. М. Факторы риска развития туберкулёза в пенитенциарных условиях / В. М. Коломиец, В.И. Коломиец // Вестник Авиценны. - 2018. - №2-3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-razvitiya-tuberkulyoza-v-penitentsiarnyh-usloviyah>.

57. Коломиец, В. М. Совместная деятельность учреждений Федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) и кафедры фтизиатрии по реализации национальной программы предупреждения пенитенциарного туберкулёза / В. М. Коломиец, В. А. Гусева, Н. В. Рублёва, Е. А. Коноркина // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2012. - №2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovместnaya-deyatelnost-uchrezhdeniy-federalnoy-sluzhby-ispolneniya-nakazaniy-ufsin-i-kafedry-ftiziatrii-po-realizatsii-natsionalnoy>.

58. Комбарова, М. Ю. Эколого-гигиеническая оценка влияния технического перевооружения и модернизации технологии металлургического ОАО «НЛМК» на качество окружающей среды и состояние здоровья населения г. Липецка / М.Ю. Комбарова, А.С. Радилов, Е.В. Нечаева, Вл.В. Коротков, Е.С. Швецова // Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и сохранения здоровья населения: итоги и перспективы: материалы научно-практической конференции, посвященной 95-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации/под редакцией д-ра мед. наук, профессора А.Ю. Поповой.-Липецк,2017- с.178-182 .

59. Корецкая, Н. М. Клинико-социальная характеристика больных туберкулёзом лёгких, впервые выявленных среди спецконтингента пенитенциарных учреждений / Н. М. Корецкая, В. Ф. Элярт, Е. К. Королькова, И. Сарыг-Ооловна Шогжал, А. Н. Наркевич // Acta Biomedica Scientifica. 2017. №4 (116). С. 68-73. в эдиднадзоре Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-sotsialnaya-harakteristika-bolnyh-tuberkulyozom-lyogkih-vpervye-vyuavlennyyh-sredi-spetskontingenta-penitentsiarnyh>.

60. Коротков, Вл. В. Вклад водного фактора в риск развития нарушения здоровья детей и подростков Липецкой области/ Вл.В. Коротков, Н.В. Нахичеванская, Л.И. Фарафонова, М.В. Артеменко// Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и сохранения здоровья населения: итоги и перспективы: материалы научно-практической конференции, посвященной 95-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации/под редакцией д-ра мед. наук, профессора А.Ю. Поповой.-Липецк, - 2017-178-182 с.

61. Косаговская, И.И. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи / И. И. Косаговская, Е.В. Волчкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. -2013. -№1. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-aspekty-virusnyh-gepatitov-s-parenteralnym-putem-peredachi>.

62. Кошкарина, Е. А. Современная эпидемиологическая характеристика заболеваемости внебольничными пневмониями / Е.А. Кошкарина, О.В. Ковалишена, Н.С. Кучеренко, Н.А. Садыкова, М.А. Шарабакина, А.С. Благоднравова // Медицинский альманах. - 2018. - №4 (55). - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-epidemiologicheskaya-harakteristika-zabolevaemosti-vnebolnichnymi-pnevmoniyami>.

63. Краткая характеристика осужденных ФСИН России [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://фсин.рф/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20har-ka%20UIS/>).

64. Крусс, В.И. Некоторые проблемы реализации правового статуса лица, обвиняемого в совершении преступления и содержащегося под стражей / В.И. Крусс, В.В. Копылов // Человек: преступление и наказание. -2010.- №1.-Ржим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-problemy-realizatsii-pravovogo-statusa-litsa-obvinyaemogo-v-sovershenii-prestupleniya-i-soderzhaschegosya-pod-strazhey-1>.

65. Кузин, А. А. Использование медико-экономического подхода в оценке социально-эпидемиологической значимости болезней органов дыхания. / А.А. Кузин // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2019. - №18 (1). – С. 74-76. Режим доступа: <https://doi: 10.31631/2073-3046-2019-18-1-74-76>.

66. Кудашева, Л. Т. Заболеваемость туберкулезом и совершенствование организации эпидемиологического надзора в пенитенциарных учреждениях Удмуртии Текст. : автореф. дис. . к-та мед. наук /Кудашева Людмила Тимофеевна. Пермь., 2011. - 25 с.

67. Кулик, С.А. Санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение в ИТУ: учебное пособие / С.А. Кулик. – Домодедово: РИПК работников МВД России, 1992.- 94 С.

68. Кутумова, О.Ю. Заболеваемость взрослого населения трудоспособного возраста Красноярского края по данным обращаемости за медицинской помощью / О.Ю. Кутумова, А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко // Медицина в Кузбассе. -2019. -№2 (18)- с. 37-43.

69. Ланцов, Е. В. Некоторые аспекты информационного обеспечения в системе противоэпидемической защиты войск при чрезвычайных ситуациях / Е. В. Ланцов, А. А. Кузин, Д. В. Кобылкин, К. А. Самойлов // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2018. – № S1. – С. 99-101. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=39152703>.

70. Липунцова, А.В. Теоретико-правовые аспекты перехода на риск-ориентированный подход в контрольно-надзорной деятельности государства/ А.В. Липунцова // Ученые записки Тамбовского отделения РоСМУ. - 2018. - №9.

Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoretiko-pravovye-aspekty-perehoda-na-risk-orientirovannyy-podhod-v-kontrolno-nadzornoj-deyatelnosti-gos-udarstva>.

71. Лукина, Е.А. Ретроспективный анализ российского законодательства по вопросам регулирования отношений, связанных с охраной и поддержанием здоровья лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях / Е.А. Лукина, Л.Ю. Перемолотова // Уголовно-исполнительное право. -2014.- №2 (18). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/retrospektivnyy-analiz-rossiyskogo-zakonodatelstva-po-voprosam-regulirovaniya-otnosheniy-svyazannyh-s-ohranoy-i-podderzhanem>.

72. Лукина, Е.А. О международных нормах, регламентирующих охрану здоровья осужденных / Е.А. Лукина // Уголовно-исполнительное право. -2015. - №1 (19). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-mezhdunarodnyh-normah-reglamentiruyuschih-ohranu-zdorovya-osuzhdennyh>.

73. Лучкевич, В.С. Качество жизни как критерий эффективности реализации лечебно-оздоровительных программ / В. С. Лучкевич // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. -2012. -№3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-kak-kriteriy-effektivnosti-realizatsii-lechebno-ozdorovitelnyh-programm>.

74. Майорова, Е. К. Заболеваемость как важнейший показатель здоровья / Е.К. Майорова // Педиатр. - 2013. - №1. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-kak-vazhneyshiy-pokazatel-zdorovya>.

75. Медик, В.А. Математическая статистика в медицине / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: Финансы и статистика, 2007. – 798 с.

76. Мельниченко, П.И. Военная гигиена и военная эпидемиология: Учебник. / П.И. Мельниченко, П.И. Огарков, Ю.В. Лизунов - М.: Медицина, 2004.- 522 с.

77. Митрофанова, Е.Г. Применение информационных технологий для статистического наблюдения за эпидемиологической обстановкой в учреждениях



УИС / Е.Г. Митрофанова // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник научных статей. – М.: Издво ФКУ НИИ ФСИН России, 2019. – 110с.

78. Миндлина, А.Я. Направления оптимизации эпидемиологического надзора за антропонозными инфекциями в современных условиях / А.Я. Миндлина // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2013- № 3 (70) - с.17-23.

79. Миндлина, А.Я. совершенствование информационных технологий и программного обеспечения – необходимая составляющая оптимизации системы эпидемиологического надзора / А.Я. Миндлина // Медицинский альманах. -2012. - № 3 (22) – с. 47-50. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-informatsionnyh-tehnologiy-i-programmnog-obespecheniya-neobhodimaya-sostavlyayuschaya-optimizatsii-sistemy/viewer>.

80. Миндлина, А.Я. Эпидемиологические особенности антропонозных инфекций с разным механизмом передачи и различной степенью управляемости на современном этапе / А.Я. Миндлина // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика – 2012 - № 4 (65) – с.42-48.

81. Михеева, С. В. Сравнительный анализ содержания осужденных в России и зарубежных странах / С. В. Михеева, А. Н. Васильева // Уголовно-исполнительная система России: проблемы и перспективы -сборник материалов работы Международной научной конференции, 2015 Режим доступа: [https://studref.com/410358/pravo/sravnitelnyu\\_analiz\\_soderzhaniya\\_osuzhdennyh\\_rossii\\_zarubezhnyh\\_stranah](https://studref.com/410358/pravo/sravnitelnyu_analiz_soderzhaniya_osuzhdennyh_rossii_zarubezhnyh_stranah).

82. Михайлова, Ю.В. Инфекционные социально значимые заболевания в местах лишения свободы / Ю.В. Михайлова, О. Б. Нечаева, Е.А. Самарина, Ю.В. Тихонова, И.Б. Шикина // Здоровоохранение РФ. - 2017. -№1 (61). - С.29-35.

83. Михайлов, М. И. Вирусные гепатиты – проблема общественного здоровья в Российской Федерации (проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов) / М. И. Михайлов, Н.Д. Ющук, Е.Ю. Малинникова, К.К. Кюрегян, О.В. Исаева, О. О. Знойко, Е.А. Климова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ.- 2018. -№2 (12). Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/virusnye-gepatity-problema-obshchestvennogo-zdorovya-v-rossiyskoj-federatsii-proekt-programmy-po-kontrolyu-i-likvidatsii-virusnyh>.

84. Михайлов, М.И. Проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов как проблемы общественного здоровья в Российской Федерации / М.И. Михайлов, Н.Д. Ющук, Е.Ю. Малинникова, К.К. Кюрегян, О.В. Исаева, О.О. Знойко, Е. А. Климова // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. -2018. -№2 (25). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/proekt-programmy-po-kontrolyu-i-likvidatsii-virusnyh-gepatitov-kak-problemu-obshchestvennogo-zdorovya-v-rossiyskoj-federatsii>.

85. Мощик, К. В. Военная эпидемиология : учебно-методическое пособие / К. В. Мощик, С. М. Лебедев, С. А. Вашетко. – Минск : БГМУ, 2019 – 52 с.

86. Мухаметова, Л.Р. Комплексное статистическое исследование заболеваемости населения Оренбургской области автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. экон. наук специальность 08.00.12 «Бухгалт. учет, статистика» / Мухаметова Лилия Радиковна. – Оренбург, 2007. - 25 с

87. Назола, Е.М. Профессиональная заболеваемость в металлургической промышленности Липецкой области / Е.М. Назола // Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и сохранения здоровья населения: итоги и перспективы: материалы научно-практической конференции, посвященной 95-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации/под редакцией д-ра мед. наук, профессора А.Ю. Поповой. -Липецк, 2017. - 178-182 с.

88. Намазова-Баранова, Л.С. Новые горизонты национального календаря профилактических прививок / Л.С. Намазова-Баранова, М.В. Федосеев, А.А. Баранов // ВСП. - 2019. - №1. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/novye-gorizonty-natsionalnogo-kalendarya-profilakticheskikh-privivok>.

89. Нечаева, О.Б. ВИЧ/туберкулез в местах лишения свободы на Северо-Западе России / О.Б. Нечаева, З. М. Загдын // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. -2019. -№1. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/vich-tuberkulez-v-mestah-lisheniya-svobody-na-severozapade-rossii>.

90. Нечаева, О.Б. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации./ О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, Д.А. Кучерявая // Туберкулез и болезни легких - 2013- № 12 - С. 40–49.

91. Нистратова, И. С. Проблемы медицинского обеспечения осужденных к лишению свободы, больных социально значимыми заболеваниями/ И. С. Нистратова // ЮП. - 2016. - №5 (78). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemu-meditsinskogo-obespecheniya-osuzhdennyh-k-lisheniyu-svobody-bolnyh-sotsialno-znachimymi-zabolevaniyami>.

92. Нуров, Р. М. ВИЧ-инфекция в системе пенитенциарных учреждений: диагностика, клиника, лечение и профилактика Текст. : автореф. дис. . д-ра мед. наук / Нуров Рустам Маджидович. - СПб., 2014. - 40 с.

93. Одинец, А. В. Различные классы болезней, зарегистрированные среди населения нетрудоспособного возраста Ставропольского края в 2010 - 2016 гг / А. В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2017. - №4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razlichnye-klassy-bolezney-zaregistrirovannye-sredi-naseleniya-netrudosposobnogo-vozrasta-stavropolskogo-kraya-v-2010-2016-gg>.

94. Онищенко, Г.Г. Анализ риска здоровью в задачах совершенствования санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации / Г.Г. Онищенко, А.Ю. Попова, Н.В. Зайцева, И.В. Май, П.З. Шур // Анализ риска здоровью. -2014. -№2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-riska-zdorovyu-v-zadachah-sovershenstvovaniya-sanitarno-epidemiologicheskogo-nadzora-v-rossiyskoy-federatsii>.

95. Орлова, Н.В. Острые респираторные заболевания: особенности течения, медикаментозная терапия / Н.В. Орлова, Т.Г. Суранова // МС. - 2018. - №15. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-respiratornye-zabolevaniya-osobennosti-techeniya-medikamentoznaya-terapiya>.

96. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: государственный доклад [Электронный ресурс]. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, - 2020.– 299 с. - Режим доступа: [https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/798/gosudarstvennyy-doklad-osostoyanii-sanitarno\\_epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-vrossiyskoj-fedratsii-v-2019-godu.pdf](https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/798/gosudarstvennyy-doklad-osostoyanii-sanitarno_epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-vrossiyskoj-fedratsii-v-2019-godu.pdf).

97. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Липецкой области в 2019 году: государственный доклад [Электронный ресурс]. – Липецк.: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Липецкой области, - 2020.– 227 с. - Режим доступа: <http://48.rospotrebnadzor.ru/Default.aspx?mnu=e920e6045ea74ec4adcd7964f2c6320a>.

98. Отчет о реализации публичной декларации целей и задач ФСИН России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fsin.gov.ru/activity/realizatsiya-kontseptsii-otkrytosti/otchet-o-realizatsii-publichnoy-deklaratsii-tseley-i-zadach-fsin-rossii-v-pervom-polugodii-2017-goda/>.

99. Павлов, П.А. Режим как средство обеспечения изоляции лиц, содержащихся под стражей в следственных изоляторах ФСИН России на современном этапе / П.А. Павлов // Человек: преступление и наказание. -2015. - №1 (88). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rezhim-kak-sredstvo-obespecheniya-izolyatsii-lits-soderzhaschihsya-pod-strazhey-v-sledstvennyh-izolyatorah-fsin-rossii-na-sovremennom>.

100. Патрушев, С.В. К истории отечественной пенитенциарной гигиены / С.В. Патрушев // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник научных статей. – М.: Издво ФКУ НИИ ФСИН России, 2019. – 110 с.

101. Петри, А. Наглядная статистика в медицине. Пер. с англ. / А. Петри, К. Сэбин. – М.: Гэотар-Мед, 2003. – 144 с.

102. Петров, А.М. Заболеваемость туберкулезом и пути ее снижения в пенитенциарных учреждениях Красноярского края / А.М. Петров, О.Ю. Стыка,

Г.Л. Кирьянова, Н.М. Корецкая, Е.К. Королькова., П.М. Тятенкова // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник научных статей. – М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России, 2019. – 110 с.

103. Пименов, Н.Н. Гепатит С и его исходы в России: анализ заболеваемости, распространенности и смертности до начала программы элиминации инфекции / Н.Н. Пименов, С.В. Комарова, И.В. Карандашова, Н.Н. Цапкова Е.В. Волчкова, В.П. Чуланов // Инфекционные болезни. – 2018. - №3 (16). - с. 37–45. Режим доступа: [https://www.vshouz.ru/upload/iblock/9df/%D0%92%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA\\_2\\_2018.pdf](https://www.vshouz.ru/upload/iblock/9df/%D0%92%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA_2_2018.pdf).

104. Пименов, Н.Н. Гепатит С в России: эпидемиологическая характеристика и пути совершенствования диагностики и надзора / Н.Н. Пименов, В.П. Чуланов, С.В. Комарова, И.В. Карандашова, А.Д. Неверов, Г.В. Михайловская, В.А. Долгин, Е.Б. Лебедева, К.В. Пашкина, Г.С. Коршунова // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2012. -№3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gepatit-s-v-rossii-epidemiologicheskaya-harakteristika-i-puti-sovershenstvovaniya-diagnostiki-i-nadzora>.

105. Под ред. Кононца, А.С. и Бобрика, А.В. Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения. – М.: Акварель, 2011. – 120 с.

106. Поликарпов, А.В. Статистические материалы «Заболеваемость взрослого населения России в 2017 году» / А.В. Поликарпов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Е.М. Тюрина, Ю.И. Оськов, Е.А. Шелепова // - Москва, 2018 - Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h2-zabolevaemost-naseleniya>.

107. Поликарпов, А.В. Статистические материалы «Социально значимые заболевания населения России в 2017 году». / А.В. Поликарпов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Е.М. Тюрина, Е.В. Огрызко, Л.Н. Авдеева // - Москва.- 2018. Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h5-sotsialno-znachimye-zabolevaniya>.

108. Поликарпов, А.В. Статистические материалы «Заболеваемость взрослого населения России в 2017 году» / А.В. Поликарпов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Е.М. Тюрина, Ю.И. Оськов, Е.А. Шелепова // – Москва.- 2018. Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika#h2-zabolevaemost-naseleniya>.

109. Пономарев, С.Б. ВИЧ и туберкулез в уголовно-исполнительной системе / С.Б. Пономарев, Е.Л. Аверьянова // Ведомости уголовно-исполнительной системы. -2015. -№ 8(159). -С. 24-26.

110. Пономарев, С.Б. Тюремная субкультура с позиции теории систем/ С.Б. Пономарев //Ведомости уголовно-исполнительной системы -2020. - №1(212) - С.38-43.

111. Пономарев, С.Б. Инфекционные заболевания как медико-социальная проблема / С.Б. Пономарев, С.А. Яковлев // Синергия.- 2017.- №1.- Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsionnye-zabolevaniya-kak-mediko-sotsialnaya-problema>.

112. Попова, А.Ю. О развитии системы риск-ориентированного надзора в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей / А.Ю. Попова, Н.В.Зайцева, И.В. Май, Д.А. Кирьянов // Анализ риска здоровью. - 2015. - №4 (12). - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-razvitii-sistemy-risk-orientirovannogo-nadzora-v-oblasti-obespecheniya-sanitarno-epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-naseleniya-i>.

113. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://base.garant.ru/12142098/>.

114. Постановление Правительства РФ от 17.08.2016 №806 «О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71473944/>.

115. Приклонский, А.П. Обеспечение санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику возникновения и распространения туберкулеза в учреждениях уголовно-исполнительной системы: методические рекомендации / А.П. Приклонский, И.И. Ларионова, А.А. Галкин, С.Г. Купчишин, Ю.В. Антонова, В.С. Бурыхин, Е.А. Абдулова, Л.К. Омарова, С.Б. Пономарев, Е.В. Дюжев, А.М. Туленков, М.Е. Вортрокнутов // УОМСО ФСИН России, ФКУЗ ГЦГСЭН ФСИН России, ФКУ НИИ ФСИН России – Москва. - 2018. - С.58.

116. Приказ Министерства Юстиции России от 17 июля 2001 г. № 218 «Об утверждении положения о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах уголовно - исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=45987>.

117. Приказ Министерства Юстиции РФ от 6 июня 2006 г. № 205 «Об утверждении Положения об организации государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах уголовно-исполнительной системы» [Электронный ресурс], Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12047932/> .

118. Прихожая, Л.Е. Проблемы раздельного содержания отдельных категорий лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы /Л.Е. Прихожая // Уголовно-исполнительное право. - 2019. - №1. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-razdelnogo-soderzhaniya-otdelnyh-kategoriy-lits-otbyvayuschih-nakazanie-v-mestah-lisheniya-svobody>.

119. Провоторова, С.В. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости лиц, содержащихся в следственном изоляторе уголовно-исполнительной системы и взрослого населения Липецкой области / С.В. Провоторова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2018.- №4. - С. 34-38.

120. Провоторова, С.В. Заболеваемость социально значимыми болезнями осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях пенитенциарной

системы Липецкой области / С.В. Провоторова, Н.И. Брико, А.Ю. Бражников, С.Д. Форостов // Туберкулез и болезни легких. - 2019.-Т. 97.- №8. - С.14-21.

121. Провоторова, С.В. Эпидемиологическая характеристика общей заболеваемости контингента пенитенциарных учреждений Липецкой области / С.В. Провоторова // Уральский медицинский журнал. - 2020. – Т.8. - №191. - С.129-134.

122. Разбиринна, Л. И. Уголовно-правовая характеристика осужденных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях России / Л.И. Разбиринна // Вестник Кузбасского института. -2019. -№3 (40). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ugolovno-pravovaya-harakteristika-osuzhdennyh-otbyvayuschih-nakazanie-v-ispravitelnyh-uchrezhdeniyah-rossii>.

123. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 декабря 2016 года № 2808-р «Об утверждении концепции федеральной целевой программы «развитие уголовно-исполнительной системы (2017-2025 годы)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71479292>.

124. Рафиев, Х.К. ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты среди заключённых / Х.К. Рафиев, Р.М. Нуров, Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. -2012- №3 (52). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vich-infektsiya-i-virusnye-gepatity-sredi-zaklyuchyonnyh>.

125. Романова, О.А. Анализ заболеваемости ВИЧ - инфекцией в учреждениях уголовно-исполнительной системы республики Бурятия в 2003-2015 годах / О.А. Романова, Л.Г. Вахрушева // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник материалов II международной межведомственной конференции, 25-27 октября 2017 года. – М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России, 2017. – 107 с.

126. Савушкин, С.М. Дифференциация осужденных к лишению свободы в условиях трансформации системы и структуры исправительных учреждений / С.М. Савушкин // Человек: преступление и наказание. -2017. -№4. Режим доступа:



<https://cyberleninka.ru/article/n/differentsiatsiya-osuzhdennyh-k-lisheniyu-svobody-v-usloviyah-transformatsii-sistemy-i-struktury-ispravitelnyh-uchrezhdeniy>.

127. Савилов, Е.Д. Риск — базовая концепция эпидемиологии / Е.Д. Савилов, С.Н. Шугаева, Н.И. Брико, С.И. Колесников // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2019. - 74(1). - с.54-60. Режим доступа: <https://doi.org/10.15690/vramn1006>.

128. Савилов, Е.Д. Коморбидность в эпидемиологии - новый тренд в исследованиях общественного здоровья / Е.Д. Савилов, С.И. Колесников, Н.И. Брико // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2016 .- №4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/komorbidnost-v-epidemiologii-novyuy-trend-v-issledovaniyah-obshchestvennogo-zdorovya>.

129. Самарина, Е.А. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья женщин, находящихся в исправительных учреждениях Текст: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.02.03 / Самарина Елена Александровна; - Москва, 2018.- 25 с.

130. Симонова, Е.Г. Современный этап развития эпидемиологического надзора и перспективы его совершенствования. / Е.Г. Симонова // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. -2017.-№ 16(4) – с. 4-7.

131. Симонова, Е.Г. Предэпидемическая диагностика в системе риск-ориентированного эпидемиологического надзора над инфекционными болезнями. / Е.Г. Симонова, В.И. Сергевнин // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2018.- № 17 (5). – с. 31–37.

132. Скаков, А.Б. Сравнительно-правовой анализ дифференциации осужденных к лишению свободы / А.Б. Скаков, С.М. Савушкин // Вестник Кузбасского института.- 2018. -№3 (36). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelno-pravovoy-analiz-differentsiatsii-osuzhdennyh-k-lisheniyu-svobody>.

133. Скиба, А. П. Исполнение уголовных наказаний в отношении больных осужденных: теоретико-прикладное исследование Текст. :автореф. дис. доктора

юридических наук по специальности 12.00.08 – уголовное право и криминология; уголовно-исполнительное право / Скиба Андрей Петрович, Рязань, 2012. – 38 с.

134. Скобелин, С.Ю. Тенденции уголовно-исполнительной политики России начала XXI века / С.Ю. Скобелин // Lex Russica. -2016.- №4 (113). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-ugolovno-ispolnitelnou-politi>.

135. Стерликов, С.А. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в учреждениях федеральной службы исполнения наказаний российской федерации / С.А. Стерликов, Е.М. Белиловский, С.Б. Пономарёв, Г.А. Постольник // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» - 2018.- № 4- Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemicheskaya-situatsiya-po-tuberkul-yozu-v-uchrezhdeniyah-federalnoy-sluzhby-ispolneniya-nakazaniy-rossiyskoj-federatsii>.

136. Смирнов, Л.Б. Наказание в виде лишения свободы в контексте уголовно-исполнительного права и пенитенциарной практики / Л.Б. Смирнов // Уголовно-исполнительное право. - 2017. - №4. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nakazanie-v-vide-lisheniya-svobody-v-kontekste-ugolovno-ispolnitelnogo-prava-i-penitentsiarnoy-praktiki-1.ki-rossii-nachala-xxi-veka>.

137. Смирнов, Л. Б. Наказание в виде лишения свободы в контексте уголовно-исполнительного права и пенитенциарной практики / Л. Б. Смирнов // Уголовно-исполнительное право. – 2018. – № 14(1–4), № 2. – С. 152–159 .

138. Статистические данные по УФСИН России по Липецкой области [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://48.фсин.рф/statisticheskie-dannye.php>.

139. Теохаров, А.К. Факторы, влияющие на ВИЧ-обстановку в исправительных учреждениях / А.К. Теохаров // Виктимология. -2018. -№1 (15).- С. 76-85 .

140. Теохаров, А.К. Правовые основы обеспечения инфекционной безопасности в исправительных учреждениях (на примере России и Монголии) / А.К. Теохаров, Г. Батболд // Сибирское юридическое обозрение. -2017. -№3. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovye-osnovy-obespecheniya>

infektsionnoy-bezopasnosti-v-ispravitelnyh-uchrezhdeniyah-na-primere-rossii-i-mongolii.

141. Тимерзянов, М.И. Медико-социальные проблемы здоровья осуждённых и оказания медицинской помощи данной категории / М.И. Тимерзянов // Казанский мед.ж. - 2015. - №6 (96). - С. 1043-1049. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-problemy-zdorovya-osuzhdyonnyh-i-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-dannoy-kategorii>.

142. Туленков, А.М. Потерянные годы жизни в результате преждевременной смертности лиц, содержащихся в местах лишения свободы Приволжского федерального округа в 2014 году / А.М. Туленков // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. - №18 (1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/poteryannye-gody-zhizni-v-rezultate-prezhdevremennoy-smernosti-lits-soderzhaschihsya-v-mestah-lisheniya-svobody-privolzhsogo>

143. Туленков, А.М. Историко-правовые аспекты становления пенитенциарной медицины в Российской Федерации / А.М. Туленков, С.Б. Пономарев, Н.М. Попов // «Пенитенциарная медицина в России и за рубежом», сборник материалов II международной межведомственной конференции, 25-27 октября 2017 года. – М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России, 2017. – 107 с.

144. Трунцевский, Ю. В. Проникновение запрещенных предметов в учреждения, исполняющие наказания в виде лишения свободы, как нарушение деятельности данных учреждений / Ю.В. Трунцевский, О.В. Пенин // Уголовно-исполнительное право. - 2006. - №1. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/proniknovenie-zapreshennyh-predmetov-v-uchrezhdeniya-ispolnyayushchie-nakazaniya-v-vide-lisheniya-svobody-kak-narushenie-deyatelnosti>.

145. Удовиченко, С.К. Об эпидемиологических рисках, составляющих их категориях и предикторах при возникновении чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического (биологического) характера / С.К. Удовиченко, В.П. Топорков // Анализ риска здоровью. - 2020. - №1. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/ob-epidemiologicheskikh-riskah-sostavlya-yuschih-ih-kategoriyah-i-prediktorah-pri-vozniknovenii-chrezvychaynyh-situatsiy-sanitarno>.

146. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации: [федер. закон принят гос. Думой 08.01.1997г.: по состоянию на 28.12.2020] Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_12940/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12940/).

147. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [федер. закон принят гос. думой 12 марта 1999г.: по состоянию на: 13.07.2020]. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22481/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/).

148. Федеральная государственная информационная система Автоматизированная информационная система электронной обработки статистической информации «Статистика УИС» (ФГИС АИС «Статистика УИС») [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://niit.fsin.su/science/results/3statistika.php>.

149. Фельдблюм, И.В. Эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой /И.В. Фельдблюм // Медиаль. – 2014.- №3(13). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskiiy-nadzor-za-vaktsinoprofilaktikoy>

150. Филичкин, А. А. История становления пенитенциарной медицины в России / А.А. Филичкин // Уголовно-исполнительное право. -2006. -№1.Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-stanovleniya-penitentsiarnoy-meditiny-v-rossii>.

151. Хабриев, Р.У. Развитие гигиены и санитарии в пенитенциарной системе России (конец XVIII-начало XX века) / Р.У. Хабриев, Б.А. Спасенников, Л.Ф. Пертли, С.А. Копыткин // Гигиена и санитария. - 2017. - №8. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-gigieny-i-sanitarii-v-penitentsiarnoy-sisteme-rossii-konets-xviii-nachalo-xx-veka>.

152. Характеристика осужденных, отбывающих лишение свободы (по материалам специальной переписи осужденных 2009 г.). Вып. 1 / Е.М. Данилин,

В.С. Радкевич, И.В. Селиверстов, Е.А. Сизая; Науч. ред.: Селиверстов В.И. - М.: Юриспруденция, 2010. - 18 с.

153. Царик, Г. Н. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г. Н. Царик - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. - Текст : [Электронный ресурс] Режим доступа <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.html>.

154. Чебагина, Т.Ю. Туберкулез у женщин, находящихся в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации / Т.Ю. Чебагина, Е.А. Самарина, С.А. Стерликов // ЗНиСО. -2017. -№2 (287). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tuberkulez-u-zhenschin-nahodyaschihsya-v-ispravitelnyh-uchrezhdeniyah-ugolovno-ispolnitelno-y-sistemy-rossiyskoy-federatsii>.

155. Черкасский, Б. Л. Риск в эпидемиологии. /Б.Л. Черкасский - Москва; Практическая медицина. - 2007.-с.480.

156. Швецова, Е.С. Распространенность аллергических заболеваний среди всех возрастных групп населения Липецкой области / Е.С. Швецова, Т.С. Короткова, Н.В. Нахичевская // Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и сохранения здоровья населения: итоги и перспективы: материалы научно-практической конференции, посвященной 95-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации/под редакцией д-ра мед. наук, профессора А.Ю. Поповой.-Липецк, 2017-С. 261-265.

157. Шугаева, С.Н. Риск в эпидемиологии: терминология, основные определения и систематизация понятий / С.Н. Шугаева, Е.Д. Савилов // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика - 2017. - № 6 (16) - с.73-78.

158. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. (Послевузовское образование). / О.П. Щепин, В.А. Медик, М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. – 592 с.

159. Юдин, С.А. Взаимодействие гражданских и пенитенциарных служб в вопросах оказания противотуберкулезной помощи населению / С.А. Юдин // Кубанский научный медицинский вестник. -2014. - №2. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimodeystvie-grazhdanskih-i-penitentsiarnyh-sluzhb-v-voprosah-okazaniya-protivotuberkuleznoy-pomoschi-naseleniyu>.

160. Ющук, Н.Д. Эпидемиология: Учеб. пособие./Н.Д. Ющук, Ю.В. Мартынов – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.

161. Andrea, L. Wirtz HIV and Viral Hepatitis among imprisoned key populations / L. Wirtz Andrea, T. Yeh Ping, L. Flath Natalie, Chris Beyrer, K.Dolan // *Epidemiologic Reviews*. - 2018. –Volume 40, Issue 1, - P. 12–26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29688317>.

162. Ameya, G. Intestinal parasite infections and associated factors among inmates of Arba Minch prison, southern Ethiopia: cross sectional study. / G. Ameya, Z. Zerdo, M. Tesfaye, C. Jabesa, A. Awaje, K. Dejene, P. Shika, M. Eshetu // *BMC Infect Dis*. -2019- 19(1) – p.1086. doi: 10.1186/s12879-019-4703-y. PMID: 31888496; PMCID: PMC6937967.

163. Altice, F.L. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. / F.L. Altice, L. Azbel, J. Stone, E. Brooks-Pollock, P. Smyrnov, S. Dvoriak, F.S. Taxman, N. El-Bassel, N.K. Martin, R. Booth, H. Stöver, K. Dolan, P. Vickerman // *Lancet*. -2016 -388(10050): p.1228-48. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27427455; PMCID: PMC5087988.

164. Bobrik, A. Prison health in Russia: the larger picture. / A. Bobrik, K. Danishevski, K. Eroshina, M. McKee // *Journal of public health policy*, - 2005 - 26(1), p/ 30–59. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200002>.

165. Brodsky, J. L. Syphilis Outbreak at a California Men’s Prison, 2007–2008: Propagation by Lapses in Clinical Management, Case Management, and Public Health Surveillance. / J. L. Brodsky, M. C. Samuel, J. C. Mohle-Boetani, R. C. Ng, J. Miller, J. M. Gorman, G. Espain, G. Bolan // *Journal of Correctional Health Care*, - 2013- 19(1), p.54–64. <https://doi.org/10.1177/1078345812458088>

166. Bui, J. Understanding and Addressing Health Disparities and Health Needs of Justice-Involved Populations. / J. Bui, A. Bakos // *Public Health Rep*. 2019.- ;134(1\_suppl) –P.3-7. doi:10.1177/0033354918813089.

167. Davis, D.M. Care of Incarcerated Patients. / D.M. Davis, J.K. Bello, F. Rottnek // *Am Fam Physician*. – 2018. -№98 (10)- p.577-583. PMID: 30365288.
168. Develay, A.E. Monitoring system on prison health: feasibility and recommendations. / A.E. Develay, C. Verdoy, I. Grémy // *Sante Publique*. - 2015. -№27 (4). – p. 491-502. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26751924>.
169. Dolan, K. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. / K. Dolan, A.L. Wirtz, B. Moazen, M. Ndeffo-Mbah, A. Galvani, S.A. Kinner, R. Courtney, M. McKee, J.J. Amon, L. Maher, M. Hellard, C. Beyrer, F.L. Altice // *Lancet*. – 2016. - №388(10049). - p. 1089–1102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30466-4.
170. European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2016. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-review-hepatitis-b-and-c-prevalence-eueea>.
171. Fazel, S. The prevalence of intellectual disabilities among 12 000 prisoners — A systematic review 12 000 prisoners — A systematic review / S. Fazel, K. Xenitidis, J. Powell // *International Journal of Law and Psychiatry*.-2008 -Volume 31, Issue 4. – P. 369-373 <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.06.001>.
172. Francis-Graham, S. Understanding how, why, for whom, and under what circumstances opt-out blood-borne virus testing programmes work to increase test engagement and uptake within prison: a rapid-realist review./ S. Francis-Graham, N. A. Ekeke, C. A. Nelson, T.Y. Lee, S.E. Haj, T. Rhodes, C. Vindrola, T. Colbourn, W. Rosenberg // *BMC health services research*, - 2019.-№19(1) p.152. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3970-z>.
173. Flanigan, T. P. HIV and infectious disease care in jails and prisons: breaking down the walls with the help of academic medicine. / T.P. Flanigan, N. Zaller, L. Taylor, C. Beckwith, L. Kuester, J. Rich, C.C. Carpenter // *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, - 2009. - № 120.- P. 73–83.. PMID: 19768164; PMCID: PMC2744543.

174. Freudenberg, N. Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. / N. Freudenberg // *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, - 2001 - №78(2).-p. 214–235. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.2.214>.

175. Gabrysch, C. Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: A three-year follow-up study. / C. Gabrysch, R. Fritsch, S. Priebe, A.P. Mundt // *PLoS One*. – 2019-№14(3):e0213711. doi: 10.1371/journal.pone.0213711. Erratum in: *PLoS One*. 2020 -№15(4):e0231593. PMID: 30870479; PMCID: PMC6417738.

176. Good governance for prison health in the 21st century, a policy brief on the organization of prison health. 2013 UNODC, WHO. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.-a-policy-brief-on-the-organization-of-prison-health-2013>

177. Gulati, G. Intellectual disability in Irish prisoners: systematic review of prevalence. / G. Gulati , V. Murphy, A. Clarke, K. Delcellier, D. Meagher, H. Kennedy, E. Fistein, J. Bogue, C.P. Dunne // *Int J Prison Health*. 2018 - №14(3).-p.188-196. doi: 10.1108/IJPH-01-2017-0003.

178. Hazel, D. Dean. HIV Surveillance Methods for the Incarcerated Population. / D. Dean Hazel., Amy Lansky, Patricia L. Fleming // *AIDS Education and Prevention*: 2002. - Vol. 14, HIV/AIDS in Correctional Settings, - pp. 65-74.<https://doi.org/10.1521/aeap.14.7.65.23859>.

179. Job, Neto F. Health morbidity in Brazilian prisons: a time trends study from national databases./ Neto F. Job, R.B. Miranda, R.A. Coelho, C.P. Gonçalves, E. Zandonade, A.E. Miranda // *BMJ Open*. – 2019 -№9 (5) :e026853.

180. Joseph, A. Bick Infection Control in Jails and Prisons / A. Bick Joseph // *Clinical Infectious Diseases*. - Volume 45, Issue 8. – 2007.- P. 1047–1055, <https://doi.org/10.1086/521910>.

181. Kamarulzaman, A. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. / A. Kamarulzaman, E. Reid Stewart,



Amee Schwitters, L. Wiessing, Nabila I. El-Basse, K. Dolan // *The Lancet*. - 2016 - №388(10049)-p.1115-1126. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)30769-3).

182. Kamarulzaman, A. Prisons: ignore them at our peril. / A. Kamarulzaman, A. Verster, F.L. Altice // *Curr Opin HIV AIDS*. – 2019 - 14(5) – p.415-422. doi: 10.1097/COH.0000000000000572. PMID: 31343458; PMCID: PMC7137098.

183. Kawatsu, L. A situational analysis of latent tuberculosis infection among incarcerated population in Japan. / L. Kawatsu, K. Uchimura, A. Ohkado // *PLoS One*. – 2018-№13(9) - e0203815. doi: 10.1371/journal.pone.0203815. PMID: 30192897; PMCID: PMC6128644.

184. Kose, S. Hepatitis B and Hepatitis C in prisons: a prevalence study / S. Kose, P. Adar, A. Gozaydin, L. Kuzucu, G. Akkoclu. // *International Journal of Prisoner Health* – 2019- №15(2)-p.162-167. <https://doi.org/10.1108/IJPH-01-2018-0004/>.

185. Leung, J. Challenges with controlling varicella in prison settings: experience of California, 2010 to 2011. / J. Leung, A.S. Lopez, E. Tootell, N. Baumrind, J. Mohle-Boetani, B. Leistikow, K.H. Harriman, C.P. Preas, G. Cosentino, S.R. Bialek, M. Marin // *J Correct Health Care*. - 2014 -№20(4)-p.292-301. doi: 10.1177/1078345814541535. Epub 2014 Sep 7. PMID: 25201912; PMCID: PMC4606860.

186. Leaving no one behind in prison health 6th Prison Health Conference. Prison health systems: the interface with wider national health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/405870/Report-HIPP-6th-Conference-March-2019-Finalto-publish.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/405870/Report-HIPP-6th-Conference-March-2019-Finalto-publish.pdf).

187. Levy, Michael H. Pox in the docks: varicella outbreak in an Australian prison system / Michael H. Levy, S. Quilty, L. C. Young, W. Hunt, R. Matthews, P. W. Robertson // *Public Health* – 2003 - Volume 117, Issue 6, - P. 446-451 [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(03\)00138-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(03)00138-0).

188. Melese, A. The prevalence of tuberculosis among prisoners in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis of published studies. / A. Melese, H. Demelash // *Arch Public Health*. – 2017 - p.75:37. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0204-x>.

189. Murphy, M. Varicella in the prison setting: A report of three outbreaks in Rhode Island and a review of the literature / M. Murphy, A. L. Berns, U. Bandyopadhyay, J. Rich, D. N. Quilliam, J. Clarke, K. Kane, C. Salas, A. Yousaf, R. Reece // *Vaccine* – 2018. - Volume 36, Issue 37. – P. 5651-56565 <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.031>.

190. Morbidity and Mortality Weekly Report (*MMWR*) Influenza Outbreaks at Two Correctional Facilities — Maine, March 2011 Weekly April 6, - 2012 - № 61(13) - p. 229-232 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6113a3.htm>.

191. Moreira, T.R. Prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: systematic review and meta-analysis / T.R. Moreira, A.C. Lemos, R.M. Colodette, A.P. Gomes, R.S. Batista // *Rev Panam Salud Publica*. - 2019 - №43:e16. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2019.16. PMID: 31093240; PMCID: PMC6393725.

192. Massoglia, M. Between Incarceration and Health. / M. Massoglia, B. Remster // *Public Health Rep*. - 2019. - 134(1\_suppl)- P.8-14. doi:10.1177/0033354919826563.

193. Moschetti, K. The determinants of individual health care expenditures in prison: evidence from Switzerland. / K. Moschetti, V. Zabrodina, T. Wangmo, A. Holly, J.B. Wasserfallen, B.S. Elger, B. Gravier // *BMC Health Serv Res*.- 2018-№18(1)-P.160. doi: 10.1186/s12913-018-2962-8. PMID: 29514629; PMCID: PMC5842659.

194. Ndeffo-Mbah, M.L. Dynamic Models of Infectious Disease Transmission in Prisons and the General Population. / M.L. Ndeffo-Mbah, V.S. Vigliotti, L.A. Skrip, K. Dolan, A.P. Galvani // *Epidemiol Rev*. -2018 -№40(1)-P.40-57. doi: 10.1093/epirev/mxx014. PMID: 29566137; PMCID: PMC5982711.

195. Nowotny, K.M. Incarceration Rates and Incidence of Sexually Transmitted Infections in US Counties, 2011-2016. / K.M. Nowotny, M. Omori, M. McKenna, J. Kleinman // *Am J Public Health*. - 2020 - 110(S1)-P.130–136. doi:10.2105/AJPH.2019.305425.

196. Opitz-Welke, A. Medicine in the Penal System. / A. Opitz-Welke, M. Lehmann, P. Seidel, N. Konrad // *Dtsch Arztebl Int.* – 2018. - №115 (48) -P.808-814. doi: 10.3238/arztebl.2018.0808. PMID: 30642429; PMCID: PMC6365676.

197. Organizational models of prison health. Considerations for better governance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/organizational-models-of-prison-health-considerations-for-better-governance-2020>.

198. Prisons and Health / Edited by: Stefan Enggist, Lars Moller, Gauden Galea and Caroline Udesen - World Health Organization.- 2014. – 207p. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf).

199. Salazar-De La Cuba, A.L. High prevalence of self-reported tuberculosis and associated factors in a nation-wide census among prison inmates in Peru. / A.L. Salazar-De La Cuba, D.F. Ardiles-Paredes, R.V. Araujo-Castillo, J.L. Maguiña // *Trop Med Int Health.* – 2019-№24(3).- P.328-338. doi: 10.1111/tmi.13199.

200. Shrestha, G. Health needs and risky behaviours among inmates in the largest prison of eastern Nepal. / G. Shrestha, R. Mulmi, D.K. Yadav, D. Baral, B.K. Yadav, A. Chakravartty, P.K. Pokharel, N. Sapkota // *Int J Prison Health.* -2018.- №14(4)/-P.254-267. doi: 10.1108/IJPH-10-2017-0049. PMID: 30468108.

201. Status report on prison health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2019/status-report-on-prison-health-in-the-who-european-region-2019>.

202. Tavoschi, L. Active Case Finding for Communicable Diseases in Prison Settings: Increasing Testing Coverage and Uptake Among the Prison Population in the European Union/European Economic Area. / L. Tavoschi, H. Vroiling, G. Madeddu // *Epidemiol Rev.* - 2018- №40(1). – P.105–120. doi:10.1093/epirev/mxy001.

203. The Lancet. Active case finding for communicable diseases in prisons. *Lancet*. 2018 - №391 (10136).-P.2186. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31251-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31251-0).

204. Tung, T. The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study. / T. Tung, Y. Hsiao, S. Shen // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* -2019- №54.- P.379–386. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1614-y>).

205. Vera-Remartínez, E.J. Prevalence of chronic diseases and risk factors among the Spanish prison population. / E.J. Vera-Remartínez, J.R. Borraz-Fernández, J.A. Domínguez-Zamorano, L.M. Mora-Parra, S.V. Casado-Hoces, J.A. González-Gómez // *Rev. esp. sanid. penit.* [Internet]. 2014 - № 16(2 ).-P. 38-47. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202014000200003&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000200003&lng=en).

206. Verdot, C. Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad. / C. Verdot, E. Godin-Blandeau, I. Grémy, A.E. Develay // *Eur J Public Health*. – 2015. - №25(1). - P.167-72. doi: 10.1093/eurpub/cku141. Epub 2014 Sep 9. PMID:25210027.

207. Vagenas, P. A review of medical and substance use co-morbidities in Central Asian prisons: implications for HIV prevention and treatment. / P. Vagenas, L. Azbel, M. Polonsky, N. Kerimi, M. Mamyrov, S. Dvoryak, F.L. Altice // *Drug Alcohol Depend.*- 2013.- №132 Suppl 1. -P.25-31. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.010>.

208. Wirtz, A.L. HIV and Viral Hepatitis Among Imprisoned Key Populations./ A.L. Wirtz, P.T. Yeh, N.L. Flath, C. Beyrer, K. Dolan // *Epidemiol Rev.* - 2018 - №40(1).-P.12-26. doi: 10.1093/epirev/mxy003. PMID: 29688317; PMCID: PMC5982732.

209. Wen-Cheng, Chao Control of an H1N1 outbreak in a correctional facility in central Taiwan / Chao Wen-Cheng, Chieh-Liang Wu Po-YuLiu // *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* – 2017. - Volume 50, Issue 2. – P. 175-182 <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2015.05.005>.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А. Показатели распространенности и заболеваемости психо-соматических, инфекционных болезней**

**Таблица А.1 – Среднемноголетние показатели распространенности психо-соматических болезней среди контингента ПУ и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 населения и контингента)**

Наименование нозологии	РФ	Липецкая область	УФСИН России по Липецкой области	СИЗО	ИУ	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Осужденные на тюремном режиме
Зарегистрировано заболеваний - всего	146420,3	142920,2	109620,0	97566,1	114181,6	96902,6	115916,3	335870,4
Инфекционные и паразитарные болезни	3686,0	3177,8	33607,0	29165,2	35818,4	27298,5	41012,6	68726,5
Новообразования	5575,7	5831,4	245,3	195,3	263,3	418,2	124,1	452,2
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	926,9	313,6	186,4	216,2	179,3	46,5	243,9	979,7
Болезни эндокринной системы	8217,1	6992,4	794,7	809,0	812,5	887,9	646,2	2637,5
Психические расстройства и расстройства поведения	4683,3	5645,9	35395,9	27798,3	37652,0	38526,7	35076,6	70233,6
Болезни нервной системы	4929,2	1140,2	1769,3	1255,3	1817,8	913,7	2572,1	1733,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	10075,7	8604,7	1867,4	2482,7	1826,9	944,7	1194,0	25847,8
Болезни уха и сосцевидного отростка	3527,8	3389,9	2045,7	2963,9	1826,9	1486,8	774,6	25320,3
Болезни системы кровообращения	29071,3	32977,8	5824,6	4470,3	6297,7	4413,8	7540,9	11906,6
Болезни органов дыхания	20645,3	20365,4	12736,7	8989,5	13718,7	14036,5	11418,3	49585,5
Болезни органов пищеварения	11019,9	10296,3	6864,6	5572,2	7280,3	3257,5	9578,0	25546,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4954,6	4284,3	2542,8	4309,9	2037,9	1982,3	1099,9	19366,9
Болезни костно-мышечной системы	14341,0	13803,3	2297,5	3438,2	1976,7	1084,1	1408,0	25018,8
Болезни мочеполовой системы	13028,3	13141,5	1457,0	1799,3	1325,3	640,1	1686,2	4973,6
Беременность, роды и послеродовой период	2992,8	3054,9	75,2	292,9	9,1	0,00	17,1	0,00
Врожденные аномалии	126,1	94,6	31,1	0,0	47,7	56,8	42,8	0,00
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	166,0	383,9	22,9	0,0	31,8	0,00	55,6	75,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	8450,8	9420,6	1856,0	3807,8	1259,53	908,6	1425,2	3466,5

Таблица А.2 – Среднемноголетние показатели заболеваемости психо-соматическими патологиями контингента ПУ и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 населения и контингента)

Наименование нозологии	РФ	Липецкая область	УФСИН России по Липецкой области	СИЗО	ИУ	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Осужденные на тюремном режиме
Зарегистрировано заболеваний - всего	55206,76	52006,78	22109,76	30225,26	20034,50	18527,70	16455,53	105048,98
Инфекционные и паразитарные болезни	1906,03	1707,51	3335,84	8731,43	1727,03	1569,36	1369,51	10324,04
Новообразования	1317,19	1055,49	83,40	48,82	97,59	154,87	47,08	150,72
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	249,66	54,04	71,95	139,48	49,93	10,32	59,92	452,15
Болезни эндокринной системы	1153,11	893,63	75,22	27,90	93,05	36,14	106,99	678,22
Психические расстройства и расстройства поведения	431,57	494,71	1736,60	5369,97	662,67	1171,85	184,03	1657,87
Болезни нервной системы	996,85	218,00	277,99	139,48	295,03	123,90	423,69	527,51
Болезни глаза и его придаточного аппарата	2659,57	2920,78	506,92	697,40	472,04	242,63	222,55	8214,02
Болезни уха и сосцевидного отростка	2148,62	2162,76	734,21	927,54	692,18	351,04	303,86	12509,42
Болезни системы кровообращения	3647,85	3172,88	932,07	543,97	1091,59	438,80	1497,90	3466,47
Болезни органов дыхания	15937,49	15570,09	9417,21	6185,93	10589,14	12812,97	7198,49	37829,69
Болезни органов пищеварения	2545,30	1407,90	1548,55	955,44	1781,50	511,07	2721,90	3767,90
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3569,69	3509,48	704,78	1262,29	540,12	330,39	295,30	7912,58
Болезни костно-мышечной системы	2924,68	2158,01	580,50	655,55	569,63	160,03	239,66	12358,70
Болезни мочеполовой системы	5024,54	5502,76	341,76	543,97	285,95	46,46	385,18	2034,66
Беременность, роды и послеродовой период	2136,85	1621,01	47,42	188,30	4,54	0,00	8,56	0,00
Врожденные аномалии	10,76	4,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	112,38	131,05	6,54	0,00	9,08	0,00	17,12	0,00
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	8432,05	9420,57	1708,80	3807,80	1073,44	567,86	1373,79	3165,03

Таблица А.3 – Среднемноголетние показатели распространенности социально-значимых инфекций среди контингента ПУ (в показателях на 100 контингента) и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 населения)

Наименование нозологии	РФ	Липецкая область	СИЗО	ИУ	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Осужденные на тюремном режиме
Хронический вирусный парентеральный гепатит (В и С)	720,6	181,2	13292,42	22685,19	14279,08	28490,11	43180,11
ВИЧ-инфекция	892,7	169,6	9240,5	7729,67	4000,83	10981,77	4898,27
Туберкулез	123,7	63,6	2245,62	-	-	-	-
Сифилис	117,2	97,3	723,6	-	-	-	-

Таблица А.4 – Среднемноголетние показатели заболеваемости социально-значимыми инфекциями контингента ПУ (в показателях на 100 контингента) и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 населения)

Наименование нозологии	РФ	Липецкая область	СИЗО	ИУ	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Осужденные на тюремном режиме
Хронический вирусный парентеральный гепатит (В и С)	83,3	57,8	2726,8	678,56	722,73	338,10	6028,64
ВИЧ-инфекция	72,6	37,2	2426,95	485,66	438,80	547,80	75,36
Туберкулез	64,4	37,9	1227,4	458,42	376,85	543,52	150,72
Сифилис	25,5	20,8	540,8	-	-	-	-
Трихомоноз	61,4	101,7	2629,2	-	-	-	-

Таблица А.5 – Среднемноголетние показатели заболеваемости ОРВИ контингента ПУ и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 населения и контингента)

Год	РФ	Липецкая область	СИЗО	ИУ	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Осужденные на тюремном режиме
2012	6693,4	5075,08	10560,34	8831,31	12202,85	4518,27	41007,19
2013	7397,88	6278,18	4832,347	10523,55	12856,01	6755,41	41011,24
2014	6320,39	5474,12	4983,819	8205,84	7710,012	5904,31	48989,9
2015	6954,46	5728,83	4296,296	8743,86	11017,29	5222,02	30150,75
2016	7383,24	5966,24	5257,453	10015,46	13298,51	6392,41	29069,77
2017	7283,07	4679,58	5886,116	9841,65	13751,99	6367,04	18300,65
2018	7495,78	5388,08	3152,364	8318,76	11264,37	5769,23	12962,96
2019	7253,71	4156,43	5385,49	9987,2	13238,51	6784,01	31297,71
Среднемноголетнее	7106,88	5361,73	5416,44	9311,17	11861,75	5968,07	32057,06



Таблица А.6 – Среднемноголетние показатели заболеваемости ВП контингента ПУ и взрослого населения РФ и Липецкой области (в показателях на 100 населения и контингента)

Год	РФ	Липецкая область	СИЗО	ИУ	Осужденные, впервые отбывающие наказание	Осужденные, повторно отбывающие наказание	Осужденные на тюремном режиме
2012	374,1	432,3	269,40	528,82	515,06	498,34	1438,85
2013	382,7	411,5	246,55	455,26	593,35	332,78	561,80
2014	338	317,8	258,90	260,78	306,87	169,66	1010,10
2015	338,3	341,3	98,77	290,86	402,09	213,14	0,00
2016	397,4	415,2	108,40	498,20	843,71	189,87	1162,79
2017	374,9	379,5	319,90	357,57	675,68	93,63	653,59
2018	491,7	443,3	116,75	466,47	781,61	213,68	617,28
2019	518,9	404,9	113,38	384,12	492,34	293,36	763,36
Среднемноголетнее	378,31	393,18	188,30	405,33	574,29	249,20	750,75

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Форма экстренного извещения для внутреннего  
пользования в УИС (рекомендуемое)**

наименование медицинской Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
организации

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Форма статистического учета № 058/у

Адрес \_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России от  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ, ПАРАЗИТАРНОМ И  
ДРУГОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ,  
НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ РЕАКЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ИММУНИЗАЦИЕЙ,  
ВОЗДЕЙСТВИИ ЖИВЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ СИЛ**

1. Дата заполнения извещения: \_\_.\_\_.\_\_\_\_. Время \_\_.\_\_.

2. Извещение: первичное - 1, повторное - 2.

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

4. Пол: муж. - 1, жен. - 2.

5. Дата рождения: \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

6. Адрес регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_

6. Адрес фактического проживания: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

Номер учреждения \_\_\_\_\_, режим \_\_\_\_\_

№ отряда (камеры) \_\_\_\_\_, № спального помещения (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата поступления в учреждение \_\_\_\_\_

Откуда поступил (наименование учреждения) \_\_\_\_\_

7. Местность: городская - 1, сельская - 2.

8. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_,

8.1. Дата последнего посещения работы \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

8.2. Дата последнего свидания со сторонними лицами (родственниками, адвокатами и иное) \_\_\_\_\_

8.3. Группа профилактического учета \_\_\_\_\_

8.4. Посещение массовых мероприятий (дата, вид) \_\_\_\_\_

9. Клинический диагноз:

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_.

Внешняя причина \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_.

10. Диагноз подтвержден лабораторно: да - 1, нет - 2.

10.1. Результат лабораторного обследования \_\_\_\_\_

11. Даты: заболевания \_\_.\_\_.\_\_\_\_.,

первичного обращения (выявления) \_\_.\_\_.\_\_\_\_.,

установления диагноза \_\_.\_\_.\_\_\_\_.,

госпитализации \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

12. Место госпитализации \_\_\_\_\_,

12.1. Оставлен в отряде/камере (причина) \_\_\_\_\_.

13. Исход заболевания: выздоровление - 1, улучшение - 2, смерть - 3.

14. Проведенные противоэпидемические (профилактические) мероприятия

\_\_\_\_\_

15. Сообщено:

15.1 в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения: \_\_.\_\_.\_\_\_\_. Время \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

15.2. в управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации:

\_\_.\_\_.\_\_\_\_. Время \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

16. ФИО лица, заполнившего извещение \_\_\_\_\_.

**ПРИЛОЖЕНИЕ В. Форма карты эпидемиологического обследования очага для  
внутреннего пользования в УИС (рекомендуемое)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ <small>наименование учреждения</small>	Форма № 357/y
---	---------------

**КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ** №   
**очага инфекционного заболевания**

**I. СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ** (здесь и далее - «да»)

1	Окончательный диагноз											
2	Вид, тип возбудителя											
3	Больной: местный	1	<input type="checkbox"/>	приезжий	2	<input type="checkbox"/>						
4	Фамилия, имя, отчество											
5	Пол: мужской	1	<input type="checkbox"/>	женский	2	<input type="checkbox"/>						
6	Дата рождения											
7	Домашний адрес:	населенный пункт _____		город	1	<input type="checkbox"/>	село	2	<input type="checkbox"/>			
	улица			дом №			корп. №					
7.1	Учреждение № _____	Режим _____		впервые/повторно								
7.2	Дата начала срока _____	7.3.	Дата конца срока _____									
7.4	Поступил из _____ (область) _____	7.5.	Проф.учет _____									
8	Место работы (учебы, № дет. учреждения)			Род занятий								
9	Дата последнего посещения места работы, учебы, детского учреждения											
10	Наименование лечебного учреждения по месту жительства											
11	Сообщение о больном получено (дата, час); устное (телефон), письменное											
12	Кем направлено (учреждение)											
13	Диагноз по экстренному извещению											
14	Основные симптомы в первые дни болезни											
15	Больной (б/н) выявлен: при профобследовании	1	<input type="checkbox"/>	обследовании по эпидпоказаниям	2	<input type="checkbox"/>	обращении за медпомощью	3	<input type="checkbox"/>			
16	Дата и час эпидобследования			Дата окончания наблюдения								
17	Дата заболевания	18	Дата обращения	19	Дата установления диагноза, по поводу кот. присл. экстр. извещен.	20	Дата госпитализации	21	Дата окончательного диагноза			
22	Место госпитализации, транспорт											
23	Оставлен на дому (причина) отсутствие:	эпидемических показаний		1	<input type="checkbox"/>	клинических показаний		2	<input type="checkbox"/>			
		мест в стационаре		3	<input type="checkbox"/>	отказ от госпитализации		4	<input type="checkbox"/>			
24	Причина поздней госпитализации: отсутствие эпидемических показаний	1	<input type="checkbox"/>	клинических показаний		2	<input type="checkbox"/>					
	мест в стационаре	3	<input type="checkbox"/>	позднее обращение	4	<input type="checkbox"/>	поздняя диагностика	5	<input type="checkbox"/>	отказ	6	<input type="checkbox"/>
25	Лабораторные исследования проводились	1	<input type="checkbox"/>	не проводились	2	<input type="checkbox"/>						

26 <b>Диагноз подтвержден</b>				
Только клинически		Дата		Результаты обследования
		1		
Лабораторно	бактериологически	2		
	микроскопически	3		
	серологически	4		
	биохимически	5		
Другими методами		6		

27	Данные о последней иммунизации (плановой <input type="checkbox"/> по эпидпоказаниям <input type="checkbox"/> дата, доза, препарат, серия)		
----	---	--	--

28	Вакцинация		Ревакцинация	
----	------------	--	--------------	--

Нет сведений	БОЛЬНОЙ ПРИВИТ				
	1 <input type="checkbox"/>	по схеме 2 <input type="checkbox"/>	с нарушением интервалов между прививками 3 <input type="checkbox"/>	с нарушением сроков после перенес. заболев. 4 <input type="checkbox"/>	с др. нарушением схемы прививок 5 <input type="checkbox"/>

БОЛЬНОЙ НЕ ПРИВИТ		
по мед. показаниям 7 <input type="checkbox"/>	из-за отказа 8 <input type="checkbox"/>	по другим причинам 9 <input type="checkbox"/>

## II. ПОИСК ИСТОЧНИКА И ФАКТОРА ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

29	Ориентировочные сроки заражения:	с		по	
----	----------------------------------	---	--	----	--

30	<b>Необычные обстоятельства и условия, в которых находился больной в пределах срока заражения, важные с точки зрения возникновения заболевания:</b>	
----	---	--

	Адрес, место	Период времени, дата
Нахождение в другом населенном пункте		
Посещение родственников, знакомых (длительные свидания)		
Выезд на строительные, сельскохозяйственные и другие работы		
Отдых в природных условиях (турпоход, охота, рыбная ловля, купание и т.д.)		
Пребывание в отпуске		
Нахождение в стационаре		
Переливание крови, плазмы		
Медицинские манипуляции (какие)		
Общение с животными (птицами)		
Аварии на водопроводе, канализации		
Прочие		

31	<b>Лица, которые могли явиться источником заражения (больные или подозрительные на эту инфекцию, реконвалесценты, носители инфекции, доноры):</b>		
----	---	--	--

Фамилия, имя, отчество	Диагноз и клиническая форма (или донорство)	Место, время и характер общения, адрес донора	Результат обследования

32	Сведения о пищевых продуктах, воде, в результате употребления которых могло возникнуть данное заболевание (сведения вписываются о наиболее вероятных факторах):				
	Наименование продукта, вид водоисточника	Дата и место приобретения	Дата и место употребления	Условия хранения	Качество со слов больного или других лиц

### III. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЛИКВИДАЦИИ

44	Наблюдения за лицами, общавшимися с больными или имевшими возможность заразиться в тех же условиях:					
	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Адрес	Место и характер выполняемой работы	Сведения об иммунности	Характер ограничительных мер

45	Меры специфической профилактики и обследования лиц в организованных коллективах:									
	Наименование коллектива	Адрес	Число общавшихся	Подлежал специф. профилактике	Получили спец. профилактический препарат	Обследовано лабораторно		Выявлено		Дата выявления
						дата	число лиц	больных	б/н	

### САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНЫХ ОЧАГОВ, СВЯЗАННЫХ С ДАННЫМ БОЛЬНЫМ

#### А. ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

32	Жилищные условия: общежитие № _____ 1 _____ камера _____ 2 _____ КДС _____ 3 _____			
	прочее _____ 4 _____			

33	Плотность заселения:	_____ человек	в _____ комнатах	площадью _____ кв. метров
----	----------------------	---------------	------------------	---------------------------

34	Водоснабжение:	водопровод <input type="checkbox"/>	колонка <input type="checkbox"/>	колодец буровой <input type="checkbox"/>	шахтный <input type="checkbox"/>	общественный <input type="checkbox"/>	частный <input type="checkbox"/>
	привозная вода <input type="checkbox"/>	открытый водоем <input type="checkbox"/>	Качество воды (со слов) _____		Регулярность подачи _____		

35	Вид сбора и удаления нечистот:	канализация <input type="checkbox"/>	выгребная яма <input type="checkbox"/>	надворный туалет <input type="checkbox"/>	др. способом _____
----	--------------------------------	--------------------------------------	--	---	--------------------

36	Удаление мусора:	мусоропровод <input type="checkbox"/>	мусоровоз <input type="checkbox"/>	мусоросборщик <input type="checkbox"/>	контейнер <input type="checkbox"/>	др. способом _____
----	------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------

37	Санитарное содержание квартиры:	_____ территории _____ туалета _____
----	---------------------------------	--------------------------------------

38	Наличие педикулеза:	_____ других насекомых _____ грызунов _____
----	---------------------	---

39	Прочие факторы, важные с точки зрения возникновения заболевания	_____
----	---	-------

#### Б. ПО МЕСТУ РАБОТЫ, УЧЕБЫ, ВОСПИТАНИЯ, ОТДЫХА, ЛЕЧЕНИЯ

40	Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы и т.д.), в котором находился больной	_____
----	---	-------

41	Соответствие санитарно-техническим и противоэпидемическим требованиям в:	
	плотности размещения	_____
	изолированности	_____
	водообеспечении	_____
	канализации	_____
	санитарном содержании	_____
	хранении пищевой продукции	_____
	приготовлении пищи	_____

42	Факторы, способствовавшие возникновению заболевания	_____
----	---	-------

43 Лабораторные исследования материала из внешней среды (включая членистоногих):				
Дата	Наименование объекта: вид членистоногого животного	Материал	Число проб	Вид исследования и результат

Специфическая и другие виды профилактики данных лиц (по месту жительства)								
Кому об этом сообщено, дата	Профилактика последовательных заболеваний				Лабораторное обследование			Результат наблюдения
	дата	препарат	доза	серия	дата	результат	дата получения	

46 Меры по разрыву механизма передач инфекции в очагах:					
Мероприятия	Вид препарата	Время проведения		Исполнители	Контроль измерения (включая лабораторный) и результат
		по месту жительства	по месту работы и т.д.		
Карантин					
Текущая дезинфекция					
Заключительная дезинфекция					
Дезинсекция					
Камерная обработка	Способ воздушно-паровой				
	пароформалиновый				

Больной госпитализирован	
--------------------------	--

#### IV. ВЫВОДЫ ИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1 Заражение произошло на территории:	1 Республика		2 Область	
3 район (город)		4 Населенный пункт (район, город)		
4а Город	1		село	2

2 Наиболее вероятное место заражения												
неизвестно	по месту жительства	по месту работы	в ДДУ	в школе	в летнем дет. оздор. учрежд.	в специализ. учебн. заведении	в строит. отряде, лагере труда и отдыха	в лечеб. стационаре	в пункте обществ. питания	по пути следования	в прир. услов.	в пр. местах врем. пребывания
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13

3 Вероятный источник инфекции									
Человек (фамилия, имя, отчество)					Животное (вид)				
источник выявить не удалось	больной острой формой болезни	больной хронич. формой болезни	реконвалесцент	носитель инфекции	домашние животные	дикие животные	грызуны	птицы	прочие
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

4 Вероятный основной фактор передачи возбудителя инфекции											
не установлен	Вода				напитки, соки	молоко	сметана, сливки	творожные изделия	прочие молочные продукты	мясные продукты	рыбные продукты
	водопроводная	колодезная	открытых водоемов	канализационная							
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
винегрет, салаты	готовые горячие блюда	другие кулинарные изделия	фрукты, овощи, ягоды	другие пищевые продукты	контактно-бытовой путь передачи	воздушно-капельный путь	кровь, плазма, сыворотка	животн. сырье	живой переносчик	другие факторы передачи	
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

5 Условия, способствовавшие заражению						
обстоятельства выявить не удалось	несвоевременное выявление и изоляция источника	переуплотненность	несоблюдение дез. режима	несвоевременное проведение иммунизации	другие нарушения противоэпидемических правил	выход в природный очаг
01	02	03	04	05	06	07

Нарушение санитарных правил при							аварии на водопроводно-канализационной сети	несоблюдение правил личной гигиены	другие обстоятельства
изготовлении пищевых продуктов	хранении и транспортировке	приготовлении пищи	реализации пищевых продуктов	обработке сырья	обработке инструментария	содержании помещения			
08 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>

6	Заболевание в очаге								
А. По месту жительства		_____ первичное			1 <input type="checkbox"/>	_____ последовательное			2 <input type="checkbox"/>
Б. По месту		работы <input type="checkbox"/>	учебы <input type="checkbox"/>	воспитания <input type="checkbox"/>		отдыха <input type="checkbox"/>	лечения <input type="checkbox"/>	:	
		_____ первичное			1 <input type="checkbox"/>	_____ последовательное			2 <input type="checkbox"/>

Обследование проводил:

Дата сдачи карты медстатистики  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

ПОДПИСИ:

Врач-эпидемиолог	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Помощник эпидемиолога	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			ПОДПИСЬ

Другие специалисты: