

## АНАЛІЗ СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я ПЕНІТЕНЦІАРНОГО НАСЕЛЕННЯ

<sup>1</sup>Торбін В.Ф., <sup>2</sup>Поляков Є.О.

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія  
<sup>2</sup>Медична служба пенітенціарної системи

**Резюме.** *Встановлено, що для осіб позбавлених волі в установах пенітенціарної системи світу характерним є весь спектр захворювань притаманний загальному населенню країни. У структурі захворюваності ув'язнених як і раніше переважають захворювання органів дихання, травлення, хвороби сечостатевої системи та інфекційні хвороби. При цьому, традиційно, впродовж багатьох десятиліть, в установах виконання покарань (УВП) більше уваги приділяється захворюваності на туберкульоз, а в останні два десятиліття – на ВІЧ/СНІД та гепатити В і С.*

*Смертність пенітенціарного населення значної кількості країн світу залишається високою у порівнянні із загальним населенням. Типовою для пенітенціарних установ більшості індустріально-розвинених країн (США, Великобританія, Канада та ін.) є структура смертності, з перевагою зовнішніх причин (самогубство, отруєння, вбивство). У структурі смертності засуджених у бувших республіках СРСР провідні місця займають серцево-судинні захворювання (32%), інфекційні захворювання (27%) і зовнішні причини смерті (14%).*

**Ключові слова:** *пенітенціарне населення, захворюваність, смертність, структура захворюваності, структура смертності.*

**Вступ.** Здоров'я нації – один з найважливіших показників благополуччя суспільства. Охорона здоров'я громадян є обов'язком всіх органів держави, у тому числі і органів, виконуючих кримінальні покарання. Тривалий час питання медико-санітарного забезпечення засуджених відкрито не обговорювалися, особливо на пострадянському просторі, проте сьогодні, в умовах реформування суспільних стосунків з'явилася нагальна потреба в пошуку дієвих засобів перебудови і якісного перетворення системи охорони здоров'я осіб, що містяться у виправних установах.

**Матеріали та методи дослідження.** Дане дослідження побудоване на використанні методів системного аналізу: логіки, аналізу, синтезу.

Матеріалами дослідження слугували літературні друквані та електронні джерела за темою статті.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У багатьох країнах у місцях позбавлення волі відзначаються підвищені рівні захворюваності.

Так загальна захворюваність у осіб, які утримуються в місцях позбавлення волі в Республіці Білорусь, досягла у 2006 р. рівня 149786,3 на 100 тис., що вище загальнореспубліканського на 10%. Показник первинної захворюваності серед контингентів виправних установ (ВУ) був нижче загальнореспубліканського на 9,2% і дорівнював 51814,5 на 100 тис. Разом з тим співвідношення загальної та первинної захворюваності становить 2,89 (по

республіці - 1,76), що вказує на значне накопичення хронічної патології серед контингентів пенітенціарних установ.

У структурі первинної захворюваності засуджених у 2006 р. переважали хвороби органів дихання і травлення, які в сукупності склали 50,3% всієї зареєстрованої патології. Структура загальної захворюваності дещо інша - лідирують хвороби органів травлення (29,5%) і психічна патологія (19,0%) [1].

Дослідження стану здоров'я в УВП РФ у другій половині 1990-х років [2] показали, що в структурі захворюваності засуджених провідні місця займали хвороби органів дихання - 23,5% (ГРВІ, хронічні неспецифічні захворювання легень, пневмонія та ін.); психічні розлади 19,6%, інфекційні та паразитарні хвороби - 17,3% (туберкульоз, ППСШ та ін.), хвороби шкіри і п/ш клітковини - 10,9% (короста, педикульоз та ін.). Разом з тим пізніші дослідження здійснені у пенітенціарних закладах Удмуртії [3] показали, що середній багаторічний показник первинної захворюваності в установах кримінально-виконавчої системи, за даними офіційної статистики, в 2003 - 2009 рр. склав  $28457,5 \pm 388,2$  випадку на 100 тис. контингенту, загальної захворюваності -  $90851,0 \pm 234,4$  випадку на 100 тис. контингенту, що нижче аналогічних показників серед цивільного населення (від 2,1 до 3,2 рази відповідно). Частка-соціально значущих інфекцій при цьому в 11,6 рази перевищила таку серед цивільного населення.

Аналіз стану тюремної охорони здоров'я в Киргизькій Республіці (2009 рік), показав значне зростання як загальної, так і первинної захворюваності пенітенціарного населення, що у рази перевищувало аналогічні показники у населення. У структурі захворюваності ув'язнених як і раніше переважають захворювання органів дихання, травлення, хвороби сечостатевої системи та інфекційні хвороби [4].

В результаті проведених досліджень в італійських в'язницях, відповідно 31,6% і 43,5% ув'язнених повідомили про поганий стан здоров'я і низьку якість життя, а 60% зізналися, що їх здоров'я погіршилося або значно погіршилося під час перебування у в'язниці.

Згідно даних опитування 30% ув'язнених вказують на проблеми зі здоров'ям під час надходження до пенітенціарної установи і 82% опитаних вказали на проблеми зі здоров'ям під час перебування у в'язниці [5].

У в'язнів-жінок часто буває більше порушень здоров'я, ніж у в'язнів-чоловіків, тому що багато хто з жінок страждають хронічними і комплексними порушеннями здоров'я, оскільки в їх житті були злидні, вживання наркотиків, насильство в сім'ї, звалтування, вагітність в підлітковому віці, порушення харчування, незадовільна медико-санітарна допомога [6]. Серед правопорушниць-жінок з наркотичною залежністю поширеність туберкульозу, гепатиту, різних інтоксикацій, анемії, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету та ожиріння вище, ніж серед правопорушників-чоловіків [7].

Непропорційно висока серед в'язнів-жінок поширеність психічних розладів: той чи інший розлад виявляється у 80%. Дві третини страждають посттравматичним стресовим розладом [8] і стільки ж - яким небудь розладом, обумовленим вживанням психоактивних речовин [9].

Європейський Комітет із запобігання катувань (3-я доповідь, Страсбург, червень 1993 р.) зазначив, що «порівняно з населенням у цілому, серед ув'язнених часто зустрічаються особи, які страждають психічними розладами». Введено навіть спеціальний термін «тюремні психози» [10]. Відзначається, що перебування в місцях позбавлення волі понад 5 років викликає незворотні зміни у психіці людини, коли сприйняття засудженим навколишнього середовища як чужого, небезпечного і ненависного, переходить на підсвідомий рівень. Є дані, які показують, що сенсорна депривація у виправно-трудовій установі може викликати у людини тимчасовий психоз або стати причиною тимчасових психічних порушень [10]. Псіховісцеральне здоров'я «пенітенціарних суб'єктів», на думку Є.В. Черносвітова, «випадає» зі структури здоров'я всього населення. Взяття під варту являє собою акт вираження «громадянської смерті» людини, з носія суспільної свідомості він стає людиною натовпу [11].

Дану тезу підтверджують автори багатьох досліджень які констатують, що у місцях позбавлення волі в надмірній кількості представлені особи з патологією психічної сфери [12].

Загрозливі розміри приймає і проблема вживання нелегальних психоактивних речовин. В даний час пропорція наркозалежних ув'язнених у країнах Євросоюзу варіює від 30% до 86%. При цьому потреби ув'язнених у психіатричній та наркологічній допомозі набагато перевершують можливості тюремних служб охорони здоров'я [13].

Є декілька пояснень такої високої поширеності психічних захворювань серед ув'язнених. З одного боку, поведінка, що з високою ймовірністю приводить до позбавлення волі, може бути обумовлена деякими типами психопатології. З іншого боку, існує кореляція між скороченням ліжкового фонду психіатричних стаціонарів і різким збільшенням кількості ув'язнених в останні кілька десятиліть. На думку ряду авторів, саме деінституціалізація соціально-дезадаптованих людей, призвела до їх масового притоку в пенітенціарні установи. Це явище навіть отримало спеціальне визначення: транс-інституціалізація [14]. У багатьох країнах світу, в'язниці тепер змушені виконувати невластиву їм роль розміщення та лікування психічно хворих людей, які просто нездатні до адекватного функціонування в суспільстві. У ряді штатів США основний обсяг психіатричної допомоги населенню вже надається саме в пенітенціарних установах [15].

Схожі тенденції спостерігаються і в Росії. Ще в 1980-х роках вибіркові дослідження свідчили про те, що 50-60% засуджених у виправно-трудовах установах мають різну психічну патологію. До другої половини 1990-х років ситуація значно ускладнилася, особливо внаслідок швидкого поширення в суспільстві вживання наркотиків. У 2010 році в установах УВП РФ містилося 67000 чоловік з діагнозами психічних захворювань [16].

Психічні зміни і розлади особливо небезпечні для осіб молодого віку. Так проведене в ході роботи психодіагностичне обстеження показало, що для засуджених молодого віку характерна перевага піків за шкалами депресії (57,62 бала - жінки і 55,07 бала - чоловіки), істерії (60,80 і 56,68 бала відповідно), психопатії (64,57 і 66,38 бала) і параної (61,27 і 62,09 бала). Згідно з

отриманими даними в умовах пенітенціарного стресу у переважної більшості обстежених ( $96,5 \pm 1,9\%$  чоловіків і  $89,4 \pm 3,3\%$  жінок) розвиваються дезадаптивні реакції і стани, що мають свою специфіку, які проявляються станом підвищеної психічної напруженості, загостренням особистісних рис і супроводжуються агресією, порушенням режиму утримання, схильністю до втеч, демонстративної аутоагресивності, неодноразовими нанесеннями самоушкоджень і суїцидальними спробами, афективністю поведінки, невідповідністю емоційних реакцій ситуації, тривожно депресивними розладами [17].

У всьому світі для пенітенціарних установ характерний унікально високий рівень аутоагресії і самоушкоджень. Зазвичай це пов'язується з широкою поширеністю психічної патології, а також з маніпулятивними спробами ув'язнених, проте єдиного чіткого пояснення даних феномен поки не має [18].

У виправних установах найбільш типовими проявами аутоагресії є: пошкодження шкірних покривів і легко доступних органів (порізи шкіри, розтин вен), проковтування чужорідних тіл, переломи кінцівок, вбивання / введення гострих предметів у стопи, кисті, грудну клітку та ін.). Окремого статистичного обліку даної патології в установах ФСВП РФ не ведеться, проте, деякі автори вказують, що в середньому в окремій виправній колонії щорічно реєструється 20-50 випадків самоушкодження [19].

Переповнення пенітенціарних установ є досить частою проблемою у всьому світі, що потенційно створює умови для швидкого поширення повітряно-крапельних інфекційних захворювань. Прикладом можуть служити спалахи краснухи, вітряної віспи та менингококової інфекції зареєстровані у в'язницях США і Великобританії. Однак, традиційно місця позбавлення волі завжди асоціювалися з високим рівнем туберкульозу (ТБ). На початку ХХ століття близько 3% ув'язнених у в'язницях Нью-Йорка страждали активною формою сухот [20].

І в наші дні, навіть у розвинених індустріальних країнах, за повідомленнями закордонних вчених, більш висока захворюваність ув'язнених туберкульозом у виправних установах в порівнянні з населенням, характерна для багатьох країн світу. Так, у виправних установах США захворюваність на туберкульоз в 3,5 рази вище, ніж аналогічний коефіцієнт для осіб такого ж віку поза в'язниць [21].

Перспективне когортне дослідження виявило, що поширеність туберкульозу у в'язницях Женеві в 5-10 разів вище такої в загальному населенні Швейцарії.

З усіх проблем громадської охорони здоров'я в Російських в'язницях, саме туберкульоз отримав найпильнішу увагу. Найбільшу увагу цій проблемі почали приділяти з березня 1989 р., коли на одному із засідань колегії МВС СРСР було розглянуто питання про поширення туберкульозу в місцях позбавлення волі. Уже в той час статистика, хоча і з певними корективами, підтверджувала певні побоювання: у місцях позбавлення свободи в 1988 р. знаходилося більше 100

тис. людей, що перебували на диспансерному обліку з приводу захворювання на туберкульоз [22].

З того часу захворюваність на туберкульоз у виправних установах (ВУ) значно збільшилася. Так за 1994-1995 рр. захворюваність засуджених збільшилася в 1,5 рази, а смертність від цієї недуги в 1,8 рази. У 1998 році захворюваність на туберкульоз була в 50 разів і більше вище, ніж серед населення країни в цілому, а у виправних установах в 2001 р. в порівнянні з населенням Росії захворюваність і смертність від туберкульозу були відповідно вище в 31, 5 рази і в 6,8 рази. Останні роки захворюваність на туберкульоз почала зменшуватися. Так у 2008 році кількість хворих на туберкульоз серед пенітенціарного населення становила 42346 чоловік (14% від усіх зареєстрованих в Росії). На сьогодні (2011 р.) кількість хворих зменшилася до 35041 особи [23].

Викликає побоювання той факт, що постійно збільшується надходження хворих на активну форму туберкульозу в слідчі ізолятори, що зважаючи на постійну часту зміну контингенту і переповненість створює небезпеку для розповсюдження туберкульозу як в середовище пенітенціарного населення, так і назовні [24].

В даний час в пенітенціарних установах Росії розвивається практично невиліковна лікарсько-стійка форма туберкульозу, якою страждають не менше 20 тис. засуджених. У зв'язку з цим, на думку фахівців, Російська Федерація є основним джерелом поширення цього захворювання в світі, що не може не турбувати світову громадськість.

Подібна драматична ситуація склалася і в ряді інших держав пострадянського простору [25,26]. На думку більшості дослідників, ця епідемія туберкульозу була зумовлена комбінацією таких факторів як економічна нестабільність, що настала після розвалу СРСР, неможливість підтримки соціальної та медичної інфраструктури, різке зростання кількості ув'язнених і переповнення пенітенціарних установ.

Традиційно складними для контролю туберкульозу в пенітенціарних установах залишаються питання прихильності хворих лікуванню, а також ефективної взаємодії з цивільними службами охорони здоров'я та соціального захисту [27].

Характерним для закладів пенітенціарної системи світу є і висока поширеність інфекцій що передаються статевим шляхом [28].

При скринінгу жінок, які поступають до в'язниці Нью-Йорка виявляється сифілісу склала 25%, що більш ніж в 1000 разів (!) перевершує показник для жіночого населення міста [29]. Добре документовано зараження сифілісом і гонореєю при сексуальних контактах між ув'язненими.

У місцях позбавлення волі Росії, також реєструється висока захворюваність інфекціями, що переважно передаються статевим шляхом (ІПСШ). Так, напружена епідеміологічна ситуація по сифілісу, що склалася в установах пенітенціарної системи Республіки Дагестан свідчить дану патологію на одне з перших місць у ряді найбільш значущих соціально обумовлених захворювань. Встановлено, що захворюваність на сифіліс в пенітенціарних

установах Республіки Дагестан перевершує в 47,5 разів показник по регіону (Республіці Дагестан).

У слідчих ізоляторах виявлено  $2,04\% \pm 0,28$  (від числа осіб, обстежених в СІЗО) хворих сифілісом, кількість інфікованих ув'язнених у виправних колоніях  $-2,81\% \pm 0,34$  (від числа осіб, обстежених в ВК). Співвідношення показників захворюваності на сифіліс у слідчих ізоляторів та виправних колоніях - в 1,37 разів вище у виправних колоніях, ніж у слідчих ізоляторах. Більш високий відсоток заражених сифілісом серед ув'язнених жінок, що перевищує показник чоловіків в 4,5 разів [30].

Наведені дані це "зріз" практично всіх типів виправних установ Росії (слідчий ізолятор, виправна колонія, лікувально-виправної установи, протитуберкульозна лікарня, жіноча виправна колонія, виховна колонія, колонія поселення).

Подібна ситуація з розповсюдженням ПІСШ в пенітенціарних установах і в інших пострадянських країнах [31,32].

Складна ситуація з ВІЛ/СНІДом та іншими гемоконтактними інфекціями у в'язницях практично всіх країн світу. Багато досліджень вказують на тісний зв'язок ув'язнення та поширення інфекційних хвороб. У декількох випадках було виявлено поширення ВІЛ-інфекції в процесі тюремного ув'язнення. К. Kerpler і Н. Stöver описують ситуацію в жіночій в'язниці Фехта (Нижня Саксонія). Прийнято рішення про надання у виправних установах стерильних шприців та голочок внутрішньовенним наркоманам [33].

Дослідження вчених із США показали, що майже 1,4 млн. чоловіків перебувають в ув'язненні в федеральних в'язницях і в'язницях штатів у США. Показники захворюваності ув'язнених ВІЛ-інфекцією у в'язницях США значно вище аналогічних показників серед цивільного населення, що говорить про можливості передачі ВІЛ усередині в'язниць в результаті сексуального насильства [34].

Р. Winsbury був проведений аналіз поширеності ВІЛ-інфекції у в'язницях Сенегалу (Африка). Відзначено, що рівень виявлення ВІЛ-інфекції у в'язнів вище, ніж у місцевого населення.

Г. Betteridge вказує, що життєдіяльність ув'язнених утруднена відсутністю доступу до профілактики ВІЛ-інфекції, необхідному догляду, лікування та підтримки. Позбавлення ув'язнених способів захисту від ВІЛ-інфекції та неможливість забезпечити ув'язнених, які живуть з ВІЛ-інфекцією, необхідним доглядом, лікуванням і підтримкою, рівноцінної їй, що маєтись в суспільстві, порушує дотримання міжнародних норм з прав людини. Ув'язнені у в'язниці піддаються небезпеці зараження ВІЛ.

Характеризуючи спалах ВІЛ-інфекції, яка сталася в литовській в'язниці Алітус, слід, перш все, відзначити, що число людей, що вживають наркотики в литовських в'язницях, щороку зростає. На початку 2001 р. 1010 осіб стояло на обліку в наркологічному диспансері; в той час це становило 8,8% всіх ув'язнених; в 2002 р. - 12,25%, в 2003 р. - 13,3%. Доступність наркотичних засобів, зловживання забороненими препаратами, використання загальних голочок і шприців в одному з чотирнадцяти виправних установ - в'язниці

суворого режиму Алітус - привели до спалаху ВІЛ-інфекції навесні 2002 р. 300 ув'язнених, заражених ВІЛ, були виявлені під час добровільного тестування [35].

Ця закономірність повторюється і в Росії. Щорічно в слідчі ізолятори ФСВП Росії надходить близько 8 тис. ВІЛ інфікованих. З 2000 року кількість хворих на ВІЛ інфекцією, в установах УВП збільшилася в 3,7 разів. За даними, отриманими від суб'єктів Російської Федерації, в державних установах Федеральної служби виконання покарань станом на 01.11.2007 р. перебувало 41500 ВІЛ-інфікованих. В даний час (2012 р.) в установах УВП міститься більше 55 тисяч, що складає близько 10% від загального числа хворих на ВІЛ-інфекцію, зареєстрованих в Російській Федерації та 9% від загального числа осіб, які утримуються в установах УВП [36].

Слід також враховувати, що хоча більшість випадків зараження гемоконтактними і сексуально-трансмисивними інфекціями відбувається поза стінами пенітенціарних установ, ризикована поведінка не припиняється і у в'язницях. Наприклад, є переконливі свідчення того, що нанесення татуювань і незахищені гомосексуальні контакти серед ув'язнених зустрічаються частіше, ніж у загальному населення. Крім того, тюремне ув'язнення не означає і автоматичного припинення вживання нелегальних психотропних речовин. Вживання ін'єкційних наркотиків широко поширене і викликає особливу стурбованість у зв'язку з можливістю передачі ВІЛ та інших захворювань, таких як гепатит В і гепатит С. Це пов'язано з тим, що ті, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом у виправних установах, як правило, користуються загальними голками і шприцами, що є одним з найбільш «ефективних» шляхів передачі ВІЛ і пов'язане навіть з більшим ризиком зараження, ніж при статевих зносинах. Пронести голки і шприци до виправної установи набагато складніше, ніж пронести наркотики, і тому голок і шприців не вистачає. Зазвичай у розпорядженні досить численного контингенту ув'язнених, що вживають ін'єкційні наркотики, є лише невелика кількість голок. В результаті ув'язнені - наркомани часто користуються загальними голками: одну голку можуть використовувати 15-20 чоловік [37].

Проведене анонімне анкетування підслідних чоловіків і жінок у СІЗО-1 («Хрести») і СІЗО-5 м. Санкт-Петербурга показало, що всі опитані мають певне уявлення про шляхи зараження ВІЛ-інфекцією. Тим не менш, уявлення підслідних чоловіків і жінок вельми не повні.

Найбільше число опитаних називають наступні шляхи зараження ВІЛ-інфекцією: статевим шляхом - 85,3% чоловіків і 86,9% жінок, через забруднені кров'ю шприци, голки - 81,0% і 81,5%, при переливанні крові (або її компонентів) - 68,4% і 76,1%, при використанні багаторазових голок для татуювання - 52,6% і 65,2%, при використанні лез для гоління, якими раніше голився інфікований хворий - 38,9% і 56,5%. Деякі респонденти вказують інші шляхи зараження ВІЛ-інфекцією: 1,1% чоловіків і 3,3% жінок - при використанні загального посуду; 2,1% чоловіків - при рукостисканні і поцілунку (жінки такий шлях зараження не називають); 4,2% і 7,6% - при укусах комах; 3,1% і 3,3% - при використанні разом з інфікованою особою

туалету, ванни і гігієнічних засобів; 2,1% чоловіків - при кашлі та чханні (жінки такий шлях зараження не називали) [38].

Така вибухонебезпечна комбінація факторів ризику робить виправні установи дуже вразливими для поширення гемоконтактних інфекцій.

A.E. Boutwell, S.A. Allen, J.D. Rich провели дослідження, яке показало, що приблизно 15% - 40% ув'язнених у США заражені вірусом гепатиту С (HCV). Приблизно 1,4 млн HCV-інфікованих осіб проходять через виправні установи пенітенціарної системи щороку, що становить одну третину всіх інфікованих HCV людей у США [39].

Дослідження показало, що серед 1347 ув'язнених Південної Австралії (1254 чоловіки та 93 жінки) 30,2% мали позитивні результати аналізів на HCV антигена.

Spaudling A.C. et al. відзначають, що частота інфекції хронічного гепатиту С (HCV) у в'язницях коливається від 12% до 31%.

Вченими в Гані було зроблено дослідження, щоб оцінити поширеність ВІЛ, вірусу гепатиту В, вірусу гепатиту С та сифілісу серед ув'язнених і офіцерів у в'язницях Нсаван і Аккри.

Ув'язнені і офіцери в 3 з 46 в'язниць в Гані перебували під наглядом з травня 2004 р. по травень 2005 р. На 281 ув'язненого, що пройшли обстеження, частота позитивного результату на ВІЛ склала 19,2%, HBsAg - 17,4%, HCV - 19,2% і позитивні результати обстеження на сифіліс були відзначені в 11%.

З 82 обстежених офіцерів частота позитивного результату на ВІЛ склала 8,5%; на HBsAg - 3,7%, HCV - 23,2% і сифілісу - 4,9%. Дані вказують на більш високу частоту виявлення ВІЛ і HCV як у ув'язнених, так і у офіцерів в'язниць, в порівнянні з населенням Гани, що може свідчити про ймовірну передачу цих вірусів у в'язницях Гани, пов'язаних з внутрішньовенним введенням наркотичних засобів, небезпечним сексуальною поведінкою і татуювань, що характерно для в'язниць усього світу [40].

Аналогічні проблеми притаманні пенітенціарному населенню України та інших країн світу [41,42].

Інфекції шкіри та інвазії є дуже типовою патологією багатьох пенітенціарних установ.

Як і будь-які установи з централізованою системою харчування та водопостачання, в'язниці є потенційно уразливими для інфекцій, що передаються з водою або через їжу.

Наприклад, великі спалахи харчових токсикоінфекцій, викликаних кишковою паличкою неодноразово реєструвалися у в'язницях Великобританії. Подібні епідемічні спалахи мали місце і в двох російських пенітенціарних установах Ленінградської області в 1999 році [43].

Інформативність захворюваності як характеристики здоров'я населення вельми обмежена, оскільки її реєстровані рівні не повною мірою характеризують дійсну поширеність патології. Більш достовірною характеристикою здоров'я популяції є смертність - як найбільш точно обумовлена кінцева точка.



Так, згідно даних Державної служби статистики США коефіцієнт смертності на 100 000 ув'язнених федеральних в'язниць, з причин смерті в 1999-2008 рр. склав: 220 від всіх причин і 193 від конкретної хвороби (1999), 229 від всіх причин і 193 від хвороби (2008). Найвищий рівень смерті був зареєстрований в 2006 році - 333 від всіх причин і 196 від хвороби.

Кількість ув'язнених, які померли, перебуваючи під вартою в місцевих тюрмах США знизилася в 2010 році до 918 з 951 випадків смерті в 2009 році при максимальному числу смертей у 2007 році, яке досягло максимуму в 1100. На чоловіків припадало біля 87% смертей.

У федеральних тюрмах Каліфорнії, Техасу, Нью-Йорку та Флориди кількість ув'язнених, які померли, перебуваючи під вартою в тюрмах штату скоротилася з 3414 у 2009 році до 3232 у 2010 році, в цілому на 5% менше. Це є найбільшим зниженням числа тюремних смертей з 2001 року. З 10 померлих ув'язнених помирало майже 9 чоловіків [44].

У 1972 році загальний показник смертності у виправних установах штату Теннессі майже в 20 разів перевершував даний показник для населення США.

Це дослідження охоплює ретроспективний, дослідницький аналіз 145425 випадків смерті в місцях ув'язнення штату Меріленд з 1939 по 2004 рік. Результати показують, що мали місце суттєві зміни в причині смерті ув'язнених з плином часу. Серцево-судинні захворювання були найчастішою причиною смерті в 1930-1970-ті роки, за винятком 1940 року, коли сифіліс і туберкульоз взяли гору. Асфіксія, як наслідок суїцидальних спроб була основною причиною смерті в 1980-х роках. Виниклі в 1980-х роках, смерті від наркотичного сп'яніння були поширені в 1990-х і 2000-х роках.

Самогубство ув'язнених - провідна причина смертності у в'язницях в Канаді і Великобританії. Крім того, добре відомо, що рівень самогубств в пенітенціарних установах по всій Північній Америці та Західній Європі вище, ніж для загального населення. Наприклад, з 1959 по 1975 рік рівень самогубств ув'язнених у пенітенціарних установах Канади був 95,9 на 100000 ув'язнених. Це істотно вище, ніж відповідний показник 14,2 100000 для чоловіків поза в'язниці [45].

За десять років, з 2001-02 по 2010-11 роки, було зафіксовано 94 самогубства у федеральних пенітенціарних установах Канади. У той час як рівень самогубств у федеральній в'язниці ще у сім разів вище, ніж у середньому по країні, тенденції даних показують, що кількість самогубств у в'язниці знижується, як за структурою смертності, так і в абсолютному вираженні. Справді, за останні десять років (2001-2010), число самогубств у пенітенціарних установах країни становило в середньому близько 9 на рік, порівняно з 14 в період з 1991 по 2000 роки. У 2012 році було встановлено 6 самогубств, вбивств - 5, 4 випадки смерті від передозування або підозри на передозування, 8 смертей з невідомих причин, 1 смерть від втручання персоналу та 1 травма.

Подібна структура смертності, з перевагою зовнішніх причин, досить типова для пенітенціарних установ більшості індустріально-розвинених країн [46,47].

За час, що минув з розпаду Радянського Союзу смертність осіб, які утримуються в російських пенітенціарних установах зазнала цілого ряду істотних змін. Спочатку, в період з 1991 по 1997 рік, у виправних колоніях (тобто в установах які і визначають загальну картину смертності в ФСВП) загальний показник смертності засуджених збільшився в 3,2 рази (з 323,0 до 1027,3 на 100000). Смертність від травм, яка займала на початку 1990-х років 1-е місце серед причин смерті засуджених, різко знизилася протягом 6-7 років, що ймовірно можна пояснити загальним падінням виробництва у виправних колоніях. До середини 1990-х років у структурі смертності провідні позиції зайняли інфекційні та паразитарні хвороби (головним чином, туберкульоз) - 49,2% і хвороби серцево-судинної системи - 18,2%. Однак, з 1998 року в установах ФСВП спостерігається неухильне зниження смертності, що в першу чергу визначається зниженням смертності ув'язнених від туберкульозу. До 2002 року загальний коефіцієнт смертності засуджених в РФ низився до 327,8 / 100000 тобто до рівня початку 1990-х років [48].

Останнім часом знову відмічається висока смертність засуджених в Росії: у виправних установах в 2009 році померли 4150 осіб, у СІЗО - 521 чол. У 2010 році рівень смертності в місцях позбавлення волі збільшився на 6,6%. За рік в установах ФСВП померли 4423 людини.

У 2012 році в Росії кількість померлих дещо знизилась: 4121 ув'язнених померли у в'язниці або під вартою до суду. Пенітенціарне населення станом на червень 2012 року склало 731 000, що свідчить про смертність 564 особи на 100 000 ув'язнених. Цей показник в 5,3 рази нижче, ніж показник рівня смертності осіб, що перебувають на обліку в різних медичних установах в середньому по Росії. Але, якщо ми подивимося на показники смертності в США станом на 2008-2009 рр. (останній звіт складений Бюро судової статистики), то загальне число смертей було 4755 (правда з істотно більшим тюремним населенням), смертність 257/100000 в державних в'язницях, 229/100000 у федеральних в'язницях, 127/100000 в місцевих в'язницях. Тобто, незважаючи на гадане поліпшення показників смертності в Росії, положення зі смертністю просто катастрофічне. У структурі смертності засуджених провідні місця займають серцево-судинні захворювання (32%), інфекційні захворювання (27%) і зовнішні причини смерті (14%) [49].

Аналогічні проблеми і в інших пострадянських країнах (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Туркменія, Україна тощо) [50,51].

## **Висновки**

1. Встановлено, що для осіб позбавлених волі в установах пенітенціарної системи світу характерним є весь спектр захворювань притаманний загальному населенню країни. У структурі захворюваності ув'язнених як і раніше переважають захворювання органів дихання, травлення, хвороби сечостатевої системи та інфекційні хвороби. При цьому, традиційно, впродовж багатьох десятиліть, в установах виконання покарань (УВП) більше уваги приділяється захворюваності на туберкульоз, а в останні два десятиліття – на ВІЧ/СНІД та гепатити В і С.

2. Смертність пенітенціарного населення значної кількості країн світу залишається високою у порівнянні із загальним населенням. Типовою для пенітенціарних установ більшості індустріально-розвинених країн (США, Великобританія, Канада та ін.) є структура смертності, з перевагою зовнішніх причин (самогубство, отруєння, вбивство). У структурі смертності засуджених у бувших республіках СРСР провідні місця займають серцево-судинні захворювання (32%), інфекційні захворювання (27%) і зовнішні причини смерті (14%).

### Література

1. Кралько А.А. Медико-санитарное обеспечение осужденных: состояние и проблемы [Электронный ресурс] / А.А. Кралько // - 2009. – Режим доступу: [www.prison-visit.com/wp-content/docs/Kralko\\_medicina.doc](http://www.prison-visit.com/wp-content/docs/Kralko_medicina.doc). - Назва з екрану.

2. Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

3. Кудашева Л.Т. Заболеваемость туберкулезом и совершенствование организации эпидемиологического надзора в пенитенциарных учреждениях Удмуртии [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.02 / Л.Т. Кудашева. – Пермь, 2011. – 21 с.

4. Анализ состояния тюремного здравоохранения в Кыргызской Республике [Электронный ресурс]. ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2010. 37 с. – Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/126474/e94437R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/126474/e94437R.pdf). – Назва з екрану.

5. Carmelo Nobile. Self-reported health status and access to health services in a sample of prisoners in Italy / Nobile Carmelo, Flotta Domenico, Nicotera Gaetano at all // BMC Public Health 2011, 11:529-537. – Режим доступу до журн.: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/529>. - Назва з екрану.

6. Women and HIV Prevention: A Scoping Review [Электронный ресурс]. - 2007. - 104 р. - Режим доступу до журн.: [http://www.med.uottawa.ca/epid/assets/documents/women\\_hivprevention.pdf](http://www.med.uottawa.ca/epid/assets/documents/women_hivprevention.pdf). - Назва з екрану.

7. Covington S. Women and the criminal justice system /S. Covington // Women's Health Issues 2007. - №17. – P. 180–182.

8. Zlotnick C (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women / C. Zlotnick // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1997. - № 185. – P. 761–763.

9. WHO (2007b). Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies. Geneva, World Health Organization.

10. Кавецкий И.Т. Нормализация психического состояния осужденного как составляющая социально-психологической реабилитации / И.Т. Кавецкий // Социально-психологическая реабилитация осужденных: эффективные модели работы: материалы международной, научно-практической конференции, 23 – 24 декабря 2002 года. г. Минск / КИН МВД Республики Беларусь. Представительство ООН в Республики Беларусь / под редакцией В.И. Хомлюка, В.Г. Стуканова. – Минск: РИВШ БГУ, 2003. – 172 с.

11. Черносвитов Е.В. Специальная социальная медицина / Е.В. Черносвитов. – Москва, Академический проект. - 2004. - 717 с.

12. Mitchison S. Recorded psychiatric morbidity in a large prison for male remanded and sentenced prisoners / S. Mitchison, K.J. Rix, E.B. Renvoize, M. Schweiger // *Med Sci Law*. - 1994; 34 (4): 324-330.

13. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Annual report on the state of the drugs in the European Union and Norway 2002; 46-51.

14. Johnson A.B. Out of bedlam: The truth about deinstitutionalization / A.B. Johnson. - New York, Basic Books - 1990. – 129 p.

15. Torrey E.F. Jails and prisons: America's new mental hospitals / E.F. Torrey // *Am J Public Health*. - 1995; 85: 1611-1613.

16. Почти половина содержащихся в исправительных учреждениях России больны [Электронный ресурс]. - 2010. - Режим доступа: <http://ria.ru/society/20100713/254235156.html>. - Назва з екрану.

17. Хаустов М.Н. Психологические особенности лиц молодого возраста, находящихся в условиях пенитенциарного стресса/ М. Н. Хаустов // *Медицинская психология*. -X., 2011. -Том 6. -N 4. - С. 14-17.

18. Haycock J. Manipulation and suicide attempts in jails and prisons / J. Haycock // *Psychiatric Q*. - 1989; 60: 85-98.

19. Искандаров Р.Р. Распространенность травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин / Р.Р. Искандаров [и др.] // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2012. Т. 22. - № 3. – С. 15-19.

20. Wright H.C. History of the care of dependents-New York City / H.C. Wright, G. McAneny, G. Cromwell / in Report of the Committee on Inquiry Into the Departments of Health, Charities and Bellevue and Allied Hospitals. New York: J.J. Little and Ives Co., 1913; 427-448.

21. Hutton M.D. Results of a 29-state survey of tuberculosis in nursing homes and correctional facilities / M.D. Hutton, G.M. Cauthen, A.B. // *Public Health Rep*. - 1993; 108(3): 305-314.

22. Лукина Е.А. Исполнение наказания в виде лишения свободы в отношении осужденных, больных туберкулезом [Текст]: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Е.А. Лукина. – Рязань, 1997. – 25 с.

23. Вечорко В.И. Оптимизация организации стационарного этапа лечения больных туберкулезом: дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03 / В.И. Вечорко. - М., 2011. – 21 с.

24. Кудинов С.М. Рецидивы туберкулеза в пенитенциарных условиях/ С.М. Кудинов, В.А. Гусева, Л.Н. Петрухина [и др.] // *Туберкулез и болезни легких*. -М., 2011. - № 4. - С. 219-220.

25. Лашкул З.В. Проблема туберкулеза в пенитенциарных учреждениях как составная часть областной медико-социальной программы борьбы с туберкулезом в Запорожской области / З.В. Лашкул, А.И. Ахтырский, А.К. Герман [та ін.] // *Український пульмонологічний журнал*. - Київ, 2003. - № 4. - С. 12-15.

26. Живаго С. Б. Проблема туберкулёза в пенитенциарной системе Украины / Живаго С. Б. // *Актуальные проблемы медицины и биологии*. — К., 2007. - № 3 (34). - С. 189–192.

27. Мишустин С.П. Опыт межведомственной интеграции противотуберкулезных служб Томской области на основе DOT-Strategy / С.П. Мишустин, Е.Г. Андреев, А.В. Барнашов, А.А. Сальников. [и др.] // Медицина в пенитенциарной системе России (сборник). - М.: "Права человека", 2001. - С. 97-100.

28. Hammett T.M. 1996-1997 Update: HIV/AIDS and STDs in Correctional Facilities / T.M. Hammett, P. Harmon, L. Maruschak : Washington, D.C., U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice/US Public Health Service, CDC, July 1999.

29. Blank S. Incident syphilis among women with multiple admissions to jail in New York City / S. Blank [ft all] // The Journal of Infectious Diseases. - 1999; 180: 1159-1163.

30. Юсуфов Р.Ш. Организационные технологии взаимодействия медицинской службы уголовно-исполнительной системы с органами здравоохранения Республики Дагестан по выявлению и профилактике сифилиса среди заключенных [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Р.Ш. Юсуфов. Москва, 2004. 26.

31 Концепция антинаркотической политики Кыргызской Республики (на период до 2015 года) [Электронный ресурс]. - 2010. - 82 с. - Режим доступа: [d239513.el45.el.kg/old/files/.../1293006895ru.doc](http://d239513.el45.el.kg/old/files/.../1293006895ru.doc). - Назва з экрану.

32. Ешимов А.Е. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) в пенитенциарных учреждениях Казахстана / А.Е. Ешимов, М.К. Сапарбеков [Электронный ресурс]. - 2010. - Режим доступа: <http://med-credo.ru/dermatologicheskoe-otdelenie/nfekcii-peredavaemye-polovym-putem-ipp-pv-penitenciamnyx-uchrezhdeniyax-kazaxstana/>. - Назва з экрану.

33. Keppler K. Transmission of infectious diseases during imprisonment-results of a study and introduction of a model project for infection prevention in Lower Saxony / K. Keppler, H. Stöver // Gesundheitswesen. - 1999. - Vol. 61, № 4. - P. 207-213.

34. Pinkerton S.D. Model-Based Estimates of HIV Acquisition Due to Prison Rape / S.D. Pinkerton, C.L. Galletly, D.W. Seal // Prison J. - 2007. - Vol. 87, № 3. - P. 295-310.

35. Caplinskiene I. Narcotic abuse and HIV infection in prisons / I. Caplinskiene, S. Caplinskas S., A. Griskevicius // Medicina (Kaunas). - 2003. - Vol. 39, № 8. - P. 797-803.

36. Официальный сайт ФСИН России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://xn--hlakkl.xn--plai/news/index.php?ELEMENT\\_ID=37816& sphra seid=158195](http://xn--hlakkl.xn--plai/news/index.php?ELEMENT_ID=37816& sphra seid=158195). - Назва з экрану.

37. Галимзянов Х.М. Особенности профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России и зарубежных стран / Х.М. Галимзянов, Ю.В. Ишков // Астраханский медицинский журнал. - 2010. - Т. 5, № 3. - С. 124-128.

38. Ишков Ю.В. Медицинские и организационные проблемы охраны здоровья лиц, содержащихся в следственных изоляторах, осужденных к лишению свободы, и сотрудников пенитенциарных учреждений: монография /

Ю.В. Ишков // Астраханский государственный технический университет. - 2008. - 216 с.

39. Gondles E.F. A call to immunize the correctional population for hepatitis A and B. Institute for Criminal Justice Healthcare, Arlington, Virginia 22207, USA / E.F. Gondles // Am. J. Med. - 2005. - Vol. 118, Suppl. 10A. - P. 84-89.

40. Adjei A.A. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana / A.A. Adjei, H.B. Armah, F. Gbagbo [et al.] // J. Med. Microbiol. - 2006. - May 55. - Pt. 5. - P. 593-597.

41. Живаго С.Б. Характеристика епідемічної ситуації щодо поширення ВІЛ/СНІДу в установах виконання покарань України / С.Б. Живаго, А.М. Лета // Військова медицина України. - Київ, 2008. - Том 8. - № 2. - С. 12-19.

42. (166). Козько В.М. Проблема ВІЛ-інфекції в лікувальних установах закритого типу кримінально-виконавчої системи у Харківській області/ В.М. Козько, О. В. Загороднева, А. В. Гаврилов [та ін.] // Експериментальна і клінічна медицина. - Х., 2011. - № 1. - С. 131-133.

43. Сажин В.Л. Сравнительный анализ динамики и структуры заболеваемости лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях ГУИН Минюста России по г.Санкт-Петербургу и ЛО / В.Л. Сажин, И.В. Таматорин, Н.Л. Таматорина // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. Трудов / под редакцией проф. Вишнякова Н.И. - СПб: Изд. НИИХ СпбГУ, 2000. - Выпуск 5. - С. 90-95.

44. Mortality In Local Jails And State Prisons, 2000-2010 - Statistical Tables [Електронний ресурс]. - 2012. - Режим доступу: <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=4558>. - Назва з екрану.

45. Annual Report of the Office of the Correctional Investigator 2011-2012 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-eng.aspx#fn7>. - Назва з екрану.

46. Lyneham M. Deaths in Custody in Australia: National Deaths in Custody Program 2008 / M. Lyneham, J. Joudo-Larsen, L. Beacroft. - 2010.

47. Why are more prisoners dying from 'natural causes'? [Електронний ресурс]. - 2013. - Режим доступу: <http://thestringer.com.au/why-are-more-prisoners-dying-from-natural-causes/#.Ug5FJtLJSs>. - Назва з екрану.

48. Вельтишев Д.Ю. Насилие и здоровье населения России. Статистический обзор. ВОЗ / Д.Ю. Вельтишев. - 2003. - 29.

49. Russian prisons getting more lethal [Електронний ресурс]. - 2013. - Режим доступу: <http://inmoscowsshadows.wordpress.com/2013/02/28/russian-prisons-getting-more-lethal/>. - Назва з екрану.

50. Базовый доклад о ситуации с правами человека в Республике Казахстан [Електронний ресурс]. - 2007. - Режим доступу: <http://www.unesco.kz/cgi-bin/library?e=d-000-00---0HRCru-akalru%2cHRCru-01-1-0--0prompt-10---4-----0-11--1-ru-50---20-about---00021-001-1-0windowsZz-1251-00&a=d&c=HRCru&cl=CL3.62&d=HASHccc0b462e4c2ef8340f274>. - Назва з екрану.

## АНАЛИЗ МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Торбин В.Ф., Поляков С.О.

**Резюме.** Установлено, что для лиц, лишенных свободы в учреждениях пенитенциарной системы мира характерен весь спектр заболеваний присущий населению страны. В структуре заболеваемости заключенных по-прежнему преобладают заболевания органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы и инфекционные болезни. При этом, традиционно, на протяжении многих десятилетий, в учреждениях исполнения наказаний больше внимания уделяется заболеваемости туберкулезом, а в последние два десятилетия - ВИЧ / СПИДом и гепатитами В и С.

Смертность пенитенциарного населения значительного количества стран мира остается высокой по сравнению с общим населением. Типичной для пенитенциарных учреждений большинства индустриально развитых стран (США, Великобритания, Канада и др.) есть структура смертности, с преобладанием внешних причин (самоубийство, отравление, убийство). В структуре смертности осужденных, в бывших республиках СССР, ведущие места занимают сердечно - сосудистые заболевания (32%), инфекционные заболевания (27%) и внешние причины смерти (14%).

**Ключевые слова:** пенитенциарное население, заболеваемость, смертность, структура заболеваемости, структура смертности.

## ANALYSIS OF TRENDS IN GLOBAL HEALTH PENAL POPULATION

V.Torbin, E.Polyakov

**Summary.** Found that for those imprisoned in the penitentiary system of the world is characteristic of the whole range of diseases peculiar to the population of the country. In the structure of morbidity of prisoners is still dominated by diseases of the respiratory, digestive, urinary and infectious disease. Thus, traditionally, over the decades, in penal institutions more attention is paid to the incidence of tuberculosis, and in the last two decades - HIV / AIDS and hepatitis B and C.

Mortality prison population a significant number of countries around the world remains high compared to the general population. Typical of the prison, most industrialized countries (U.S., UK, Canada, etc.) is the structure of mortality, with a predominance of external causes (suicide, poisoning, murder). In the structure of death convicts in the former republics of the USSR, the leading positions are occupied cardio - vascular disease (32%) , infections (27 %) and external causes of death (14%).

**Keywords:** penal population, morbidity, mortality, morbidity structure, the structure of mortality.