

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Г.И. Мавров, Т.В. Осинская

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. В статье анализируются особенности венерической патологии в учреждениях пенитенциарной системы в контексте целостного рассмотрения проблемы инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Освещены вопросы эпидемиологии и медико-социальные аспекты ИППП среди заключенных. Подчеркивается необходимость комплексных мер по контролю эпидемии ИППП, ВИЧ/СПИД, гепатитов и туберкулеза в местах лишения свободы. Приведены пилотные результаты собственных наблюдений.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путем, эпидемиология, ВИЧ, туберкулез, гепатит, заключенные.

По данным ВОЗ серьезная проблема в отношении венерической патологии сложилась в местах лишения свободы. На современном этапе ИППП концентрируются среди представителей асоциальных и маргинальных групп населения, в так называемых «ядерных группах». Именно в учреждениях пенитенциарной системы сконцентрированы как раз представители асоциальных слоев общества (наркоманы, проститутки, бомжи, безработные, подростки с девиантным поведением) [3,15,19, 21,23,35].

По данным Лондонского Королевского Колледжа (www.kcl.ac.uk), который предоставляет информацию о количестве заключенных в 217 странах мира, по числу заключенных Украина входит в «десятку». Лидером вот уже многие годы остаются Соединенные Штаты и Российская Федерация.

Во всех тюрьмах мира мужчины составляют основную часть заключенных, в частности, в РФ более 90%, а женщины и подростки примерно по 4-5%. Более 85% заключенных принадлежат к возрастным группам 20-49 лет, причем около 60% в возрасте до

30 лет и более, полностью трудоспособных - около 90% [1-3,35].

В течение последних двух десятилетий в ряде индустриальных стран растет пропорция этнических меньшинств и иностранцев в местах заключения. Например, в 1998 году 32% осужденных в федеральных исправительных учреждениях Канады были выходцами из других государств. Среди данной категории заключенных отмечается повышенная распространенность гепатитов, ВИЧ-инфекции, туберкулеза и ИППП [1-3,61].

Нахождение вне господствующего морально-правового поля, разрыв ткани социальных взаимоотношений, отсутствие нормального доступа к медицинской помощи являются обычными для многих осужденных еще до заключения. Например, исследование среди лиц, поступающих во Французские и Российские тюрьмы выявило, что более половины из них были безработными и не имел определенного источника дохода, не имели профессионального образования и не получали никакой медицинской помощи в период предшествующий лишению свобо-

ды [1-3,25,46,60,62]. Около 60% заключенных США и большинство России имеют в среднем 10 условных лет образования [62], что по некоторым данным коррелирует с увеличением в разы смертности по сравнению с более образованными людьми [61]. Значительная часть лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, имеют очень слабые социальные связи и поддержку со свободы. По данным российских источников около 70% заключенных не состоят в браке к моменту ареста, а более чем у 30% - семьи распались в период лишения свободы. Почти половина заключенных не получали никакой материально-финансовой помощи со свободы [1-3,25].

Условия жизни заключенных в местах лишения свободы и состояние оказания им медицинской помощи во все времена являлись объективным мерилем гуманности и прогрессивности общества. Первый законодательный акт Русской империи, предусматривающий необходимость «лечения больных арестантов», был издан еще Екатериной II в 18 веке. На сегодняшний день в отношении условий содержания украинских заключенных существует достаточно взвешенная правовая база, которая в большинстве положений соответствует международным нормам, в частности, «Минимальным стандартным правилам обращения с заключенными, ООН», «Конвенции о защите прав человека и основных свобод и протоколов к ней». Однако, гарантии государства по обеспечению условий содержания в пенитенциарных учреждениях далеко не всегда выполнимы. С одной стороны это связано с традиционно жесткой карательной политикой государства и практикой широкого применения лишения свободы, а с другой – с серьезным недофинансированием уголовно-исполнительной системы.

Проблема ИППП, в связи с закрытостью пенитенциарных учреждений Украины мало освещена в печати и не стала предметом научного анализа. На сегодняшний день на постсоветском пространстве проведены единичные исследования, которые посвящены данной проблеме [3,15,25,26,33,38].

Высокая распространенность инфекций передаваемых половым путем является характерной для мест лишения свободы [51,58]. При скрининге женщин, поступающих в тюрьму Нью-Йорка, выявляемость сифилиса составила 25%, что более чем в 1000 раз превосходит показатель для женского населения города [52,66]. В Индии около 5% заключенных имели активные проявления сифилиса [65]. В России распространенность всех ИППП в местах лишения свободы составляет 27-42%, в частности, сифилиса - 9-20%, гонореи – 2-6%, трихомонад – 4%, хламидий – 7%, уреаплазм – 10-26% обследованных [2,25,34,38]. Например, на пике последней эпидемии ИППП в России во второй половине 90-х годов XX ст., заболеваемость лиц, находящихся в следственном изоляторе Нижегородской области, превышала цифры для общего населения по сифилису в 27 раз, по гонорее - в 14 раз, по остроконечным кондиломам – в 125 раз. В целом по России, за последние 10 лет показатель заболеваемости сифилисом в учреждениях УИС увеличился почти в 17 раз и, несмотря на некоторое снижение в 2001-2002 годах, сохраняется на очень высоком уровне [1-4,22,25,38].

Состояние здоровья женщин-заключенных имеет целый ряд специфических особенностей. Исследования в Западных странах, демонстрируют их диспропорционально высокую пораженность инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ/СПИДом, наркотической зависимостью и психическими заболеваниями как по сравнению с заключенными-мужчинами, так и в сравнении с женщинами в общем населении. Как правило, нарушение адаптации заключенных женщин приводит к нарастанию депрессии, а у аналогичных мужчин к увеличению невротизации. Большинство этих женщин происходят из наиболее уязвимых социальных слоев, многие пережили физическое и сексуальное насилие, имеют опыт употребления наркотиков и предоставления сексуальных услуг за плату. Они часто лишены жилья, работы и нормального социального окружения. Период лишения свободы не-

редко является единственной возможностью для этих обездоленных женщин получить базовую медико-профилактическую помощь – скрининг и лечение ИППП, цервикальной и психо-соматической патологии, стоматологическую помощь. По оценочным данным исследования в России, у трети женщин, поступающих в места лишения свободы выявляются ИППП, более 5% заключенных женщин ВИЧ-инфицированы. Причем заболеваемость женщин в 8-10 раз выше, чем среди мужчин [3,4,13,14,26,45].

Особо пристальное внимание заслуживает проблема заболеваемости ИППП среди несовершеннолетних заключенных. Так в 2003 году в 64 воспитательных колониях и следственных изоляторах РФ содержалось около 20 тысяч подростков, что в целом соответствует 3,5% от общего числа осужденных. Большинство подростков совершивших правонарушения росли и формировались в неблагополучных семьях, около половины несовершеннолетних до ареста не учились и не работали, 25% имели лишь начальное образование. Более 7% страдали алкоголизмом и наркоманией [3,11,18,20]. Употребление наркотиков с использованием крэка было распространено у 41,2%, внутривенного героина - в 17,3% случаев. Большинство (80,2%) подростков сообщили, что не пользовались презервативом во время последнего полового акта, а 62,6% - при предыдущей беременности [50]. Среди несовершеннолетних, поступающих в тюрьмы США, каждый второй инфицирован ИППП. Например, выявляемость хламидийной инфекции варьирует от 14 до 35% среди девушек и от 7 до 12% для юношей, гонорейной – до 24,9%, ВИЧ – до 25% [39,44,45,49,56]. Как показывают исследования, наиболее значительную часть осужденных несовершеннолетних составляют именно подростки, у которых был нарушен первичный контакт с матерью, искажены или совсем отсутствовали ранние детско-родительские отношения. Таким образом, состояние психо-соматического здоровья детей раннего возраста в домах ребенка свидетельствует о целесообразно-

сти выделения этого контингента в группу высокого медико-социального риска. В связи с этим более пристальное внимание заслуживает особый контингент, который не совершал преступлений, но содержится в домах ребенка исправительных учреждений от рождения и до трехлетнего возраста. У большинства детей, содержащихся в домах ребенка, имеется неблагополучный анамнез в основе которого: патологическое течение беременности и родов у матерей, алкоголизм и наркомания, гемоконтактные инфекции и ИППП, туберкулез и психические заболевания родителей, заболевания периода новорожденности. Многие дети уже с рождения имеют низкие показатели здоровья, о чем свидетельствует значительный процент детей, рожденных преждевременно (7,2%) с высокой частотой перинатальной патологии (58%) и врожденными аномалиями развития или наследственных заболеваний (18,2%). Учитывая возможность перинатального инфицирования новорожденных, многие дети составляют группу риска, в частности, по ИППП, ВИЧ и гепатитам [3].

В следственные изоляторы (СИЗО) граждане поступают прямо из общего населения и содержатся там лишь до приговора суда, поэтому, основные показатели заболеваемости в СИЗО являются непосредственным отражением состояния здоровья социально-дезадаптированных групп населения, наиболее представленных в пенитенциарных учреждениях. Учитывая, что эти лица при поступлении в следственные изоляторы проходят обязательный медицинский осмотр, флюорографическое обследование и лабораторное тестирование на ряд инфекционных заболеваний, именно в СИЗО выявляется наибольшее количество такой социально-детерминированной патологии, как ИППП, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез, чесотка и педикулез. Более 90% случаев венерических заболеваний в российских пенитенциарных учреждениях выявляется при поступлении в следственные изоляторы, т.е. является непосредственным проявлением заражений, происходящих на свободе.

Однако, имеются данные по заражению ИППП и непосредственно в тюрьмах, в частности, при сексуальных контактах между заключенными [40,64,69]. В Австралийских тюрьмах ранее не диагностированный сифилис был выявлен у 1% женщин и 2% мужчин. У 40% женщин обнаружены цитологические изменения в цервикальном мазке [52]. Среди российских заключенных регистрировались и отдельные эпидемические вспышки, как например, заражение сифилисом 76 человек в исправительной колонии (ИК) Краснодарского края [7], в 2003 году в 2 колониях строгого режима Тверской области выявило 7 и 14 новых случаев сифилиса, соответственно среди 1300 и 1500 осужденных [3]. Учитывая, что при поступлении в следственный изолятор весь спецконтингент тестируется серологически, столь большое число новых случаев сифилиса, несомненно, свидетельствует об активном заражении внутри пенитенциарного учреждения.

На современном этапе классические ИППП (трихомоноз, сифилис, гонорея, хламидиоз), часто возникающие в комбинации с иными тяжелыми социально-опасными инфекциями (ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, вирусными гепатитами В, С), оказывают негативное влияние на здоровье заключенных, а нередко и со смертельными исходами, наносят немалый экономический ущерб и остаются актуальной проблемой мирового здравоохранения и, в частности, Украины [9,17,18,21].

Высокая распространенность ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также генитального герпеса позволяет определить эпидемиологическую ситуацию в пенитенциарной системе как напряженную и требует проведение профилактических мероприятий и готовности службы к лечению вирусных ИППП [25]. Надо отметить, что инфекционные заболевания, которые передаются половым путем, значительно повышают вероятность проникновения ВИЧ через слизистые оболочки. Особую опасность представляют ИППП, сопровождающиеся нарушением целостности слизистых оболочек (сифилис, герпес, три-

хомоноз). Риск заражения ВИЧ при наличии этих симптомов повышается в 3-5 раз [23].

Ситуация с ВИЧ/СПИДом и другими гемоконтактными инфекциями в тюрьмах, в значительной степени определяется особенностями эпидемиологии в конкретной стране. Так в ряде африканских государств распространенность ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях вполне сравнима с пораженностью общего населения. Например, 27% заключенных Замбии ВИЧ-инфицированы, при оценочном показателе распространенности 19% в среднем по стране и до 32% в крупных городах [52]. В индустриальных странах, напротив, распространенность ВИЧ-инфекции среди спецконтингента обычно коррелирует с уровнем инфицированности потребителей внутривенных наркотиков. Так, в США, где пораженность наркоманов очень высока, распространенность ВИЧ-инфекции среди поступающих в тюрьмы варьирует от 1% до 20% в зависимости от штата, в сравнении с 0.03% среди доноров. В США в 80-90-х годах прошлого века на первое место среди причин смерти в местах лишения свободы вышел СПИД. Однако, уже к 1998 после начала широкого предоставления американским заключенным высокоактивной антиретровирусной терапии смертность от ВИЧ-ассоциированных заболеваний резко снизилась. Также и в Шотландии, где регистрировались крупные вспышки ВИЧ-инфекции среди наркоманов, показатель распространенности среди заключенных достигает 4,5% [66]. Напротив, в Англии, Австралии и Канаде, где удалось сдержать эпидемию ВИЧ среди наркопотребителей, общая распространенность ВИЧ среди заключенных составляет менее 1%. Масштаб некоторых эпидемических вспышек просто поражает. Например, в 2002 году в Литве, в тюрьме строгого режима Алитус было выявлено инфицирование вирусом иммунодефицита 207 заключенных. При последующих обследованиях эта цифра возросла до 296. В 2001 году в исправительной колонии в Татарстане произошло заражение ВИЧ-инфекцией 260 осужденных.

Эта закономерность повторяется и в России – лавинообразное увеличение числа ВИЧ-инфицированных заключенных началось вслед за стремительным распространением эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков. На конец 2002 года заболеваемость в пенитенциарных учреждениях России ВИЧ-инфекцией - 12,2%, что составила около 20% от общего числа инфицированных в стране; вирусными гепатитами В и С - 11,1%, что в 3-4 раза превышает аналогичный показатель, регистрируемый в целом по стране; генитальным герпесом были заражены 24,1% заключенных [3,9,12,17,20,27,28,31,32,40,45,48].

Практически по всем важнейшим параметрам – темпам роста потребления наркотиков, преступности на почве их употребления, увеличению подростковой и женской наркомании, распространению сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит, ИППП и т.д.), смертности – проблема борьбы с наркоманией выходит на более высокий, социально-значимый уровень, т.к. она серьезно подрывает экономические и духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества и государства, угрожает трудовому и интеллектуальному потенциалу человечества. Прогрессирующий рост наркомании в обществе ведет к увеличению количества больных с названной патологией, поступающих в пенитенциарные учреждения, так как многие из них совершают уголовно наказуемые деяния. В настоящее время пропорция наркозависимых заключенных в странах Евросоюза варьирует от 30% до 86%. В 2003 году в учреждениях УИС РФ содержалось 86,5 тысяч человек с диагнозом наркомания, 60,7 тысяч с диагнозом алкоголизм и 120,8 тысяч человек с диагнозами других психических заболеваний [3]. Такая взрывоопасная комбинация факторов риска делает исправительные учреждения очень уязвимыми для распространения гемоконтактных инфекций. Следует также учитывать, что хотя большинство случаев заражения гемоконтактными и сексуально-трансмиссивными инфекциями происходит вне стен пенитен-

циарных учреждений, рискованное поведение не прекращается и в тюрьмах. Кроме того, тюремное заключение не означает и автоматического прекращения употребления нелегальных психотропных веществ. Пусть в меньшем количестве и не так регулярно как на свободе, но наркотики проникают в пенитенциарные учреждения. Особенности жизни в тюрьме могут даже увеличивать риск, связанный с их употреблением. Так, ограниченная доступность инъекционного инструментария нередко создает условия для более частого совместного использования шприцев. В отсутствие доступа к медицинским шприцам, заключенные изготавливают самодельные приспособления для инъекций из авторучек и других подручных средств. В странах Евросоюза о регулярном использовании наркотиков во время пребывания в тюрьме сообщают от 5 до 36% бывших заключенных. От 70 до 100% лиц признавших инъекции в тюрьмах, указали, что при этом они использовали общий шприц [47]. О нанесении татуировок в тюрьме сообщили 26% заключенных, причем 62% из них использовали общие иглы для татуажа [16,60,47,65]. В российских тюрьмах 10% заключенных хотя бы раз делали инъекции психоактивных веществ, причем каждый четвертый (т.е. около 2% от всех осужденных) - регулярно. Две трети лиц, употребляющих внутривенные наркотики в тюрьме, признавали и совместное использование инъекционного инструментария [3,5,52,64,65].

Имеются убедительные свидетельства того, что незащищенные гомосексуальные контакты среди заключенных встречаются чаще, чем в общем населении [58,59,60]. О сексуальных отношениях во время заключения сообщили 9,7% осужденных в России [3]. Из 7004 американских заключенных, практикующих гомосексуальные связи, хламидиоз диагностировался в 3,1%, гонорея – в 1,7%, ранний сифилис - в 1,6%, а общая распространенность ВИЧ составила 13,4% [57]. Учитывая крайнюю чувствительность вопросов, относящихся к сфере незаконного употребления наркотиков и секса, авторы немногочислен-

ных исследований, рекомендуют трактовать полученные результаты как минимальные оценочные цифры возможного риска.

Многие исследователи считают, что социально-психологические характеристики заключенных непосредственно связаны с формированием групп риска, способствующих распространению и резервированию ИППП в местах лишения свободы. Процесс психофизиологической адаптации к новым условиям и новой социальной среде крайне сложен и протекает сугубо индивидуально, нередко ведет к эмоциональной подавленности, тяжелому и гнетущему состоянию у подследственных и осужденных. Так, для многих пенитенциарных учреждений типична иерархия осужденных, что нередко непосредственно влияет на образ жизни и здоровье заключенного. Например, лица находящиеся внизу этой социальной лестницы могут иметь худшие материально-бытовые условия и подвергаться притеснениям и насилию со стороны других заключенных [10,16,20]. Статистика о масштабе проблемы насилия, в том числе и сексуального, в пенитенциарных учреждениях не является надежной, и большинство экспертов полагает, что официальные данные преуменьшают число жертв. Так, каждый четвертый человек, ожидающий суда в Чикаго сообщал, что в течение жизни в него хотя бы один раз стреляли из огнестрельного оружия [58]. Оценочные данные различных исследований за рубежом свидетельствуют, что 0,5-10% заключенных мужчин подвергаются сексуальному насилию [16,24,37]. Имеющиеся исследования показывают, что мужчины-жертвы сексуального насилия часто страдают от ряда психологических последствий, иногда даже до прошествия многих лет. Среди них – чувство вины, гнев, тревога, депрессия, постравматический стресс, сексуальная дисфункция, соматические жалобы, нарушения сна, попытки суицида [16,24,32,37]. По данным многих исследований, в местах лишения свободы в избыточном количестве представлены лица с патологией психической сферы, что напрямую связано с насилием и распространени-

ем ИППП [16,24,50,60]. Каждому третьему осужденному Великобритании может быть поставлен диагноз психического заболевания [41,42]. Сходные тенденции наблюдаются и в России: различную психическую патологию имеют от 18% до 60% осужденных в исправительно-трудовых учреждениях, при этом у 17% подростков [3,6,19,29].

Во многих странах в местах лишения свободы отмечается высокая концентрация ряда инфекционных заболеваний. В 2004 году в структуре заболеваемости осужденных в УИС РФ ведущие места занимали инфекционные и паразитарные болезни - 16,0% (туберкулез, ИППП и пр.) и болезни кожи и п/к клетчатки - 9,1% (чесотка, педикулез и пр.).

Традиционно места лишения свободы всегда ассоциировались с высоким уровнем туберкулеза. И в наши дни, даже в развитых индустриальных странах, несмотря на небольшую общую заболеваемость туберкулезом, заключенные остаются важной группой риска вследствие низкого социально-экономического статуса многих из них. Например, распространенность туберкулеза в тюрьмах Женевы в 5-10 раз выше таковой в общем населении Швейцарии. Заболеваемость туберкулезом в исправительных учреждениях США в 3,5 раза выше, чем аналогичный коэффициент для лиц такого же возраста вне тюрем, что в значительной степени было обусловлено влиянием ВИЧ/СПИДа [43,51,52,56]. В некоторых исправительных учреждениях России регистрировались беспрецедентные показатели заболеваемости, превышавшие 7 тысяч на 100000. Особую тревогу вызывает широкое распространение форм заболевания с множественной лекарственной устойчивостью (16%). Подобная драматическая ситуация сложилась и в ряде других государств постсоветского пространства, включая Украину. Следует отметить, что наличие сопутствующих заболеваний, особенно вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатитов, сифилиса резко увеличивают риск развития активного туберкулеза среди заключенных, и в свою очередь, туберкулез усугубляет течение ИППП. [8,30,43,44,53].

По статистическим данным заболеваемость сифилисом в Украине за 2010 год составила 16,3 на 100 тыс. населения, по Харьковской области – 14,3 человек, а на примере одной из ИК в Харьковской области – 2085 на 100 тыс. осужденных, что в сотню раз превышает таковую гражданского населения. Аналогичная ситуация и по ВИЧ, который достоверно чаще встречается среди заключенных (на примере ИК) – 552,1 на 100 тыс. осужденных, чем по Украине – 44,7 на 100 тыс. населения. Заболеваемость хламидиозом в Украине за 2007 год составила 245,3 на 100 тыс. населения.

Проведенное в ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» пилотное исследование распространенности ИППП у лиц в местах лишения свободы показало, что при обследовании 50 заключенных мужчин на *T. Pallidum* методом ИФА были установлены положительные результаты в 12 (24±6,03%) случаев. Используя метод ИФА верификации *Chlamydia trachomatis* было установлено, что 17(34±6,7%) заключенных явились носителями хламидиоза. Полученные нами данные указывают на высокий уровень распространенности ИППП среди заключенных в Украине. Данные методы диагностики являются скрининговыми и могут быть использованы для своевременной диагностики ИППП в условиях пребывания больных в заключении.

К сожалению надо отметить, что системы социального обеспечения и гражданского

здравоохранения нередко не имеют адекватного доступа к группам населения, из которых происходит значительная часть заключенных – бездомным, алкоголикам, потребителям наркотиков и т.д. Однако, несмотря на сложные материально-бытовые и санитарные условия в пенитенциарных учреждениях, для ряда заключенных они могут быть более благоприятными, чем тот образ жизни, который они вели на свободе. Для многих из лиц, попавших в места лишения свободы, заключение это одна из немногих возможностей получить совершенно необходимую им медико-профилактическую помощь и базовую информацию по сохранению здоровья. Концентрация в пенитенциарной системе лиц, страдающих психической патологией, алкоголизмом, наркоманией и инфекционными заболеваниями создает уникальную возможность для научных исследований и реализации целого ряда эффективных лечебно-диагностических и организационно-профилактических мероприятий общественного здравоохранения. С другой стороны - пенитенциарная система, как резервуар инфекций и сконцентрированного объема на одной территории групп социального риска, может послужить отправной точкой для создания национальной программы оздоровления не только заключенных, но и населением в целом, а также проведения широкомасштабной судебно-правовой реформы, что позволит существенно снизить количество лиц содержащихся в пенитенциарных учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамкин В. Тюремное население России и других стран. Проблемы и тенденции. / В. Абрамкин. — РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2003. — 27 с.
2. Актуальные вопросы здравоохранения: Под редакцией А.С. Кононца и А.В. Бобрика. — Москва, 2004. — 92 с.
3. Александров Ю.К. Медицина в пенитенциарной системе России / Ю.К. Александров. — Москва: Права человека, 2001. — 252 с.
4. Альперн Л.И. Положение женщин в системе уголовного правосудия в России в 2000-2002 годах / Л.И. Альперн // В кн.: Положение заключенных в современной России. Доклад и тематические статьи. — Москва: Московская Хельсинская группа, 2003. — С. 205-221.
5. Алферов Ю.А. Наркомания в ИТУ: опыт работы с осужденными наркоманами: Учебное пособие. — Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1991. — с. 102.

6. Антонян Ю.М. Личность осужденных, имеющих психические аномалии и их поведение в местах лишения свободы. Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных. Сб. научных трудов. — Рязань, ВШ МВД СССР, 1984. — С. 64-77.

7. Бородуллин В.Г. Об итогах работы в 2000 году по организации медицинского обеспечения лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы России. Медицина в пенитенциарной системе России (сборник). — М.: «Права человека», 2001. — С. 54-62.

8. Борьба с туберкулезом в тюрьмах. Справочник для руководителей программ. Всемирная организация здравоохранения. — М.: «Права человека». — 2002. — 208с.

9. ВОЗ. Отчет о совместном европейском семинаре ВОЗ ООН-СПИД Варшава, Польша, 1999 г ВИЧ-инфекция /СПИД, болезни, передаваемые половым путем, и туберкулез в тюрьмах / ВОЗ // Инфекции, передаваемые половым путем. — 1999. — № 2. — С. 75-78.

10. Евграфов А.П. Изучение личности заключенных, содержащихся в следственных изоляторах / Евграфов А.П., Андреев В.Н. — Москва, ВНИИ МВД СССР, 1980. — 52 с.

11. Иванов В.В. Заболеваемость подростков, находящихся в колониях для несовершеннолетних преступников и пути совершенствования медицинского их обеспечения. Автореферат дисс. . . . канд. мед. наук. — Оренбург: 1996. — 20 с.

12. Касперунас В. Медицинская службы ГУИН Минюста Литвы. / В. Касперунас, Б.Семенаите // 6 Европейская конференция по наркотикам и ВИЧ/СПИДу в тюрьмах. — Вена, 2002. — С. 21.

13. Кунцевич Л.Д. Состояние заболеваемости ИППП и меры борьбы с ними в учреждениях пенитенциарной системы / Кунцевич Л.Д., Мишанов В.Р., Борщевская Р.П. и др. // Тезисы докладов конференции “Проблемы профилактики социально-значимых заболеваний в УИС” — Н.Новгород 2002. — 18с.

14. Кунцевич Л.Д. Выявление венерических болезней у социально неадаптированных женщин / Л.Д. Кунцевич, З.Д. Старостина . — Горький, 1987.— 7 с.

15. Кулик, С.А. Санитарно-гигиеническое и противозидемиологическое обеспечение в учреждениях уголовно-исполнительной системы: учеб. пособие. респ. ин-т повышения квалификации работников МВД / С.А. Кулик. — 1998. — С. 74.

16. Куприянова И.С. Уголовная субкультура как социальная детерминанта гомосексуального поведения мужчин в пенитенциарных учреждениях. Социальные, медицинские и психологические аспекты профилактики ИППП/ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях / Материалы межрегиональной научно-практической конференции – Саратов, 2002. — С. 30-33.

17. Лярский А.Ю. Санитарно-гигиенические и социально-бытовые аспекты содержания ВИЧ-инфицированных женщин в местах лишения свободы. Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в вооруженных силах РФ / Под ред. В.С. Новикова Лярский А.Ю., Сажин В.П., Таматорин И.В., Панин А.Л., Черюканов А.В – СПб: ВмедА, 1999. — С. 82-83.

18. Лебедева И.В. Заболеваемость воспитанников воспитательно-трудовой колонии. / И.В. Лебедева, В.В. Иванов, В.А. Романов // Здравоохранение Российской Федерации. — 1996. — № 3. — С. 38-39.

19. Лосева О.К. Сексуальное насилие как фактор распространения заболеваний, передаваемых половым путем / О.К. Лосева, Р.А. Ибрагимов // Заболевания, передаваемые половым путем. — 1996. — № 4. — С. 29-31.

20. Лузан Н.В. Организация профилактики ИППП и СПИДа среди несовершеннолетних из социальных «групп риска» / Н.В. Лузан // Инфекции, передаваемые половым путем. — 2000. — № 1. — С. 38-40.

21. Мавров Г.И. Региональная программа борьбы с венерическими болезнями / Г.И Мавров, Г.П. Чинов // Журнал Дерматология та венерология. — 2001. — № 4 (14). — С. 53–59.

22. Мавров Г.И., Чинов Г.П., Ярошенко А.А. Проституция и инфекции, передающиеся половым путем - медицинские, социальные и правовые аспекты / Г.И. Мавров, Г.П. Чинов, А.А. Ярошенко // Дерматология та венерология – 2006. – № 3 (33) . – С.3-20.
23. Мавров И.И. Половые болезни. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
24. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире././Пер. с английского: Под ред. Э.Круга и др. – М :Весь Мир, 2003. – 376 с.
25. Носова Н.Ю. Анализ заболеваемости ИППП пенитенциарных учреждений УИС МЮ РФ на территории г.Санкт-Петербурга и Ленинградской области / Н.Ю. Носова, К.И. Разнатовский // Материалы 40 научно-практической конференции дерматовенерологов СПб «Актуальные проблемы дерматологии. Контроль и профилактика инфекций, передаваемых половым путем». – СПб, 2005. – С. 33-34.
26. Санников А.А. Медико-социальные проблемы в уголовно-исполнительных системах различных стран / А.А. Санников // Преступление и наказание. — 1999. — № 3-4. — С. 56-61.
27. Селиванов С.Б., Матвеев А.А., Ракова С.А. Меры противодействия распространению ВИЧ-инфекции в УИС. Ведомости уголовно-исполнительной системы. –2002. – № 4. – С. 9-10.
28. Смольская, Т.Т. ВИЧ/СПИД продолжающаяся пандемия / Т.Т. Смольская // Круглый стол. — 2000. — № 2. — С. 10-15.
29. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н.Собчик. — М.: Институт прикладной психологии, 2001. — 511 с.
30. Стерн В. Приговоренные к смерти? Проблема туберкулеза в тюрьмах Восточной Европы и Центральной Азии. — М.: Penal Reform International. – 2001. – 332 с.
31. Потемкина Л.П. Краткий обзор ситуации по ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе. Социальные, медицинские и психологические аспекты профилактики ИППП/ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях / Л.П. Потемкина., А.Е. Бабошкина., Е.Н. Бычков // Материалы межрегиональной научно-практической конференции – Саратов, 2002. – С. 19-21.
32. Рощупкин Г. Профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа в пенитенциарных учреждениях России. Положение заключенных в современной России / Г.Рощупкин // Доклад и тематические статьи. Московская Хельсинская группа. – М., 2003. – С. 191-204.
33. Сажин В.Л. Сравнительный анализ динамики и структуры заболеваемости лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях ГУИН Минюста России по г. Санкт-Петербургу и ЛО. Проблемы городского здравоохранения / В.Л. Сажин., И.В. Таматорин., Н.Л. Таматорина // Сборник научных трудов: Под редакцией проф. Вишнякова Н.И. – СПб: Изд. НИИХ СПбГУ. – 2000. – Вып..5. – С. 90-95.
34. Федеральная Служба Государственной Статистики. Здравоохранение России. 2007 / Федеральная Служба Государственной Статистики: Под ред. А. Суринова. – Москва: Росстат, 2007.— 356 с.
35. Характеристика осужденных к лишению свободы. По материалам специальной переписи 1999 года.: Под ред. проф. А.С. Михлина . – М. Юриспруденция. 2001. – 464 с.
36. Чиков П.В. Ситуация с социально-значимыми заболеваниями в УИС республики Татарстан. / П.В. Чиков., Л.И. Хабибрахманова // Тезисы докладов конференции “Проблемы профилактики социально-значимых заболеваний в УИС”– Н.Новгород, 2002. – С. 34-36.
37. Шакиров М.Т. Заболевания, передаваемые половым путем, у мужчин -гомосексуалистов (клинико-лабораторное, медико-социальное, электронно-микроскопическое исследование). Диссерт. на соиск. ... д-ра мед. наук. – Москва, 1991.-261с.
38. Шливно И.Л. Сифилис в учреждениях пенитенциарной системы (эпидемиология, клиника, вопросы первичной и вторичной профилактики). Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Москва , 2002. – 18 с.

39. Alcabes P. Cluster of cases of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoe* in an adolescent detention center / P Alcabes., C. A Braslow. // *N Y State J Med* – 1988. – Vol 88. – P. 495-496.
40. Amankawaa A.A. Causes of death in Florida prisons: the dominance of AIDS / A.A. Amankawaa // *American Journal of Public Health*. – 1995. – Vol. 85. – P. 1710-1711.
41. Bland R.C. Psychiatric disorders in the population and in prisoners / R.C. Bland., S.C. Newman., A.H. Thompson // *Int J Law Psychiatry*. – 1998. – Vol. 21. – P. 273-279.
42. Brooke D. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales / D.Brooke, C Taylor, J. Gunn // *BMJ*. – 1996. – Vol. 313. – P. 1524-1527.
43. Braun M.M. Increasing incidence of tuberculosis in a prison inmate population: Association with HIV infection / M.M. Braun, B.I Truman., B. Maguire et al. // *JAMA*. – 1989. – Vol. 261. – P. 393-397.
44. Cromwell P.F. Prevalence and incidence of pelvic inflammatory disease in incarcerated adolescents / P.F Cromwell, W.L. Risser, J.M.Risser // *Sex Transm Dis*. – 2002. – Vol. 29 (7). – P. 397-398.
45. De Groot AS. HIV infection among incarcerated women: epidemic behind bars / AS. De Groot // *AIDS Read*. – 2000. – Vol. 10(5). – P. 287-295.
46. Duhamel A. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995 / A Duhamel., J Renard., M.Nuttens et al. // *Rev Epidemiol Sante Publique*. – 2001. – Vol. 49(3). – P. 229-238.
47. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Annual report on the state of the drugs in the European Union and Norway. – 2002. – P. 46-51.
48. Frost L. Prisoner risk taking in the Russian Federation / L Frost., V. Tchertkov // *AIDS Education and Prevention*. – 2002. – Vol. 14. – P. 7-23.
49. Gabriel G. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and associated risk factors in women inmates admitted to a youth offenders institute in the UK / G Gabriel., T. Burns, R.Scott-Ram // *Int J STD AIDS*. – 2008. – Vol. 19(1). – P. 26-29.
50. Gunn J. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders / J. Gunn, A. Maden, M.Sweinton // *BMJ*. – 1991. – Vol. 303. – P. 338-341.
51. Hammett T.M. 1996-1997 Update: HIV/AIDS and STDs in Correctional Facilities. Washington, D.C., U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice / T.M. Hammett // *US Public Health Service, CDC*, July 1999.
52. Hernán R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons *BMJ* / R.Hernán, R. Coninx. – 1997. – Vol. 315. – P. 1447-1450.
53. Hoge Ch.W., Reicher M.R., Dominguez E.A. et al. An epidemic of pneumococcal disease in an overcrowded, inadequately ventilated jail / Hoge Ch.W., Reicher M.R., Dominguez E.A. et al. // *The New England Journal of Medicine*. – 1994. – Vol. 331. – P. 643-648.
54. Hoeven K.H. Evidence of gonococcal transmission within a correctional system / Hoeven K.H., Rooney W.C., Joseph S.C. // *Am J Public Health* – 1990. – Vol. 80. – P.1505-1506.
55. 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.Bloch // *Public Health Rep*. – 1993. – Vol. 108(3). – P. 305-314.
56. Implementing *Chlamydia* screening programs in juvenile correctional settings: the california experience. Miller JL, Samoff E, Bolan G; *Chlamydia Screening Project (ClaSP) Group*.
57. Javanbakht M. Sexually transmitted infections and HIV prevalence among incarcerated men who have sex with men, 2000-2005/ Javanbakht M., Murphy R. // *Sex Transm Dis*. – 2009. – Vol. 36(2 Suppl). – Pp.17-21.
58. May J.P. Prior nonfatal firearm injuries in detainees of a large urban jail / May J.P., Ferguson M.G., R. Ferguson et al. // *J Health Care Poor Underserved*. – 1995. – Vol. 6 (2) – Pp. 162-176.

59. Mitchison S. Recorded psychiatric morbidity in a large prison for male remanded and sentenced prisoners / S.Mitchison, K.J Rix., E.B. Renvoize // Med Sci Law. – 1994. – Vol. 34 (4). — P. 324-330.

60. Nacci P., Kane T. Sex and sexual aggression in federal prisons / P Nacci., T. Kane. – Washington: Federal Bureau of Prisons, 1982.

61. Puisis M., Levine W., Mertz K. Overview of sexually transmitted diseases. In: Correctional Medicine. Ed. Puisis M., Mosby. —1998. — P. 127-140.

62. Reiman J. The rich get richer and the poor get prison. – New Work, Macmillan, 1990. – P. 114.

63. Seroprevalence and risk factors for HIV infection among incarcerated men in Sorocaba, Brazil / JR Marins, K. Page-Shafer, E.S Hudes [et al.] // AIDS and Behavior. — 2000. — Vol. 4, N 1. — P. 121-128.

64. Simooya O.O. “Behind walls”: a study of HIV risk behaviors and seroprevalence in prisons of Zambia / O.O. Simooya, N.Sanjobo, Kaetano L. [et al.] // AIDS. – 2001. — Vol. 15 — P. 1741-1744.

65. Singh S. High prevalence of sexually transmitted and blood borne infections amongst the inmates of a district jail in North India / Singh S., Prasad R., Mohanty A. // Int J STD AIDS. – 1999. – Vol. 10 (7). — P. 475-478.

66. Wolfe M.I. An outbreak of syphilis in Alabama prisons: correctional health policy and communicable disease control / Wolfe M.I. Xu F, Patel P.[et al.] // Am J Public Health. — 2001. – Vol. 91(8). – P. 220-225.

**ІНФЕКЦІЇ, ЩО
ПЕРЕДАЮТЬСЯ
СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ,
В УСТАНОВАХ
ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ
СИСТЕМИ**

**Г.І. Мавров,
Т.В. Осінська**

Резюме. У статті аналізуються особливості венеричної патології в установах пенітенціарної системи в контексті цілісного розгляду проблеми інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Висвітлено питання епідеміології та медико-соціальні аспекти ІПСШ серед ув'язнених. Підкреслюється необхідність комплексних заходів з контролю епідемії ІПСШ, ВІЛ / СНІД, гепатитів і туберкульозу в місцях позбавлення волі. Наведенні результати пілотних досліджень.

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, епідеміологія, ВІЛ, туберкульоз, гепатит, ув'язнені.

**THE SEXUALLY
TRANSMITTED
INFECTIONS IN
PENITENTIAL
SYSTEM
ESTABLISHMENTS**

**G.I. Mavrov,
T.V. Osinskaja**

Resume. In this article some features of venereal pathology in penitential establishments in a context of sexually transmitted infections (STI) are analyzed. The questions of STI epidemiology among prisoners and social issues are discussed. The strong need of complex measures to control of STI/HIV, hepatitis and a tuberculosis epidemic in places of imprisonment is emphasized. The pilot results of their own research.

Key words: sexually transmitted infections, epidemiology, HIV, tuberculosis, hepatitis, prisoners.