

Текст · 5 апреля 2021, 09:57
Олег Зурман, Юлия Сугуева,

Доктор ФСИН. Почему в России так плохо с тюремной медициной и можно ли это исправить

«С обычным сидельцем можно не церемониться, зная, что он не будет писать жалобы, не будет никуда обращаться. К нему нет никакого внимания — только от родственников, а родственников можно запугать, с ними можно договориться, лишнее свидание дать, — говорит адвокат фонда "Общественный вердикт"^[1] Ирина Бирюкова. — А с тем, с кем нельзя договориться, лучше вести себя осторожно, потому что лишние проверки и внимание руководству колонии не нужны. Это подтверждается и ситуацией с Навальным. Ситуации, когда с осужденным за короткое время проводили столько разных медицинских манипуляций — вывозили его в больницу, врачи к нему неоднократно приходили, пусть они ему какую-то фигню давали — довольно редки. Но такое с обычными заключенными бывает только тогда, когда ситуация со здоровьем сильно плохая, чтобы не дай бог [он] не умер там у них в колонии».

Ситуация с Навальным — «это классический пример того, как работает современная тюремная медицина на сегодняшний день», отмечает сотрудничающая с «Зоной права» юристка из Читы Анастасия Коптеева. «По большому счету, не имеет значения, рядовой это заключенный или политически известная фигура в

неволе. И тот, и другой сталкиваются с системными проблемами», — рассуждает она.

Отсталость этическая и технологическая

Порядок оказания медицинской помощи осужденным подробно изложен в приказе Минюста, которому подчиняется ФСИН. На практике доступ к тюремной медицине для заключенного затруднен уже на стадии первичного обращения к терапевту.

«Здесь [в колониях] не работает клятва Гиппократова. Не работает так, как она работает на воле. У нас в гражданской медицине тоже проблем немало. Но отношение медицины к свободным людям — оно более гуманное, — констатирует Анастасия Коптеева. — А за решеткой таких понятий как милосердие, гуманность и сострадание я совсем не замечаю и не вижу даже при решении совершенно элементарных вопросов».

Правозащитники отмечают: решение о том, оказывать или не оказывать заболевшему заключенному помощь, часто зависит от отношения к нему со стороны администрации; нередко тюремные медики обращают внимание на жалобы больного, только когда его состояние приблизится к критическому.

Координатор «Руси сидящей» Анна Клименко описывает стандартную схему взаимодействия тюремных медиков с пациентом так. «Вот человек плохо себя чувствует, начинает ходить в медсанчасть. Ходит он в медсанчасть и ходит. Они [тюремные врачи] смотрят же на них [осужденных] так: "Ай, да ты

симулянт, вот тебе ибупрофен^[2], вот тебе омепразол^[3]. Болит желудок и болит желудок, ну, окей"», — рассказывает Клименко. По ее словам, так может продолжаться несколько месяцев: все зависит от упрямства заключенного и его готовности постоянно писать жалобы.

Но дело не только во врачебной этике и устоявшемся отношении к больным заключенным как потенциальным симулянтам — тюремная медицина критически отстает от гражданской. Эта отсталость проявляется во всем — от нехватки специалистов узкого профиля и высокотехнологичного оборудования до дефицита лекарств.

Два года с переломом

В марте в Самаре приостановили процесс над обвиняемым по делу признанной экстремистской и запрещенной «Артподготовки» Сергеем Рыжовым из-за его болезни.

В 2019 году Рыжов сломал шейку бедра в СИЗО во время игры в волейбол с другими арестантами. Он несколько месяцев пролежал в гипсе, не вставая, и жаловался на боль; нога арестанта почти перестала сгибаться в колене. Рыжову показана операция по протезированию поврежденного сустава, но проводить ее отказываются. Без операции, предупреждают врачи, у него разовьются осложнения перелома и как следствие — пожизненная хромота.

«Медицина в пенитенциарных заведениях хотя и существует, но такое ощущение, что она, как минимум, на несколько десятков лет отстаёт от той медицины, что на свободе», — признаётся сотрудник «Комитета за гражданские права» Иван Асташин, отсидевший почти десять лет по делу АБТО^[4].

Одна из самых распространённых проблем, с которыми сталкивается заболевший заключённый, объясняет он — это дефицит медикаментов. В распоряжении тюремных медиков есть стандартный набор лекарств: это дешёвые обезболивающее, например, анальгин, противовоспалительное ибупрофен и антибиотики. «Других лекарств зачастую нет. Я общался с заключёнными, которые работали в медсанчасти или на больницах санитарями, так что сомневаюсь, что эти лекарства воруют сотрудники. Скорее всего, они просто не поставляются», — говорит Асташин.

Сложности с поставками препаратов в колонии и ЛИУ^[5] действительно существуют, подтверждает источник «Медиазоны» во ФСИН. По словам сотрудника ведомства, дефицит лекарств обычно наблюдается в начале года, когда контракты с поставщиками медикаментов ещё не подписаны. «Буквально нет ничего, потому что спускают закупочные цены на лекарства очень низкие, и требуют, чтобы ФСИН первым делом сыграла аукционы по этим закупочным ценам, — объясняет собеседник "Медиазоны". — И когда уже все откажутся с нами играть в интересный аукцион, или кто-нибудь выйдет на него, тогда нам, возможно,

цены повышают. Поэтому у нас уже апрель, а лекарства только начали появляться в полном объеме. И это Москва, а что происходит в далеких регионах, боюсь даже предположить».



Фото: Анатолий Жданов / Коммерсант

Часто руководство колонии предлагает родственникам осужденных самим купить нужные препараты и передать в ИК. Но и тут не всегда все проходит гладко. Для передачи лекарств нужно согласие медработника, и осужденному могут отказать просто потому, что он на плохом счету у администрации, говорит адвокат Ирина Бирюкова. К тому же медицинскую передачу невозможно сделать, если осужденному не поставлен диагноз.

По словам юриста «Комитета против пыток» Сергея Шунина, бывшего члена ОНК по Нижегородской области в 2016–2019 годах, наблюдатели не раз сталкивались с тем, что врач сначала разрешал передачу лекарств, а потом переставал «находить основания» — хотя диагноз осужденного

не изменился. «Сталкивались с проблемой с диабетиками. Очень многие жалуются, что наш отечественный инсулин не обладает такими же свойствами, как зарубежный, а диабетики с серьезным прогрессирующим заболеванием очень чувствительны к этому. Если они привыкли к французскому инсулину, допустим, когда они переходят на отечественный, то им становится гораздо хуже», — рассказывает Шунин.

Дефицит медикаментов испытывают на себе и другие категории осужденных — ВИЧ-положительные, больные туберкулезом или раком, добавляет Анастасия Коптеева.

На общем состоянии тюремной медицины сказывается и нехватка медоборудования. По словам правозащитников, некоторые медсанчасти не оснащены даже рентгеновскими аппаратами, не говоря уже о более современных средствах диагностики. Из-за этого осужденный, уже добившийся разрешения на обследование, может месяцами ждать, пока его этапируют в больницу, где необходимое оборудование все-таки есть. «В Красноярском крае в тех зонах, где я был, был рентген, но во многих зонах этого нет. Человека надо везти в больницу, но зачастую это делается несвоевременно», — говорит Иван Асташин.

Но даже если у медсанчасти есть техническая возможность провести сложную операцию, заключенным в этом часто отказывают. Анастасия Коптеева приводит в пример случай заключенного одной из забайкальских колоний Игоря Костромина,

у которого развился асептический некроз кости. Костромину требовалось эндопротезирование, но тюремные врачи решили, что проводимой терапии достаточно, хотя он с трудом ходил. «В последнем заключении врачей говорилось, что болезнь достигла терминальной стадии, — рассказывает юристка. — То есть у него кость просто высохла, и это причиняло ему сильные физические ограничения и страдания, потому что в колонии не было условий для отбывания наказания такого инвалида».

Долгий путь в больницу

В самой ФСИН предпочитают не акцентировать внимание на проблемах тюремной медицины и даже говорят о ее преимуществах перед гражданской. Летом 2019 года замглавы ведомства Валерий Максименко рассказывал, что «услуги, которые предоставляем мы, на самом деле выпадают не каждому на воле». Через полтора года, в декабря 2020-го, его арестовали по делу о злоупотреблении должностными полномочиями^[6].

. В СИЗО «Лефортово» экс-чиновник заболел коронавирусом и чуть не умер; спасли его только после перевода в другой изолятор — «Матросскую тишину», где есть больница. «Ему также пытались давать в день две таблетки ибупрофена и думали, что это поможет. Еще один день — и можно было бы опасаться за его жизнь», — говорит источник «Медиазоны» во ФСИН.

Предметом особой гордости Максименко была диагностика. «У нас люди по стране стоят годами в очередях <...> А когда приезжают в места лишения свободы, оказывается, что более 60% людей лечили

три, пять, десять лет не от того. И если бы три, пять или десять лет назад начинали лечить от того, то не требовалось бы операции. Самое главное — диагностика. В наших центрах она проводится хорошо», — заверял он в интервью «МБХ Медиа».

На деле же, говорят правозащитники, диагностика в системе тюремного здравоохранения редко бывает своевременной: Анастасии Клименко известен случай, заключенный ждал обследования около пяти лет. За это время, добавляет правозащитница, даже у здорового человека может развиваться серьезное заболевание.

Но даже если медкомиссия соглашается направить осужденного на обследование, это вовсе не означает, что его немедленно переведут в стационар.

Проблема, отмечают опрошенные «Медиазоной» правозащитники, в том, что в системе ФСИН катастрофически не хватает медико-санитарных частей и больниц. «Тюремные больницы есть не во всех регионах, и не все специалисты есть в тюремной больнице, [хотя,] конечно, их больше, чем в колонии. Там [специалисты] либо тоже приходящие, либо те, кто наиболее часто [требуется] по обращениям. Например, инфекционисты, потому что ВИЧ много, туберкулеза много», — объясняет адвокат «Общественного вердикта» Ирина Бирюкова.

При этом госпитализация в тюремной медицине не бывает быстрой: больной ждет очереди на этапирование, а когда подойдет эта очередь — никто точно сказать не может. «Ко мне обращались десятки заключенных с одной и той же проблемой

— обещали, что этапируют, но вот не происходит. По разным диагнозам — от кардиологии до травм серьезных — люди ждут, когда же их ФСИН соблаговолит этапировать», — говорит Сергей Шунин из «Комитета против пыток».

По словам юриста, долгое ожидание госпитализации отчасти связано и с дефицитом ресурсов — не хватает автозаков и сопровождающих сотрудников. Он рассказывает о случае Александра Пронина, который отбывал срок в нижегородской ИК-14 с 2014-го по 2019 год. В 2015 году заключенному на импровизированной дыбе вывернули плечевые суставы; в отсутствие адекватного лечения проблема с суставами стала хронической. В числе нарушений, допущенных медиками колонии, экспертиза отметила «нарушение сроков плановой госпитализации». В итоге Советский районный суд Нижнего Новгорода присудил Пронину компенсацию — 60 тысяч рублей. Заняться поврежденными суставами он смог только после освобождения.

«Чтобы отвезти заключенного в ЛИУ внезоновскую, за пределы — вы даже представить себе не можете, какая это напряжная ситуация для руководства зоны. Потому что для этого выделяется конвой, это большое количество людей, потом ожидание самого конвоирования и поездка. Это чисто бюрократически занимает много времени», — объясняет Анна Клименко.

Она добавляет, что на регион обычно приходится одно-два таких учреждения, и часто они бывают переполнены. Об этом говорит и Иван Асташин —

по его словам, заключенные могут ждать этапа в больницу месяцами.

«Когда я сидел в Норильске, это частая была проблема. У людей были проблемы со здоровьем, которые нельзя решить на зоне, их надо было отправить на больницу, и они этого добиваться могли полгода. Он жалуется на боли, а ему говорят: "Подожди, отправим, мест нету", там же этапы как-то расписывают», — рассказывает Асташин. Сам он попадал в тюремную больницу в Красноярске дважды — нужно было проверить зрение. Впрочем, ждать оба раза приходилось сравнительно недолго, месяц-полтора, добавляет бывший заключенный.

Тюрьма и коронавирус

В 17 лет [Лада Малова](#) стала звездой «Двача» и пабликов «ВКонтакте», снимая видео, в которых она принимает инъекционные наркотики. В 2016 году девушку осудили на восемь лет колонии по обвинению в покушении на сбыт наркотиков-^[7] в особо крупном размере и их хранение^[8] в значительном размере, позже срок снизили на два месяца.

В прошлом году 24-летняя Малова перенесла коронавирусную инфекцию, после которой у нее развились «прогрессирующая третья» стадия саркоидоза, кифосколиоз, туберкулез и обширный фиброз легких.

Мать девушки подала ходатайство об ее освобождении в связи с болезнью, но ФСИН с оформлением документов не спешит.

«Просто тянут время, в то время как ее никто не лечит уже, она там просто умирает», — говорит мать осужденной.

Долгое ожидание госпитализации в системе ФСИН имеет еще одну причину — это дефицит кадров.

«Самая главная проблема как раз связана с нехваткой врачей всех специальностей, из которой растут много других ужасных проблем, связанных, в том числе, с высокой смертностью, неоказанием медицинской помощи, количеством исков и решений судов, устанавливающих вред здоровью, — констатирует Сергей Шутин из «Комитета против пыток».

— Дефицит во всех: терапевтах, кардиологах, неврологах, хирургах, зубных врачах, флебологах — варикозное расширение вен нижних конечностей у сидящих в ограниченном помещении людей [приводит] к осложнениям, особенно, если люди в возрасте. И без флеболога люди конечности теряют».

О катастрофической нехватке стоматологов в колониях говорит и бывший член ОНК по Калининградской области Александр Вавилов — как правило, на несколько ИК приходится один врач, который просто не успевает лечить зубы, поэтому просто удаляет их.

«На многих зонах нет стоматолога, — подтверждает Иван Асташин. — Заключение встречается по этапу с разных зон: «Ну и у вас там чо как?» — «Ну вот у нас нет стоматолога» — «Ну, у нас тоже два года не было, сейчас появился, правда, он только рвет, пломбы не ставит». Зачастую осужденным приходится самим рвать зубы, и в некоторых зонах есть среди заключенных те, что делает это все за неимением квалифицированного специалиста».

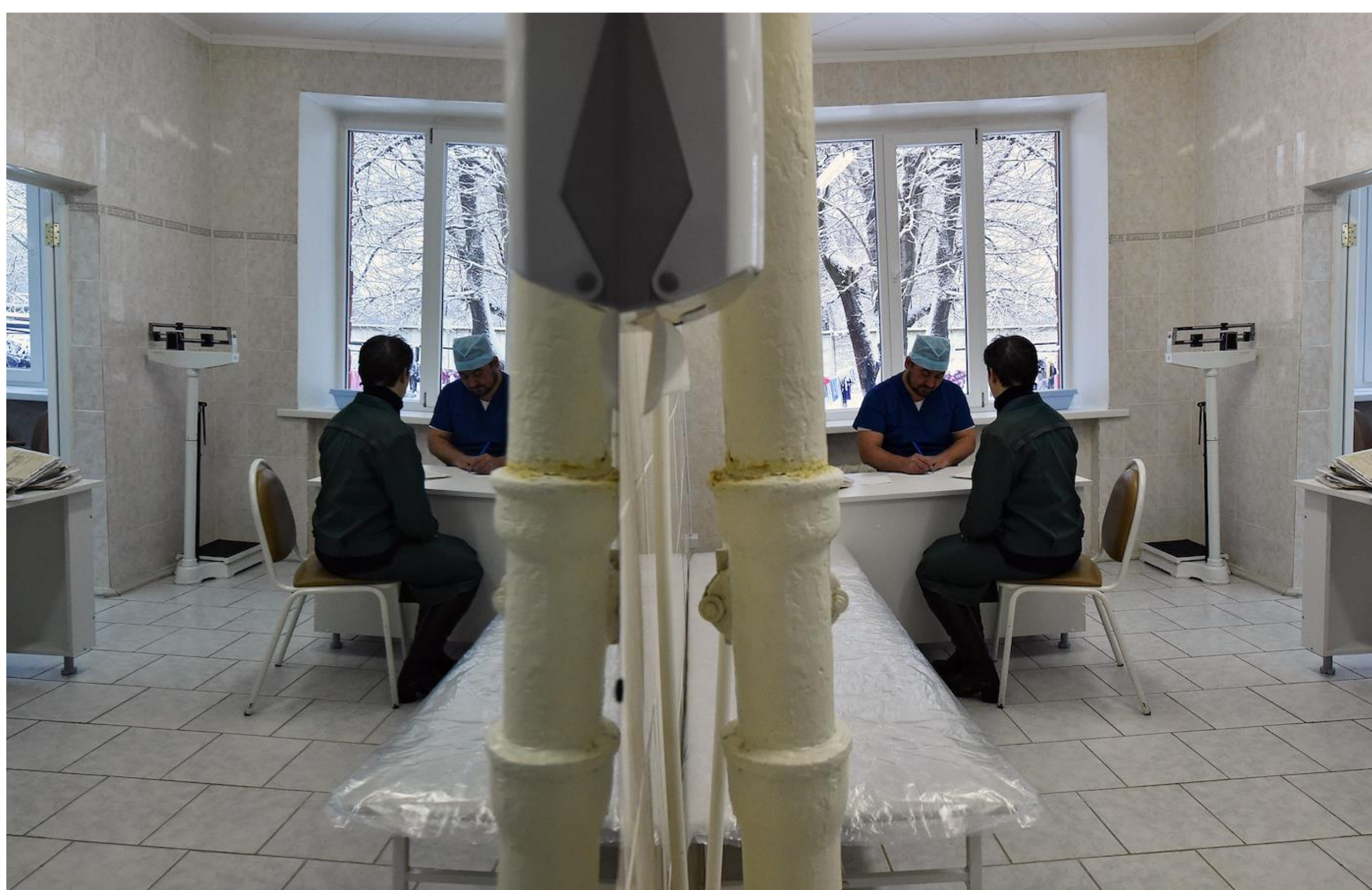


Фото: Петр Кассин / Коммерсант

По словам Асташина, в колониях, где он отбывал наказание, медсанчасти были укомплектованы одним терапевтом, фельдшером и несколькими медсестрами; в ИК, находящихся в удаленной местности, часто «бывает недобор». Бывший член ОНК из Калининграда Александр Вавилов добавляет, что в учреждениях ФСИН всегда «большая текучка медицинских кадров»; часто врачи отказываются работать с осужденными из-за угроз или специфической манеры поведения пациентов.

Как должно быть устроено взаимодействие тюремных медиков с больными

По словам бывшего члена ОНК Александра Вавилова, в теории работа медработников ФСИН должна выглядеть так. Каждое утро все камеры (если это СИЗО) или отряды (если это колония) обходит терапевт. Он спрашивает о жалобах на здоровье и составляет списки тех, кто хочет попасть на прием к фельдшеру в медпункт. По результатам осмотра в медпункте решают, что делать с тем или иным заключенным дальше — ему могут дать направление на прием к специалисту в больницу или медсанчасть. Врач в больнице, в свою очередь, назначает лечение и решает, нуждается ли пациент в госпитализации. От момента постановки диагноза до госпитализации в идеале проходит несколько дней — это время, необходимое на оформление документов и формирование конвоя. Если диагноз поставить не получается, то в теории больного должны под конвоем доставить в гражданское медучреждение — поликлинику или больницу. Пока пациент не пойдет на поправку, он должен оставаться в больнице.

Анна Клименко из «Руси сидящей» говорит о проблеме женских колоний — нехватке гинекологов. Формально диспансеризация с осмотром у гинеколога предусмотрена для женщин-осужденных два раза в год, на практике это происходит в лучшем случае один раз. «В женской зоне гинеколог есть,

и вот приходит к нему женщина с определенными жалобами. Сидит на зоне лимит 1 400 человек, можете предположить, что она будет каждую смотреть? Конечно нет. Приходит женщина, жалуется, у меня то-то, то-то. Она ей пишет — эрозия шейки матки. А там же рак. И пока первая-вторая стадия, их на обследование не отправляют. А отправляют тогда, когда, извините меня, уже все отваливается. И когда они в собственной крови захлебываются», — рассказывает Клименко.

Адвокат «Общественного вердикта» Ирина Бирюкова напоминает, что если заболевшему заключенному требуется помощь специалиста, которого нет в клинике ФСИН, то по закону он имеет право обратиться в гражданскую больницу. На самом деле, добиться этого почти невозможно; именно встречи с приглашенным врачом требует объявивший голодовку Алексей Навальный. «Надо, чтобы местный врач дал разрешение, чтобы в клинике, с которой заключен договор, не было специалиста, а, как правило, они не дают такое заключение, потому что это показывает, что медицина во ФСИН плохая, а они такое не делают фактически никогда, — объясняет Бирюкова. — И только после всех кругов ада и многочисленных жалоб можно получить разрешение на вывоз в ту клинику или приход того специалиста, которые требуются».

Умереть в неволе

Отдельно правозащитники выделяют проблему активировки — освобождения заключенных по состоянию здоровья. Как правило, в один голос говорят опрошенные «Медиазоной» юристы и

адвокаты, человек с неизлечимым заболеванием оказывается на свободе, когда жить ему остаются считанные дни.

«Все эти полутрупы они стараются в больницу выпихнуть, чтобы отчетность была у больницы, а не у них. Сначала в тюремные [больницы], а если тюремная не справляется — нет оборудования, или лекарств, или специалистов — они отправляют в гражданские больницы, — говорит Ирина Бирюкова. — Если дело к смерти, они или задними числами, или очень быстро активировку проводят, это освобождение по болезни. Такое решение выносит только суд, но документы готовит ФСИН. И довольно часты случаи, когда активируют, а человек через сутки-двое умирает уже на свободе. Зато он не умер в колонии, чтобы не портить статистику».

Смерть в тюремной больнице

В 2015 году у заключенной ИК-2 в Ленинградской области Екатерины Нусаловой диагностировали мастит (воспаление ткани молочной железы) и назначили ей в качестве лечения мазь. Когда боли в груди стали сильнее, осужденной начали давать обезболивающие. Через несколько месяцев Нусалову перевели в Петербург в тюремную больницу имени Гааза, где у нее диагностировали рак. Но поскольку онкологического отделения в клинике не было, необходимую помощь ей оказать не могли.

В марте 2016 года Нусалова, у которой к тому времени был рак четвертой стадии, подала ходатайство о досрочном освобождении в связи с тяжелой болезнью, но ей отказали. Через два месяца Петербургский городской суд все же принял решение освободить Нусалову. Еще через месяц она скончалась.

Нусалову освободили 18 мая, а за два дня до этого в больнице Гааза умерла третья за месяц онкобольная осужденная, не дожив четырех дней до рассмотрения ее ходатайства об освобождении. Еще двум заключенным, погибшим раньше, суды в такой просьбе отказали.

С тем, что процедура освобождения смертельно больных заключенных — сложная и неоправданно затянутая, согласна и координатор «Руси сидящей» Анна Клименко. «Объяснения нет никакого. Вроде бы как все по закону, все подходит, все по списку^[9], заболевание считается подходящим для активировки — но почему-то не активируют. Либо тянут до последнего и освобождают человека за несколько дней до смерти», — говорит она.

Чтобы выйти на свободу по болезни, нужно обратиться в суд с ходатайством, которое подается через администрацию колонии или СИЗО. Вместе с ним в суд направляется заключение медкомиссии и личное дело осужденного. При рассмотрении вопроса об активировке учитывается не только заболевание, но и поведение осужденного; судьи смотрят, соблюдал ли он медицинские рекомендации и режимные

требования колонии. Но бывают случаи, когда все требования для освобождения соблюдены, но из колонии осужденного все равно не выпускают, отмечает Клименко.

Постановление правительства уточняет срок, в течение которого должно быть принято решение о его освобождении. Так, начальник колонии должен направить документы в медорганизацию не позже рабочего дня, следующего за днем получения от осужденного соответствующего обращения. После этого у медиков есть десять дней, чтобы назначить освидетельствование, на само обследование отводится еще десять дней. На деле все длится куда дольше, говорит координатор «Руси сидящей»; от подачи заявления до начала обследования на практике часто проходит больше двух месяцев.

Клименко добавляет, что ей тяжело давать оценку процедуре активировки как таковой, потому что в своей работе правозащитница обычно сталкивается со случаями, когда эта процедура не соблюдается или откровенно затягивается. Это не означает, что освобождение по болезни невозможно в принципе, «где-то это работает», соглашается она. По словам Клименко, будет преувеличением утверждать, что руководство колоний «прямо препятствуют» освобождению тяжелобольных осужденных; вся проблема, на ее взгляд, «в бардаке».

«Потом еще суд долго рассматривает это ходатайство. Наконец, он его рассмотрел. А к этому времени у человека четвертая терминальная стадия рака —

он практически умирает. Им [руководству колоний] не нужны инвалиды, которые под себя ходят. Не заинтересована ни одна зона этих людей у себя держать. Ни одному начальнику нет смысла держать таких людей, но так работает система», — объясняет правозащитница.

Она приводит в пример своего доверителя с онкологическим заболеванием, который не получал лечения в колонии. Правозащитники подали жалобу в Европейский суд по правам человека, но мужчина до решения не дожил — уже после смерти осужденного компенсацию морального вреда получила его сестра.

Другой пример приводит Анастасия Коптеева — это случай Ивана Шайдулина, больного раком головного мозга. Осужденного все же доставили в больницу на химиотерапию, но почти сразу после процедур увезли обратно в колонию, не позволив ему пройти двухнедельный курс реабилитации.

При этом Коптеева отмечает, что даже в гражданских клиниках, куда заключенным так сложно попасть, их часто содержат в нечеловеческих условиях. Сейчас юристка занимается делом мужчины с ВИЧ-инфекцией в предтерминальной стадии. В гражданскую больницу в Чите его доставили в полубессознательном состоянии. «Он даже не помнит, как его туда привезли, потому что его больше месяца в колонии лечили от ангины, а на самом деле у него был СПИД. И когда его туда доставили на 14 дней, его приковали наручниками к постели. Соответственно, он был ограничен в движениях, и за

две недели у него образовались глубокие пролежни», — рассказывает Коптеева.

Восемь попыток Сергея Козина

В 2018 году Железнодорожный районный суд Красноярска с восьмой попытки освободил заключенного Сергея Козина, у которого диагностировали рак прямой кишки. Из-за болезни часть кишечника вывели наружу через отверстие в брюшной полости. Козину установили инвалидность II группы, он испытывал постоянные боли и нуждался в особой гигиене: мужчина почти не мог двигаться, не ходил в баню, от него исходил неприятный запах, еду ему приносили другие осужденные за чай и сигареты, даже врачи в медсанчасти избегали встреч с Козиным, рассказывали правозащитники. Тем не менее суд семь раз отказывал ему в освобождении.

Изменить ситуацию в тюремной медицине можно, считают правозащитники — для этого нужно, чтобы она перестала быть тюремной. Раньше медики в колониях подчинялись руководству учреждений, говорит «Медиазоне» правозащитник, экс-председатель московской ОНК Валерий Борщев, но «после дела Магнитского вывели врачей из подчинения начальников СИЗО и начальников колоний, и подчинили их руководителям региональных управлений ФСИН». В 2011 году президентский Совет по правам человека ставил перед Дмитрием Медведевым вопрос о передаче

тюремной медицины в ведение Минздрава, но дальше обсуждения в экспертном сообществе реформа не продвинулась.

Рано или поздно ее следует довести до конца, уверен Борщев — нужно, чтобы «медики в колониях и СИЗО подчинялись не ФСИНу, а Минздраву». С ним соглашаются и другие опрошенные «Медиазоной» правозащитники.

«Возможно, если бы они находились в подчинении у Минздрава, там бы отношение было бы совершенно другим», — говорит Анастасия Коптеева.

Редакторы: Олег Зурман, Дмитрий Ткачев

-
1. Российские власти продолжают массово и бессистемно пополнять списки «иностраннных агентов» — туда включают правозащитников, политиков, активистов, журналистов, некоммерческие организации и издания. Закон о СМИ обязывает нас указать, что фонд «Общественный вердикт» внесен Минюстом в реестр «реестр НКО, выполняющих функции иностранных агентов».
 2. Противовоспалительное.
 3. Препарат, снижающий кислотность желудочного сока.
 4. Автономной боевой террористической организации, которая, по версии следствия, устроила поджог здания УФСБ по Юго-Западному округу Москвы, ОВД, опорного пункта, нескольких торговых точек и частного дома, где проживали мигранты. В 2012 году суд приговорил Асташина к 13 годам строгого режима, позже наказание снизили до девяти лет и девяти месяцев. Всего по делу АБТО осудили девять человек в возрасте от 17 до 19 лет.
 5. Лечебно-исправительное учреждение.
 6. Часть 3 статьи 285 УК.
 7. Часть 3 статьи 30, часть 5 статьи 228.1 УК.

8. Часть 1 статьи 30, пункт «б» части 3 статьи 228.1 УК.

9. Утвержденный правительством перечень заболеваний, препятствующих отбыванию наказания.