



ЕВРОПА

Доклад о состоянии дел по вопросу "Тюрьмы и туберкулез"



Реферат

Обзор положения дел на сегодняшний день относительно распространенности туберкулеза (ТБ) показал, что, несмотря на достигнутый прогресс, ТБ остается одной из главных проблем в исправительных учреждениях в отдельных районах Европы и во всей Европе в целом. Существует срочная необходимость в том, чтобы все, кто имеет отношение к данной проблеме, включая лиц, формирующих политику здравоохранения, и персонал исправительных учреждений, поняли природу данной проблемы, обусловленную особенностями заболевания и специфическими реалиями жизни в исправительных учреждениях и среди находящегося в них контингента. В настоящем докладе приведены фактические данные в обоснование того, что должно быть сделано, и описываются положительно зарекомендовавшие себя методы выявления и лечения этой болезни, угрожающей жизни людей, и борьбы с ее распространением в исправительных учреждениях и в обществе. При наличии такого понимания и при наличии ресурсов для подготовки обученного персонала, проведения лабораторных анализов и обеспечения лекарственных препаратов программы борьбы с ТБ в исправительных учреждениях, осуществляемые в рамках государственных стратегий, могут привести к значительным улучшениям в общественном здравоохранении и внести весомый вклад в достижение мира без туберкулеза. Данный доклад был утвержден на Международной конференции ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах в г. Синая, Румыния, 26 октября 2006 г. Конференция была организована совместно с министерством юстиции и министерством здравоохранения Румынии и отделом по реализации проектов борьбы с ТБ Национальной администрации исправительных учреждений. В качестве спонсоров конференции выступали Сотрудничающий центр ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах при министерстве здравоохранения Англии и Уэльса, Глобальный фонд, Румынская национальная администрация исправительных учреждений и Институт легочных заболеваний "Marius Nasta".

Ключевые слова

PRISONS
PRISONERS
TUBERCULOSIS – prevention and control
EUROPE

EUR/07/5063912

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	<i>Стр.</i>
<i>Предисловие</i>	1
Выражение благодарности	2
Резюме	3
Основные пункты стратегии борьбы с ТБ в исправительных учреждениях	4
Введение	7
Общая ситуация и эпидемиология	9
Туберкулез, пути его распространения и условия в исправительных учреждениях	9
Стратегия "Остановить туберкулез"	12
Трудности в проведении профилактики, диагностики и лечения ТБ в исправительных учреждениях	14
Политическая поддержка	14
Борьба с инфекцией	17
Выявление больных с помощью бактериологических исследований гарантированного качества	17
Стандартное лечение под наблюдением и с поддержкой больных	20
Действенная система снабжения лекарственными препаратами и организации их использования	21
Система мониторинга и оценки результатов и измерение воздействия принимаемых мер	22
Совместные мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ-инфекцией	22
Профилактика МЛУ-ТБ и борьба с ним	23
Участие местного сообщества	24
Отстаивание интересов, распространение информации и социальная мобилизация	25
Научные исследования	26
Программы борьбы с ТБ в тюрьмах – каковы минимальные требования?	27

Предисловие

В настоящем докладе о состоянии дел по вопросу "Тюрьмы и туберкулез" в конспективной форме описано положение дел в области профилактики, диагностике и лечении ТБ в исправительных учреждениях и ставится цель представить доказательства в пользу принятия мер, необходимых для снижения распространения ТБ среди заключенных и для уменьшения таким образом угроз для общества и общественного здравоохранения в целом. Доклад подготовлен в рамках общих задач Проекта ВОЗ "Охрана здоровья в тюрьмах" (HIPR), которые, в частности, включают применение комплексного подхода с полным охватом всех условий в масштабе всего исправительного учреждения для обеспечения охраны и укрепления здоровья заключенных, членов их семей, а также персонала исправительного учреждения в более широких интересах общественного здравоохранения.

Доклад представляет собой результат изучения данных научных исследований и экспертных заключений, полученных из различных источников и взятых из выводов различных органов, занимающихся в Европе борьбой с туберкулезом (см. раздел "Выражение благодарности"). Данный документ не предназначен для использования в качестве технического руководства.

Аргументы общественного здравоохранения в пользу принятия мер весьма убедительны. Теперь у лиц, принимающих решения по вопросам политики и необходимых услуг для исправительных учреждений, есть доказательство эффективности этих мер, а не только примеры успешного опыта в нескольких странах Европы и в других регионах. Они должны сделать вывод о том, что действенные меры профилактики и стратегия DOTS (лечение под непосредственным наблюдением, коротким курсом) а также меры по снижению вреда можно уверенно внедрять в исправительных учреждениях, что такие меры могут значительно способствовать предупреждению передачи ТБ среди населения и что сегодня нужны меры, принимаемые в интересах здоровья населения в целом.

Читательская аудитория, для которой в первую очередь предназначен настоящий доклад, включает руководящих работников министерств, отвечающих за исправительные учреждения, и старший руководящий состав исправительных учреждений. К числу других категорий читателей могут относиться персонал исправительных учреждений, неправительственные организации (НПО) и лидеры общественности на местном уровне. Доклад написан для Европейского региона ВОЗ, однако многие трудности и рекомендации могут быть актуальными и для других регионов ВОЗ.

Наше намерение в издании данного доклада состоит в том, чтобы он мог послужить основой для подготовки в будущем более глобального документа и таким образом внести достойный вклад в осуществление мечты ВОЗ о мире без туберкулеза.

Выражение благодарности

Мы благодарим поименованных ниже экспертов, которые участвовали в подготовке проекта и обсуждении настоящего доклада и высказали свои замечания до того, как он был представлен на конференции ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах 26 октября 2006 года в г. Синая, Румынии:

Д-р Jonathan Veunon,
Координатор по вопросам здравоохранения в местах лишения свободы, отдел здравоохранения, отделение по оказанию помощи Международного комитета Красного Креста, Швейцария

Д-р Pierpaolo de Colombani,
Медицинский сотрудник, Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания

Д-р Masoud Dara,
Старший консультант, Фонд борьбы с туберкулезом KNCV, Нидерланды

Д-р Alex Gatherer,
Временный советник, Европейское региональное бюро ВОЗ, Соединенное Королевство

Paul Hayton,
Заместитель директора Сотрудничающего центра ВОЗ, Соединенное Королевство

Д-р Einar Heldal,
СОЮЗ, Норвегия

Д-р Michael E. Kimerling,
Доцент, медицинский факультет университета Алабамы в г. Бирмингем, США

Д-р Hans Kluge,
Советник по вопросам ТБ и ТБ/ВИЧ, представительство ВОЗ, Мьянма

Д-р Александр С. Кононец,
Заместитель директора Федеральной службы исполнения наказаний, Российская Федерация

Д-р Lucia Mihailescu,
Координатор отдела исполнения проектов по борьбе с ТБ Министерства юстиции, Румыния

Д-р Dr. Lars Moller,
Руководитель проекта "Охрана здоровья в тюрьмах" и программы "Незаконные наркотики" Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, Дания

Д-р Hernan Reyes,
Медицинский координатор мероприятий, связанных с местами лишения свободы, Международный комитет Красного Креста, Швейцария

Резюме

Несмотря на достигнутые важные успехи, туберкулез (ТБ) остается одной из главных проблем здравоохранения в исправительных учреждениях в разных районах Европы, а следовательно, и во всей Европе, и это при том, что ТБ представляет собой в значительной мере излечимую болезнь, и в настоящее время в международном сообществе сложилось общее мнение о том, как вести профилактику этого заболевания и борьбу с ним посредством стратегии DOTS (лечение под непосредственным наблюдением коротким курсом), в том числе в исправительных учреждениях.

Поэтому Проектом ВОЗ "Охрана здоровья в тюрьмах" (HIP) и был подготовлен настоящий Доклад о состоянии дел по вопросу "Тюрьмы и туберкулез", чтобы выявить главные трудности в реализации мер борьбы с ТБ в исправительных учреждениях и предложить рекомендации, которыми могли бы руководствоваться лица, вырабатывающие политику, и основные заинтересованные стороны в работе по укреплению этапа реализации. Доклад был написан группой экспертов и дорабатывался в ходе консультаций с партнерами из сторонних организаций.

В докладе подробно описываются фактические данные и практический опыт, объясняющие и обосновывающие необходимость принятия срочных мер. Первым шагом на пути к более эффективной борьбе с нынешней эпидемией является обеспечение такого положения, при котором все, кто связан с исправительными учреждениями и здравоохранением в них, включая лиц, вырабатывающих политику общественного здравоохранения, и персонал исправительных учреждений, обладали бы знанием и пониманием основных особенностей ТБ как заболевания в особых условиях исправительного учреждения и, в частности, следующих вопросов: что является его причиной, как он распространяется, почему он представляет собой в значительной степени излечимую болезнь, как могут возникать более тяжелые формы заболевания, устойчивые к лекарственным препаратам, каковы индивидуальные и экологические факторы, в значительной мере усложняющие тяжесть заболевания у отдельных лиц и увеличивающие возможность и масштабы вспышки в исправительных учреждениях, в чем состоит важность программы лечения в условиях исправительных учреждений, при которой обеспечивается соблюдение режима и завершение полного курса лечения, каковы особенности жизни в тюрьме, которые могут увеличивать трудности в выявлении, диагностировании и лечении заболевания, а также чем объясняется насущная потребность в увязывании тюремных программ с государственной стратегией борьбы с ТБ и включении их в эту стратегию.

Если не будет выработано ясного понимания заболевания и того, что необходимо делать, и не будет принято мер к устойчивому укомплектованию должным образом обученными кадрами и предоставлению необходимой поддержки, исправительные учреждения могут так и остаться наихудшей возможной средой, в которой ТБ будет беспрепятственно распространяться и превращать их в рассадник смертельной болезни для всего общества. Если не принять мер по борьбе с ТБ в исправительных учреждениях, ситуация ухудшится для всех, т.к. болезнь сможет распространяться оттуда на все общество.

Основные пункты стратегии борьбы с ТБ в исправительных учреждениях

1. Финансовых средств для охраны здоровья и борьбы с ТБ в исправительных учреждениях недостаточно. Нужны готовность к действию и поддержка на политическом уровне, а также внешние источники финансирования для ведения борьбы с ТБ как в пенитенциарной системе, так и в гражданском секторе.
2. Ни одна система не сможет быть успешно реализована, если не будет обеспечена достаточной численностью кадров, имеющих необходимую квалификацию. Важными элементами планирования должны быть привлечение компетентных сотрудников и всеобъемлющая стратегия укрепления кадровых ресурсов, включающая в себя обучение персонала, оказание поддержки в случае необходимости и адекватное вознаграждение за труд, чтобы обеспечить качество оказываемых услуг и сохранение кадрового состава.
3. В последнее время во многих организациях и учреждениях созданы системы надлежащего ведения борьбы с инфекциями, сочетающие в себе административные, технические и кадровые меры, и в них должны быть соблюдены определенные минимальные требования.
4. Важнейшим элементом любой действенной программы медико-санитарных мер борьбы с туберкулезом является выявление больных с помощью бактериологических исследований гарантированного качества. Нужна достаточно развитая система забора и микроскопического исследования мазков мокроты, работающая согласованно с гражданской системой.
5. Необходимо вести постоянную работу по выявлению больных с симптомами ТБ путем скрининговых обследований при поступлении и регулярно через определенные промежутки времени, обычно путем рентгеноскопии грудной клетки и микроскопии мазков мокроты.
6. Исследования на устойчивость возбудителя к лекарственным препаратам должны проводиться централизованно и координироваться с гражданским сектором, чтобы обеспечить достаточный уровень качества.
7. Методики лечения должны быть такими же, как и в гражданском секторе, и должны соблюдаться на практике.
8. Лечение должно проводиться под непосредственным наблюдением в соответствии с методическими указаниями национальных программ борьбы с ТБ. Освобождение из заключения больных, не закончивших курса лечения, должно осуществляться в тесном взаимодействии с гражданским сектором.
9. Должно быть обеспечено оперативное и соответствующее потребностям снабжение необходимыми лекарственными препаратами и должна быть налажена система управления, позволяющая контролировать эффективное применение лекарственных препаратов. Регулярные поставки лекарственных препаратов гарантированного качества должны обеспечиваться через Глобальный фонд по обеспечению

лекарственными препаратами (ГФЛП)¹ (лекарственные препараты основного ряда) и Комитет по санкционированию (КС)² (препараты резервного ряда).

10. Для контроля за ходом осуществления и анализа программы борьбы с ТБ нужна система учета и отчетности. Должна быть общая система для сектора пенитенциарных учреждений и для гражданского сектора, причем исправительные учреждения должны представлять отчеты гражданской системе.
11. Необходимо создать систему согласованного диагностирования и лечения больных, имеющих одновременно ТБ и ВИЧ-инфекцию. Всем больным ТБ должно предлагаться тестирование на ВИЧ, и, если имеются показания, должно проводиться антиретровирусное лечение и профилактическое лечение ТБ.
12. Необходимо также срочно наладить эффективную и оперативную диагностику и лечение форм ТБ с лекарственной устойчивостью возбудителя. Лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ) должно расширяться одновременно с мерами, предпринимаемыми для того, чтобы программа борьбы с ТБ реально приводила к снижению появления новых штаммов МЛУ-ТБ как в исправительных учреждениях, так и в обществе в целом. Лечение МЛУ-ТБ должно проводиться с помощью препаратов, поставляемых через Комитет по санкционированию.
13. В странах, где слаба гражданская программа борьбы с ТБ, нужно добиться общего улучшения как внутри пенитенциарной системы, так и за ее пределами. Если же в гражданском секторе работа налажена хорошо, улучшение координации с пенитенциарной системой должно быстро привести к налаживанию борьбы с ТБ на должном уровне. Тесное сотрудничество между службами здравоохранения в исправительных учреждениях и гражданской службой здравоохранения является одним из важных факторов успешного налаживания эффективной борьбы с ТБ в исправительных учреждениях. В идеале здравоохранение в исправительных учреждениях должно находиться в ведении министерства здравоохранения.
14. Очень важно, чтобы программы борьбы с ТБ в исправительных учреждениях предусматривали достаточную увязку с местными службами, чтобы последующее врачебное наблюдение в обществе не просто было доступно, но и получало активную поддержку; в некоторых странах успешно работают в этом направлении неправительственные организации. В качестве важного ресурса необходимо шире привлекать семьи и общественные организации.
15. Важным элементом любой программы борьбы с ТБ является обеспечение информацией и, при необходимости, повышение квалификации. Необходимо бороться с устаревшим представлением о том, что ТБ является неизлечимой хронической болезнью. Нужно исправлять неправильные понятия о ТБ путем предоставления сотрудникам, заключенным и их родственникам более качественной информации, в которой, в частности, подчеркивается, что ТБ - болезнь излечимая.

¹ Глобальный фонд по обеспечению лекарственными препаратами, Женева, Партнерство "Остановить туберкулез" (<http://www.stoptb.org/gdf>, взято с веб-сайта 8 мая 2007 г.)

² *GDF and Green Light Committee (GLC) announce convergence*. Geneva, Stop TB Partnership (<http://www.stoptb.org/gdf/newsevents/archives/gdfglc.asp>, взято с веб-сайта 8 мая 2007 г.).

16. Полноценная программа борьбы с ТБ должна также охватывать все аспекты жизни в исправительных учреждениях, такие, как переполненность, питание, свежий воздух и физические упражнения на открытом воздухе. Вот почему так важен комплексный подход к борьбе с ТБ, охватывающий все стороны жизни в масштабах всего исправительного учреждения, в более широком контексте реформы пенитенциарной системы, с участием высшего звена управления.

Введение

Туберкулез – одна из главных глобальных проблем здоровья и здравоохранения, которая с особой остротой проявляется в двух регионах мира – в Африке, где высока распространенность ВИЧ-инфекции, и в Восточной Европе³. В Восточной Европе ситуация осложняется тем, что там а) существует пул инфекционных больных формой туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя и б) недостаточно развиты системы здравоохранения, что приводит к неправильному ведению больных и появлению дополнительных случаев заболевания ТБ с лекарственной устойчивостью. В последнее время ситуация в некоторых странах Европы и Центральной Азии усугубляется ростом распространенности ВИЧ-инфекции среди некоторых категорий населения, что значительно повышает риск развития туберкулеза у людей, инфицированных одновременно ТБ и ВИЧ.

Охрана здоровья в тюрьмах касается не только заключенных. Исправительные учреждения сами по себе – это маленькие сообщества людей, в которых работает штат службы режима, а также штат медицинских работников, которые каждый день приходят на работу и уходят домой. В исправительные учреждения приходят посетители, которые могут иметь регулярный контакт с заключенными. Любая проблема здоровья, возникающая среди контингента заключенных, неизбежно затронет те группы людей, которые находятся в тесном контакте с ними, и рано или поздно эти проблемы распространятся на гражданское общество.

Устойчивость к противотуберкулезным лекарственным препаратам вырабатывается в результате неправильного или недостаточного лечения ТБ. Форма заболевания, характеризующаяся устойчивостью к двум наиболее сильнодействующим противотуберкулезным лекарственным препаратам (изониазиду и рифампицину), называется МЛУ-ТБ и требует лечения в течение 18-24 месяцев с применением противотуберкулезных препаратов резервного ряда. Препараты резервного ряда стоят дорого, часто бывают менее эффективны и вызывают больше побочных эффектов. Если программы борьбы с ТБ не могут обеспечить правильного ведения больных ТБ, огромные затраты на противотуберкулезные препараты резервного ряда будут иметь ограниченный эффект, а то и вызывать противоположное действие, так как создают дополнительную резистентность у штаммов бактерий ТБ - туберкулез с обширной устойчивостью к лекарственным препаратам (ОЛУ-ТБ)⁴.

С начала 90-х годов прошлого столетия во многих странах Восточной Европы были зарегистрированы вспышки туберкулеза в исправительных учреждениях, причем штаммы ТБ, распространяющиеся в исправительных учреждениях, чаще бывают устойчивыми к лекарственным препаратам или связаны с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Уже с начала 90-х годов во всем мире сложилось единое мнение относительно обоснования необходимости осуществлять профилактику и лечение туберкулеза и относительно подходов к этой

³ Глобальный план "Остановить туберкулез", 2006-2015 гг./Партнерство "Остановить туберкулез" Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006.

⁴ ОЛУ-ТБ определяется как форма ТБ, обладающая устойчивостью к изониазиду и рифампицину и к любому фторохинолону и одному или более вводимым инъекционным путем препаратам, таким, как амикацин, капреомицин и канамицин.

работе. ВОЗ разработала методические указания, касающиеся ТБ в исправительных учреждениях, в 1998 году⁵ и в 2000 году⁶, однако осуществление этих указаний и рекомендаций во многих странах проходит очень медленно. Многие из поднятых в них вопросов отражают общие условия содержания в исправительных учреждениях, особенно вопросы переполненности, плохой вентиляции, плохого питания и затрудненного доступа к полноценно действующим службам здравоохранения, ведущим профилактику и лечение, а также вопросы лечения под надлежащим наблюдением, подготовки к освобождению и врачебного наблюдения после освобождения. Лишение свободы должно быть крайней мерой наказания, однако численность заключенных в большинстве стран Европы растет, что напрямую сказывается на борьбе с ТБ.

Для борьбы с МЛУ-ТБ ВОЗ и ее партнеры создали механизм – Комитет по санкционированию ("Комитет зеленого света"), чтобы облегчить доступ к высококачественным и недорогим препаратам резервного ряда для лечения МЛУ-ТБ. Посредством этого механизма и благодаря дополнительному финансированию в ряде стран Восточной Европы уже сейчас имеются или вскоре появятся возможности лечения МЛУ-ТБ, в том числе в исправительных учреждениях. Многие из этих стран покрывают расходы на лекарственные препараты за счет Глобального фонда (ГФСТМ).

Данный доклад представляет собой основу для обсуждения главных трудностей в реализации программ борьбы с ТБ в исправительных учреждениях сегодня и содержит в этой связи несколько рекомендаций, которые помогут лицам, вырабатывающим политику, и основным заинтересованным партнерам укрепить аспекты реализации. Доклад составлен после того, как в марте 2006 года было объявлено о начале осуществления "Глобального плана по борьбе с ТБ на 2006-2015 гг."⁷, в основу которого положены цели в области развития, поставленные в Декларации тысячелетия⁸. Этот документ является результатом работы группы экспертов, которая составила его в процессе консультаций с целым рядом сторонних партнеров в период с марта по декабрь 2006 г. Он был утвержден на конференции ВОЗ по здравоохранению в тюрьмах в г. Синая (Румыния) 26 октября 2006 г.

⁵ Maher D et al. *Guidelines for the control of tuberculosis in prisons* [Методические указания по борьбе с туберкулезом в тюрьмах]. Женева, Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет Красного Креста, 1998 г. (документ ВОЗ/ТБ/98.250).

⁶ Vone A et al. *Tuberculosis control in prisons. A manual for program managers*. [Борьба с туберкулезом в тюрьмах. Руководство для руководителей программ]. Geneva. World Health Organisation and International Committee of the Red Cross, 2000 (документ WHO/CDS/ТБ/2000.281).

⁷ *Глобальный план "Остановить ТБ", 2006-2007 гг.* Женева, Партнерство "Остановить ТБ" (<http://www.stoptb.org/globalplan>, взято с веб-сайта 8 мая 2007 г.).

⁸ Цели в области развития, поставленные в Декларации тысячелетия ООН. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (<http://www.un.org/millenniumgoals>, взято с веб-сайта 8 мая 2007 г.).

Общая ситуация и эпидемиология

Согласно последним данным ВОЗ⁹, пик эпидемии ТБ в Европейском регионе ВОЗ наступил в 2001 году, однако серьезные помехи в борьбе с этой болезнью продолжают создавать МЛУ-ТБ и сочетанная инфекция ВИЧ. Сохраняется чрезвычайное положение в связи с туберкулезом в восточной части Региона. В 2004 году число случаев ТБ в Регионе составило, согласно оценок, 444777, из которых 80% приходится на 18 стран – новые независимые государства, страны Балтии, Румынию и Турцию. По оценкам, в том же году от ТБ умерли 69018 человек. Кроме того, в Регионе отмечается самый высокий процент неудачного лечения среди пролеченных больных ТБ (7%) и второй по величине процент смертности (6%) в мире.

Согласно оценок, показатели распространенности МЛУ-ТБ в этих странах относятся к наиболее высоким во всем мире. Как явствует из последнего доклада о результатах обследования ВОЗ и МСБТБЛЗ¹⁰, из 20 стран с наиболее высокими показателями распространенности МЛУ-ТБ среди ранее пролеченных больных 14 находятся в Европейском регионе ВОЗ.

В новых независимых государствах в разных системах исправительных учреждений в последние десять лет документально фиксируется очень высокий показатель ежегодно регистрируемых случаев туберкулеза – 2000-7000 на 100 000 заключенных. В результате проведенного недавно обследования¹¹ было установлено, что средний показатель регистрации туберкулеза в Европе составляет 232 (0-17808) на 100 000 заключенных. Самые высокие показатели отмечаются в Казахстане (17808) и Азербайджане (3944). Было подсчитано, что в тюрьмах Европы содержатся не менее 32 000 больных ТБ, 30 000 из которых – в тюрьмах в Восточной Европе. Процент больных туберкулезом, имеющих штаммы с множественной лекарственной устойчивостью, выше среди заключенных, чем среди больных, живущих на свободе. Два исследования, проведенные в областях Российской Федерации, показали, что штаммы с множественной устойчивостью встречаются у 30% новых больных ТБ и более чем у 50% ранее пролеченных больных.

В последние годы в Российской Федерации отмечается явная тенденция к снижению заболеваемости ТБ среди заключенных, хотя заболеваемость все еще остается высокой. В 1999 году заболеваемость составляла более 4000 на 100 000, а в 2005 г. – 1591 на 100 000. Число людей, имеющих ВИЧ-инфекцию, в Российской Федерации в 2005 г. (около 35000) было в два раза выше, чем в 2000 г.

Туберкулез, пути его распространения и условия в исправительных учреждениях

Несмотря на то, что человек инфицирован *Mycobacterium tuberculosis*, он может оставаться здоровым и так и не заболеть. Однако когда у инфицированного человека нарушена иммунная система (например, из-за ВИЧ, химиотерапии по поводу рака,

⁹ *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing* [Глобальная борьба с туберкулезом: надзор, планирование, финансирование]. Доклад ВОЗ, 2006 г., Женева (WHO/HTM/TB/2006.362).

¹⁰ Устойчивость к противотуберкулезным препаратам в мире. Третий глобальный доклад. Глобальный проект ВОЗ/МСБТЛЗ по эпиднадзору за устойчивостью к противотуберкулезным препаратам, 1999-2002. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (документ WHO/HTM/TB/2004.343).

¹¹ Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2006;10:1215–1223.

преклонного возраста, стресса и т.д.), у него может с большей вероятностью развиться болезнь ТБ в активной форме. ТБ может поражать любую часть организма или любой орган, но особенно поражает легкие. Именно легочная форма ТБ и является заразной, передающейся воздушно-капельным путем. В закрытых помещениях капельная взвесь, выделяющаяся при кашле, пении или чихании, может сохраняться в воздухе в течение длительного времени, особенно если помещение плохо проветривается¹².

Поэтому исправительные учреждения из-за их переполненности, плохого питания, отсутствия вентиляции и ограниченного доступа к зачастую недостаточной медико-санитарной помощи представляют собой среду повышенного риска по ТБ. Кроме того, заключенные не представляют собой простого поперечного среза всего общества. В подавляющем большинстве заключенные – это мужчины в возрасте от 15 до 45 лет, в основном выходцы из малообразованных слоев населения, неблагополучных в социально-экономическом отношении, где выше распространенность инфекции ТБ и чаще происходит ее передача. Часто правонарушители относятся к группам меньшинств или мигрантов и живут на задворках общества. Заключенные также с гораздо большей вероятностью могут уже страдать изнуряющими болезнями и иметь дополнительные проблемы здоровья, такие, как наркозависимость, алкоголизм и заболевание печени.

5 фактов о распространении ТБ в тюрьмах:

- Тюрьмы принимают ТБ
- Тюрьмы концентрируют ТБ
- Тюрьмы распространяют ТБ
- Тюрьмы обостряют ТБ
- Тюрьмы экспортируют ТБ

Ввиду недостатка финансирования медицинские службы в исправительных учреждениях часто отсутствуют вовсе или оказывают лишь минимальные услуги. Заключенные нередко поступают в камеры без прохождения медосмотра, и поэтому здоровые смешиваются с больными в условиях, идеальных для распространения инфекционных болезней. Один заразный заключенный с ТБ может очень легко заразить остальных. Сочетание переполненности, плохого питания, плохой вентиляции и отсутствия проверки на ТБ превратило исправительные учреждения в рассадники и инкубаторы ТБ.

Прогрессирование инфекции ТБ в активную болезнь может быть обусловлено различными физическими и психическими стрессами. Этому прогрессированию способствуют нарушение питания, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков, а также инфицирование вирусом иммунодефицита человека. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных намного выше, чем среди населения. Продолжающаяся практика потребления инъекционных наркотиков, связанная с совместным использованием материалами для инъекции, а также половые сношения без предохранения между заключенными делают тюрьму местом повышенного риска распространения ВИЧ-инфекции среди заключенных. У человека с отрицательным результатом пробы на ВИЧ, инфицированного *M. tuberculosis*, риск развития активного ТБ

¹² Обзор эпидемиологической основы борьбы с туберкулезом см. в работе HL Rieder. Epidemiologic Basis of Tuberculosis Control. First edition 1999. Paris, IUATLD (<http://www.tbrieder.org>, взято с веб-сайта 2 мая 2007 г.).

в течение жизни составляет 5-10%, тогда как у ВИЧ-позитивного человека риск в течение жизни составляет 50% или более.

Ввиду того, что у заключенных высок риск наличия или развития ТБ, рекомендуется проводить скрининг среди заключенных, применяя такие методы, как заполнение симптоматических вопросников, микроскопию мазка мокроты и рентгеноскопию грудной клетки при поступлении или с определенной периодичностью. Ограничения доступа к медико-санитарной помощи могут усугубляться медперсоналом, у которого отсутствует мотивация вследствие низкой зарплаты, отсутствия средств для занятия серьезной медициной или отсутствия элементарной подготовки в вопросах туберкулеза. Заключенные часто не соблюдают назначенных им режимов лечения. Они могут проводить "назначенное себе самому" бессистемное лечение или принимать неправильные дозы лекарственных препаратов. Хуже того, иногда заключенные предпочитают прибегать к самолечению, принимая препараты, которые им приносят родственники или услужливые охранники. Эти недостаточно пролеченные заключенные подвергаются высокому риску развития МЛУ-ТБ, который может затем распространяться среди их товарищей по заключению. Росту распространения ТБ также способствуют частые переводы заразных заключенных из одной тюрьмы в другую, которые приводят к прерыванию лечения.

Туберкулез от заключенных может распространяться на население за пределами исправительных учреждений через заражение тюремных надзирателей и медработников, навещающих заключенных родственников, а также через освободившихся заключенных, остающихся заразными. Лечение освободившихся заключенных должно проходить под наблюдением в лечебном учреждении вне стен исправительного учреждения, предпочтительно в рамках национальной программы борьбы с ТБ (НПТБ), однако часто этого не происходит. Во многих странах противотуберкулезные службы исправительных учреждений не связаны с НПТБ или слабо координируются с НПТБ. Часто именно у стран с тяжелым бременем ТБ меньше всего средств для обеспечения врачебного наблюдения после освобождения. В свою очередь освободившиеся заключенные часто сообщают ложные имена и адреса или не имеют зарегистрированного домашнего адреса (прописки). Часто они не могут позволить себе заплатить за проезд для получения лечения или медицинского контроля. Поэтому освободившиеся заключенные часто оказываются "уклоняющимися от лечения", а не "выбывшими по завершении лечения".

Поскольку очень важно добиваться того, чтобы заключенный закончил полный курс лечения, особое внимание должно уделяться заключенным, переводимым из одного исправительного учреждения в другое. Вести борьбу с ТБ в исправительных учреждениях будет не так сложно, если больной ТБ начинает и заканчивает лечение в одном и том же исправительном учреждении. Если это невозможно, тюремная администрация должна следить за тем, чтобы заключенный, проходящий лечение по поводу ТБ, не переводился в другое исправительное учреждение до тех пор, пока не закончит хотя бы начальную фазу лечения. Когда больного туберкулезом, находящегося во второй фазе лечения (продолжение), переводят в другое исправительное учреждение, необходимо гарантировать завершение лечения в том учреждении.

Стратегия "Остановить туберкулез"

С начала 90-х годов прошлого столетия в мире сложился широкий международный консенсус в отношении того, как предупреждать и лечить туберкулез посредством так называемой стратегии DOTS, высокая эффективность которой в различных социальных средах была показана документально. К основным элементам этой стратегии относятся: политическая поддержка при постоянно возрастающем и устойчивом финансировании; выявление больных посредством бактериологических исследований гарантированного качества; стандартное лечение под наблюдением и с поддержкой больного; действенная система снабжения лекарственными препаратами и организации их использования; система мониторинга и оценки результатов и измерения последствий. В 2006 году стратегия DOTS была расширена и получила название Стратегия "Остановить ТБ"¹³.

Главными целями стратегии ВОЗ "Остановить туберкулез" являются:

- обеспечение всеобщего доступа к высококачественной диагностике и лечению, ориентированному на потребности больного;
- уменьшение человеческих страданий и социально-экономического бремени, связанных с ТБ;
- защита бедных и уязвимых категорий населения от ТБ, ТБ/ВИЧ-инфекции и МЛУ-ТБ;
- поддержка работ по созданию новых методик и содействие их своевременному и эффективному применению.

Существует срочная необходимость принять действенные меры против ТБ в исправительных учреждениях, так как:

- передача ТБ не сдерживается никакими границами, особенно за стенами исправительных учреждений;
- высокая распространенность ТБ в исправительных учреждениях оказывает значительное влияние на распространенность ТБ во всем обществе, а высокая распространенность ТБ во всем обществе может влиять на распространенность ТБ в исправительных учреждениях;
- условия жизни в исправительных учреждениях способствуют распространению заболевания, и часто исправительные учреждения бывают рассадниками этой болезни;
- в исправительных учреждениях высок риск развития ТБ с лекарственной устойчивостью и сочетания эпидемий ТБ и ВИЧ-инфекции;
- государства обязаны охранять заключенных от вреда и обеспечивать им доступ к медико-санитарной помощи такого уровня, который как минимум эквивалентен уровню медико-санитарной помощи, оказываемой во всем обществе.

Шесть элементов Стратегии "Остановить ТБ" включают в себя:

- проведение работы по расширению и усилению высококачественной стратегии DOTS;

¹³ *The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals.* Geneva, World Health Organization, 2006 (document WHO/HTM/STB/2006.37).

- решение проблем ТБ/ВИЧ-инфекции, МЛУ-ТБ и других болезней;
- содействие укреплению системы здравоохранения;
- привлечение к работе всех специалистов, оказывающих медико-санитарную помощь;
- расширение прав и возможностей больных ТБ и местных сообществ;
- создание условий для исследований и содействие в их проведении.

Краеугольным камнем Стратегии "Остановить ТБ" остается стратегия DOTS. Однако, будучи направленной на достижение к 2015 году цели развития в отношении ТБ, поставленной в Декларации тысячелетия, Стратегия "Остановить ТБ" также включает в себя и дополнительные элементы, имеющие особое значение для борьбы с ТБ в исправительных учреждениях: укрепление совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ, профилактику МЛУ-ТБ и борьбу с ним, решение проблем, которые возникают в среде заключенных, беженцев и других группах риска и в особых ситуациях, укрепление систем здравоохранения, вовлечение в работу всех специалистов и организаций, оказывающих медико-санитарную помощь, включая министерства юстиции и внутренних дел, расширение прав и возможностей больных ТБ и местных сообществ, содействие исследованиям, которые нужны в исправительных учреждениях.

Недавно ВОЗ опубликовала специальные методические указания по ведению ТБ с лекарственной устойчивостью возбудителя в соответствии с определенной схемой лечения¹⁴. Разработаны также методические указания по ведению ТБ/ВИЧ^{15,16}.

¹⁴ *Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis* [Методические указания по ведению туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя в соответствии с определенной схемой лечения]. World Health Organisation 2006. (WHO/HTM/TB/2006.361)

¹⁵ *Interim policy on collaborative TB/HIV activities* [Временная политика в отношении совместных действий по борьбе с ТБ/ВИЧ]. Geneva, WHO. 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf, взято с веб-сайта 5 мая 2005 г.).

¹⁶ Harries A et al. *TB/HIV. A clinical manual*. 2nd ed. [ТБ/ВИЧ. Клиническое руководство, второе издание]. Geneva, WHO, 2004. Документ WHO/HTM/TB/2004.329

Трудности в проведении профилактики, диагностики и лечения ТБ в исправительных учреждениях

Высокий уровень заболеваемости ТБ и МЛУ-ТБ/ОЛУ-ТБ во многих исправительных учреждениях, особенно в странах Восточной Европы, объясняется недостаточным лечением в предшествующие годы, переполненностью, недостаточной вентиляцией, плохим питанием, неудовлетворительными гигиеническими условиями, слабостью лабораторных служб и нехваткой лекарственных препаратов, а также тем, что меры по борьбе с ТБ в исправительных учреждениях слабо интегрированы с программами борьбы с ТБ в гражданском секторе. На основании опыта, накопленного в разных районах Европейского региона, в следующих разделах выявлены и сгруппированы наиболее важные задачи в соответствии с элементами Стратегии "Остановить туберкулез" и Глобального плана "Остановить ТБ" на 2006-2015 гг.

Основные задачи по обеспечению проведения профилактики, диагностики и лечения ТБ в исправительных учреждениях:

- Политическая поддержка
- Борьба с инфекцией
- Выявление больных с помощью бактериологических исследований гарантированного качества
- Стандартная схема лечения под наблюдением и с предоставлением поддержки больному
- Действенная система снабжения лекарственными препаратами и организации их использования
- Система мониторинга и оценки результатов и измерение воздействия принимаемых мер
- Совместные мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ-инфекцией
- Предупреждение МЛУ-ТБ и борьба с ним
- Участие местного сообщества
- Отстаивание интересов, распространение информации и социальная мобилизация
- Научные исследования

Политическая поддержка

Законодательная база и методика

В рамках усилий по обеспечению политической поддержки необходимо добиться того, чтобы и законодательная база, и принятая в стране методология облегчали борьбу с ТБ в исправительных учреждениях. В частности, законодательные положения, помогающие вести эту борьбу и обеспечивающие минимальные требования, нужны в следующих областях: методические указания, соответствующие национальной программе борьбы с ТБ; достаточная жилая площадь на одного заключенного, чтобы не допускать переполненности; достаточное питание; комплексное планирование мер борьбы с инфекцией; политика в отношении освобождения заключенных с ТБ и/или их перевода в

другие учреждения и интеграция/сотрудничество со службами здравоохранения в гражданском секторе. Направления политики и методические указания в исправительных учреждениях в отношении ТБ должны разрабатываться в процессе взаимодействия и пересматриваться с участием заинтересованных групп в каждой стране в целях выработки и поддержания консенсуса.

Финансирование программ

Во многих странах на охрану здоровья и на борьбу с ТБ в исправительных учреждениях выделяются ограниченные средства, и для реализации даже наиболее малозатратной и эффективной стратегии DOTS ресурсов часто крайне не хватает. В некоторых системах ТБ воспринимается как хроническая неизлечимая болезнь, которая и не заслуживает финансирования. Вот почему борьба с ТБ в исправительных учреждениях должна стать неотъемлемой частью борьбы с ТБ в каждой стране. Учитывая расширение доступа к лечению МЛУ-ТБ, которое наблюдается в последние годы, представляется оправданным увеличение объемов финансирования борьбы с ТБ. Более этого, это является нравственным долгом.

Внешнее финансирование предоставляется ГФСТМ, Всемирным банком, донорами, действующими на двухсторонней основе, неправительственными организациями и другими. Опыт убедительно показывает, что поддержка программ борьбы с ТБ должна содействовать достижению согласованности и интеграции между гражданским и пенитенциарным секторами. Когда тот или иной проект не охватывает одновременно сектора исправительных учреждений и гражданского сектора, он может стать причиной неравенства и отсутствия эффективности. Может быть и так, что благодаря проектам в системе исправительных учреждений будет осуществляться действенная программа борьбы с ТБ, а за пределами этой системы такая программа будет очень слабой. Поэтому освобожденные заключенные будут получать неудовлетворительную поддержку на свободе, что может приводить к прерыванию лечения и развитию ТБ с лекарственной устойчивостью возбудителя. Непременным условием межсекторального сотрудничества и успешного ведения больных ТБ среди заключенных является адекватность финансирования мероприятий по борьбе с ТБ в тюрьмах, увязанных должным образом с мероприятиями в гражданском секторе.

Интеграция/сотрудничество с программами борьбы с ТБ в гражданском секторе

Главная цель должна состоять в том, чтобы заключенным было обеспечено такое же качество медико-санитарных услуг, как и всему населению. В некоторых странах программа борьбы с ТБ в гражданском секторе функционирует очень хорошо, и нужно лишь обеспечить тесную координацию с медицинскими службами пенитенциарной системы. В других же странах эффективность функционирования гражданской программы низка, и тогда требуется общее улучшение борьбы с ТБ как в гражданском секторе, так и в пенитенциарной системе.

Могут возникать трудности в том случае, если ответственность службы здравоохранения в исправительных учреждениях и за национальные противотуберкулезные службы разделена между разными министерствами. В Европейском регионе только в Англии (с 2005 г.), во Франции и Норвегии охрана здоровья в исправительных учреждениях находится в ведении министерства здравоохранения, во всех же других странах за нее отвечает министерство юстиции или министерство внутренних дел или какое-либо другое ведомство. В таких странах координировать работу служб здравоохранения, включая профилактику и лечение ТБ, трудно. Еще несколько стран планируют передать службы

здравоохранения в исправительных учреждениях в структуру министерства здравоохранения (например, Грузия). Так или иначе, интеграция или улучшение сотрудничества между гражданскими и тюремными службами здравоохранения содействует процессу укрепления системы здравоохранения в стране.

Пример Англии

В Англии в период с 2000 по 2006 годы произошел процесс фундаментальных реформ служб охраны здоровья в тюрьмах. На уровне страны ответственность за охрану здоровья заключенных, включая все финансирование услуг, предоставляемых заключенным, была передана от Управления исправительных учреждений и министерства внутренних дел министерству здравоохранения. Одновременно на местном уровне все начальники тюрем стали сотрудничать с местными службами здравоохранения своих районов (Национальной службой здравоохранения) в целях определения потребностей заключенных в медико-санитарной помощи и разработки планов оказания услуг по удовлетворению этих потребностей. Сегодня все медико-санитарные услуги заключенным оказываются и оплачиваются через Национальную службу здравоохранения на уровне, в целом одинаковом с тем, что доступно для населения в целом.

Пример Российской Федерации

В Архангельской области департамент здравоохранения области (гражданский) с 1997 года сотрудничает с Северным государственным медицинским университетом, Норвежской ассоциацией легких и сердца и Норвежским институтом общественного здравоохранения. С 1999 года это сотрудничество также охватывает областные органы системы исполнения наказаний, для чего был подписан соответствующий договор. Создан координационный орган, который собирается раз в шесть месяцев и в состав которого входят специалисты по ТБ. Действует региональная комиссия по ТБ, которая ежемесячно проводит заседания с участием координаторов по ТБ в гражданском секторе. Также существует медицинская комиссия, в которой дважды в неделю собираются врачи-фтизиатры из гражданского сектора, работники лабораторной службы и представители системы исполнения наказаний.

Пример Румынии

В Румынии проект борьбы с ТБ, осуществляемый при поддержке ГФСТМ, охватывает как гражданскую систему, так и систему исполнения наказаний. Проекты, осуществляемые в исправительных учреждениях, направлены на укрепление системы здравоохранения в тюрьмах посредством принятия мер по борьбе с инфекцией ТБ, просвещение заключенных и содействие тесному сотрудничеству с Национальной программой борьбы с ТБ. Кроме того, проекты в гражданской системе борьбы с ТБ предусматривают ведение борьбы с ТБ и в исправительных учреждениях путем, среди прочего, обучения врачей и среднего медперсонала на всех уровнях (врачей общей практики, медсестер, пульмонологов, сотрудников лабораторий), совершенствования системы эпиднадзора за ТБ и проведения аккредитации лабораторий по диагностике ТБ в больницах в системе исполнения наказаний.

Кадровые ресурсы

В большинстве исправительных учреждений для борьбы с ТБ не хватает квалифицированного персонала. Должны быть реализованы действенные планы подготовки и повышения квалификации кадров. Эти планы должны охватывать весь процесс, включая базовое обучение (в порядке повышения квалификации по месту работы

и до поступления на службу), переподготовку, обучение на рабочем месте, контроль, создание возможностей профессионального и служебного роста, соответствующие шкалы заработной платы, должностные инструкции и меры борьбы с инфекцией. Причинами нежелания медицинских работников работать в исправительных учреждениях являются низкая зарплата и боязнь заражения. Одной из первоочередных задач программ борьбы с ТБ должно быть обеспечение надлежащей подготовки и мотивации медперсонала к преодолению трудностей лечения резистентных форм ТБ в течение длительного времени теми лекарствами, которые вызывают побочные эффекты.

Борьба с инфекцией

Для того, чтобы снизить риск передачи ТБ заключенным, персоналу и посетителям исправительных учреждений, важно добиться того, чтобы систематически осуществлялись меры борьбы с инфекцией. С точки зрения борьбы с инфекцией ТБ настоятельно рекомендуется проводить раннюю диагностику и разделение больных по типу и категории заболевания. В целом борьба с инфекцией включает в себя три основных элемента:

- административные меры (отделение заразных больных и быстрое выявление больных с незамедлительным началом лечения, чтобы прервать передачу и предупредить развитие устойчивости к лекарственным препаратам);
- технические меры (например, отрицательная вентиляция и т. д.);
- индивидуальные меры защиты (респираторы для персонала и одноразовые маски для больных).

Пример Республики Молдова

Переуплотненность и антисанитария в камерах полицейских участков и в следственных изоляторах вызывали в Республике Молдова особую тревогу. Проект "Укрепление гражданского общества, здоровья и прав человека в исправительных учреждениях Республики Молдова", осуществленный совместно Департаментом исправительных учреждений Молдовы, Фондом борьбы с туберкулезом KNCV, организациями "Реформа пенитенциарной системы" (Penal Reform International) и "Каритас Люксембург" в тесном взаимодействии с Национальной программой борьбы с туберкулезом, был нацелен на решение проблемы переуплотненности исправительных учреждений и распространения инфекции ТБ посредством внедрения альтернативных методов наказания, снижающих частоту и срок лишения свободы, и способствовал улучшению условий жизни и гигиены. Было также достигнуто улучшение выявляемости больных ТБ среди заключенных.

Выявление больных с помощью бактериологических исследований гарантированного качества

Заключенные с ТБ выявляются либо путем сплошного обследования при поступлении, либо обследования при появлении у них симптомов во время отбывания срока заключения, либо регулярно проводимых сплошных обследований. В момент поступления в исправительное учреждение медицинские службы должны активно добиваться получения информации о лечении по поводу ТБ в прошлом или в настоящее время.

Активное выявление больных (сплошное обследование) показано в группах особо высокого риска заражения ТБ. В исправительных учреждениях с повышенной распространенностью ТБ все заключенные при поступлении должны подвергаться сплошному обследованию, обычно путем рентгеноскопии грудной клетки и микроскопии мазка мокроты. В некоторых учреждениях такое сплошное обследование при поступлении не проводится. Это особенно относится к следственным изоляторам, где имеющийся малочисленный персонал не справляется с притоком заключенных, особенно по выходным дням.

Очень важно, чтобы заключенные, у которых появляются симптомы туберкулеза (такие, как кашель с отхаркиванием в течение более трех недель, жар и потеря массы тела) во время отбывания срока тюремного заключения, знали, что они должны сообщить об этом медицинской службе, и чтобы они на практике имели легкий доступ к средствам диагностики. К сожалению, для многих заключенных это легче сказать, чем сделать. Помимо проблем материально-технического снабжения и безопасности, коррупция внутри системы и между самими заключенными зачастую приводит к тому, что заключенным приходится платить за доступ к медицинским услугам. Медперсонал в исправительных учреждениях должен быть обучен тому, как распознавать подозреваемых на ТБ и проводить надлежащий в таких случаях осмотр.

О пользе периодического сплошного обследования во время отбывания срока заключения идут большие споры, но, если учесть чрезвычайно высокий уровень заболеваемости ТБ в исправительных учреждениях новых независимых государствах, эта мера вполне может оказаться полезной. В Российской Федерации оно обычно проводится раз в шесть месяцев, с рентгеноскопией грудной клетки и микроскопией мазка мокроты. Такие страны, как Грузия, считают сплошные обследования в обычном порядке слишком дорогим мероприятием. Недостатком таких сплошных обследований является также качество рентгеноскопии и чтения снимков.

В основе диагностики заразной формы ТБ лежит микроскопическое исследование мокроты, так как с его помощью немедленно выявляются наиболее заразные больные, которых можно изолировать и начать немедленно лечить. Во многих системах микроскопия мазка мокроты не проводится или выполняется с неприемлемо низким качеством. Иногда персоналу не хватает профессиональной подготовки, имеющиеся микроскопы могут быть низкого качества и находиться в плохом техническом состоянии, неправильно может проводиться окрашивание, редко может проводиться переподготовка, мало проводится контрольных проверок, могут редко осуществляться мероприятия по обеспечению качества посредством обмена микроскопическими препаратами. В настоящее время это является серьезной проблемой для программ борьбы с ТБ во всем мире, в том числе в исправительных учреждениях. В системе исправительных учреждений должна быть создана достаточно разветвленная сеть участков микроскопии мазка для того, чтобы был обеспечен легкий и оперативный доступ для периферийных тюрем/колоний, но чтобы при этом число выполняемых исследований было достаточным для обеспечения надлежащего качества. Созданная в системе исправительных учреждений сеть должна действовать согласованно с сетью за пределами этой системы, чтобы было налажено сотрудничество на местном уровне.

Особую трудность в микроскопии мазков мокроты представляет то обстоятельство, что в некоторых тюрьмах существует рынок по продаже мокроты с положительным результатом на ТБ, поскольку это ведет к переводу в больницу и к улучшению условий

жизни. По этому вопросу необходимо провести обучение надежных сотрудников среди тюремного персонала, которые должны знать, как осуществлять достаточный и непосредственный контроль за отхаркиванием образцов мокроты. В конечном счете для преодоления этой проблемы необходимо улучшить условия жизни и работы во всех исправительных учреждениях.

В идеале все лица с подозрением на туберкулез в дополнение к микроскопии мазка мокроты должны проходить исследование путем посева мокроты и исследование на чувствительность к лекарственным препаратам, если это позволяет бюджет. В настоящее время это делается в нескольких странах, но далеко не везде дает достоверные результаты, так как не все лаборатории входят в Наднациональную сеть эталонных лабораторий¹⁷, созданную ВОЗ. В лабораториях, выполняющих культуральные исследования и исследования на чувствительность к лекарственным препаратам, также должны быть приняты самые строгие меры безопасности, чтобы не допустить заражения персонала, а создавать и содержать такие лаборатории очень дорого. Поэтому такие лаборатории должны быть как можно более централизованными и работать согласованно с гражданской системой.

Во многих странах параллельно с системой гражданского сектора в системе здравоохранения исправительных учреждений созданы собственные лаборатории для проведения культуральных исследований мокроты и исследований на чувствительность к лекарственным препаратам. В России согласно правилам требуется, чтобы система здравоохранения в исправительных учреждениях имела собственную лабораторную базу. Поэтому в одном и том же городе (например, в Архангельске) может быть две лаборатории, позволяющие проводить культуральные исследования и исследования на чувствительность к лекарственным препаратам. Причина такого положения может быть чисто экономической: гражданский сектор может требовать от пенитенциарной системы плату за свои услуги, поэтому пенитенциарной системе дешевле создать собственные лаборатории. Если по каким-либо причинам должно быть две лаборатории, должна быть создана полноценная система обеспечения качества. В некоторых странах местные органы здравоохранения выделяют определенные средства на покрытие расходов, которые несет гражданский сектор в связи с проведением контроля качества и/или лабораторных исследований для пенитенциарной системы. В течение многих лет в глобальной борьбе с ТБ первоочередное внимание уделяется расширению и укреплению лабораторных служб, однако темпы расширения остаются намного ниже, чем ожидалось.

Очень важно, чтобы программы борьбы с ТБ охватывали всю систему исправительных учреждений и определяли, как периферийные учреждения должны проводить выявление и участвовать в контроле и надзоре за лечением (как в интенсивной фазе, так и в фазе продолжения). На периферии персонал можно научить отбору/получению проб мокроты и отправлению их в какое-либо центральное учреждение, где будет проведена подготовка препарата и микроскопическое исследование мокроты. При этом для организации правильной лабораторной работы в исправительных учреждениях очень важно, чтобы НПТБ предусматривала должный надзор и систему обеспечения качества.

¹⁷ *The WHO/IUATLD Global Project on Drug Resistance Surveillance*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/tb/dots/dotsplus/surveillance/en/index.html>, взято с веб-сайта 8 мая 2007 г.).

Стандартное лечение под наблюдением и с поддержкой больных

Принципы лечения и ведения больных ТБ абсолютно одинаковы и в секторе исправительных учреждений и в гражданском секторе. Настоятельно рекомендуется иметь национальные методические указания, которые были бы применимы как к исправительным учреждениям, так и к гражданскому сектору. Сектор исправительных учреждений должен участвовать в разработке таких методических указаний. Одна из главных трудностей заключается в том, как обеспечить осуществление рекомендованных режимов лечения.

Несмотря на то, что заключенные собраны в одном месте, контролировать их лечение не всегда так легко, как хотелось бы. Абсолютно необходимо непосредственно наблюдать прием каждой дозы лекарственного препарата, чтобы обеспечить соблюдение режима лечения и не допустить прерывания или неполного лечения. В некоторых обстоятельствах заключенные предпочитают не принимать лекарства, чтобы подольше оставаться больными и иметь возможность находиться в больнице. Для того, чтобы добиться более строго соблюдения режима лечения, может возникнуть необходимость в том, чтобы с больным побеседовали психолог и/или другие лица равного с больным статуса.

Не всегда ведется врачебный контроль заключенных, выходящих на волю, но не успевших закончить лечение. В идеале тюремные социальные работники находят соответствующий туберкулезный диспансер и районную медицинскую службу по месту жительства заключенного и связываются с ними задолго до освобождения и договариваются с больным о том, как закончить курс лечения¹⁸. Часто больной указывает неправильный адрес или не возвращается по указанному адресу. В идеале органы здравоохранения в исправительных учреждениях сопровождают больного в областной тубдиспансер, где и согласуется будущее лечение. Однако на практике сделать это оказывается трудно. Некоторые заключенные освобождаются неожиданно, им не дается времени для того, чтобы подготовиться. В некоторых странах выходящим на волю заключенным дается поощрительный пакет (пищевые продукты или одежда), если они являются в свою поликлинику для врачебного контроля за своим лечением. Огромное значение имеет обмен информацией между гражданским и пенитенциарным секторами. В соответствующее лечебно-профилактическое учреждение должно быть направлено сообщение о статусе лечения освободившегося заключенного, чтобы он мог продолжить лечение после освобождения. Заключенный должен быть хорошо осведомлен о важности продолжения лечения. Важно, чтобы в гражданском тубдиспансере радушно встречали новых пациентов, соблюдали конфиденциальность и всячески подчеркивали важность соблюдения режима лечения.

Многие заключенные, больные МЛУ-ТБ, не получают достаточного лечения потому, что нет лекарственных препаратов резервного ряда, нет полной комбинации этих препаратов или они не назначаются так, как нужно. Лекарственные препараты резервного ряда могут быть в наличии, но не в рамках программы борьбы с ТБ, и могут использоваться неправильно, что создает дополнительную резистентность. Самолечение препаратами, пронесенными родственниками или охранниками, вместо или в дополнение к лечению, назначенному тюремной медицинской службой, приводит к бессистемному лечению.

¹⁸ Fry RS et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St Petersburg, Russia [Препятствия, мешающие завершению курса лечения туберкулеза у заключенных и бывших заключенных в Санкт-Петербурге, Россия]. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2005; 9: 1027-33.

Иногда при таком самолечении применяют даже лекарственные препараты резервного ряда, которые пока недоступны для НПТБ.

Существующая иерархия заключенных, при которой одни заключенные контролируют доступ к медицинским услугам других, может сделать невозможным для некоторых заключенных пройти диагностику и лечение, или позволяет сделать это только за высокую плату. Условия, в которых для всех лечения не хватает, легче всего порождают ситуации, когда заключенным приходится платить за лечение.

Действенная система снабжения лекарственными препаратами и организации их использования

В некоторых обстоятельствах лекарственные препараты основного ряда могут отсутствовать или быть недостаточно качественными, или снабжение ими может быть нерегулярным. Препараты гарантированного качества в некоторых странах закупаются через ГФЛП. Во многих странах лекарственные препараты закупаются на местном рынке без достаточной гарантии качества. Планирование потребления лекарственных препаратов требует, чтобы была налажена достаточно качественная система учета больных ТБ и применялись стандартные режимы лечения.

Часто наблюдается отсутствие лекарственных препаратов резервного ряда для лечения МЛУ-ТБ, их наличие в недостаточном количестве или наличие таких препаратов сомнительного качества. Настоятельно рекомендуется закупать лекарственные препараты резервного ряда через Комитет по санкционированию. ГФСТМ предоставляет лекарственные препараты резервного ряда только программам, одобренным Комитетом по санкционированию. В остальном же чрезвычайно важно, чтобы лечение МЛУ-ТБ осуществлялось согласно методическим указаниям ВОЗ с применением лекарственных препаратов гарантированного качества.

Доступ к лекарственным препаратам основного и даже резервного ряда за рамками Национальной программы борьбы с ТБ представляется крайне нежелательным, так как он может приводить к неправильному лечению и развитию новой резистентности. НПТБ должна иметь возможность осуществлять снабжение достаточными количествами необходимых лекарств для обеспечения потребностей всех больных и гарантировать проведение лечения в соответствии с нормативами.

Пример Республики Молдова

Неправительственная организация "Наука управления для здравоохранения" предоставила НПТБ консультацию по вопросу организации снабжения лекарственными препаратами и их использования для программ DOTS и DOTS-плюс в Республике Молдова. В результате при планировании закупок и распределении лекарств основного и резервного ряда стала применяться новая система организации. Для сотрудников НПТБ были проведены курсы обучения по организации снабжения лекарственными препаратами основного и резервного ряда и их использования.

Система мониторинга и оценки результатов и измерение воздействия принимаемых мер

Во многих странах система учета и отчетности налажена плохо, что частично объясняется тем, что в ней не соблюдаются или недостаточно полно осуществляются международные рекомендации. Медицинский персонал лишен заинтересованности в правильном ведении учета и отчетности из-за низкой профессиональной подготовки и слабого контроля и из-за того, что данные мало пригодны для анализа. НПТБ должна всегда активно вторгаться в работу медицинских служб исправительных учреждений, и не только для обучения персонала по вопросам ТБ, но и для контроля за работой лабораторий, выявлением больных, ведением учета и организацией снабжения лекарственными препаратами и материалами.

Во многих странах в системах здравоохранения исправительных учреждений и гражданского сектора используются разные формы медицинских карт, журналов учета больных ТБ и ежеквартальных отчетов, и исправительные учреждения не предоставляют регулярных отчетов гражданской системе.

Для целей эпидемиологии и улучшения врачебного контроля за больными настоятельно рекомендуется использовать единую систему уведомлений, при которой программа борьбы с ТБ в исправительных учреждениях представляет данные о больных и результаты лечения гражданской программе борьбы с ТБ, а также получает помощь от гражданской программы в виде посещений в порядке общего надзора

Пример Российской Федерации

В Архангельской области о случаях заболевания ТБ среди заключенных номинально сообщается (путем направления копии медицинской карты) в местный тубдиспансер (гражданская программа борьбы с ТБ), и каждый больной заносится в общий журнал учета ТБ (заполняется от руки и ведется в компьютерном формате). Внутри системы исполнения наказаний отделения/колонии, где начинается лечение, ведут журнал учета ТБ. Тюремный персонал обучается пользованию такой же информационной системой, что и гражданский персонал. Ежеквартально отправляются отчеты с прилагаемыми поименными списками, во избежание двойного учета в системе исполнения наказаний и в гражданском секторе.

Совместные мероприятия по борьбе с ТБ/ВИЧ-инфекцией

Во многих странах значительную часть контингента исправительных учреждений составляют потребители инъекционных наркотиков (ПИН), которые были инфицированы ВИЧ еще до попадания в исправительное учреждение. Заключенные также подвержены повышенному риску ВИЧ-инфицирования потому, что потребляют инъекционные наркотики в заключении и вступают в незащищенные половые сношения с мужчинами. В свою очередь сотрудники исправительных учреждений подвержены повышенному риску ВИЧ-инфицирования путем случайного воздействия или сношений с ВИЧ-инфицированными заключенными. Большое значение имеют программы снижения вреда в исправительных учреждениях, которые позволяют успешно ограничивать

распространение ВИЧ-инфекции, о чем говорится в Докладе ВОЗ о состоянии дел по вопросу о тюрьмах, наркотиках и снижении вреда¹⁹.

Инфицирование ВИЧ, опасности которого заключенные подвержены в несколько раз больше, чем люди, живущие в гражданском обществе, представляет собой самый важный фактор риска прогрессирования инфекции ТБ в активную форму болезни. Поэтому крайне важно полностью реализовать в исправительных учреждениях рекомендуемую на международном уровне политику борьбы с ТБ/ВИЧ, которая предусматривает совместные меры вмешательства с целью снижения бремени ТБ у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и бремени ВИЧ у больных ТБ²⁰. Эта политика должна быть адаптирована к условиям в исправительных учреждениях, чтобы добиться равноправного доступа больных ТБ и ВИЧ к полному спектру услуг по профилактике, лечению и уходу и одновременно решать более конкретные проблемы, такие, как сопутствующие заболевания (например, вирусный гепатит, алкогольная зависимость, психические заболевания), взаимодействия между лекарственными препаратами и наркотиками (в случае потребителей инъекционных наркотиков), а также проблемы детей и беременных женщин, имеющих среди заключенных.

Для выявления ТБ, ВИЧ-инфекции и потребления наркотиков должно быть гарантировано необходимое и достаточное сплошное обследование и выявление больных при поступлении в исправительное учреждение. Ввиду расширяющейся доступности антиретровирусной терапии нужно всегда предлагать заключенным пройти тестирование на ВИЧ. Однако нужно уважать решение заключенного не проходить такого тестирования и не допускать какого-либо социального отторжения и дискриминации. Необходимо также добиваться организации регулярных сплошных обследований на ТБ/ВИЧ в течение срока заключения. Должны быть обеспечены такие методы борьбы с инфекцией, которые минимизируют риск передачи ТБ и ВИЧ между заключенными, сотрудниками и посетителями исправительных учреждений. Наконец, должна быть обеспечена преемственность и непрерывность помощи после освобождения заключенных с ТБ или ВИЧ-инфекцией и их возвращения в общество.

Профилактика МЛУ-ТБ и борьба с ним

Поскольку в большинстве стран Восточной Европы МЛУ-ТБ уже является серьезной проблемой, пораженные им больные в настоящее время не излечиваются от имеющегося у них ТБ при использовании стандартных режимов лечения. Это серьезно подрывает эффективность и правомерность существования программ борьбы с ТБ. Однако едва ли может быть много пользы от лечения МЛУ-ТБ при слабости программ борьбы с ТБ, при которых продолжает нарастать быстрыми темпами число новых случаев МЛУ-ТБ. Поэтому необходимо расширять лечение препаратами резервного ряда, одновременно добиваясь того, чтобы программы борьбы с ТБ реально приводили к уменьшению появления новых случаев МЛУ-ТБ.

¹⁹ *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* [Доклад о состоянии дел по вопросу о тюрьмах, наркотиках и уменьшении вреда]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>), взято с веб-сайта 5 мая 2007 г.).

²⁰ *Interim policy on collaborative TB/HIV activities*. [Временная политика в отношении совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ]. Geneva, World Health Organisation, 2004, документ WHO/HTM/TB/2004.330 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf), взято с веб-сайта 5 мая 2007 г.).

Комитет по санкционированию дает добро на лечение МЛУ-ТБ только при том условии, что данная программа может продемонстрировать действенность борьбы с ТБ. Следуя этому принципу, ГФСТМ утверждает предложения, касающиеся лечения МЛУ-ТБ, только в тех случаях, когда удовлетворяются условия, поставленные КС. Во многих обстоятельствах это непростая задача, так как лекарственные препараты резервного ряда широко применяются и за рамками НПТБ. Поэтому нужны совместные усилия со стороны министерств здравоохранения и органов исполнения наказания, чтобы обеспечить правильное использование этих препаратов как в исправительных учреждениях, так и за их пределами. Министерства здравоохранения должны предоставлять пенитенциарной системе лекарственные препараты резервного ряда бесплатно, при условии, что борьба с ТБ ведется в полном соответствии с принятыми в стране методическими указаниями и международными нормами и что за больными МЛУ-ТБ, освобожденными из заключения, до самого конца лечения ведется надлежащий врачебный контроль. Недавно ВОЗ опубликовала обновленные методические указания в отношении ведения МЛУ-ТБ по определенной схеме²¹.

Участие местного сообщества

Участие местного сообщества в уходе за больными ТБ предполагает налаживание партнерских связей между службами здравоохранения и местным сообществом – больными ТБ и местным населением. В среде заключенных бывшие больные ТБ могут помогать своим товарищам по заключению преодолевать трудности, связанные с болезнью, и советовать администрации исправительного учреждения, какие услуги больше соответствуют нуждам больных. Местное сообщество за пределами исправительного учреждения также должно принимать участие в такой помощи, начиная с семьи освободившегося заключенного. Равноценные услуги по профилактике, лечению ТБ и уходу за больными в исправительных учреждениях и за их пределами в соответствии с основными рекомендованными международными нормами^{22 23} лучше всего можно обеспечить с помощью созданных в местном сообществе комитетов. Эти комитеты имеют доступ в исправительные учреждения и участвуют в планировании услуг по профилактике и лечению ТБ в исправительных учреждениях, обеспечивая связь с гражданским обществом и осуществляя контроль за предоставлением этих услуг, для чего они регулярно посещают исправительные учреждения. Еще важнее представляется участие местного сообщества в организации противотуберкулезных услуг в исправительных учреждениях в тех странах (на сегодняшний день их большинство), где эти услуги предоставляются независимо от министерства здравоохранения.

²¹ *Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis*. Geneva, World Health Organization, 2006. [Методические указания по ведению туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя в соответствии с определенной схемой лечения]. (документ WHO/HTM/TB/2006.361)

²² *International Standards for Tuberculosis Care*. [Международные стандарты оказания помощи при туберкулезе]. Geneva, World Health Organization, 2006
(http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/istc_report.pdf, взято с веб-сайта 5 мая 2007 г.)

²³ *Patients' Charter for Tuberculosis Care. Patients' rights and responsibilities*. [Хартия больных по оказанию помощи при туберкулезе. Права и обязанности больных]. Geneva, World Health Organization, 2006
(http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/istc_charter.pdf, взято с веб-сайта 5 мая 2007 г.).

Примеры Казахстана

В 2004 году в рамках проекта "Права человека в управлении исправительными учреждениями: альтернативы тюремному заключению и лечение ТБ в исправительных учреждениях Казахстана", который осуществлялся совместно Фондом борьбы с туберкулезом KСNУ и организацией "Реформа пенитенциарной системы" (Penal Reform International), был создан учебный видеофильм, посвященный ТБ в исправительных учреждениях. Главная идея, положенная в основу создания этого фильма, заключалась в усилении просветительной составляющей программ борьбы с ТБ в исправительных учреждениях. 30-минутный видеофильм состоит из трех частей (драма, анимация и интервью) и предназначен для заключенных и медицинских работников всей страны. В различных областях страны было проведено несколько учебных семинаров по методике использования видеофильма. С 2005 года он широко используется в просветительной работе в пенитенциарной системе.

Начиная с 2003 года, местные неправительственные организации (Комитеты мониторинга) участвуют в реализации программ борьбы с ТБ в исправительных учреждениях в трех областях. В Комитеты мониторинга входят врачи из гражданских туберкулезных больниц, адвокаты-правозащитники, психологи, педагоги, журналисты и другие. Главные цели Комитетов заключаются в следующем: а) укреплять связи между исправительными учреждениями и гражданским обществом; б) укреплять сотрудничество между медицинскими службами в исправительных учреждениях и гражданскими службами в целях улучшения борьбы с ТБ; в) привлекать гражданское общество к поддержке заключенных. К числу основных мероприятий относятся мониторинг соблюдения прав человека и противотуберкулезных вмешательств в исправительных учреждениях и организация социальной поддержки больных ТБ, освободившихся из заключения, и врачебного контроля за ними в обществе. Благодаря такой поддержке процент больных, продолживших лечение по поводу ТБ после выхода из заключения, повысился с 30% в 2003 году до 80% в 2005 году.

Отстаивание интересов, распространение информации и социальная мобилизация

Отстаивание интересов, распространение информации и социальная мобилизация могут внести важный вклад в борьбу с ТБ в исправительных учреждениях.

Деятельность по отстаиванию интересов предназначена для обеспечения политической и финансовой поддержки на местном уровне, на уровне страны и на международном уровне и содействия подотчетности всех тех учреждений и организаций, которые участвуют в оказании противотуберкулезных услуг в исправительных учреждениях.

Инициативы по отстаиванию интересов могут помочь в ускорении процесса реформирования пенитенциарной системы и в преодолении таких факторов, влияющих на здоровье, как переполненность, гигиенические условия и питание.

Распространение информации важно для повышения осведомленности и уровня знаний о ТБ среди персонала исправительных учреждений, заключенных и их родственников и посетителей. Очень часто руководство исправительных учреждений считает ТБ только медицинской проблемой, решение которой должно быть переложено на медперсонал,

вместо того, чтобы требовать комплексного подхода к организации услуг по профилактике, лечению ТБ и уходу за больными. Распространено мнение, будто ТБ – это неизлечимая хроническая болезнь. Если улучшится понимание этой болезни, это позволит добиться более действенного сотрудничества между заключенными и персоналом исправительных учреждений в снижении частоты передачи ТБ. При проведении сплошного медицинского обследования при поступлении в исправительное учреждение очень важно, чтобы медицинские работники предоставляли заключенным общую информацию о ТБ, а также информацию об основных признаках и симптомах для облегчения ранней диагностики в последующий период и о доступности услуг по диагностированию и лечению ТБ в исправительном учреждении.

Социальная мобилизация направлена на вовлечение всего общества в целом, создание партнерских отношений и обеспечение более широкой поддержки, а также на борьбу со стигмой и дискриминацией, связанными с ТБ, особенно после выхода из заключения.

Научные исследования

Важно поощрять в условиях исправительных учреждений тщательное изучение различных аспектов практической работы, чтобы можно было на этом основании правильно организовывать дальнейшее улучшение оказываемых услуг. К основным областям практических исследований относятся:

- глубинные социальные или культурные факторы, связанные с распространением ТБ в исправительных учреждениях;
- стратегии борьбы с ТБ и его искоренения, включая новаторские и согласованные подходы, предполагающие участие служб общественного здравоохранения и разнообразные типы субъектов предоставления помощи;
- поведение с точки зрения стремления получить медико-санитарную помощь, например, задержки в обращении за помощью, обусловленные стигмой и продолжительностью лечения;
- проблемы соблюдения режима лечения, связанные с больными, в том числе указываемые больными помехи и факторы, способствующие соблюдению;
- проблемы соблюдения режима лечения, связанные с субъектом оказания помощи, например, задержки в постановке диагноза и лечении;
- стратегии санитарного просвещения, как, например, учитывающие культурные особенности меры вмешательства с целью повышения уровня точных знаний о ТБ и уменьшения предрассудков, связанных с ТБ.

Наличие этических проблем и возможность злоупотреблений требуют самого тщательного планирования, реализации, анализа и документальной регистрации любых исследований, проводимых в исправительных учреждениях. Участвующим в них заключенным должна быть предоставлена полная информация, чтобы они имели возможность согласиться или отказаться от участия в исследовании. Должна соблюдаться конфиденциальность и предупреждаться любая форма стигматизации.

Программы борьбы с ТБ в тюрьмах – каковы минимальные требования?

Идеальная программа борьбы с ТБ в исправительном учреждении должна содержать следующие элементы:

- государственные структуры, поддерживающие программы борьбы с ТБ как в гражданском секторе, так и в пенитенциарных системах;
- письменное соглашение о сотрудничестве и координации действий между программами борьбы с ТБ в пенитенциарной системе и в гражданском секторе;
- профилактика путем раннего выявления инфекционных больных, недопущения переполненности, обеспечения хорошего питания, вентиляции, освещения, четкого определения инфекционных зон с ясными стратегиями уменьшения передачи, использования масок и/или персональных респираторов;
- полный доступ к диагностике и лечению ТБ для всех заключенных, поступающих в пенитенциарную систему;
- адекватное лечение в соответствии с методическими указаниями, предусмотренными в национальной программе борьбы с ТБ, включая указания в отношении заключенных с МЛУ-ТБ и сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, с применением стратегии DOTS и обеспечением бесперебойного снабжения лекарственными препаратами гарантированного качества;
- гарантированное продолжение лечения лиц, инфицированных ТБ, после выхода на свободу силами тюремного и гражданского медперсонала.

Пенитенциарная система должна:

- вести постоянную работу по укреплению кадров, которая позволяет обеспечивать наличие достаточного числа сотрудников, имеющих удовлетворительное базовое образование, и осуществлять непрерывное повышение квалификации;
- иметь действующий механизм своевременного обследования лиц, подозреваемых на ТБ, и раннего выявления лиц с активной формой ТБ и их лечения;
- располагать сетью лабораторий, выполняющих микроскопию мазков мокроты гарантированного качества;
- проводить тестирование на чувствительность к лекарственным препаратам в центральной лаборатории с гарантированным качеством либо в гражданском секторе, либо в исправительном учреждении;
- иметь в наличии качественные лекарственные препараты резервного ряда для заключенных, болеющих МЛУ-ТБ, когда будет создана база для тестирования заключенных на устойчивость к лекарственным препаратам;
- иметь систему учета и отчетности, тесно координируемую с системой в гражданском секторе.