

WHO/TB/98.250
Оригинал: английский

РУКОВОДСТВО ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТЮРЬМАХ

Коллектив авторов:

Dermot Maher

Malgorzata Grzemska

*Глобальная программа борьбы с туберкулезом,
Всемирная организация здравоохранения,
Женева, Швейцария*

RUDI CONINX

Hernan Reyes

*Международный комитет Красного Креста
Женева, Швейцария*

С предисловием

Sir John Crofton

*Почетный профессор Отдела респираторных болезней
и туберкулеза, Эдинбургский университет, Шотландия*

и

Dr. Cornelio Sommaruga

*Президент, Международный комитет Красного Креста
Женева, Швейцария*



**Всемирная Организация
Здравоохранения**

**Международный комитет
Красного Креста**

Библиографическое описание:

Maher D., Grzemska M., Coninx R., Reyes H.
Руководство по борьбе с туберкулезом в тюрьмах
WHO/TB/98.250
Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998

© Всемирная организация здравоохранения, 1998

Этот документ не является официальной публикацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), но все права, связанные с ним, остаются за ВОЗ. Тем не менее этот документ можно свободно рецензировать, репродуцировать и переводить, как частично так и полностью, но не для продажи или других коммерческих целей.

Для получения разрешения на полную репродукцию или перевод документа или для использования в коммерческих целях направляйте запросы в Глобальную программу борьбы с туберкулезом, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария (Global Tuberculosis Programme, World Health Organization, Geneva, Switzerland), которая будет рада предоставить новейшую информацию о любых изменениях в тексте документа, планировании новых изданий и переизданий, а также о уже имеющихся вариантах, адаптированных для отдельных регионов, и переводов.

Всю ответственность за мнения, высказанные в документе, несут сами авторы.

Б л а г о д а р н о с т и

Глобальная программа борьбы с туберкулезом и Международный комитет Красного Креста благодарит следующие организации за помощь в подготовке данного издания:

Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких
Врачи без границ
Врачи за права человека
Королевская противотуберкулезная ассоциация Нидерландов

Авторы выражают искреннюю благодарность следующим специалистам:
Tine Demeulenaere, Anthony Harries, Karoline Fernandez de la Hoz,
Michael Levy, Cees van der Loo, Christine Mathieu.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление	5
Предисловие	7
Список сокращений	9
Часть I. Общая информация о туберкулезе и тюрьмах	
1. Туберкулез: основные сведения, глобальный ущерб и принципы борьбы.....	11
2. Тюрьмы	17
3. Туберкулез в тюрьмах.....	21
Часть II. Борьба с туберкулезом в тюрьмах	
4. Политическая приверженность борьбе с туберкулезом в тюрьмах	29
5. Выявление больных.....	31
6. Стандартное определение случая туберкулеза и лечебные категории	37
7. Лечение больных туберкулезом.....	43
8. Мониторинг эффективности лечения больных.....	51
9. Обеспечение противотуберкулезными препаратами и диагностическими материалами	55
10. Профилактика туберкулеза	57
Часть III. Разработка и внедрение программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах	
11. Внедрение программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах.....	63
12. Мониторинг и оценка выполнения программы.....	67
Приложение 1	Международные конвенции, гарантирующие нормальные условия содержания заключенных
	71
Приложение 2	Бакинская декларация
	73
Приложение 3	Полезные адреса.....
	75
Приложение 4	Образцы бланков и журналов, используемых программой борьбы с туберкулезом
	79



ВСТУПЛЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международный комитет Красного Креста (МККК) объединили свои усилия, чтобы совместно подготовить данное руководство. Цель этой книги - улучшить борьбу с туберкулезом в тюрьмах и в других учреждениях, где находятся изолированные от общества люди. Материалы руководства относятся ко всем ситуациям, когда люди находятся в изоляции или заключении в тюрьмах, полицейских участках, следственных изоляторах, центрах для беженцев, специальных больницах, колониях или в лагерях для военнопленных.

Забота о здоровье заключенных гарантирована несколькими международными конвенциями (см. Приложение 1). Заключенные утрачивают свободу, но и в местах заключения сохраняют свои гражданские права. В их число входит право на защиту от вредных факторов и право на охрану здоровья в обычном объеме - в соответствии со стандартами данного общества. Однако в реальной жизни администрация пенитенциарных учреждений далеко не всегда полностью обеспечивает эти права. Нередко условия содержания заключенных неудовлетворительны, а уровень оказываемой им медицинской помощи очень низок. Несмотря на ограниченный объем имеющейся информации о состоянии здоровья заключенных, общество все больше осознает свою ответственность по отношению к здоровью этих людей, включая и необходимость их защиты от туберкулеза. Заболевание туберкулезом не должно становиться частью наказания заключенных.

Во многих странах туберкулез стал типичной болезнью в тюрьмах, причем очень часто заболевшие не имеют возможности получать качественное лечение. Тюрьмы стали резервуаром туберкулезной инфекции, в том числе и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. При этом туберкулез стал актуальной проблемой не только для тюрем, но и для всего общества в целом, поскольку люди попадают в тюрьму, выходят на свободу и затем вновь могут попадать в тюрьму. В связи с этим возникает необходимость срочно наладить эффективный контроль за туберкулезом в тюрьмах. Чтобы борьба с туберкулезом в любой стране была успешной, она должна быть эффективной и в тюрьмах. ВОЗ рекомендует стратегию борьбы с туберкулезом, известную под названием ДОТС (directly observed treatment, short-course, или DOTS - лечение под непосредственным контролем коротким курсом), в основу которой положено выявление и излечение больных туберкулезом, прежде всего тех из них, кто выделяет туберкулезные микобактерии, т. е. больных с заразными формами инфекции. Специфические условия тюрем и особенности условий содержания заключенных требуют нестандартных подходов к внедрению стратегии ДОТС в тюрьмах. Система здравоохранения пенитенциарных учреждений должна внедрять стратегию ДОТС в тесном сотрудничестве с национальными программами борьбы с туберкулезом.

Для администрации тюрем необходимы методические рекомендации, с помощью которых можно было бы внедрять стратегию ДОТС. Лица, ответственные за принятие управленческих решений, могут не знать об истинных масштабах проблемы туберкулеза в тюрьмах, о реальной опасности выхода инфекции в обычную популяцию и о широком распространении штаммов возбудителя с лекарственной резистентностью. Поэтому в данных рекомендациях подчеркнуто, что лица, принимающие ответственные решения, должны правильно организовать борьбу с туберкулезом в тюрьмах. В нескольких странах (чаще всего это государства с низкой распространенностью туберкулеза) имеются собственные рекомендации по борьбе с туберкулезом. Тем не менее необходимо иметь универсальные методические рекомендации, которые могли бы быть использованы в любой стране с высокой распространенностью туберкулеза в популяции. Глобальная программа по туберкулезу ВОЗ (WHO Global Tuberculosis Programme -

ГТР) и МККК объединили усилия для разработки данных методических рекомендаций, обобщающих опыт борьбы с туберкулезом в тюрьмах и охраны здоровья заключенных.

При подготовке рекомендаций авторы стремились решить несколько задач: а) кратко описать масштабы проблемы туберкулеза в тюрьмах; б) показать специфические трудности проведения в тюрьмах эффективных противотуберкулезных мероприятий; в) показать положительные результаты эффективной борьбы с туберкулезом в тюрьмах; г) помочь администрации тюрем создать противотуберкулезную службу и обеспечить ее функционирование; д) позволить медицинским работникам тюрем выявлять и лечить заключенных, больных туберкулезом.

Эти рекомендации предназначены прежде всего для администрации и медицинских работников пенитенциарных учреждений, для тех сотрудников в соответствующих министерствах (например, в министерствах юстиции, внутренних дел, здравоохранения), кто готовит и принимает решения, для представителей неправительственных организаций (НПРО) и потенциальных спонсоров, а также для сотрудников национальных программ борьбы с туберкулезом (НПТ). В первой части документа приведены основные сведения о туберкулезе и тюрьмах; эта информация представляет наибольший интерес для администрации тюрем и для работников соответствующих министерств. Во второй части даны рекомендации по организации борьбы с туберкулезом в тюрьмах - эта информация предназначена прежде всего для медицинских работников пенитенциарных учреждений.

Третья часть содержит рекомендации по разработке программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах; эти сведения нужны руководящим работникам высшего уровня, несущим ответственность за состояние и функционирование тюрем, а также представителям НПРО.

Данные методические рекомендации должны быть испытаны на практике в различных ситуациях. Авторы будут признательны за все критические замечания, которые будут учтены при подготовке последующих изданий документа. Ваши комментарии направляйте, пожалуйста, в Глобальную программу по туберкулезу ВОЗ.

Дополнительные экземпляры рекомендаций можно получить, направив Ваш заказ по следующим адресам:

- WHO Publications, Distribution and Sales, 1211 Geneva 27, Switzerland или
- ICRC Public Information Division, 1202 Geneva, Switzerland.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В тех случаях, когда имеются соответствующие статистические данные, они убедительно показывают, что распространенность туберкулеза в тюрьмах выше (а иногда - существенно выше), чем в обычной популяции. Это неудивительно. Многие заключенные относятся к группам населения, менее благополучным в социальном и экономическом отношении. Кроме того, в тюрьмах они испытывают дополнительные эмоциональные, а иногда и физические страдания. Распространению туберкулеза способствует перенаселенность тюремных камер. Медицинские службы пенитенциарных учреждений обычно развиты хуже, чем те, которые обслуживают обычное население. Это может приводить к менее качественному лечению больных туберкулезом в тюрьмах. При правильной терапии большинство больных туберкулезом должны выздоравливать, а при плохом лечении больные не умирают, но продолжают оставаться источниками инфекции. К сожалению, ситуация усугубляется тем, что от плохо леченных больных резистентные формы туберкулеза могут передаваться другим заключенным и персоналу тюрем. После выхода на свободу эти больные могут заражать членов семьи и других людей. Во многих странах координация между медицинскими службами отсутствует, в результате чего начатое в тюрьме лечение не продолжается, когда заключенные выходят на свободу.

Поэтому туберкулез в тюрьмах представляет серьезную опасность для здоровья населения, особенно в странах с высокой распространенностью инфекции. Нередко имеет место быстрая смена подследственных. В заключении они находятся достаточно долго, чтобы заразиться туберкулезом, но недостаточно долго, чтобы вылечить заболевание (даже если имеются хорошие возможности для проведения эффективной терапии). Затем многие из этих лиц выходят на свободу и могут инфицировать других людей.

Теоретически в закрытых учреждениях с более жесткой дисциплиной организовать качественное лечение и наладить эффективную борьбу с туберкулезом должно быть легче, чем в других условиях. Однако в реальной жизни нередко бывает наоборот. Туберкулез представляет реальную угрозу для заключенных, персонала тюрем и для всего населения в целом. В данных рекомендациях, основанных на реальном практическом опыте работы, описаны многие трудности, с которыми врачи сталкиваются в процессе диагностики и лечения больных туберкулезом. Тюремные медицинские службы обычно не подчиняются министерству здравоохранения. В данных рекомендациях подчеркнута необходимость координации деятельности различных медицинских служб.

Мы надеемся, что прочитав этот документ руководящие работники, администраторы и врачи соответствующих министерств, а также представители национальных и международных организаций лучше осознают важность проблемы туберкулеза в тюрьмах. Возникшая озабоченность поможет им приложить все усилия для того, чтобы внедрить в практику то, о чем сказано в этих рекомендациях. Иначе во многих странах ситуация с туберкулезом станет еще хуже.

SIR JOHN CROFTON,
*Почетный профессор Отдела респираторных болезней и туберкулеза,
Эдинбургский университет, Шотландия*

DR. CORNELIO SOMMARUGA,
*Президент, Международный комитет Красного Креста,
Женева, Швейцария*



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БЦЖ	<i>Бактерии Кальметта-Герена (Bacille Calmette-Guerin - BCG)</i>
ВИЧ	<i>Вирус Иммунодефицита Человека</i>
ВОЗ	<i>Всемирная Организация Здравоохранения (World Health Organization - WHO)</i>
ГПТ	<i>Глобальная Программа по Туберкулезу (Global Tuberculosis Programme - GTB)</i>
ДОТС	<i>Короткий Контролируемый Курс Химиотерапии (Directly Observed Treatment, Short-course - DOTS) - рекомендуемая ВОЗ стратегия для борьбы с туберкулезом</i>
ЗППП	<i>Заболевания, Передаваемые Половым Путем</i>
ККХ	<i>Короткий Курс Химиотерапии (Short-Course Chemotherapy)</i>
КУБ	<i>КислотоУстойчивые Бактерии</i>
МБТ	<i>МикоБактерии Туберкулеза</i>
МККК	<i>Международный Комитет Красного Креста</i>
МСТБЛ	<i>Международный Союз борьбы с Туберкулезом и Болезнями Легких (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease - IUATLD)</i>
НПРО	<i>Неправительственные Организации</i>
НПТ	<i>Национальная Программа борьбы с Туберкулезом</i>
ПРОСПИД	<i>Объединенная Программа ООН борьбы с ВИЧ/СПИДом (United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS)</i>
СПИД	<i>Синдром Приобретенного Иммунодефицита</i>
ТБ	<i>ТуБеркулез</i>
ТБЛ	<i>ТуБеркулез Легких</i>
ЮНИСЕФ	<i>Детский Фонд Организации Объединенных Наций (UNICEF)</i>



ЧАСТЬ I

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ И ТЮРЬМАХ

1 ТУБЕРКУЛЕЗ: ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ, ГЛОБАЛЬНЫЙ УЩЕРБ И ПРИНЦИПЫ БОРЬБЫ

1.1 Основные сведения

1.1.1 Основные сведения

Mycobacterium tuberculosis

Туберкулез - бактериальная инфекция, вызываемая преимущественно *Mycobacterium tuberculosis*. Многие люди называют возбудителей туберкулеза туберкулезными бактериями (потому что они вызывают образование очагов поражения, называемых "туберкулами", т. е. "бугорками") или кислотоустойчивыми бактериями (КУВ). При окраске по Цилю-Нильсену возбудители туберкулеза видны под микроскопом как красные бактерии. Это происходит потому, что они являются кислотоустойчивыми микроорганизмами (они сохраняют красную краску даже после промывки мазков кислотой и спиртом). Туберкулезные бактерии могут находиться в тканях в дремлющем состоянии и сохранять там свою жизнеспособность годами.

Передача инфекции

Передача инфекции происходит воздушно-капельным путем через капельки мокроты и слюны, содержащие возбудитель туберкулеза. Основными источниками инфекции являются кашляющие больные туберкулезом легких (легочной формой туберкулеза). У таких больных результаты бактериоскопии мокроты обычно положительны. При кашле образуются мельчайшие капельки, содержащие туберкулезные бактерии (при одном кашлевом толчке - до 3 тысяч таких капелек). Затем эти капельки высыхают, и образуются мельчайшие пылевые частицы. Заражение обычно происходит в помещении, в воздухе которого такие частицы могут сохраняться очень долго. Из вентилируемого помещения частицы пыли легко удаляются. Прямые солнечные лучи быстро убивают туберкулезные бактерии, но в темноте их жизнеспособность сохраняется несколько часов. Индивидуальный риск контакта с возбудителем туберкулеза определяется двумя факторами - концентрацией заразных пылевых частиц в воздухе помещения и длительностью пребывания в таком помещении.

Риск инфекции

Индивидуальный риск заражения туберкулезом зависит от интенсивности контакта с контаминированными пылевыми частицами и от восприимчивости к инфекции. Степень риска наиболее высока при контакте с человеком, больным заразной формой туберкулеза легких (ТБЛ). Риск заражения от человека с абациллярной формой ТБЛ невелик, а от больных с внелегочными формами туберкулеза - еще ниже. У заключенных риск заражения туберкулезом очень высок. Условия пребывания в тюрьме нередко создают предпосылки для заражения туберкулезом: скученность людей в камере, поздняя диагностика и позднее начало лечения больных с заразными формами туберкулеза, плохая вентиляция и недостаточное количество солнечного света. Нередко восприимчивость заключенных к туберкулезной инфекции повышена, что объясняется плохим питанием.

Риск прогрессирования инфекции в заболевание

Будучи однажды зараженным, человек остается инфицированным на многие годы - вероятно, на всю оставшуюся жизнь. При отсутствии ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства (90%)

людей, инфицированных *M.tuberculosis*, заболевание туберкулезом не развивается. Единственным свидетельством наличия туберкулезной инфекции у этих практически здоровых людей без каких-либо симптомов заболевания являются положительные туберкулиновые пробы.

В то же время у инфицированного человека в любое время сохраняется опасность развития заболевания туберкулезом. При этом очаги поражения могут возникнуть в любых органах и тканях, хотя чаще всего болезнь поражает легкие. Вероятность развития заболевания туберкулезом наиболее высока в первые один-два года после заражения, а со временем постепенно снижается. Переходу бессимптомной инфекции в заболевание могут способствовать различные физические и эмоциональные перегрузки (стресс). Чаще всего роль триггера ("пускателя") играет ослабление иммунной системы, особенно при ВИЧ-инфекции. Во многих странах ВИЧ-инфекция, алкоголизм и пониженное питание среди заключенных имеют место значительно чаще, чем в обычной популяции. Эти факторы, а также постоянный стресс в связи с пребыванием в тюремных условиях способствуют переходу инфекции в болезнь.

Эволюция туберкулеза при отсутствии лечения

При отсутствии специфической терапии за 5 лет погибают 50% больных туберкулезом, у 25% болезнь заканчивается спонтанным выздоровлением, а у оставшихся 25% заболевание переходит в заразную форму хронического туберкулеза.

1.1.2 Патогенез туберкулеза

Первичная инфекция

Первичная инфекция развивается после первого контакта с туберкулезными бактериями. Вдыхаемые с воздухом пылевые частицы настолько малы, что беспрепятственно преодолевают защитный барьер (реснитчатый эпителий бронхов) и проникают в терминальные отделы дыхательной системы - альвеолы легких. Инфекционный процесс начинается с размножения туберкулезных бактерий в легких - образуется так называемый "очаг Гона". По лимфатическим сосудам бактерии попадают в регионарные лимфоузлы. Очаг Гона вместе с регионарной лимфаденопатией образуют "первичный комплекс". Током крови туберкулезные бактерии могут разноситься по всему организму.

Иммунный ответ (гиперчувствительность замедленного типа и реакции клеточного иммунитета) формируется через 4-6 недель после первичной инфекции. Дальнейшее развитие событий определяется величиной инфицирующей дозы и интенсивностью иммунного ответа. В большинстве случаев благодаря иммунной защите размножение туберкулезных бактерий прекращается, хотя часть из них может сохраняться в жизнеспособном состоянии (персистировать). Единственным указанием на наличие туберкулезной инфекции являются положительные туберкулиновые пробы. Однако у некоторых людей иммунный ответ недостаточно силен для того, чтобы остановить размножение туберкулезных бактерий, из-за чего через несколько месяцев после первичной инфекции развивается заболевание туберкулезом.

После первичного инфицирования и формирования первичного комплекса в большинстве случаев (90%) клинически выраженное заболевание туберкулезом не развивается (при положительных туберкулиновых пробах). У некоторых людей развивается реакция гиперчувствительности - например, узловатая эритема. Могут развиваться поражения легких и плевры - например, туберкулезная пневмония, ателектаз доли легкого (из-за сдавления бронха) или плеврит. Иногда развивается диссеминированный туберкулез, проявляющийся в виде лимфаденопатии (обычно шейных лимфоузлов), туберкулезного менингита, перикардита и милиарного туберкулеза.

Вторичный туберкулез

Вторичный туберкулез развивается через несколько месяцев или через несколько лет после первичной туберкулезной инфекции. Он является следствием реактивации латентной инфекции или нового заражения. Реактивация означает, что "спящие" бактерии, сохранившиеся в тканях в течение многих месяцев или лет после первичной инфекции, начинают размножаться. Это может произойти в результате воздействия какого-либо "толчка" - например, вследствие ослабления иммунной системы ВИЧ-инфекцией. Реинфекция означает повторное заражение человека, который ранее уже перенес первичную туберкулезную инфекцию.

При вторичном туберкулезе очаги поражения обычно находятся в легких, но могут поражаться любые другие органы и системы. Вторичный туберкулез легких характеризуется следующими признаками: интенсивным разрушением легочной ткани с образованием каверн; положительными результатами бактериоскопического исследования мазков мокроты; вовлечением в патологический процесс верхних долей легких; отсутствием поражения внутригрудных лимфатических узлов. Для внелегочного вторичного туберкулеза наиболее характерны следующие клинические формы: плевральный выпот, лимфаденопатия (обычно поражаются шейные лимфоузлы), туберкулез позвоночника и других костей и суставов; туберкулезное поражение центральной нервной системы (туберкулезный менингит, туберкулома головного мозга), туберкулезный перикардит (выпот/спайки) и туберкулез желудочно-кишечного тракта (с поражением илео-цекального угла или развитием туберкулезного перитонита). Реже наблюдаются такие формы внелегочного туберкулеза как эмпиема, туберкулез мочеполовой системы у мужчин (эпидидимит, орхит) и женщин (аднексит, эндометрит), а также туберкулез почек, надпочечников и кожи.

1.1.3 Влияние ВИЧ-инфекции на туберкулез

ВИЧ-инфекция является наиболее опасным фактором, резко увеличивающим вероятность перехода бессимптомной туберкулезной инфекции в заболевание туберкулезом. У людей, одновременно инфицированных вирусом иммунодефицита и *M.tuberculosis*, вероятность развития заболевания туберкулезом составляет 50%. Клинические проявления туберкулеза могут появиться на любой стадии ВИЧ-инфекции. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции число лимфоцитов CD4 снижается, а их функциональная активность ослабевает. Иммунная система теряет способность сдерживать рост и распространение *M.tuberculosis*.

У ВИЧ-инфицированных пациентов наиболее частой клинической формой туберкулеза является легочный туберкулез, причем бациллярные формы ТБЛ наблюдаются чаще, чем у больных без сопутствующей ВИЧ-инфекции. Однако диссеминированный и внелегочный туберкулез у ВИЧ-положительных больных регистрируют чаще, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. Клинические проявления ТБЛ зависят от степени угнетения иммунного ответа. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции при пока еще сохранной иммунной системе клиническая картина нередко напоминает вторичный туберкулез. Результаты бактериоскопии мазков мокроты обычно положительны, а при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки нередко обнаруживаются каверны. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции и ослабления иммунной системы чаще наблюдается диссеминация патологического процесса. У этих больных процесс нередко напоминает картину первичного туберкулеза, результаты исследования мокроты отрицательные, а на рентгенограммах органов грудной клетки видны инфильтраты без образования каверн. Из внелегочных форм туберкулеза чаще всего при ВИЧ-инфекции наблюдаются лимфаденопатия, плевральный выпот, экссудативный перикардит, милиарный туберкулез и туберкулезный менингит.

Наличие сопутствующей ВИЧ-инфекции влияет на эффективность выявления больных и диагностики туберкулеза. При этом отмечается гиподиагностика бациллярных форм ТБЛ и гипердиагностика абациллярных форм легочного туберкулеза.

1.2 Глобальный ущерб от туберкулеза

1.2.1 Масштабы проблемы

Туберкулезными бактериями инфицирована треть населения нашей планеты. Только за один 1995 год около 8 миллионов человек впервые заболели туберкулезом, а 3 миллиона больных умерли от этой инфекции. В развивающихся странах с туберкулезом связано 25% летальных исходов, которые можно было бы предотвратить. Около 95% заболеваний и 95% летальных исходов от туберкулеза приходится на развивающиеся страны, причем три четверти случаев туберкулеза отмечается у людей трудоспособного возраста (15-50 лет). В настоящее время примерно 15% случаев туберкулеза в мире связано с ВИЧ-инфекцией. По мере дальнейшего распространения пандемии ВИЧ-инфекции этот показатель будет увеличиваться.

1.2.2 Причины усугубления проблемы туберкулеза

Основные причины дальнейшего роста актуальности проблемы туберкулеза:

- нищета и увеличивающийся разрыв между уровнем жизни богатых и бедных в различных популяциях - например, в развивающихся странах или среди городских жителей индустриальных стран;
- недооценка проблемы (недостаточная эффективность выявления больных, диагностики и лечения);
- меняющаяся демографическая ситуация (рост численности населения планеты и изменение возрастной структуры);
- влияние пандемии ВИЧ-инфекции.

1.2.3 Недостаточная эффективность борьбы с туберкулезом

Несмотря на то, что возбудитель туберкулеза был открыт еще в 1882 году, а противотуберкулезные препараты известны с 1944 года, глобальные итоги борьбы с этой инфекцией пока что остаются неудовлетворительными. Основными причинами этой неудачи являются:

- недостаточное внимание властей к проблеме и неадекватное финансирование;
- неудовлетворительная организация медицинского обслуживания населения;
- недостаточно эффективное лечение больных (отсутствие выздоровления у выявленных больных туберкулезом);
- переоценка эффективности вакцины БЦЖ.

1.2.4 Туберкулез - глобальная угроза человечеству

Всемирная организация здравоохранения заявила, что туберкулез представляет реальную угрозу для всего человечества, так как проводимая во многих странах борьба с этой инфекцией недостаточно результативна. В развивающихся странах национальные программы борьбы с туберкулезом нередко были неэффективными, так как у многих больных не удавалось добиться выздоровления, особенно у больных с заразными (бациллярными) формами болезни. Основные причины такой ситуации:

- не обеспечен доступ всем больным к диагностике и лечению туберкулеза;
- до сих пор применяются устаревшие схемы лечения больных и не внедрены стандартные схемы химиотерапии;
- многие больные прерывают лечение и не получают полный курс химиотерапии.

1.3 Принципы борьбы с туберкулезом

1.3.1 Цели борьбы с туберкулезом

- Уменьшить заболеваемость, смертность и распространение инфекции.
- Предупредить развитие лекарственной резистентности.

1.3.2 Пути повышения эффективности борьбы с туберкулезом

Наиболее экономически оправданный способ профилактики распространения туберкулезной инфекции - излечение противотуберкулезными препаратами больных с заразными формами болезни. Эффективный контроль за туберкулезом можно осуществлять только путем проведения коротких курсов стандартной химиотерапии всем больным с бациллярными формами ТБЛ, которые являются источниками инфекции. Лечение должно проводиться под непосредственным контролем (рекомендуемая ВОЗ стратегия ДОТС), по крайней мере - в начальной фазе терапии.

1.3.3 Результаты высокой эффективности лечения

Если после проведения специфической химиотерапии выздоровление будет достигнуто у 85% больных, это приведет к следующим положительным последствиям:

- очень быстро уменьшатся заболеваемость и интенсивность распространения инфекции;
- постепенно снизится заболеваемость туберкулезом;
- реже будет развиваться приобретенная лекарственная резистентность (в связи с чем лечение больных туберкулезом в будущем будет проще и дешевле).

1.3.4 Последствия неудач лечения больных туберкулезом

Во многих странах и во многих тюрьмах медицинские работники не добиваются выздоровления у больных с заразными формами туберкулеза. Это происходит в тех случаях, когда у врачей имеются противотуберкулезные препараты, однако организация медицинского обслуживания заключенных такова, что не гарантирует завершения стандартного курса лечения. Это приводит к нескольким негативным последствиям. Больные, которые без лечения умерли бы, останутся в живых, но будут страдать хроническими, заразными формами туберкулеза. В результате увеличится число источников инфекции и интенсивность передачи возбудителя туберкулеза. Возрастет актуальность проблемы лекарственной резистентности. И в конечном счете эпидемия туберкулеза, которую можно было бы ограничить, станет неуправляемой эпидемией.

1.3.5 Применение стратегии ДОТС для борьбы с туберкулезом

В связи с широким распространением туберкулеза, ВОЗ разработала эффективную стратегию борьбы с туберкулезом, которая получила название "стратегия DOTS". Эта стратегия имеет следующие организационные принципы:

- наличие децентрализованной системы выявления и лечения больных;
- эффективное руководство программой на основе подотчетности медицинского персонала с осуществлением необходимого контроля за его работой;
- наличие внутреннего контроля для оценки эффективности выявления новых больных и рецидивов, а также для полной оценки результатов лечения с помощью когортного анализа.

1.3.6 *Пакет мероприятий для борьбы с туберкулезом*

Успех стратегии ДOTS может быть обеспечен только при внедрении комплекса, включающего пять основных мероприятий:

- приверженность правительства эффективной борьбе с туберкулезом - обычно путем реализации Национальной противотуберкулезной программы (НПТ);
- выявление случаев заболевания с помощью бактериоскопического исследования мокроты больных с подозрением на туберкулез во всех медицинских учреждениях общего профиля;
- проведение стандартной краткосрочной химиотерапии всем больным с бациллярными формами туберкулеза легких при правильном ведении больных;
- регулярное и непрерывное обеспечение медицинских учреждений всеми основными противотуберкулезными препаратами;
- наличие системы мониторинга для контроля за ходом реализации программ и оценки ее эффективности.

1.3.7 *Борьба с туберкулезом во время эпидемии ВИЧ-инфекции*

Эпидемия ВИЧ-инфекции выявляет все дефекты в организации борьбы с туберкулезом. На фоне эпидемии ВИЧ-инфекции особенно очевидна необходимость концентрации внимания на выявлении и излечении больных с заразными формами туберкулеза. Принципы организации борьбы с туберкулезом остаются такими же даже при наличии большого числа ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом. Для борьбы с туберкулезом в условиях расширяющейся эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо следующее:

- (а) укрепление медицинской службы, осуществляющей мероприятия по борьбе с туберкулезом;
- (б) укрепление координации и сотрудничества между учреждениями, участвующими в борьбе с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и СПИДом, ЗППП, а также медицинскими учреждениями общей сети;
- (в) акцентирование внимания на диагностических критериях легочного и внелегочного туберкулеза.

Рекомендуемая дополнительная литература

- Maber D., Chaulet P., Spinaci S., Harries A. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220, Geneva, WHO, 1997. (Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1998).*
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis guide for low-income countries. 4th edition. jmi Verlagsgruppe, Frankfurt, 1996.*
- Crofton J., Horne N. and Miller F. *Clinical Tuberculosis. The MacMillan Press Limited. London, 1992.*
- Davies P.D.O. *Clinical Tuberculosis. Chapman and Hall Medical. 1994.*
- Harries A.D., Maber D. *TB/HIV: A Clinical Manual. WHO/TB/96.200. Geneva, 1996.*
- Dolin P.J., Raviglione M.C., Kochi A. *Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. Bulletin of the World Health Organization, 1994; 72 (2): 213-220.*
- Raviglione M.C., Snider D.E., Kochi A. *Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. JAMA, 1995; 273: 220-226.*
- Enarson D.A. *The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease model National Tuberculosis Programmes. Tubercle and Lung Disease, 1995; 76: 95-99.*

2

ТЮРЬМЫ

2.1 Тюрьмы и тюремное сообщество

2.1.1 Глобальные данные о тюрьмах

По оценочным данным, количество людей, находящихся в заключении, составляет около 10 миллионов человек. В это число входят не только заключенные в тюрьмах, но также лица, находящиеся в полицейских участках, следственных изоляторах, спецбольницах, колониях и лагерях для военнопленных. Необходимо отметить, что количество людей, находящихся в заключении, постоянно увеличивается. Поскольку многие люди пребывают в заключении непродолжительное время, истинное число лиц, побывавших в заключении в течение только одного года, в 4-6 раз больше названной величины. Персонал и посетители находятся в тюрьмах только временно, но тем не менее также являются частью этого тюремного сообщества.

2.1.2 Заключенные

Популяция заключенных не отражает состав общества в целом. В заключении обычно находятся малообразованные молодые мужчины (возраст от 15 до 44 лет), принадлежащие к низшим социально-экономическим слоям общества. Нередко это - представители меньшинств или мигрантов. Многие до того, как попали в тюрьму, относились к маргинальным группам общества. Однако, в зависимости от обстоятельств, любой из нас может оказаться в тюрьме. В тюрьму обычно попадают люди, у которых различные болезни встречаются чаще, чем в обычной популяции. Условия содержания в тюрьмах нередко способствуют ухудшению состояния здоровья заключенных. Повышенный риск развития заболеваний сохраняется у заключенных и после их выхода на свободу.

2.1.3 Тюремное сообщество и иерархия

Уклад жизни в тюрьмах различен в разных странах и даже в разных тюрьмах одной страны. Неофициальная иерархия среди заключенных представляет собою мощную структуру, которая существует одновременно с официальной тюремной администрацией. Эта неофициальная иерархия может обладать даже большей властью, чем администрация тюрьмы. Тюремная администрация может сохранять и даже поддерживать эту параллельную структуру, так как она помогает обеспечивать порядок в тюрьме. Нередко внешний мир и медицинские службы ничего не знают об этой неофициальной иерархии, однако существующие в ней правила и порядки могут оказывать непосредственное влияние на результаты лечения больных туберкулезом. Например, решение тюремных медицинских работников о том, кого лечить от туберкулеза и где проводить лечение, может зависеть от положения, занимаемого заключенным в этой неофициальной иерархии.

2.1.4 Жизнь в тюрьме

Повседневные условия пребывания в тюрьме нередко способствуют развитию болезней. Тюрьмы нередко бывают переполнены, а условия содержания заключенных не соответствуют гигиеническим стандартам. Преобладающая характеристика такой ситуации - наказание и жестокость. Заключенные нередко очень ранимы. Они беззащитны перед тюремной администрацией и полицией; кроме того, они одновременно подвергаются сексуальным и другим домогательствам других заключенных. Нелегальность некоторых форм поведения в тюрьмах часто приводит к тому, что власти просто отрицают саму возможность такого поведения в их учреждениях. Однако, несмотря на все запреты, сексуальные отношения между мужчинами и упот-

ребление наркотиков нередко имеют место в тюрьмах. Условия пребывания в тюрьмах могут в значительной степени способствовать распространению ВИЧ-инфекции. Таким образом, тюремные условия благоприятны для распространения туберкулеза - как непосредственно, так и косвенно, вследствие высокой распространенности ВИЧ-инфекции.

2.1.5 *Перемещение заключенных*

Тюрьма не является закрытой системой. Существуют контакты между заключенными и людьми, находящимися на свободе. Заключение под стражу лишает людей свободы, но обычно на непродолжительное время, после чего они возвращаются в общество. У части заключенных срок пребывания в тюрьме заканчивается и они выходят на свободу, но могут вновь попасть в тюрьму. Во многих странах нередко осуществляют перевод заключенных из одной тюрьмы в другую. Пребывание в тюрьме может неожиданно прекратиться в связи с сокращением срока наказания или в результате всеобщей амнистии.

Часть людей находятся временно в следственных изоляторах и камерах предварительного заключения, после чего они могут оказаться в тюрьме или на свободе. Кроме того, происходит перемещение заключенных и в пределах одной тюрьмы - при переводе из одной камеры в другую.

2.2 **Тюремная администрация**

2.2.1 *Ответственность за заключенных*

В разных странах за содержание тюрем ответственность несут различные министерства - юстиции, внутренних дел, государственной безопасности и т. д. В связи с постоянной нехваткой бюджетных средств расходы на содержание заключенных во многих странах не относятся к приоритетной группе расходных статей.

2.2.2 *Ответственность за тюремные медицинские службы*

Связи с постоянным недостаточным финансированием тюрем определенные финансовые трудности испытывают и тюремные медицинские службы. Ответственность за тюремные медицинские службы обычно несут те же министерства, которые отвечают и за содержание тюрем, а не министерство здравоохранения. В связи с этим организации медицинского обслуживания заключенных нередко уделяется недостаточное внимание, а его финансирование осуществляется не в полном объеме.

Отсутствие данных о заболеваемости среди заключенных также свидетельствует о таком пренебрежительном отношении к здоровью людей, находящихся в тюрьмах. Без этих данных невозможно правильно оценить потребности заключенных в медицинской помощи, качество организации медицинской службы и правильность планирования медицинских мероприятий.

Из-за низкой зарплаты и недостаточной профессиональной подготовки тюремные медицинские работники нередко не заинтересованы в качественном выполнении своих обязанностей. В некоторых тюрьмах медицинское обслуживание заключенных организовано плохо, причем имеют место и финансовые злоупотребления.

В такой ситуации очень трудно проконтролировать правильность использования целевых средств. Все эти проблемы вместе и объясняют трудности в организации адекватного медицинского обслуживания заключенных.

2.2.3 *Предоставление противотуберкулезной помощи*

Заключенные имеют право на медицинское обслуживание такого же качества, как и лица, находящиеся на воле. В большинстве случаев ответственность за оказание медицинской помощи заключенным несет тюремная администрация, а не национальное министерство здравоохранения. Поэтому за организацию противотуберкулезной помощи также отвечает тюремная медицинская служба, никак не связанная с национальной противотуберкулезной программой. Во многих тюрьмах лечение больных туберкулезом проводится далеко не в полном объеме. Имеется недостаточно информации о выявлении больных туберкулезом и результатах лечения.

В некоторых случаях тюремные медицинские службы являются частью национальной системы здравоохранения. В такой ситуации ответственность за лечение больных туберкулезом несут сотрудники НПТ. Качество лечения туберкулеза у заключенных отражает качество работы национальной программы борьбы с туберкулезом. Полнота и оперативность информации о туберкулезе среди заключенных отражают качество системы регистрации в рамках НПТ.

Рекомендуемая дополнительная литература

Thorburn K.M. Conditions in prisons, Lancet, 1998; 351: 1003-1004.

Tomasevski K. Prison health. International standards and national practices in Europe, Helsinki: HEUNI, 1992.

Tomasevski K. Prison health law. Eur. J. Health Law, 1994; 1: 327-341.

Levy M. Prison health services. Br. Med. J., 1997; 315: 1394-1395.

Reyes H., Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. Br. Med. J., 1997; 315: 1447-1450.



3 ТУБЕРКУЛЕЗ В ТЮРЬМАХ

3.1 Масштабы проблемы туберкулеза в тюрьмах

3.1.1 Доступность информации

Одним из последствий пренебрежительного отношения к медицинскому обслуживанию в тюрьмах является отсутствие данных о состоянии здоровья заключенных. Лишь небольшая часть тюрем регулярно предоставляет сведения о выявлении больных туберкулезом и их лечении. Регистрация выявленных больных туберкулезом и предоставление информации о результатах их лечения является ключевым элементом стратегии ДOTS в борьбе с туберкулезом. Для организации и проведения эффективных противотуберкулезных мероприятий необходимо прежде всего собрать достоверную информацию о больных туберкулезом и результатах лечения. При отсутствии регулярного поступления необходимой информации большая часть имеющихся данных о масштабах проблемы туберкулеза в тюрьмах будет получена в результате специальных исследований в конкретных местах.

3.1.2 Опубликованные данные о туберкулезе в тюрьмах

Все опубликованные данные о числе выявленных больных в тюрьмах говорят о том, что заболеваемость туберкулезом здесь наиболее высока по сравнению с любыми другими группами населения.

Таблица 1. Опубликованные данные о распространении туберкулеза в тюрьмах

Местонахождение тюрьмы и год	Число выявленных случаев туберкулеза	Число случаев за год (все формы ТБ) на 100 тысяч
Сибирь, Россия ¹ (1993)	Нет данных	820
Томск, Россия ² (1996)	Нет данных	7000
Азербайджан ³ (1994)	Нет данных	4667
Молдова ⁴ (1996)	Нет данных	2640
Йедда, Саудовская Аравия ⁵ (1993-1995)	За 20 месяцев 53 новых случая (преимуществ. у лиц из стран с высокой распространенностью ТБ) среди 6974 заключенных	456
Буаке, Кот-д'Ивуар ⁶ (1990-1992)	За 2 года 134 новых случая (включая 108 случ. бациллярн. ТБЛ) среди 1860 заключен.	7200 (5800 с бациллярной формой ТБЛ)
11 из 24 провинций Камбоджа ⁷ (1996-1997)	За 2 года 12 новых случаев бациллярного ТБЛ среди 898 заключенных	668 с бациллярной формой ТБЛ

Местонахождение тюрьмы и год	Выявление случаев ТБ с помощью скрининга	Заболеваемость (все формы ТБ) на 100 тысяч
Зомба, Малави ⁸ (1996)	47 случаев среди 914 обследованных заключенных	5100

Источники информации

- ¹ Drobniewski F., Tayler L., Ignatenko N. et al. Tuberculosis in Siberia - an epidemiological and microbiological assessment. *Tubercle*, 1996; 77: 199-206.
- ² Wares D.F., Clowes C.I. Tuberculosis in Russia. *Lancet*, 1997; 350: 957.
- ³ Coninx R., Eshaya-Chauvin B., Reyes H. Tuberculosis in prisons. *Lancet*, 1995; 346: 238-239.
- ⁴ Bollini P. HIV/AIDS prevention in prisons: a policy study in four European countries. Joint WHO/UNAIDS European Seminar on HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and tuberculosis in prisons. 14-16 December 1997, Warsaw.
- ⁵ Al Shareef N.H., Fontaine R. Tuberculosis in a prison in Jeddah, Saudi Arabia. *Saudi Epidemiology Bulletin*, 1996.
- ⁶ Koffi N., Ngom A.K., Aka-Danguy E. et al. Smear-positive pulmonary tuberculosis in a prison setting: experience in the penal camp of Bouake, Ivory Coast. *Int. J. Tuberc. Lung Ass.*, 1997; 1 (3): 250-253.
- ⁷ Kim San K. Government of Cambodia National Tuberculosis Programme. Annual Report, 1998.
- ⁸ Nyangulu D.S., Harries A.D., Kang'ombe C. et al. Tuberculosis in a prison population in Malawi. *Lancet*, 1997; 350: 1284-1287.

В тюрьмах чрезвычайно высоки не только показатели заболеваемости туберкулезом, но и летальность при этой инфекции. В Азербайджане показатель летальности при туберкулезе составил 24%³. В тюрьмах с высокими показателями заболеваемости туберкулезом и летальности при этой инфекции тюремный приговор может стать смертным приговором.

3.2 Причины широкого распространения туберкулеза в тюрьмах**3.2.1 Риск заболевания туберкулезом до, во время и после заключения**

Многие люди, попавшие в тюрьму, происходят из низших социально-экономических слоев общества. Поэтому уже при поступлении в тюрьму у многих заключенных имеется высокая вероятность наличия инфицирования туберкулезными бактериями или заболевания туберкулезом. В связи с тяжелыми условиями содержания в тюрьмах у заключенных очень высокий риск заразиться и заболеть туберкулезом.

А так как тюремные медицинские службы нередко не проводят эффективную борьбу с туберкулезом и не гарантируют излечение от этой болезни, у многих заключенных имеется высокая вероятность выхода на свободу с туберкулезом. При этом у многих бывших заключенных обычно имеются лекарственно устойчивые формы туберкулеза.

3.2.2 Распространение туберкулеза

Источником инфекции обычно являются заключенные с бациллярной формой туберкулеза легких, в том числе как новые больные, так и пациенты с хроническими (а нередко - с лекарственно резистентными) формами туберкулеза.

Следующие факторы увеличивают число заключенных, имеющих контакты с возбудителями туберкулеза:

ЧАСТЬ I

- позднее выявление случаев туберкулеза в связи с недостаточным вниманием к диагностике инфекции (пренебрежение проблемами здоровья заключенных, отсутствие возможности проводить бактериоскопическое исследование мокроты);
- отсутствие в следственных изоляторах и камерах предварительного заключения условий для диагностики и лечения туберкулеза у заключенных с подозрением на это заболевание (считается нецелесообразным начинать лечение туберкулеза у людей, которые скоро могут выйти на свободу);
- перевод заключенных с заразными формами туберкулеза из одной камеры в другую и из одной тюрьмы в другую;
- чрезмерная перенаселенность тюремных камер (ограниченная площадь, приходящаяся на каждого заключенного, и длительное пребывание заключенных в камерах);
- отсутствие изоляции больных с заразными формами туберкулеза от других заключенных;
- некачественное лечение, следствием чего является низкий показатель излечения больных туберкулезом и чрезмерная продолжительность заразного периода.

Увеличению продолжительности и интенсивности контакта заключенных с возбудителями туберкулеза способствуют:

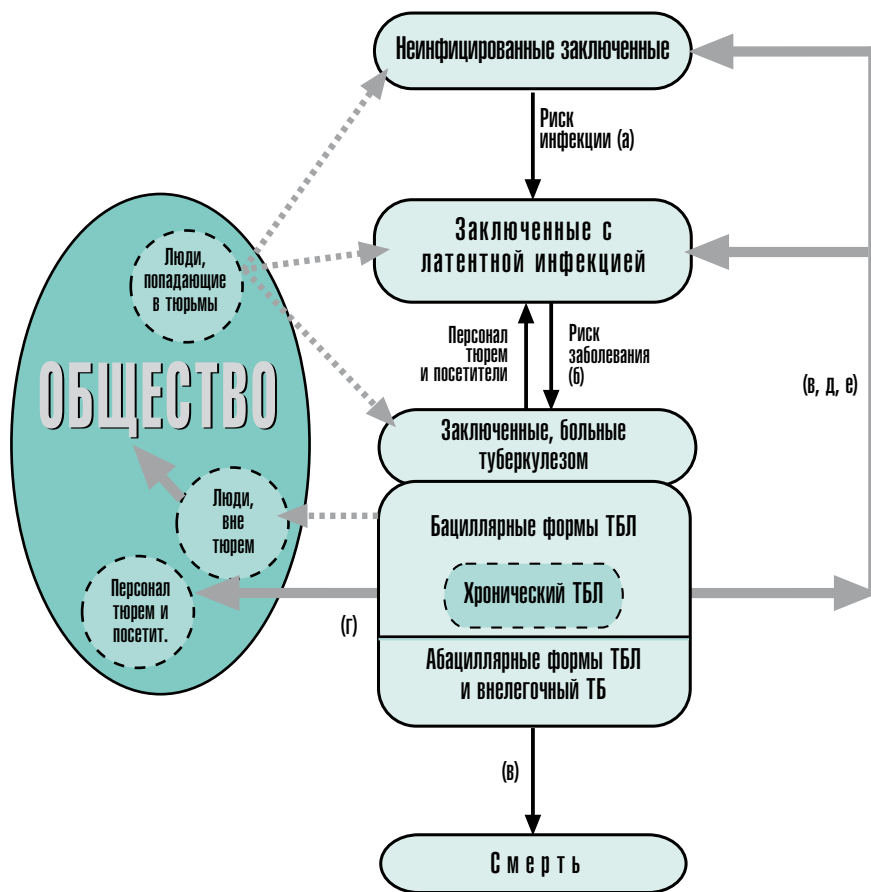
- плохая вентиляция тюремных камер (даже там, где есть окна, заключенные могут держать их закрытыми, чтобы сохранить тепло в камерах);
- плохая личная гигиена (больные туберкулезом заключенные не прикрывают рот во время кашля и не собирают заразную мокроту в специальные контейнеры).

Тяжелые условия пребывания в тюрьме (например, плохое питание) способствуют реактивации латентной инфекции и развитию клинически выраженного заболевания туберкулезом. Заключенные нередко страдают дистрофией из-за недостаточного питания как до поступления в тюрьму, так и вследствие недостаточной калорийности и плохого качества тюремной пищи. Иногда имеющееся у заключенных питание соответствует стандартам, однако некоторые заключенные могут менять продукты на что-либо другое или проигрывать их в азартные игры. Некоторые заключенные могут систематически отбирать пищу у других, более слабых заключенных.

Проблема туберкулеза особенно актуальна для тех заключенных, которым приговор еще не вынесен и которые могут быть освобождены в любое время. Условия содержания людей в следственных изоляторах и камерах предварительного заключения ужасны, а медицинское обслуживание может быть очень плохим или полностью отсутствовать. Гигиенические нормы здесь не соблюдаются (имеет место очень высокая перенаселенность камер), а ожидание суда может быть очень долгим. И даже при наличии медицинской службы выявление туберкулеза и лечение больных не проводится.

На рисунке показаны пути распространения туберкулеза в тюрьмах и за их пределами.

Рисунок 1. Пути распространения туберкулеза в тюрьмах и за их пределами



ОБОЗНАЧЕНИЯ

- движение людей
- эволюция инфекции и болезни
- передача инфекции

- а** = условия в тюрьме увеличивают риск передачи ТБ;
- б** = плохие социально-экономические условия, ВИЧ-инфекция, плохое питание в тюрьме;
- в** = следствие поздней диагностики и позднего начала лечения;
- г** = отсутствие координации работы медицинской службы тюрем и других медицинских учреждений;
- д** = перенаселенность камер, плохая вентиляция и плохие санитарно-гигиенические условия;
- е** = распространение инфекции внутри тюрьмы и между разными тюрьмами.

3.2.3 Действия тюремных медицинских служб

Тюремные медицинские службы нередко плохо оснащены и поэтому не могут проводить эффективные противотуберкулезные мероприятия. Для тюремной администрации здоровье заключенных не является приоритетной заботой, поэтому данному вопросу уделяется недостаточно внимания. Очень часто на медицинское обслуживание заключенных выделяется недостаточно средств. И даже признание актуальности проблемы туберкулеза в тюрьмах не всегда сопровождается проведением каких-либо мероприятий.

Нередко тюремные медицинские работники имеют очень небольшую зарплату и недостаточную подготовку, потому они не заинтересованы в добросовестном выполнении своих обязанностей. Медицинская документация ведется небрежно. Санитарно-просветительная работа среди заключенных не проводится. Нет условий для ранней диагностики туберкулеза. Без бактериоскопии мазков мокроты невозможно выявить больных с заразными формами туберкулеза. Состояние здоровья людей в момент заключения под стражу нередко не контролируется. Не всегда имеются условия для изоляции больных с заразными формами туберкулеза от остальных заключенных. Тюремный персонал может искусственно ограничивать доступ заключенных к медицинскому обслуживанию, вынуждая их давать взятки. Тюремные работники, не имеющие специальной подготовки, могут участвовать в принятии решения о необходимости предоставления медицинской помощи тому или иному заключенному.

Приоритетными вопросами в борьбе с туберкулезом являются выявление больных с заразными формами туберкулеза, их лечение и достижение у них выздоровления. Однако лечение в тюремных условиях нередко не приводит к выздоровлению больных туберкулезом. Это связано с нерегулярным поступлением лекарств, использованию нестандартных схем лечения и отсутствием контроля за приемом противотуберкулезных препаратов. Вместо выздоровления процесс переходит в хроническую форму, возникают благоприятные условия для более интенсивного распространения туберкулезных бактерий и дальнейшего ухудшения эпидемиологической ситуации вследствие появления резистентных форм туберкулеза.

3.2.4 Тюремная иерархия и поведение заключенных

Неофициальная иерархия в среде заключенных представляет собой мощную структуру, существующую наряду с официальной тюремной администрацией. Эта неофициальная иерархия может влиять на эффективность борьбы с туберкулезом в тюрьмах. Может иметь место дискриминация при направлении или поступлении больных в тюремные больницы, неправильный отбор больных для лечения и нерациональное использование противотуберкулезных препаратов. Заключенные, занимающие высокие места в этой неофициальной иерархии, могут не допустить госпитализацию в ту же палату заключенных, находящихся на низших ступенях этой иерархической лестницы.

Недавно появившиеся противотуберкулезные препараты - особенно рифампицин - могут стать очень желанными в ситуации, когда заключенный умирает из-за отсутствия лекарств. Заключенные могут пытаться создавать для себя запасы противотуберкулезных лекарств. В связи с этим может появиться "черный рынок" противотуберкулезных препаратов. Заключенные могут использовать противотуберкулезные лекарства в качестве альтернативной тюремной "валюты". Они могут продавать противотуберкулезные препараты тюремным работникам, передавать их своим родственникам или друзьям во время посещения, а также использовать в качестве денег во время азартных игр или для расплаты за долги. Больные туберкулезом могут накапливать лекарства по своему собственному желанию или под давлением тюремных "авторитетов". Они придумывают различные трюки, чтобы создать видимость проглатывания таблеток, если они

принимают препараты под наблюдением тюремного персонала. Они приносят таблетки в камеры, а затем лекарства используются здесь в качестве "валюты".

Самые главные тюремные "авторитеты" могут доставать противотуберкулезные препараты самыми различными способами. Один из наиболее простых путей - давление на тех заключенных, которые занимают в тюремной иерархии более низкое положение и получают лечение - с тем, чтобы они отдавали свои лекарства. Еще один способ - добиться назначения противотуберкулезных препаратов при отсутствии заболевания туберкулезом.

Заключенный может дать взятку тюремному врачу, чтобы его поставили на учет как больного туберкулезом, или лабораторному работнику, чтобы последний записал положительный результат бактериоскопического исследования мазка мокроты. Больной, у которого туберкулезные бактерии в мокроте отсутствуют, может взять мокроту от больного с туберкулезом и положительным результатом бактериоскопии.

Заключенные, не болеющие туберкулезом, могут стремиться попасть в программу борьбы с туберкулезом, так как это даст им определенные выгоды - например, более качественное питание, улучшенные бытовые условия, менее строгий надзор и более частые встречи с родственниками.

3.2.5 Мотивация заключенных

Многие больные туберкулезом, которые начали противотуберкулезную терапию, после исчезновения тех или иных симптомов болезни не хотят продолжать лечение. Заключенных очень трудно убедить в необходимости завершения полного курса противотуберкулезной терапии - условия их пребывания в тюрьме не способствуют этому. У заключенных нередко существует множество первоочередных проблем, поэтому им недосуг думать о тех опасностях, которые поджидают их в случае незавершения лечения. Некоторые заключенные полагают, что наличие у них заболевания туберкулезом помешает им покинуть тюрьму, поэтому они могут сдать на исследование мокроту от другого заключенного.

3.3 СПИД-ассоциированный туберкулез

3.3.1 Масштабы глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа

По оценкам специалистов, к концу 1997 года на нашей планете проживало примерно 30,6 миллионов ВИЧ-инфицированных людей. В глобальных масштабах ВИЧ чаще всего передается при гетеросексуальных контактах.

3.3.2 ВИЧ/СПИД в тюрьмах

Показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди заключенных нередко выше, чем в целом среди населения. Многие ВИЧ-инфицированные заключенные относятся к группам населения, в которых распространенность ВИЧ-инфекции выше средней, поэтому в тюрьму они попадают, будучи уже заражены вирусом иммунодефицита. Пребывание в тюрьме также увеличивает вероятность приобретения ВИЧ-инфекции.

3.3.3 Передача ВИЧ в тюрьмах

Наиболее характерные пути распространения ВИЧ в тюрьмах - это внутривенное введение наркотиков и гомосексуальные половые связи, несмотря на то, что тюремная администрация стремится ограничить такое поведение заключенных. Во многих странах заключенные, употребляющие или распространяющие наркотики, подвергаются дополнительному наказанию. Однако

наркоманы, даже находясь в тюрьме, стремятся продолжать принимать наркотики, в том числе и внутривенно. Несмотря на все усилия тюремной администрации, проникновение наркотиков в тюрьмы и их использование заключенными, равно как и сексуальные связи между мужчинами, продолжают во многих странах. Отрицание или игнорирование этих фактов не решает проблему предупреждения распространения ВИЧ в тюрьмах.

Употребление наркотиков - явление, весьма распространенное во многих тюрьмах как среди "старых" наркоманов, так и среди новичков, которые только начинают здесь знакомиться с наркотиками. Для инъекционного введения наркотиков заключенные нередко используют чужие шприцы и иглы (или самодельное оборудование для инъекций), которые, как правило, не стерилизуются. Использование нестерильных шприцев и игл несколькими заключенными легко приводит к передаче ВИЧ.

Мужчины в заключении могут практиковать анальный секс. При этом презервативы обычно недоступны для заключенных. Риск передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе очень велик, особенно при насильственном половом контакте (изнасиловании). Заключенные нередко беззащитны - как перед тюремными "авторитетами", так и перед другими заключенными, которые могут стремиться удовлетворять свои потребности (в том числе и сексуальные) и при этом проявлять жестокость. Проявлениям насилия способствуют перенаселенность тюремных камер, общая атмосфера жестокости, а иногда также и особый стиль отношений между заключенными в соответствии с тюремной иерархией. Особенно высок риск заражения ВИЧ у заключенных, не умеющих постоять за себя. Могут иметь место и гетеросексуальные отношения в женских тюрьмах с мужским обслуживающим персоналом.

У тюремного персонала также имеется повышенный риск ВИЧ-инфекции. Заражение вирусом иммунодефицита может происходить при случайных уколах загрязненными иглами во время обысков или в результате сексуальных связей с заключенными. Поскольку спустя определенное время заключенные выходят на свободу, ВИЧ-инфекция может распространяться за пределы тюрем.

3.3.4 ВИЧ-ассоциированный туберкулез в тюрьмах

ВИЧ-инфекция способствует распространению эпидемии туберкулеза там, где вместе находятся люди, зараженные туберкулезными микобактериями, и ВИЧ-инфицированные лица. В такой ситуации многие ВИЧ-инфицированные заражаются также *M.tuberculosis*, а многие больные туберкулезом приобретают ВИЧ-инфекцию. Эта проблема актуальна для многих тюрем; именно в этих учреждениях значительная часть случаев туберкулеза связана с ВИЧ-инфекцией.

3.4 Последствия плохой организации борьбы с туберкулезом в тюрьмах

Туберкулез очень широко распространен среди заключенных. Недостаточно эффективная борьба с туберкулезом усугубляет страдания заключенных и нередко приводит к смертельному исходу. При отсутствии специфической терапии или неправильной тактике лечения заключенные с заразными формами туберкулеза могут заражать других заключенных, а также пришедших к ним на свидание посетителей или тюремных работников. Некоторые заключенные выходят на свободу, не завершив курс лечения. Поэтому существенное значение имеет координация работы тюремной медицинской службы и обычных медицинских учреждений, куда бывшие заключенные должны направляться для продолжения лечения туберкулеза после выхода на свободу. Отсутствие координации приведет к тому, что бывший заключенный не явится в медицинское учреждение и не завершит курс химиотерапии, что в свою очередь приведет к дальнейшему распространению туберкулеза в обществе.

Неспособность тюремной администрации эффективно лечить заболевания и предупреждать их распространение может привести к тому, что заключенные будут направлять свой гнев против всей пенитенциарной системы. Это может поставить под угрозу саму систему тюремной безопасности.

Тюремные стены ограничивают свободу заключенных, но не препятствуют распространению туберкулеза. Тюрьмы представляют собой резервуар туберкулеза, который угрожает не только заключенным, но также тюремному персоналу и всему обществу в целом. Неправильная организация лечения больных туберкулезом повышает риск распространения инфекции как в самих тюрьмах, так и за их пределами, а также способствует появлению резистентных форм туберкулеза. Неэффективная организация борьбы с туберкулезом в тюрьмах сегодня станет причиной необходимости проведения более сложных и более дорогостоящих противотуберкулезных мероприятий завтра. Поэтому современная национальная программа борьбы с туберкулезом должна обязательно включать в себя борьбу с туберкулезом в тюрьмах.

3.5 Возможности проведения эффективной борьбы с туберкулезом в тюрьмах

Тюрьма может быть идеальным местом для организации эффективной борьбы с туберкулезом. При планировании и осуществлении противотуберкулезных мероприятий тюремные медицинские службы могут эффективно использовать специфику имеющейся в тюрьмах ситуации. По сути заключенные представляют собой закрытую популяцию. Это может существенно облегчить выявление заключенных, больных туберкулезом, и проведение им стандартного лечения, а также ведение точного учета и отчетности. Для многих заключенных во время их пребывания на свободе обычные медицинские учреждения практически недоступны. Для них нахождение в тюрьме, имеющей обычную медицинскую службу, позволяет получить доступ к нормальному медицинскому обслуживанию, в том числе и к лечению туберкулеза.

Освещение проблемы туберкулеза в тюрьмах может помочь тюремной администрации лучше заботиться о состоянии здоровья заключенных. Мобилизация ресурсов на борьбу с туберкулезом будет способствовать большему финансированию тюремных медицинских служб для решения и других медицинских проблем. Поэтому внедрение стратегии ДОТС в тюрьмах может быть только первым шагом на пути улучшения медицинского обслуживания заключенных. Возможность проведения эффективной борьбы с туберкулезом в тюрьмах открывает дорогу к организации противотуберкулезных мероприятий в обычной популяции. Положительным результатом эффективной борьбы с туберкулезом в тюрьмах является ограничение распространения туберкулеза в обществе в целом, в том числе и резистентных форм туберкулеза.

Рекомендуемая дополнительная литература

- World Health Organization and Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on a joint WHO/UNAIDS European seminar, Warsaw, Poland, December 1997. WHO, Copenhagen, Denmark, 1998. EUR/ICP/CMDS 08 02 15.*
- World Health Organization and Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the Global HIV/AIDS epidemic. 1997. Geneva, Switzerland.*
- Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS. Prisons and AIDS. UNAIDS technical update. UNAIDS best practice collection. April 1997, Geneva, Switzerland.*
- WHO Global Programme on AIDS. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, Switzerland, 1993. WHO/GPA/DIR/93.3.*
- Harding T.W., Schaller G. HIV/AIDS policy for prisosns or prisoners? In: Mann J., Tarantola D.J.M., Netter T.W. (Eds.). AIDS in the world, pp. 761-769. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1992.*
- Coninx R., Pfyffer G.E., Mathieu C. et al. Drug resistant tuberculosis in prisons in Azerbaijan: case study. Br. Med. J., 1998; 316: 1493-1495.*

ЧАСТЬ II

БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТЮРЬМАХ

4

ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТЮРЬМАХ

4.1

Почему необходима политическая приверженность?

Во многих странах с высокой распространенностью туберкулеза политические лидеры не уделяют должного внимания организации борьбы с туберкулезом. Политическая приверженность необходима для того, чтобы изменить отношение к проблеме и затем улучшить проведение противотуберкулезных мероприятий. В 1997 году в Баку (Азербайджан) ВОЗ и МККК было проведено совещание по проблеме туберкулеза в тюрьмах. Участники совещания приняли совместную декларацию, призывающую правительства всех стран срочно принять необходимые меры для организации эффективной борьбы с туберкулезом в тюрьмах (см. приложение 2).

Без соответствующей политической приверженности борьбе с туберкулезом во многих тюрьмах он останется неконтролируемой инфекцией. Тюрьмы будут оставаться хорошей питательной средой для существования туберкулеза и его распространения в обычной популяции. Недостаточная информация и нерациональное лечение будут способствовать появлению резистентных форм туберкулеза, которые в дальнейшем будут представлять угрозу для всего общества.

Участие политических деятелей и правительств необходимо для того, чтобы пересмотреть существующие и начать внедрение более эффективных программ борьбы с туберкулезом. Министерства здравоохранения должны уделить первоочередное внимание тюремным медицинским службам. Необходима тщательная координация действий между министерствами здравоохранения и теми министерствами, которые несут ответственность за тюрьмы (например, министерство юстиции, внутренних дел, госбезопасности). Для обеспечения заключенных нормальным медицинским обслуживанием необходимо добиться полноценного финансирования тюремных медицинских служб, включая средства на выплату зарплаты медработникам, проведение диагностики и обеспечение лекарственными препаратами. Необходимо срочно улучшить условия содержания заключенных в тюрьмах, в первую очередь - уменьшить перенаселенность камер, повысить качество питания и улучшить санитарно-гигиенические условия.

Политическая приверженность необходима для того, чтобы гарантировать эффективность пересмотренной программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах. Следует добиться того, чтобы больные заканчивали курс химиотерапии, что будет гарантировать излечение в большинстве случаев. С позиции здравоохранения лучше совсем не иметь программы борьбы с туберкулезом, чем выполнять плохую программу. Неэффективная программа приводит к появлению большого числа случаев хронического туберкулеза, более широкому распространению инфекции и формированию лекарственной резистентности. Эпидемия, с которой можно бороться, трансформируется в неуправляемую эпидемию.

4.2

Роль администрации в завершении лечения

4.2.1

Страны с эффективными национальными программами борьбы с ТБ

Эффективное лечение всех заключенных, больных туберкулезом, возможно только в том случае, если хорошо функционирующая в стране противотуберкулезная программа гарантирует завершение специфической терапии заключенных, вышедших на свободу. В идеале система борьбы с туберкулезом в тюрьмах должна быть составной частью эффективной национальной программы борьбы с туберкулезом. В этом случае освобожденные из тюрем заключенные смогут завершить курс лечения в обычных медицинских учреждениях.

4.2.2 Страны без эффективных национальных программ борьбы с ТБ

В некоторых странах отсутствуют эффективные национальные программы борьбы с туберкулезом. Поэтому в таких странах невозможно гарантировать завершение химиотерапии тем заключенным, которые выходят из тюрьмы до окончания курса лечения. Представляется целесообразным включать в программы DOTS только тех больных туберкулезом заключенных, у кого сроки пребывания в тюрьме больше, чем рекомендуемая продолжительность лечения.

4.2.3 Заключенные, не имеющие приговора

Необходимость завершения курса лечения больных туберкулезом ставит в особое положение заключенных, не имеющих приговора (т. е. тех, кто ожидает обвинения, суда или приговора). Продолжительность пребывания арестованных в следственном изоляторе непредсказуема, но чаще всего она короче, чем необходимо времени для завершения противотуберкулезного лечения. Власти должны обеспечить завершение лечения заключенных, не имеющих приговора, независимо от того, будут ли они освобождены или приговорены к тюремному заключению. Поэтому, ответственные за содержание заключенных, не имеющих приговора, должны поддерживать тесные контакты с руководством как гражданских, так и тюремных медицинских служб. Решающее значение имеет обеспечение завершения лечения заключенных, не имеющих приговора. В противном случае, система предварительного заключения станет источником распространения туберкулеза и в тюрьмах, и среди общего населения.

4.2.4 Перевод заключенных

Необходимость завершения курса лечения больных туберкулезом заставляет также рассмотреть отдельно вопрос о заключенных, которых переводят из камеры в камеру или из тюрьмы в тюрьму. Руководство программы борьбы с туберкулезом может быть более уверенным в тех случаях, когда больной начинает и заканчивает противотуберкулезную терапию, находясь в одном учреждении. Тюремная администрация должна добиться того, чтобы заключенных не переводили в другую тюрьму хотя бы до окончания начальной фазы химиотерапии. Если больной туберкулезом заключенный переводится в другую тюрьму во время фазы продолжения лечения, тюремная администрация должна гарантировать возможность окончания курса специфической терапии в новой тюрьме.

4.3 Здоровье заключенных как ответственность руководителей здравоохранения

К настоящему времени накоплен достаточный опыт различных форм организации медицинского обслуживания в исправительных учреждениях. Обычно общая система здравоохранения может гарантировать более качественное медицинское обслуживание заключенных, чем это позволит сделать ведомственная тюремная медицинская служба. Есть и другие преимущества в ситуации, когда ответственность за медицинское обслуживание заключенных возлагается на общую систему здравоохранения. В этом случае укрепляются связи между тюремными медицинскими службами и общей системой здравоохранения. Стремление правительственных структур улучшить охрану здоровья заключенных может потребовать проведения административных изменений. Прежде всего речь идет о передаче ответственности за здоровье заключенных от министерств, отвечающих за тюрьмы, министерствам здравоохранения.

Рекомендуемая дополнительная литература

Reyes H., Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons.
Br. Med. J., 1997; 315: 1447-1450

ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ

Тактика выявления больных

Существует два основных подхода к выявлению больных туберкулезом: а) выявление случаев туберкулеза среди обратившихся за медицинской помощью заключенных с заболеваниями, подозрительными на туберкулез; б) целенаправленное обследование заключенных на туберкулез. Приоритетом для программ борьбы с туберкулезом остается выявление больных с заразными формами болезни среди лиц с подозрением на туберкулез, так как такая тактика более эффективна экономически, чем сплошные обследования на туберкулез.

Тактика диагностики туберкулеза

Первостепенной задачей программ борьбы с туберкулезом является выявление и лечение больных с заразными формами туберкулеза, то есть больных легочным туберкулезом, у которых в мокроте обнаруживаются кислотоустойчивые бактерии. Поэтому у всех больных с клиническим подозрением на туберкулез должно быть проведено бактериоскопическое исследование мазков мокроты. Большинство пациентов с симптомами и признаками, подозрительными на туберкулез, являются амбулаторными больными. Лишь небольшая часть больных туберкулезом являются тяжелыми больными, которым необходим постельный режим и обследование которых должно быть проведено в стационарных условиях.

С помощью клинического скрининга заключенных на основании имеющихся симптомов (главным образом, это - кашель, продолжающийся более трех недель) можно распознать случаи туберкулеза. При высокой распространенности туберкулеза среди населения наиболее эффективным экономически методом выявления заразных форм легочного туберкулеза является бактериоскопическое исследование мазков мокроты. Если результаты этого анализа положительны, значит у больного имеется бациллярная форма туберкулеза легких. Заключенного с положительным результатом бактериоскопии мокроты необходимо зарегистрировать и провести ему курс лечения. В рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в большинстве случаев нет необходимости.

В некоторых странах при подозрении на туберкулез проводят рентгенологическое исследование. Больные туберкулезом всегда должны сдать мокроту на анализ, независимо от того, делали им рентгенологическое исследование или нет. Проводить посев мокроты для выделения культуры возбудителя нецелесообразно и не рекомендуется.

Диагностика отдельных случаев абациллярного туберкулеза легких или внелегочного туберкулеза базируется на клинических данных. Она основана на результатах изучения анамнеза, клинического обследования и специальных диагностических тестов.

В популяции с высокой распространенностью туберкулеза внутрикожные туберкулиновые пробы имеют небольшое диагностическое значение у взрослых. Сами по себе положительные туберкулиновые пробы не позволяют дифференцировать заболевание туберкулезом от инфекции, обусловленной *M.tuberculosis*. Имевший место ранее контакт с другими микобактериями, обитающими во внешней среде, может послужить причиной ложноположительных туберкулиновых проб. И наоборот - туберкулиновые пробы могут быть отрицательными при наличии заболевания туберкулезом. Такая ситуация может возникнуть при наличии у больного ВИЧ-инфекции или тяжелой дистрофии, а также при милиарном туберкулезе.

5.3 Клинические признаки туберкулеза легких

5.3.1 Симптомы

Самым характерным симптомом легочного туберкулеза является кашель, продолжающийся более трех недель, наличие мокроты и потеря веса.

Вскоре после начала заболевания кашель появляется у 90% больных с бациллярной формой туберкулеза легких. Однако этот кашель не имеет каких-либо особенностей, характерных для легочного туберкулеза, особенно если говорить о заключенных, находящихся в весьма неблагоприятных тюремных условиях. Кашель нередко наблюдается у курильщиков, а также у заключенных с острыми заболеваниями верхних или нижних дыхательных путей. В большинстве случаев острые респираторные заболевания полностью проходят за 3 недели. Поэтому если кашель у больного продолжается более трех недель, возникает подозрение на туберкулез; необходимо взять у этого больного мокроту для бактериоскопического исследования.

У больных туберкулезом легких могут иметься и другие симптомы - как со стороны дыхательной системы, так и общие (так называемые "конституциональные" симптомы). Наиболее характерными симптомами со стороны дыхательной системы являются кровохарканье, боли в груди и одышка. Самые типичные конституциональные симптомы - лихорадка, ночные поты, быстрая утомляемость и потеря аппетита.

5.3.2 Физикальные признаки

Признаки заболевания, имеющиеся у больного туберкулезом легких, не являются специфическими. Они не помогают дифференцировать легочный туберкулез от других заболеваний легких.

5.4 Диагностическое исследование мазков мокроты

5.4.1 Сбор мокроты для исследования

Больной с подозрением на туберкулез должен сдать 3 образца мокроты для бактериоскопического исследования. Вероятность выявления кислотоустойчивых бактерий в мазках при изучении трех образцов мокроты значительно выше, чем при исследовании двух или тем более одного образца. В ночное время мокрота продуцируется и накапливается в дыхательных путях, поэтому в утреннем образце мокроты можно скорее найти возбудители туберкулеза, нежели в мокроте, собранной в течение дня. Обычно больные с подозрением на туберкулез могут собрать мокроту под наблюдением медицинского работника в амбулаторных условиях. Медицинский работник должен посоветовать больному с подозрением на туберкулез сначала откашляться немного, чтобы прочистить горло, а затем хорошо покашлять, чтобы отошла мокрота. Больной с подозрением на туберкулез должен собирать мокроту в хорошо вентилируемом помещении.

Заключенные, не больные туберкулезом, могут стремиться к тому, чтобы их включили в программу борьбы с туберкулезом, так как это позволит им получить некоторые выгоды. Некоторые заключенные могут достать мокроту с туберкулезными бактериями путем насилия или обмана. Например, они могут принести нужный образец мокроты, полученный от больного туберкулезом заключенного, в руках или даже во рту. Поэтому медицинский персонал должен обязательно наблюдать за тем, как больной собирает мокроту. Можно также заставить заключенного до сдачи мокроты на анализ вымыть руки и прополоскать рот. И в то же время некоторые заключенные, напротив, стремятся к тому, чтобы даже при наличии у них туберкулеза их не включили в противотуберкулезную программу. Например, они могут думать, что при наличии

у них признаков активного туберкулеза их освобождение из тюрьмы может быть задержано. В таком случае они будут стремиться сдать на анализ мокроту других заключенных, не больных туберкулезом.

5.4.2 *Бактериоскопическое исследование мокроты*

В монографии "Руководство по борьбе с туберкулезом в развивающихся странах", опубликованном Международным союзом борьбы с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD), имеется прекрасное методическое описание бактериоскопического исследования мокроты для диагностики туберкулеза.

5.5 **Значение рентгенологического исследования в диагностике**

Все больные с подозрением на туберкулез должны сдать мокроту для диагностического исследования. В некоторых случаях при наличии бациллярной формы туберкулеза легких показано рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Кроме того, такое исследование необходимо проводить даже при отрицательных результатах бактериоскопии мазков мокроты, если у больных имеются клинические признаки туберкулеза.

5.5.1 *Показания для рентгенологического исследования органов грудной клетки*

Больные с положительными результатами бактериоскопии мокроты

При положительных результатах бактериоскопии мокроты рентгенологическое исследование бывает необходимо в тех редких случаях, когда имеются следующие показания:

- при наличии у больного одышки и подозрении на развитие осложнений, при которых требуется проведение специфической терапии - например, пневмоторакса (при экссудативном перикардите или плевральном выпоте результаты бактериоскопии мокроты редко бывают положительными);
- при частом или тяжелом кровохаркании (для исключения бронхоэктаза или аспергилломы);
- если результаты бактериоскопии мокроты были положительны только в одном из трех случаев (в этом случае выявление патологических изменений при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки является дополнительным аргументом в пользу бациллярной формы туберкулеза легких)..

Больные с подозрением на туберкулез и отрицательными результатами бактериоскопии мокроты

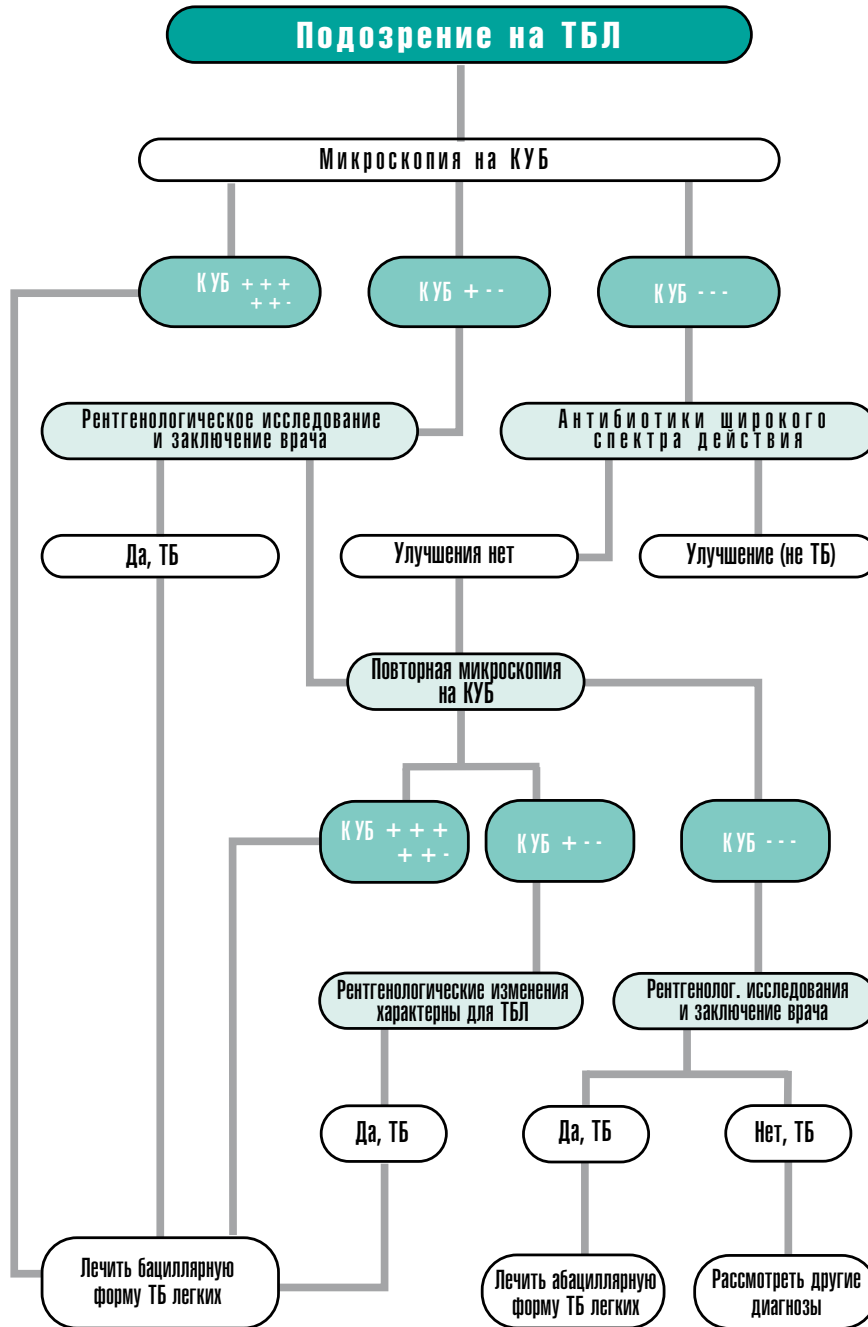
Больные, у которых кашель продолжается даже после проведения курса лечения антибиотиками широкого спектра действия и в то же время у которых результаты бактериоскопического исследования мазков мокроты были трижды отрицательными, нуждаются в повторном обследовании. Представляется целесообразным вновь исследовать мазки мокроты через 2 недели. Если, несмотря на повторные отрицательные результаты бактериоскопии мокроты, клиницист все еще подозревает заболевание туберкулезом, необходимо провести рентгенологическое исследование.

Патологические изменения в органах грудной клетки, характерные для туберкулеза легких, не являются специфическими. При отсутствии туберкулеза легких другие заболевания органов грудной клетки могут вызывать "классические" или "атипичные" рентгенологические изменения.

5.6

Стандартный план ведения больного с подозрением на ТБЛ

Рис. 1. Схема рекомендуемого алгоритма диагностических исследований при подозрении на легочный туберкулез



5.7 Внелегочный туберкулез

Наиболее частыми формами внелегочного туберкулеза являются лимфаденопатия, плевральный выпот, туберкулезный перикардит, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит и туберкулез позвоночника. У этих больных обычно имеются конституциональные симптомы (лихорадка, ночные поты, потеря массы тела) и местные изменения в соответствии с локализацией очагов поражения. Внелегочные формы туберкулеза нередко наблюдаются у ВИЧ-инфицированных больных. Поскольку аргументированная диагностика внелегочных форм туберкулеза нередко представляет определенные трудности, такой диагноз может быть ориентировочным. Под этим подразумевается необходимость исключения других возможных диагнозов. Надежность такого предположительного (клинического) диагноза зависит от того, какими диагностическими средствами располагает врач (специальное рентгенологическое исследование, биопсия). У многих больных с внелегочными формами туберкулеза одновременно имеется и туберкулез легких, поэтому у них необходимо сделать анализ мокроты и провести рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

5.8 Скрининг

Приоритетное значение в борьбе с туберкулезом имеет выявление и лечение больных с заразными формами, т.е. выявление заключенных с бациллярными формами туберкулеза легких. Заподозрить у больного наличие легочного туберкулеза можно на основании имеющихся симптомов (главным образом, это - кашель, продолжающийся более трех недель) у заключенных, обращающихся за медицинской помощью. При высокой распространенности туберкулеза наиболее эффективным методом диагностики заразных форм туберкулеза у больных с подозрением на туберкулез легких является бактериоскопическое исследование мазков мокроты.

Если позволяют средства и имеющееся оборудование, могут быть проведены дополнительные мероприятия для выявления легочного туберкулеза у заключенных. При этом наиболее важными целевыми группами являются новые заключенные и люди, имеющие контакты с больными заразными формами туберкулеза. Контактными лицами считают тех заключенных, которые находятся в одной камере с больным заразной формой туберкулеза. Начальным этапом скрининга этих двух групп на туберкулез является опрос о симптомах со стороны респираторной системы. У тех заключенных, которые продолжают кашлять более трех недель, необходимо, по меньшей мере, провести бактериоскопическое исследование мокроты. Дополнительным способом скрининга может быть рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Некоторые страны с высокой заболеваемостью туберкулезом и средним уровнем доходов на душу населения могут позволить себе иметь оборудование и выделять средства, необходимые для скринингового рентгенологического исследования органов грудной клетки указанных двух групп заключенных. В популяции с высокой заболеваемостью туберкулезом туберкулиновые пробы имеют небольшое практическое значение в диагностике заболеваний у взрослых.

Рекомендуемая дополнительная литература

- Maber D., Chabut P., Spinaci S., Harries A. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition.* WHO/TB/97.220, Geneva, WHO, 1997. (Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1998).
- Harries A.D., Maber D. *TB/HIV: A Clinical Manual.* WHO/TB/96.200. Geneva, 1996. (Туберкулез и ВИЧ-инфекция: клиническое руководство. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1999 - в печати).
- Toman K. *Tuberculosis: case finding and chemotherapy.* Geneva: WHO, 1979. (Туберкулез: диагностика и химиотерапия. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1999 - в печати).
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Tuberculosis guide for low-income countries. Fourth edition.* pmi Verlagsgruppe, Frankfurt, 1996.
- Crofton J., Horne N. and Miller F. *Clinical Tuberculosis.* The MacMillan Press Limited. 1992.



СТАНДАРТНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ЛЕЧЕБНЫЕ КАТЕГОРИИ

6.1 Определение случая

Диагностика туберкулеза основана на выявлении активных форм заболевания, т.е. на выявлении больных с клиническими проявлениями заболевания, обусловленного *M.tuberculosis*. При постановке диагноза туберкулеза необходимо определить конкретные особенности данного случая заболевания, т.е. найти соответствующее определение случая туберкулеза.

В рамке перечислены четыре причины, по которым необходимо проводить определение случая туберкулеза.

- для правильной классификации данного случая и регистрации больного;
- для оценки тенденций в заболеваемости бациллярными формами туберкулеза и определения частоты рецидивов и других ситуаций, когда приходится прибегать к повторному лечению;
- для того, чтобы правильно определить принадлежность данного случая к стандартной лечебной категории;
- для проведения когортного анализа.

В рамке перечислены три причины, по которым необходимо проводить лечение больных по одной из стандартных схем.

- для более рационального расходования имеющихся средств, с тем чтобы в первую очередь лечить больных с заразными формами туберкулеза;
- чтобы проводить полноценное лечение больных с бациллярными формами туберкулеза легких и тем самым предупредить развитие лекарственной резистентности;
- для повышения экономической эффективности использования имеющихся ресурсов и для предупреждения избыточного лечения и, следовательно, снижения до минимума частоты побочных реакций у больных.

В рамке перечислены четыре критерия, используемых для определения случая.

- локализация туберкулезного процесса;
- тяжесть заболевания туберкулезом;
- бактериологические данные (результаты исследования мокроты);
- сведения о ранее проведенной противотуберкулезной терапии.

6.2 Критерии, используемые для определения случая

6.2.1 Локализация процесса: легочный или внелегочный

Обычно рекомендуемая схема лечения не зависит от локализации туберкулеза (хотя, например, некоторые специалисты рекомендуют применять более длительную фазу продолжения лечения при туберкулезном менингите).

Уточнение локализации патологического процесса необходимо для регистрации и статистической обработки данных.

Примечания:

- Термин "легочный туберкулез" используют для обозначения заболевания, при котором поражена паренхима легких. Поэтому туберкулезное поражение внутригрудных лимфатических узлов (медиастинальных и/или воротных) или туберкулезный плеврит в тех случаях, когда в легочных полях рентгенологические изменения отсутствуют, классифицируют как случаи внелегочного туберкулеза.
- Если у больного имеются легочные и внелегочные очаги туберкулеза, такое заболевание классифицируют как случай *легочного* туберкулеза.
- Определение случая внелегочного туберкулеза при множественной локализации патологического процесса зависит от того, где имеются самые тяжелые поражения.

6.2.2 Тяжесть заболевания туберкулезом

При определении тяжести заболевания туберкулезом и назначении соответствующего лечения учитывают "бактериальную нагрузку", величину очагов поражения и анатомическую локализацию очагов. Форма заболевания классифицируется как "тяжелая", если из-за локализации туберкулезных очагов возникает угроза жизни больного (например, туберкулезный перикардит) или риск последующей инвалидизации (например, туберкулез позвоночника), а также когда имеются оба этих фактора (например, туберкулезный менингит).

Тяжелыми считают следующие формы внелегочного туберкулеза: менингит, милиарный туберкулез, перикардит, перитонит, двухсторонний или обширный плеврит, а также туберкулез позвоночника, кишечника или мочеполовой системы.

Менее тяжелыми считают следующие формы внелегочного туберкулеза: туберкулезная лимфаденопатия, плеврит (односторонний), костный туберкулез (за исключением туберкулеза позвоночника), туберкулез мелких суставов и кожи.

6.2.3 Бактериологические данные (результаты исследования мокроты)

Результаты бактериоскопического исследования мокроты имеют существенное значение при туберкулезе легких по следующим причинам:

- необходимо идентифицировать бациллярные формы легочного туберкулеза (потому что эти больные представляют наибольшую опасность как источники инфекции и у них наиболее высокая смертность);
- это важно для классификации случая и для правильной его регистрации (бациллярная форма туберкулеза - единственная форма туберкулеза, при которой можно осуществлять бактериологический мониторинг процесса выздоровления).

Бациллярная форма туберкулеза легких

Это: больной, у которого при бактериоскопическом исследовании мокроты положительные результаты получены не менее двух раз;

или: больной, у которого при бактериоскопическом исследовании мокроты положительный результат получен только один раз, но в то же время при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены патологические изменения, характерные для легочного туберкулеза;

и, кроме того, врач считает необходимым провести данному больному полный курс противотуберкулезной химиотерапии;

или: больной, у которого при бактериоскопии мокроты положительный результат получен только один раз, однако в то же время при бактериологическом исследовании мокроты выделена культура *M.tuberculosis*.

Абациллярная форма туберкулеза легких

Это: больной, который соответствует следующим критериям:

- при бактериоскопическом исследовании не менее чем двух образцов мокроты (взятых с интервалом не менее двух недель) получены отрицательные результаты;
- при рентгенологическом исследовании выявлены патологические изменения, характерные для туберкулеза легких, а недельный курс лечения антибиотиками широкого спектра действия не привел к клиническому улучшению;
- врач считает необходимым провести полный курс противотуберкулезной химиотерапии;

или: больной, который соответствует следующим критериям:

- наличие тяжелого заболевания;
- при бактериоскопическом исследовании мокроты отрицательные результаты получены не менее двух раз;
- при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены патологические изменения, характерные для легочного туберкулеза (интерстициального или милиарного);
- врач считает необходимым провести полный курс противотуберкулезной химиотерапии;

или: больной, у которого при бактериоскопии мокроты получены отрицательные результаты, однако в то же время при бактериологическом исследовании мокроты была выделена культура *M. tuberculosis*.

Примечание. Приведенные выше определения случая туберкулеза показывают, что при отсутствии результатов культурального исследования для подтверждения диагноза абациллярной формы туберкулеза легких необходимо провести рентгенологическое исследование. В этом случае флюорография не может заметить результаты рентгенологического исследования.

6.2.4 Сведения о ранее проведенной противотуберкулезной терапии: возвращение после прерывания лечения (дефолт), неудача лечения, рецидив

Необходимо обязательно узнать, получал ли больной ранее противотуберкулезную терапию, что имеет существенное значение для:

- выявления больных с повышенным риском развития лекарственной резистентности и назначения им лечения по соответствующим схемам;
- эпидемиологического мониторинга.

6.3 Определения

Новый случай

Больной, который никогда ранее не получал противотуберкулезную терапию или который принимал противотуберкулезные препараты в течение менее 4 недель.

Рецидив

Больной, который в прошлом был излечен от туберкулеза после проведения врачом полного курса химиотерапии и у которого при бактериоскопическом исследовании мокроты выявлены кислотоустойчивые бактерии.

Неудача лечения

Больной, у которого во время проведения курса лечения результаты бактериоскопии мокроты оставались положительными или после их негативации вновь стали положительными через пять месяцев после начала лечения или позже. К этой группе относятся также больные, у которых результаты бактериоскопического исследования мокроты до начала терапии были отрицательными, но после двух месяцев лечения стали положительными.

Лечение после перерыва (прежний термин - "возвращение после дефолта")

Больной, у которого при обращении в медицинское учреждение после перерыва в лечении не менее чем на 2 месяца обнаружены положительные результаты бактериоскопического исследования мокроты (иногда это больной, у которого при отрицательных результатах бактериоскопии мокроты имеется активный туберкулез, на что указывают результаты клинического и рентгенологического обследования).

Хронический случай

Больной, у которого результаты бактериоскопического исследования мокроты остались положительными или вновь стали положительными после окончания полного курса контролируемой химиотерапии.

Примечание: У больных с абациллярной формой туберкулеза легких или с внелегочным туберкулезом результаты лечения также могут быть неудовлетворительными или развиться рецидивы или заболевание может перейти в хроническую форму. Однако такие случаи возникают редко, о чем свидетельствуют результаты патоморфологического или бактериологического исследования.

6.4

Значение определения случая для регистрации больных и выбора лечебных категорий

Определение случая используют для решения трех задач - регистрации случаев, сообщения о больных (ежеквартального представления статистических данных о заболеваемости) и выбора лечебных категорий.

РЕГИСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ

После постановки диагноза туберкулеза каждый больной должен быть зарегистрирован в журнале с указанием одной из шести следующих категорий:

- новый случай (с бактериовыделением, без бактериовыделения или внелегочный)
- рецидив
- неудача лечения
- лечение после перерыва (дефолт)
- переведен (из другого учреждения, где ранее был зарегистрирован больной)
- другие случаи (например, хронический туберкулез)

ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ

Сотрудник, ответственный за борьбу с туберкулезом в тюрьме, направляет в национальную программу борьбы с туберкулезом ежеквартальные извещения о регистрации случаев туберкулеза на основе информации из тюремного журнала регистрации по следующим категориям больных:

- новый случай (с бактериовыделением, без бактериовыделения и внелегочный)
- рецидив

ЛЕЧЕБНЫЕ КАТЕГОРИИ

Каждому больному туберкулезом лечение назначается по рекомендованной схеме в зависимости от принадлежности данного больного к той или иной лечебной категории (I, II, III или IV), которую устанавливают на основании стандартного определения случая.

6.5

Стандартные схемы лечения

На основе стандартных определений случаев каждого больного относят к одной из четырех лечебных категорий. Порядок категорий определяется их приоритетностью. В первую очередь следует обеспечить лечение больных из категории I. Наименее приоритетной является категория IV. Ниже в таблице указано, к какой из категорий относятся больные туберкулезом.

ЛЕЧЕБНАЯ КАТЕГОРИЯ ТБ	БОЛЬНЫЕ
Категория I	<ul style="list-style-type: none"> ■ новые случаи туберкулеза легких с бактериовыделением ■ новые случаи тяжелых форм туберкулеза
Категория II	<ul style="list-style-type: none"> ■ рецидив ■ неудача лечения ■ лечение после перерыва (дефолт)
Категория III	<ul style="list-style-type: none"> ■ туберкулез легких без бактериовыделения с ограниченным поражением паренхимы легких ■ внелегочный туберкулез (менее тяжелые формы)
Категория IV	<ul style="list-style-type: none"> ■ случаи хронического туберкулеза

Рекомендуемая дополнительная литература

Maher D., Chaullet P., Spinaci S., Harries A. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220, Geneva, WHO, 1997. (Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1998).*

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis guide for low-income countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe, Frankfurt, 1996.

Managing TB at district level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992. WHO/TB/96.211.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

7.1 Административная приверженность обеспечению завершения лечения

Для создания эффективной программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах необходимо гарантировать каждому больному возможность получения полного курса противотуберкулезного лечения. В тех странах, где функционирует эффективная национальная программа борьбы с туберкулезом, необходимо наладить тесные связи между тюрьмами и руководством этой программы для того, чтобы гарантировать всем заключенным завершение курса противотуберкулезной терапии после их выхода на свободу. В странах, где нет эффективной национальной программы борьбы с туберкулезом, руководство тюремной программы борьбы с туберкулезом должно начинать лечение только тех больных, срок заключения у которых больше, чем продолжительность стандартного лечения соответствующего случая туберкулеза.

7.2 Стандартные схемы лечения больных туберкулезом

Проведение противотуберкулезной терапии направлено на решение следующих задач: излечение больного; предупреждение смертельного исхода от туберкулеза или от поздних осложнений болезни; профилактика рецидивов; уменьшение распространения инфекции. Существует множество разнообразных схем лечения больных туберкулезом. Однако ВОЗ и Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких рекомендуют использовать только несколько стандартных схем противотуберкулезной терапии. Очень важно в практической работе применять именно такие стандартные схемы лечения, одобренные национальной программой борьбы с туберкулезом. При правильном использовании такие схемы гарантируют решение всех перечисленных выше задач противотуберкулезного лечения. Эти схемы химиотерапии относительно недороги. Кроме того, по мнению экспертов Всемирного банка, противотуберкулезная химиотерапия коротким курсом является в здравоохранении одним из наиболее экономически эффективных мероприятий.

7.3 Схемы лечения больных туберкулезом

Схемы лечения включают начальную (интенсивную) фазу и фазу продолжения лечения.

7.3.1 Новые случаи

Начальная фаза (2 месяца)

Во время начальной фазы лечения происходит быстрая гибель туберкулезных бактерий. Примерно через 2 недели заразные больные становятся незаразными. Их клиническое состояние улучшается. Подавляющее большинство больных с бациллярной формой ТБЛ после двух месяцев лечения прекращают выделять туберкулезные бактерии. В начальной фазе очень важно проводить лечение под правильным контролем, чтобы гарантировать прием больным каждой дозы противотуберкулезных препаратов. Это предупреждает развитие резистентности к рифампицину. Риск развития резистентности выше на ранних стадиях противотуберкулезной химиотерапии, когда в очагах поражения имеется большое количество туберкулезных бактерий.

Фаза продолжения лечения (4-6 месяцев)

В фазе продолжения лечения необходимо принимать меньше препаратов, но в течение более продолжительного времени. Под действием лекарств погибают оставшиеся туберкулезные бактерии. Уничтожение персистирующих бактерий предупреждает развитие рецидива после

ЧАСТЬ II

завершения терапии. Тактику лечения под непосредственным контролем рекомендуется использовать у всех больных, которые в фазе продолжения лечения получают рифампицин. Если из-за специфики местных условий организовать лечение под непосредственным контролем невозможно, следует постараться контролировать прием больным лекарств с максимально короткими интервалами (например, еженедельно) и использовать в фазе продолжения лечения схему химиотерапии без рифампицина. Риск развития лекарственной резистентности в фазе продолжения лечения ниже, так как в это время туберкулезных бактерий в организме больного уже меньше.

7.3.2 *Случаи повторного лечения*

Продолжительность начальной фазы составляет 3 месяца, а фазы продолжения лечения - 5 месяцев. Тактику терапии под непосредственным контролем рекомендуется применять в течение всего курса повторного лечения.

7.4 **Основные противотуберкулезные препараты**7.4.1 *Препараты и рекомендуемые дозы*

Таблица 2. Основные противотуберкулезные препараты и рекомендуемые дозы

Основные противотуберкулезные препараты (сокращения)		Рекомендуемые дозы (мг/кг)		
		Ежедневный прием	Интермиттир. прием	
			3 раз/нед.	2 раз/нед.
Изониазид	(И)	5	10	15
Рифампицин	(Р)	10	10	10
Пиразинамид	(П)	25	35	50
Стрептомицин	(С)	15	15	15
Этамбутол	(Э)	15	(30)	(45)
Тиоацетазон	(Т)	3	Не применяется	

Н.В. В разных странах применяются различные препараты и их сочетания. Очень важно использовать те схемы, которые рекомендованы национальной программой борьбы с туберкулезом.

Прием лекарств по интермиттирующей схеме

Тиоацетазон - это единственный противотуберкулезный препарат, который неэффективен при его приеме в интермиттирующем режиме (2 или 3 раза в неделю). Эффективность интермиттирующего применения этамбутола не доказана.

7.4.2 *Стандартные шифры схем лечения больных туберкулезом*

Существуют стандартные шифры для обозначения схем лечения больных туберкулезом. Каждый противотуберкулезный препарат имеет сокращенное обозначение (см. выше). Схема лечения состоит из двух фаз. Цифра перед фазой указывает на продолжительность этой фазы в месяцах. Цифра внизу после буквы (например, 3) указывает, сколько доз этого препарата нужно принять в течение недели. Если после буквы нет маленькой цифры, это означает, что данный препарат

необходимо принимать ежедневно. Альтернативный препарат (или препараты) обозначают буквой (или буквами) в скобках.

Примеры

2 ЭИРП / 6 ИЭ. Это обычная схема лечения. Начальная фаза обозначена 2 ЭИРП. Продолжительность этой фазы - 2 месяца. Препараты принимают ежедневно (после букв нет маленьких цифр - например, 3), лечение проводят этambutолом (Э), изониазидом (И), рифампицином (Р) и пиразинамидом (П). Фаза продолжения лечения обозначена 6 ИЭ. Продолжительность фазы - 6 месяцев. Лекарства принимают ежедневно, используют изониазид (И) и этambutол (Э).

2 ЭИРП / 4 И₃Р₃. В некоторых странах имеется достаточно средств, чтобы во время фазы продолжения лечения, как и в начальной фазе, использовать рифампицин. Такой шестимесячный курс лечения облегчает завершение курса химиотерапии во время пребывания больного в тюрьме. Начальная фаза обозначена (2 ЭИРП) - такая же, как и в первом примере. Фаза продолжения обозначена 4 И₃Р₃. Продолжительность фазы - 4 месяца, лечение проводят изониазидом рифампицином, препараты принимают 3 раза в неделю (после букв есть маленькая цифра 3).

Рекомендуемые схемы лечения

Существует несколько различных возможных схем лечения. Рекомендуемая схема зависит от категории, к которой относится больной. В таблице 3 приведены альтернативные схемы лечения для каждой категории. Очень важно использовать схемы, рекомендуемые НПТ в данной стране.

Табл. 3. Возможные альтернативные схемы лечения для больных каждой категории

Лечебная категория ТБ	Больные туберкулезом	Альтернат. схемы лечения больных ТБ	
		Начальная фаза (ежедн. или 3 р/нед.)	Фаза продолжения лечения
I	Новые случаи ТБЛ с бактериовыделением; - новые случаи ТБЛ с интенсивным поражением паренхимы без бактериовыделения; новые случаи тяжелых форм внелегочного ТБ.	2ЭИРП (СИРП) 2ЭИРП (СИРП) 2ЭИРП (СИРП)	6 ИЭ 4 ИР 4 И ₃ Р ₃
II	ТБ легких с бактериовыделением: - рецидив; неудача лечения; лечение после перерыва.	2 СИРПЭ / 1 ИРПЭ 2 СИРПЭ / 1 ИРПЭ	5 И ₃ Р ₃ Э ₃ 5 ИРЭ
III	Новые случаи ТБЛ без бактериовыделения (не относящиеся к категории I); - новые случаи менее тяжелых форм внелегочного ТБ.	2 ИРП 2 ИРП 2 ИРП	6 ИЭ 4 ИР 4 И ₃ Р ₃
IV	Хронические случаи (бактериовыделение сохраняется после повторного курса лечения под контролем).	НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ (Смотрите рекомендации ВОЗ по использованию препаратов второго ряда в специализированных центрах)	

Н.В. *Некоторые эксперты рекомендуют проводить поддерживающую терапию в течение 7 месяцев с ежедневным приемом изониазида и рифампицина (7 ИР) у больных, относящихся к категории I, при следующих формах туберкулеза: туберкулезный менингит, милиарный туберкулез, туберкулез позвоночника со спинальными признаками.*

7.6 ВИЧ-инфекция и заключенные, больные туберкулезом

7.6.1 Лечение ВИЧ-инфицированных заключенных, больных туберкулезом

Независимо от ВИЧ-статуса, у всех больных туберкулезом для определения лечебных категорий используют одни и те же критерии. В принципе, противотуберкулезная химиотерапия у ВИЧ-инфицированных и не инфицированных заключенных проводится одинаково, за исключением применения тиацетазона.

С тиацетазоном у ВИЧ-инфицированных лиц связан риск развития тяжелых (иногда смертельных) побочных реакций со стороны кожи. Поэтому больные с предполагаемой или установленной ВИЧ-инфекцией вместо тиацетазона должны принимать этамбутол. В настоящее время в некоторых странах не имеется необходимых средств, чтобы заменить тиацетазон этамбутолом. Поэтому в ряде стран эффективные схемы лечения больных туберкулезом до сих пор могут включать тиацетазон. Там, где от этого препарата отказаться пока невозможно, следует предупредить больных о риске развития тяжелых побочных реакций со стороны кожи. Медицинские работники должны посоветовать больным при появлении зуда или каких-либо кожных высыпаний немедленно прекратить прием тиацетазона и сразу же обратиться к врачу.

Не всегда имеется возможность гарантировать качественную стерилизацию шприцев и игл, необходимых для введения стрептомицина. В таких случаях возникает опасность передачи ВИЧ и других возбудителей, передающихся через кровь. Кроме того, инъекции стрептомицина очень болезненны у истощенных ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом. Поэтому в настоящее время многие национальные программы борьбы с туберкулезом рекомендуют вместо стрептомицина использовать этамбутол.

7.6.2 Эффективность противотуберкулезной терапии

Через год после начала специфической терапии показатель смертности у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом (ТБ/ВИЧ) составляет около 20%. Этот показатель выше, чем у больных без сопутствующей ВИЧ-инфекции. Более высокая смертность в процессе и по окончании противотуберкулезной химиотерапии связана как с самим туберкулезом, так и с другими СПИД-ассоциированными заболеваниями. У больных туберкулезом, получающих короткий курс химиотерапии, показатель смертности ниже, чем при лечении по старой стандартной схеме (2 СИТ или СИЭ / 10 ИТ или ИЭ). Частично это объясняется тем, что короткий курс химиотерапии является более эффективным способом противотуберкулезного лечения. Кроме того, рифампицин обладает не только противотуберкулезной активностью, но и более широким спектром антибактериальной активности. Таким образом, противотуберкулезное лечение может уменьшить число летальных исходов, связанных со СПИД-ассоциированными бактериальными инфекциями.

В нескольких исследованиях оценивали динамику клинических, рентгенологических и микробиологических исследований во время короткого курса химиотерапии у ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных больных туберкулезом. Если не считать умерших больных, эффективность лечения была одинаковой в обеих группах пациентов. Частота рецидивов у ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных больных туберкулезом, получивших полный курс химиотерапии, также была одинаковой. В то же время после противотуберкулезного лечения по старым схемам частота рецидивов у ВИЧ-положительных больных была выше, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции.

7.6.3 *Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию больных туберкулезом заключенных*

Многие люди все больше информированы о наличии связи между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Естественно, что больные туберкулезом могут беспокоиться о возможности наличия у них ВИЧ-инфекции. Очень важно предложить больным туберкулезом заключенным консультирование и добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию, так как это позволит:

- заключенным - узнать свой ВИЧ-статус;
- улучшить диагностику и лечение других СПИД-ассоциированных заболеваний;
- отказаться от использования лекарств, с которыми связан высокий риск развития побочных реакций;
- снизить риск распространения ВИЧ-инфекции.

Очень большое значение имеет конфиденциальное консультирование до и после тестирования на ВИЧ-инфекцию. Заключенный должен понимать, для чего применяется тест и как будут использованы его результаты, причем тестирование проводится только после получения информированного согласия. Кроме того, консультант обеспечивает и необходимую помощь. Консультирование - это диалог между консультантом и больным. Программа ООН по борьбе со СПИДом (UNAIDS) возражает против принудительного тестирования на ВИЧ-инфекцию. Следует считать неприемлемой тактику принудительного тестирования на ВИЧ-инфекцию заключенных, больных туберкулезом. Такая тактика приведет к тому, что заключенные не будут обращаться за медицинской помощью, снизится частота выявления ВИЧ-инфицированных больных и уменьшится доверие заключенных к тюремным медицинским службам.

7.7 **Симптоматический подход к оценке побочных реакций при лечении противотуберкулезными препаратами**

Большинство больных завершают полный курс лечения без развития у них каких-либо серьезных побочных реакций на противотуберкулезные препараты. Однако у некоторых больных наблюдаются побочные реакции, поэтому существенное значение имеет клиническое наблюдение за всеми больными туберкулезом для своевременного обнаружения побочных реакций. В то же время проводить рутинный лабораторный мониторинг нет необходимости.

Тюремные медицинские работники могут осуществлять контроль за развитием побочных реакций двумя способами. Во-первых, они могут рассказать больным, как распознать симптомы наиболее частых побочных реакций, и попросить больных своевременно информировать персонал о появлении таких признаков. Во-вторых, медицинские работники могут целенаправленно задавать вопросы о таких симптомах в то время, когда они выдают больным лекарства.

В таблице 4 приведены данные о симптоматическом лечении различных побочных реакций. Побочные реакции делят на слабые и выраженные. Как правило, больные, у которых развились слабые побочные реакции, должны продолжать прием противотуберкулезных препаратов - обычно в тех же дозах, но иногда - в уменьшенных дозах. Кроме того, такие больные получают и симптоматическую терапию. Если у больных развились выраженные побочные реакции, противотуберкулезную терапию или прием препарата, ответственного за развитие побочных реакций, прекращают. Дальнейшие действия зависят от характера побочной реакции и показаны в таблице. Больных с выраженными побочными реакциями необходимо направить в стационар.

Таблица 4. Симптоматическое лечение различных побочных реакций на противотуберкулезные препараты

Побочные реакции	Лекарство (а), вызвавшее реакцию	Лечение
Слабые реакции Анорексия, тошнота, боли в животе Боли в суставах Жжение в ногах Оранжевая/красная моча	Рифампицин Пиразинамид Изониазид Рифампицин	Продолжать лечение, проверить дозировку лекарств Принимать лекарства перед сном Аспирин Пиридоксин, 100 мг в сутки Успокоить больного
Выраженные реакции Кожный зуд, сыпь на коже Нарушения слуха Вертиго или нистагм Желтуха (другие причины исключены) Рвота и нарушение сознания (подозрение на острую печеночную недостаточность) Нарушения зрения Шок, пурпура, острая почечная недостаточность	Тиацетазон (Стрептомицин) Стрептомицин Стрептомицин Большинство лекарств (особенно изониазид, пиразинамид и рифампицин) Большинство противотуберкулезных препаратов Этамбутол Рифампицин	Прекратить прием препарата Прекратить прием лекарств Прекратить прием стрептомицина, перейти на этамбутол Прекратить прием стрептомицина, перейти на этамбутол Прекратить прием лекарств Прекратить прием лекарств. Срочно поставить печеночные пробы и определить протромбиновое время Прекратить прием этамбутола Прекратить прием рифампицина

7.8

Аккуратность лечения

Атмосфера доверия и конфиденциальности между заключенным, больным туберкулезом, и тюремным медицинским персоналом является залогом соблюдения больными режимов лечения. Медицинские работники в тюрьме должны быть предельно вежливы при каждой встрече с больными и всегда учитывать их потребности. Чтобы лечение не прерывалось, больной должен понимать особенности своего заболевания и знать, что нужно делать для успешного лечения и выздоровления. В момент регистрации больного, начинающего курс лечения, необходимо уделить достаточно времени для беседы с пациентом. Это - хорошая возможность, чтобы дать больному все необходимые пояснения и советы. Очень важно уточнить, какие сложности могут возникнуть у больного в начальной фазе лечения. Новая встреча по окончании начальной фазы химиотерапии позволит рассказать больному о достигнутом прогрессе и убедить его в необходимости продолжить лечение.

Многие больные туберкулезом, получающие курс химиотерапии, в дальнейшем прекращают прием лекарств. Так как невозможно предугадать, кто из больных будет лечиться аккуратно, а кто прервет химиотерапию, следует использовать тактику лечения под непосредственным

контролем. Лечение под непосредственным контролем предполагает, что медицинский работник каждый раз наблюдает за тем, как больной принимает лекарства. Это является гарантией того, что больной туберкулезом будет принимать назначенные лекарства в оптимальных дозах и с правильными интервалами. Если больной туберкулезом пропускает прием лекарств под контролем, необходимо разыскать этого больного и продолжить лечение. В идеале заключенные, больные туберкулезом, должны получить весь курс химиотерапии (начальную фазу и фазу продолжения лечения) под непосредственным контролем. Существует опасность, что предоставление больным возможности принимать лекарства самостоятельно приведет к тому, что эти препараты попадут на тюремный черный рынок.

В принципе в условиях тюрьмы очень несложно организовать лечение под непосредственным контролем. Однако в реальной жизни заключенные, больные туберкулезом, могут прибегать к самым невероятным уловкам, чтобы не принимать свои таблетки. Они могут делать это как по своей инициативе, так и под давлением других заключенных, занимающих более высокое положение в тюремной иерархии. Они могут уносить таблетки в свои камеры, откуда лекарства затем попадут на тюремный черный рынок. Медицинские работники могут столкнуться с такими обстоятельствами, которые заставят их искать другие пути решения проблемы. Тюремная администрация и медицинские работники должны помнить об этих проблемах, организовать лечение под непосредственным контролем и тщательно наблюдать за тем, как больные принимают лекарства.

Лечение под непосредственным контролем дает определенные гарантии того, что заключенные не прервут назначенный курс химиотерапии. Однако это не означает насилия, которое не должно иметь места по отношению к заключенным, больным туберкулезом.

Резистентность к лекарственным препаратам

Нередко неправильное или неадекватное лечение больных, находящихся в заключении, приводит к появлению лекарственно резистентных форм туберкулеза, что представляет угрозу для всего общества. Чрезвычайно важно предупреждать развитие резистентности к рифампицину - наиболее эффективному противотуберкулезному препарату. Маловероятно, что в ближайшем будущем появится новое лекарство для лечения больных туберкулезом. Если резистентность к рифампицину получит широкое распространение, туберкулез превратится в неизлечимую болезнь. Внедрение эффективных методов борьбы с туберкулезом - самый надежный способ предупреждения резистентности к рифампицину в тюрьмах.

Одним из таких методов является лечение под непосредственным контролем. Использование по возможности комбинированных противотуберкулезных препаратов с фиксированной дозировкой помогает снизить опасность изолированного применения рифампицина.

Под термином "полирезистентность" ("множественная лекарственная устойчивость") подразумевается резистентность по меньшей мере к изониазиду и рифампицину - двум наиболее эффективным противотуберкулезным лекарствам. При туберкулезе полирезистентность является следствием неправильного использования противотуберкулезных препаратов. В свою очередь, это имеет место при неправильно организованной борьбе с туберкулезом.

Во многих странах с высокой распространенностью туберкулеза препараты второго ряда (например, этрионамид, циклосерин, канамицин, капреомицин) очень дороги и недоступны. Поэтому нередко резистентные формы туберкулеза являются практически неизлечимыми. Если в стране возникает проблема лекарственной резистентности туберкулеза, необходимо в первую очередь

направить силы и средства на улучшение организации борьбы с туберкулезом. В некоторых странах лишь один-два специализированных центра могут иметь квалифицированных сотрудников и препараты второго ряда для лечения полирезистентных форм туберкулеза.

Рекомендуемая дополнительная литература

- Maber D., Chaullet P., Spinaci S., Harries A. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220, Geneva, WHO, 1997.*
(Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1998).
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis Guide for Low Income Countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe, Frankfurt, 1996.*
- Managing TB at District Level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992. WHO/TB/96.211.*
- Harries A.D., Maber D. TB/HIV: A Clinical Manual. WHO/TB/96.200. Geneva, 1996.*
- Joined United Nations Programme on HIV/AIDS. Prisons and AIDS. UNAIDS technical update. UNAIDS best practice collection. April 1997, Geneva, Switzerland.*
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Treatment regimens in HIV-infected tuberculosis patients. An official statement of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Int. J. Tuberc. Lung Dis., 1998; 2 (2): 175-178.*
- Crofton J., Chaullet P., Maber D. Guidelines for the management of drug-resistant tuberculosis. WHO/TB/96.210 (Rev. 1). Geneva, WHO, 1997.*
(Рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1998).
- Reyes H., Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. Br. Med. J., 1997; 315: 1447-1450.*
- Coninx R., Pfyffer G.E., Mathieu C. et al. Drug resistant tuberculosis in prisons in Azerbaijan: case study. Br. Med. J., 1998; 316: 1493-1495.*

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Мониторинг эффективности лечения

При проведении противотуберкулезной химиотерапии необходимо осуществлять индивидуальный и коллективный мониторинг эффективности лечения больных. Индивидуальное наблюдение за каждым больным с бациллярной формой туберкулеза легких позволяет контролировать эффективность лечения и ход процесса выздоровления. При этом нет никакой необходимости тратить средства на контрольные рентгенологические исследования органов грудной клетки. Когортный анализ результатов лечения у группы больных (коллективный мониторинг) позволяет оценивать результативность всей программы борьбы с туберкулезом. Для оценки эффективности лечения больных с абациллярной формой туберкулеза легких и внелегочным туберкулезом используют клинический мониторинг.

Мониторинг эффективности лечения у отдельных больных

Новый случай туберкулеза легких с бактериовыделением (категория I)

В таблице 5 указано, когда необходимо проводить контрольные исследования мокроты во время шестимесячного и восьмимесячного курсов лечения. Как правило, при каждом последующем контроле мокроты исследуют два образца мокроты. Отрицательные результаты исследования мазков мокроты в указанные в таблице сроки свидетельствуют о хороших результатах лечения; такие результаты будут стимулировать больного и медицинского работника, ответственного за контроль за лечением, на продолжение лечения.

Таблица 5. Мониторинг путем исследования мазков мокроты новых случаев легочного туберкулеза с бактериовыделением

Сроки исследования	СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ	
	Шестимесячная	Восьмимесячная
В конце начальной фазы	Конец второго месяца	Конец второго месяца
Фаза продолжения лечения	Конец четвертого месяца	Конец пятого месяца
В конце лечения	На шестом месяце	На восьмом месяце

Если результаты бактериоскопии мазков мокроты в конце 2-го месяца лечения остаются положительными, фазу интенсивной терапии продолжают еще один месяц, а затем начинают фазу продолжения лечения. Если результаты бактериоскопии мокроты в конце четвертого/пятого месяцев специфической терапии продолжают оставаться положительными, это классифицируется как неудача лечения. Такой больной регистрируется заново с диагнозом "неудача лечения" и ему начинают проводить полный курс повторного лечения по схеме для больных категории II.

Ранее леченные больные туберкулезом легких с бактериовыделением (категория II)

Бактериоскопию мокроты проводят в конце начальной фазы терапии (в конце третьего месяца), в фазе продолжения лечения (в конце пятого месяца) и в конце всего курса лечения (в конце восьмого месяца). Если результаты бактериоскопии мокроты в конце третьего месяца остаются положительными, продолжительность начальной фазы терапии четырьмя препаратами

увеличивают на один месяц и мазки мокроты вновь исследуют в конце четвертого месяца. Если в это время больной продолжает оставаться бактериовыделителем, необходимо (при наличии соответствующей возможности) направить мокроту в лабораторию для культурального исследования и определения чувствительности выделенного штамма к противотуберкулезным препаратам. Затем больному проводят терапию по схеме фазы продолжения лечения.

В некоторых случаях у выделенного штамма обнаруживают резистентность к двум или всем трем препаратам, используемым в фазе продолжения лечения. Таких больных следует (при наличии возможности) направить в специализированный центр для решения вопроса о лечении противотуберкулезными препаратами второго ряда. Если нет возможности для культурального исследования и определения чувствительности возбудителя, терапию больного следует продолжить по схеме повторного лечения.

8.2.3 *Новый случай туберкулеза легких без бактериовыделения (обычно категория III)*

Очень важно исследовать мазки мокроты в конце второго месяца лечения. Если результаты бактериоскопии положительны, подумайте о двух возможных причинах этого: ошибка в первоначальном диагнозе (т. е., у больного с бактериовыделением возбудителя ранее не были обнаружены); нерегулярный прием лекарств. Иногда у больного с диагнозом туберкулеза легких без бактериовыделения после терапии по схеме категории III в конце второго месяца лечения в мокроте обнаруживают возбудители туберкулеза. Такого больного необходимо перерегистрировать как новый случай туберкулеза легких с бактериовыделением (ранее леченный) и начать полный курс химиотерапии по схеме категории II.

8.3 **Регистрация результатов стандартного лечения**

В конце курса лечения каждого отдельного больного туберкулезом легких с бактериовыделением сотрудник, ответственный за борьбу с туберкулезом в тюрьме, регистрирует исход лечения в тюремном журнале регистрации больных туберкулезом. В таблице 5 приведены стандартные определения результатов лечения.

Таблица 6. Регистрация результатов лечения у больных ТБЛ с бактериовыделением

Излечен	Отрицательные результаты бактериоскопии мокроты у больного в момент окончания курса лечения или за месяц до этого, а также во время хотя бы одного предыдущего исследования
Лечение завершено	Больной завершил полный курс лечения, однако не было возможности провести дважды бактериоскопию мазков мокроты до окончания терапии
Неудача лечения	Результаты бактериоскопии мокроты у больного оставались или вновь стали положительными после пяти месяцев лечения или позже
Больной умер	Смерть больного наступила в результате любой причины во время проведения курса лечения
Лечение прервано	Лечение больного было прервано на 2 месяца или более
Перевод	Больной продолжил курс лечения в другом медицинском учреждении, но результаты лечения неизвестны

У больных туберкулезом легких без бактериовыделения и больных внелегочным туберкулезом решить вопрос о выздоровлении или неудаче лечения не представляется возможным, так как единственным показателем эффективности лечения являются результаты исследования мазков мокроты. Однако у таких больных в журнале регистрации должны быть указаны такие результаты лечения как "Лечение завершено", "Больной умер", "Лечение прервано" и "Перевод".

8.4

Когортный анализ результатов лечения больных туберкулезом легких с бактериовыделением

Медицинский работник, ответственный за организацию борьбы с туберкулезом в тюрьме, должен проводить когортный анализ результатов специфической терапии ежеквартально (т.е. каждые три месяца) и в конце каждого года. Когорта больных туберкулезом включает всех больных ТБЛ с бактериовыделением, зарегистрированных в течение определенного времени - обычно в течение квартала (т.е. с 1 января по 31 марта, с 1 апреля по 30 июня, с 1 июля по 30 сентября и с 1 октября по 31 декабря). Новые и ранее леченные больные образуют разные когорты. Оценка результатов лечения в конце курса химиотерапии (6 или 8 месяцев) производится в течение примерно 3 месяцев после того, как все больные данной когорты полностью завершат лечение.

Медицинский работник, ответственный за организацию борьбы с туберкулезом в тюрьме, направляет ежеквартальные отчеты о результатах лечения в национальную программу борьбы с туберкулезом (НПТ). Сотрудник НПТ проверяет правильность и полноту представленной информации. Затем сотрудники НПТ выполняют когортный анализ в отношении всех зарегистрированных в стране больных туберкулезом легких с бактериовыделением. Результаты когортного анализа являются "ключом" для оценки эффективности работы программы борьбы с туберкулезом. Они помогают выявлять существующие проблемы, что позволяет НПТ проводить соответствующие мероприятия, необходимые для решения этих проблем и повышения эффективности борьбы с туберкулезом.

Рекомендуемая дополнительная литература

Maber D., Chaudet P., Spinaci S., Harries A. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. Second edition. WHO/TB/97.220, Geneva: WHO, 1997.

(Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. - Перевод с англ. Женева, ВОЗ, 1998).

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Tuberculosis Guide for Low Income Countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe, Frankfurt, 1996.

Managing TB at District Level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1994. WHO/TB/96.211.

Managing TB at National Level. A Training Course. WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1996. WHO/TB/96.203.



ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ

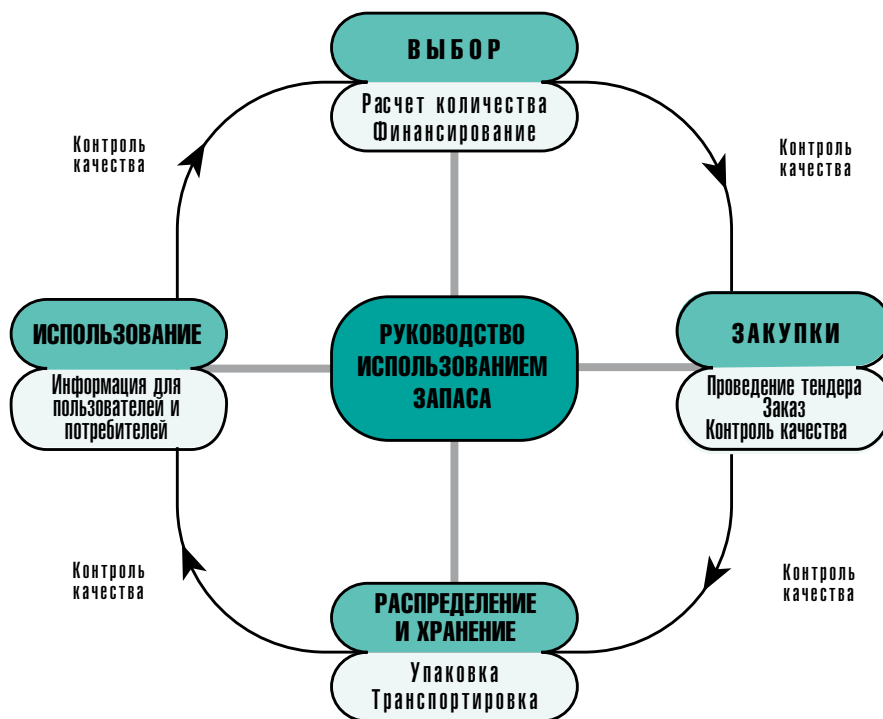
Координация с национальной программой борьбы с ТБ

В идеале программа борьбы с туберкулезом в тюрьмах должна быть составной частью эффективной Национальной программы борьбы с туберкулезом (НПТ). В этом случае обеспечение противотуберкулезными препаратами и диагностическими материалами будет осуществляться в рамках НПТ.

Страна, не имеющая эффективной НПТ, может приступить к разработке и внедрению эффективной программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах. В таком случае рекомендуется лечение по стратегии ДОТС начинать только у тех заключенных, больных туберкулезом, срок заключения которых превышает продолжительность курса противотуберкулезной терапии. При отсутствии НПТ ответственность за обеспечение противотуберкулезными препаратами и диагностическими материалами ложится на тюремную администрацию и медицинских работников, осуществляющих программу борьбы с туберкулезом в тюрьмах.

Обеспечение противотуберкулезными препаратами

Независимо от того, осуществляется ли обеспечение противотуберкулезными препаратами через НПТ или самой тюремной программой борьбы с ТБ, необходимо строго выполнять каждый этап цикла снабжения лекарствами, чтобы гарантировать регулярное поступление препаратов. Ниже показан цикл снабжения лекарствами.



9.3 Определение потребностей в каждом препарате

Расчет потребностей в препаратах проводят на основании числа больных каждой лечебной категории, выявленных за предыдущий год, а также с учетом используемых стандартных схем лечения и имеющихся запасов. Очень важно запланировать хранение резервного запаса лекарств в тюрьме на три месяца. Практические методы расчета потребностей в лекарственных препаратах описаны в учебных модулях ВОЗ для руководителей программ борьбы с туберкулезом.

9.4 Транспортировка и хранение противотуберкулезных препаратов

Чтобы избежать нехватки препаратов, лекарства должны поступать в тюрьмы ежеквартально, а не один раз в год. Существенное значение имеет целый ряд факторов: правильные условия хранения (температура и влажность); порядок хранения лекарств на складе (наличие достаточных площадей; контроль за сроками годности; применение принципа FIFO, т. е. "раньше поступило - раньше отправлено"; наличие резервного запаса); внедрение эффективной системы учета лекарств.

9.5 Обеспечение диагностическими материалами

Принципы рационального снабжения лекарствами, определения потребностей в препаратах, их транспортировки и хранения применимы и к обеспечению диагностическими материалами.

Рекомендуемая дополнительная литература

Managing tuberculosis at district level. A training course.
WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1992. WHO/TB/96.211.

Managing tuberculosis at national level. A training course.
WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1996. WHO/TB/96.203.

WHO, 1995. *Essential drugs. WHO Model List: revised in December 1995.*
WHO Drug Information, vol. 9, No. 4, 223-234.

WHO, 1995. *WHO Technical Report Series No. 850, 1995. The use of essential drugs. Sixth report of the WHO Expert Committee.*

WHO, 1988. *Guidelines for developing national drug policies.*
(New edition in preparation). Geneva, Switzerland.

WHO, 1995. *Report of the WHO expert committee on national drug policies.*
Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies. Geneva, Switzerland.

10 ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

10.1 Общие методы профилактики туберкулеза

Универсальные и специальные методы могут защитить людей, находящихся в тюрьмах (заключенных и обслуживающий персонал), от возбудителей туберкулеза и уменьшить риск перехода бессимптомной инфекции, обусловленной *M.tuberculosis*, в заболевание туберкулезом. Существуют два очень эффективных универсальных метода профилактики туберкулеза в тюрьмах. Это - улучшение условий содержания заключенных (особенно - предупреждение перенаселенности камер, а также улучшение питания и гигиенических стандартов) и обеспечение доступа к высококачественному медицинскому обслуживанию.

10.2 Защита заключенных и персонала от контактов с возбудителем туберкулеза

Распространенность туберкулеза в тюрьмах обычно высокая, а заключенные содержатся в перенаселенных, плохо вентилируемых камерах. Поэтому люди, находящиеся в тюрьмах (заключенные и обслуживающий персонал) ежедневно имеют контакты с больными туберкулезом. Существуют специальные методы, которые помогают защитить людей, находящихся в тюрьмах, от возбудителей туберкулеза.

10.2.1 Выявление больных и их успешное лечение

Раннее выявление заразных больных туберкулезом и их успешное лечение прерывает пути распространения инфекции. Поэтому раннее выявление и лечение больных с бациллярными формами туберкулеза легких помогают уменьшить интенсивность контактов с возбудителем туберкулеза. Следовательно, для профилактики туберкулеза в тюрьмах необходима эффективная программа борьбы с туберкулезом в тюрьмах. Раннее выявление и лечение больных туберкулезом совпадает с интересами тюремного персонала, так как снижает интенсивность контактов с больными туберкулезом. При наличии соответствующих ресурсов обследование заключенных в момент поступления в тюрьму может сыграть важную роль в раннем выявлении больных туберкулезом.

10.2.2 Контроль окружающей среды

Хорошая вентиляция помогает уменьшить распространение туберкулеза в закрытых помещениях. Солнечный свет является источником ультрафиолетовых лучей, которые убивают туберкулезные бактерии. Поэтому в идеале в тюремной больнице должны быть большие окна. Самый простой метод, обеспечивающий хорошее проветривание больничных палат, амбулаторий, комнат для сбора мокроты и лабораторных помещений - держать двери закрытыми, а окна открытыми (если, конечно, позволяют погодные условия). Если имеются средства, необходимо оборудовать эти помещения вытяжной вентиляцией, которая обеспечит удаление загрязненного воздуха.

10.2.3 Маски для лица

Специальные улучшенные медицинские маски для лица обеспечивают защиту от туберкулезных бактерий, так как не пропускают капельки диаметром 1-5 мкм в дыхательные пути. Использование таких масок защищает тюремных медицинских работников при тесном контакте с больными туберкулезом. Применять такие маски очень важно в то время, когда медицинский работ-

ник выполняет процедуры, которые могут спровоцировать кашель - например, при бронхоскопии или при применении провоцирующих аэрозолей. Однако высокая стоимость таких специальных масок для лица не позволяет применять их достаточно широко в странах с высокой заболеваемостью туберкулезом.

Стандартные хирургические маски предупреждают рассеивание капелек слизи. Это снижает вероятность того, что больной туберкулезом будет заражать окружающих здоровых людей. Поэтому больные туберкулезом или заключенные с подозрением на туберкулез обязательно должны носить маски, когда они перемещаются из одного помещения тюремной больницы в другое. Некоторые медицинские работники используют стандартные хирургические маски для того, чтобы защитить себя от туберкулеза - например, в то время, когда они работают в тюремной больнице. Однако такие маски мало эффективны в защите от вдыхания заразных аэрозольных частиц, выделенных другими людьми.

10.2.4 Санитарно-просветительная работа среди больных

Тюремные медицинские работники должны проводить обучение заключенных с подозрением на туберкулез и больных туберкулезом, как с помощью простых мер можно предотвратить распространение туберкулезной инфекции. Такие люди должны прикрывать рот рукой во время кашля и использовать для сбора мокроты банки с крышками. Помимо устных советов полезными могут быть отпечатанные памятки. Медицинский работник, проводящий обследование, должен попросить больного туберкулезом или заключенного с подозрением на туберкулез повернуть голову в сторону. Это нужно для того, чтобы больной не кашлял прямо в направлении медицинского работника.

10.2.5 Изоляция заключенных с подозрением на туберкулез и больных туберкулезом от остальных заключенных

В большинстве случаев заключенные с подозрением на туберкулез посещают тюремные медицинские службы для диагностики туберкулеза амбулаторно. Если заключенных с подозрением на туберкулез легких необходимо госпитализировать в тюремную больницу, они должны находиться отдельно от других больных. Если нет возможности выделить таким больным отдельную палату, они должны находиться в одной части палаты, а остальные больные - в другой части палаты. В некоторых тюрьмах до сих пор не имеется возможности проводить противотуберкулезную терапию. В таких случаях необходимо содержать больных с подозрением на туберкулез отдельно от остальных заключенных.

Во многих тюрьмах больные с бацилярными формами туберкулеза легких в течение всей интенсивной фазы противотуберкулезной химиотерапии находятся в тюремной больнице. Изоляция таких больных в специальные палаты для больных туберкулезом помогает уменьшить риск заражения туберкулезом других заключенных. Очень важно помещать заключенных в специальные палаты для больных туберкулезом только после окончательной постановки диагноза туберкулеза. В противном случае помещение заключенных с подозрением на туберкулез в специальную палату приведет к контактам с больными туберкулезом тех людей, у которых туберкулез отсутствует.

У некоторых больных могут иметься резистентные формы туберкулеза. Это могут быть как подтвержденные случаи с положительными результатами выделения культур и определения их чувствительности к противотуберкулезным препаратам, так и предполагаемые случаи, когда отсутствует благоприятный эффект при проведении контролируемого курса химиотерапии. Если имеется возможность, таких больных следует помещать в отдельные палаты, чтобы уменьшить риск распространения резистентных форм туберкулеза. В некоторых странах существуют

специальные центры для лечения больных с полирезистентными формами туберкулеза. Рекомендуется по возможности направлять заключенных с резистентными формами туберкулеза в такие центры. Следует помнить, что ВИЧ-инфицированные лица особенно восприимчивы к туберкулезной инфекции и заболеванию туберкулезом.

Стратегия Объединенной программы ООН по СПИДу не предусматривает изоляцию ВИЧ-инфицированных заключенных. Однако у этих лиц очень высока вероятность развития туберкулеза. Поэтому, если имеется возможность, рекомендуется содержать ВИЧ-инфицированных заключенных отдельно от лиц с подозрением на туберкулез и больных туберкулезом.

10.3 Снижение риска прогрессирования туберкулезной инфекции в заболевание туберкулезом

Среди некоторых групп населения риск трансформации бессимптомной инфекции, обусловленной *M.tuberculosis*, в заболевание туберкулезом можно уменьшить, используя два основных способа - профилактическое лечение и вакцинация БЦЖ (вакцина из бактерий Кальметта-Герена).

10.3.1 Профилактическое лечение

Целью профилактического лечения является предупреждение перехода бессимптомной инфекции, обусловленной *M.tuberculosis*, в заболевание туберкулезом. Эффективным является шестимесячный курс профилактического лечения изониазидом (доза у взрослых - 300 мг в сутки). Однако нецелесообразно использовать профилактическое лечение у всех заключенных, инфицированных *M.tuberculosis*, в качестве стратегии борьбы с туберкулезом в тюрьмах. Нерационально тратить силы и средства на то, чтобы выявить всех заключенных, инфицированных *M.tuberculosis*. Однако, вполне возможно выявить некоторые группы заключенных с высоким риском перехода бессимптомной инфекции, обусловленной *M.tuberculosis*, в заболевание туберкулезом.

Профилактическое лечение в тюрьмах рекомендуется проводить в трех целевых группах: а) ВИЧ-инфицированные заключенные; б) заключенные, контактирующие с больными с заразными формами туберкулеза легких; в) в женских тюрьмах - дети женщин, больных заразными формами туберкулеза легких. Тем не менее приоритетным направлением работы противотуберкулезных программ в тюрьмах остается выявление больных с заразными формами туберкулеза легких и их лечение. Однако, если имеются необходимые средства, тюремная администрация должна организовать профилактическое лечение заключенных из этих трех групп риска.

Результаты контролируемых клинических испытаний показали, что профилактическое лечение изониазидом уменьшает риск развития туберкулеза у ВИЧ-положительных больных, одновременно инфицированных *M.tuberculosis*. Наличие инфекции, обусловленной *M.tuberculosis*, подтверждается положительными результатами внутрикожной туберкулиновой пробы. У ВИЧ-инфицированных больных дополнительным эффектом профилактического лечения является уменьшение риска прогрессирования ВИЧ-инфекции в заболевание СПИДом.

Тюремные медицинские службы должны проводить профилактическое лечение во всех случаях, когда имеющиеся средства позволяют точно исключить наличие заболевания туберкулезом и обеспечить непрерывность лечения и мониторинг токсичности противотуберкулез-

ных препаратов. Если в тюрьмах эффективно внедрена рекомендованная ВОЗ стратегия борьбы с туберкулезом, показатели выявления больных туберкулезом и их излечения будут высокими. В такой ситуации при наличии достаточного финансирования тюремные власти должны проводить превентивное лечение всем заключенным, имеющим контакты с больными с заразными формами легочного туберкулеза. Заключенные с положительными туберкулиновыми пробами, находящиеся в одной камере с больным туберкулезом легких с бактериовыделением, должны получить шестимесячный курс лечения изониазидом (300 мг в сутки).

У ребенка, находящегося на грудном вскармливании, имеется высокий риск заражения от матери, больной туберкулезом легких с бактериовыделением, и последующего развития заболевания туберкулезом. Женщина, больная туберкулезом и кормящая своего ребенка грудным молоком, должна получить полный курс противотуберкулезной химиотерапии. Своевременный и полноценный курс противотуберкулезного лечения - наиболее эффективный способ предупреждения передачи туберкулеза от такой женщины к ее ребенку. Мать и ребенок должны оставаться вместе. При этом мать должна, как обычно, продолжать грудное вскармливание своего ребенка. Ребенок должен получить шестимесячный курс профилактического лечения изониазидом в дозе 5 мг/кг/сутки, а затем прививку вакциной БЦЖ.

10.3.2 Роль БЦЖ в профилактике туберкулеза

Вакцина БЦЖ - это вакцина, приготовленная из ослабленных микобактерий штамма *Mycobacterium bovis*. В странах с высокой заболеваемостью туберкулезом ВОЗ рекомендует проводить плановую вакцинацию БЦЖ всех новорожденных вскоре после рождения. Такая вакцинация предупреждает развитие диссеминированных и тяжелых форм туберкулеза у детей младшего возраста. В то же время вакцинация БЦЖ практически не оказывает влияния на частоту развития бациллярных форм туберкулеза легких у взрослых. В связи с этим БЦЖ-вакцинация заключенных лишена смысла.

10.4 Снижение риска передачи ВИЧ в тюрьмах

Так как ВИЧ-инфекция широко распространена в тюрьмах и "подпитывает горячим" эпидемию туберкулеза, ограничение циркуляции ВИЧ будет способствовать предупреждению туберкулеза. Тюремная администрация может испытывать большие трудности, пытаясь проводить практичные и эффективные мероприятия для ограничения распространения ВИЧ в тюрьмах. Передаче ВИЧ от заключенного к заключенному способствуют такие поведенческие факторы как внутривенное введение наркотиков и гомосексуальные связи. Такое поведение не только не может быть одобрено официальной тюремной администрацией, но также является неприемлемым для общественного мнения и религиозных организаций во многих странах. Администрация может вообще отрицать наличие таких проявлений в своем учреждении. Такое отрицание будет служить барьером, препятствующим даже началу дискуссии о возможных путях ограничения распространения ВИЧ в тюрьмах.

Характерная для тюремной администрации тактика отрицания внутривенной наркомании и гомосексуализма обычно не приносит успеха. Отрицание этих фактов не решает проблему ограничения циркуляции ВИЧ в тюрьмах и передачи инфекции из тюрем другим представителям общества. Чтобы эффективно бороться с распространением ВИЧ в тюрьмах, администрация должна, во-первых, признать факт существования внутривенной наркомании и гомосексуальных связей в своем учреждении. Все заключенные и тюремный персонал должны получить исчерпывающую и понятную информацию о ВИЧ-инфекции и СПИДе. Во-вторых, администрация должна предпринять эффективные шаги. Проведение таких мероприятий нередко затруднено в атмосфере отрицательного общественного мнения, которое считает,

что намеченные меры направлены прежде всего на пропаганду пороков, а не на предупреждение распространения ВИЧ. Мероприятия, которые могли бы привести к ограничению распространения ВИЧ при внутривенном введении наркотиков, получают весьма неоднозначную оценку. В их число входят: заместительная терапия (например, метадон для внутривенных наркоманов) или дезинтоксикация под контролем врача; создание условий для правильной стерилизации шприцев и игл путем предоставления заключенным хлорсодержащих растворов; замена использованных шприцев и игл на стерильные; санитарное просвещение заключенных в отношении ВИЧ-инфекции и внутривенной наркомании (например, с помощью других заключенных, прошедших специальную подготовку, или с помощью добровольцев, которые сами являются или ранее были наркоманами).

Тюремная администрация обязана также предпринять определенные меры для ограничения распространения ВИЧ половым путем. Борьба с насилием и жестокостью помогает уменьшить число случаев насилия (в том числе и сексуального) по отношению к заключенным. При проведении занятий с тюремным персоналом следует обращать особое внимание на необходимость отказа от жестокости, на соблюдение прав человека, а также уважение человеческого достоинства заключенных. Тюремные служащие и заключенные нуждаются в информации о риске, связанном с незащищенным сексом, и должны иметь доступ к консультированию и добровольному тестированию на ВИЧ-инфекцию. Неоднозначную оценку получает и такое мероприятие для защиты от ВИЧ-инфекции заключенных, имеющих сексуальные связи в тюрьмах, как обеспечение их презервативами.

Рекомендуемая дополнительная литература

Harries A., Maber D., Num P. *Practical and affordable measures for the protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. Bulletin of the World Health Organization, 1997; 75 (5): 477-479.*

WHO. *Global Programme for Vaccines and Immunization. Immunization Policy. Geneva, 1995.*
(Политика иммунизации. - Перевод с англ. СПб, Институт им. Пастера, 1997).

WHO/IUATLD. *Tuberculosis preventive therapy in HIV-infected individuals. A joint statement of the WHO Tuberculosis Programme and the Global Programme on AIDS, and the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD). Weekly Epidemiological Record, 1993; 68: 361-364.*

O'Brien R.J., Perriens J.H. *Preventive therapy for tuberculosis in HIV infection: the promise and the reality. AIDS, 1995; 9: 665-673.*

World Health Organization and Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on a joint WHO/UNAIDS European seminar, Warsaw, Poland, December 1997. WHO, Copenhagen, Denmark, 1998. EUR/ICP/CMDS 08 02 15.*

Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS. *Prisons and AIDS. UNAIDS technical update. UNAIDS best practice collection. April 1997, Geneva, Switzerland.*



ЧАСТЬ III

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТЮРЬМАХ

11 ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТЮРЬМАХ

11.1 Роль правительства, неправительственных организаций и международных организаций

Правительство может принять решение внедрить эффективную программу борьбы с туберкулезом в тюрьмах в сотрудничестве с неправительственными организациями (НПО) и/или международными организациями (например, с МККК, ВОЗ). НПО, участвующие во внедрении в тюрьмах программы борьбы с туберкулезом, должны работать, опираясь на общую систему здравоохранения соответствующей страны. Проводимые мероприятия должны соответствовать экономическому развитию страны и не требовать создания специальной службы в имеющейся системе здравоохранения. Необходима по меньшей мере координация усилий тюремной и местной (районной) программ борьбы с туберкулезом. В странах, где функционируют эффективные национальные программы борьбы с туберкулезом, тюремная программа борьбы с туберкулезом должна быть интегрирована в местную (районную) программу. Мероприятия по борьбе с туберкулезом не должны противоречить международным (ВОЗ и МСТБ/Л) рекомендациям.

11.2 Условия, необходимые для внедрения программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах

Разработчики программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах должны быть уверены в том, что для такой работы имеется все необходимое, прежде чем начинать регистрацию больных и их лечение. Поэтому, прежде чем внедрять программу, следует провести исходную оценку имеющихся ресурсов (финансовых, кадровых и материальных).

Прежде чем приступать к внедрению программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах, необходимо иметь определенные базовые условия: а) минимальный стандартный уровень медицинского обслуживания населения; б) согласие всех заинтересованных сторон на долгосрочные инвестиции в программу борьбы с туберкулезом; в) консенсус всех организаций и структур, участвующих в тюремной программе, по вопросу о стратегии борьбы с туберкулезом в тюрьмах, которая изложена в письменных методических рекомендациях.

11.3 Планирование программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах

Следует обязательно провести предварительную оценку, сформулировать цели программы и ее задачи, а также детально описать стратегию, необходимую для решения задач и достижения поставленных целей. В рабочем плане должны быть описаны все этапы внедрения программы с указанием бюджета и источников финансирования. Существенное значение имеет мониторинг осуществления программы, результаты которого подскажут, по каким разделам необходимо улучшить работу.

11.3.1 Предварительная оценка

Целью предварительной оценки является определение исходной ситуации в борьбе с туберкулезом и имеющихся в наличии ресурсов (финансовых, кадровых и материальных) для реализации программы. Оценка масштабов проблемы туберкулеза позволяет иметь исходную картину, ориентируясь на которую можно будет судить о прогрессе в достижении поставленных

целей. В большинстве тюрем, где отсутствуют программы борьбы с туберкулезом, имеется очень неполная информация о числе случаев туберкулеза и о результатах лечения больных. Однако будет весьма полезно собрать всю информацию, которой располагают тюремные медицинские службы. Сведения о распространенности туберкулеза в тюрьмах отдельных стран можно получить из Всемирной организации здравоохранения. Оценка имеющихся ресурсов позволяет иметь представление о стартовой точке для планирования мероприятий с целью решения всех задач.

11.3.2 Цели и задачи

Основные цели в борьбе с туберкулезом сформулированы ВОЗ. Это - выявление 70% больных с туберкулезом легких с бактериовыделением и излечение 85% выявленных новых больных.

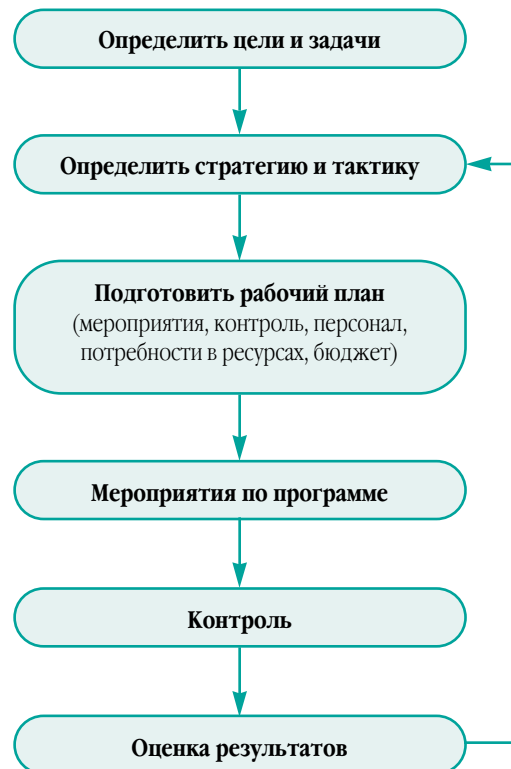
Чтобы добиться поставленных целей, необходимо решить определенные задачи. К числу таких задач относятся: улучшение тюремных медицинских служб - желательно, путем их интеграции в медицинские службы всей системы здравоохранения; внедрение эффективной и надежной (с контролем качества исследований) системы для бактериоскопического исследования мазков мокроты; создание системы для регулярного обеспечения противотуберкулезными препаратами в количестве, достаточном для проведения химиотерапии коротким курсом хотя бы у всех больных с бациллярными формами туберкулеза легких; создание эффективной системы для мониторинга программы и ее оценки; разработка постоянно действующей программы для обучения медицинских работников.

11.3.3 Этапы внедрения

- Определить ответственную организацию (например, национальная программа борьбы с туберкулезом или какая-либо неправительственная организация)
- Обеспечить достаточное финансирование программы
- Назначить координатора программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах
- Подготовить бюджет программы
- Обеспечить лаборатории оборудованием для бактериоскопического исследования мазков мокроты
- Отпечатать формы для регистрации больных и представления отчетности
- Определить места для хранения противотуберкулезных препаратов
- Провести закупки противотуберкулезных лекарств
- Подготовить план контроля за выполнением программы
- Провести обучение медицинских работников
- Ознакомить тюремных медицинских работников с формами журналов и бланков регистрации и отчетности

11.4 Планирование цикла

Оценка программы является частью ежегодного цикла планирования, что показано на рисунке.



Рекомендуемая дополнительная литература

World Health Organization. *Global Tuberculosis Programme. Global Tuberculosis Control. WHO Report 1998.* Geneva, Switzerland, WHO/TB/98.237.

Medecins Sans Frontieres. *Tuberculosis Control Programmes. 2nd edition, 1997. Paris, France.*



12

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММЫ

12.1

Система информационного менеджмента

Для осуществления мониторинга программы борьбы с туберкулезом необходимо иметь четкую документацию о всех зарегистрированных случаях и периодическую отчетность о выявлении больных и результатах их лечения. Для оценки эффективности выполнения программы проводят анализ и интерпретацию результатов выявления туберкулеза и результатов лечения. Наличие обратной связи с тюремными медицинскими работниками позволяет при выявлении каких-либо проблем добиваться улучшения качества реализации программы.

12.2

Бланки регистрационных форм и журналы

В приложении 4 приведены образцы бланков регистрационных форм и журналов, используемых в рамках программы борьбы с туберкулезом:

- направление на исследование мокроты,
- журнал лабораторных исследований на туберкулез,
- карточка лечения больного туберкулезом,
- регистрационный журнал тюремной программы борьбы с туберкулезом,
- бланк ежеквартального отчета о выявлении больных туберкулезом (новые случаи и рецидивы),
- бланк ежеквартального отчета о результатах лечения больных с бациллярной формой туберкулеза легких.

12.3

Оценка лабораторной работы

Лаборатория, где проводят бактериоскопическое исследование мокроты, должна регулярно представлять следующую информацию:

- число исследованных образцов мокроты и процент положительных результатов,
- число новых больных с бациллярной формой туберкулеза легких,
- результаты систематического контроля качества лабораторных исследований.

12.4

Оценка выполнения программы борьбы с туберкулезом в тюрьмах

Существуют три стадии в оценке эффективности программы борьбы с туберкулезом:

- выявление больных,
- когортный анализ результатов конверсии мазка мокроты через 2/3 месяца после начала лечения,
- когортный анализ результатов лечения больных.

12.4.1

Выявление больных

Координатор программы борьбы с туберкулезом в тюрьме должен ежеквартально готовить отчет о выявлении больных туберкулезом (см. форму 5 в приложении 4) и регулярно отправлять его в национальную программу борьбы с туберкулезом. В этом отчете приводятся данные о числе новых случаев (бациллярные формы туберкулеза легких, а также абациллярные формы и внелегочный туберкулез) и о числе рецидивов (бациллярные формы туберкулеза легких). Обычно на

бациллярные формы ТБЛ приходится около 50% от общего числа случаев туберкулеза. Оставшуюся часть случаев составляют абациллярные формы туберкулеза легких (30%) и внелегочный туберкулез (20%). Если бациллярные формы туберкулеза легких составляют менее 50% от общего числа случаев туберкулеза, необходимо установить причины этого. Возможное объяснение - гиподиагностика бациллярных форм туберкулеза легких и гипердиагностика абациллярных форм ТБЛ и внелегочного туберкулеза.

12.4.2 Когортный анализ результатов конверсии мазка мокроты через 2/3 месяца после начала лечения

Показатель конверсии мокроты через 2-3 месяца - это процент больных с бациллярными формами туберкулеза легких, зарегистрированных в течение одного квартала, у которых через 2-3 месяца после начала лечения результаты бактериоскопического исследования мокроты стали отрицательными. Обычно этот показатель превышает 80%. Координатор программы борьбы с туберкулезом в тюрьме определяет этот показатель, анализируя записи в журнале лабораторных исследований на туберкулез. Данные об этом показателе становятся доступными через 6 месяцев после начала какого-либо квартала и могут быть использованы в качестве самого первого индикатора эффективности выполнения программы борьбы с туберкулезом.

12.4.3 Когортный анализ результатов лечения больных

Координатор программы борьбы с туберкулезом в тюрьме сообщает о результатах когортного анализа по двум группам больных с бациллярными формами туберкулеза легких (новые случаи и рецидивы), используя для этого бланк ежеквартальных сообщений о результатах лечения (см. форму 6 в приложении 4). Эти результаты можно получить через 12-15 месяцев после начала какого-либо квартала.

12.5 Контроль

Система контроля необходима для того, чтобы иметь возможность помогать координатору программы борьбы с туберкулезом в тюрьме и обеспечивать эффективность выполнения всей программы. Супервайзором для координатора программы борьбы с туберкулезом в тюрьме может быть сотрудник областной или региональной программы борьбы с туберкулезом. Представитель областной/ региональной программы борьбы с туберкулезом должен посещать тюрьму не реже одного раза в квартал. Целью таких визитов является оценка качества выполнения программы, выявление существующих сложностей, поиски возможных путей их преодоления и проведение мероприятий для решения всех возникающих проблем.

12.6 Выявление проблем и их решение

Система информационного менеджмента является средством для контроля за ходом реализации программы. Анализ ежеквартальных отчетов о регистрации больных и результатах когортного анализа позволяют выявлять трудности в реализации программы. Координатор программы борьбы с туберкулезом в тюрьме, работая совместно с представителем национальной программы, должен определить причины возникающих проблем. В таблице 7 перечислены возможные причины различных трудностей и пути их преодоления.

Таблица 7. Некоторые проблемы, их причины и возможные решения.

Если имеется слишком много...	И причиной этого является...	Для решения проблемы нужно...	
Неудач.	Продажа лекарств "налево".	Провести тщательное расследование и усилить контроль за персоналом.	
	Утаивание лекарств заключенными.	Рассказать тюремным медицинским работникам о уловках, с помощью которых заключенные утаивают таблетки, и усилить контроль за приемом лекарств.	
	Плохое качество используемых препаратов.	Проанализировать проведение тендера на закупку лекарств и проконтролировать все этапы их поступления.	
	Больные принимают не все лекарства.	Установить, нет ли в тюрьме "черного рынка" лекарств. Проследить, чтобы заключенные принимали под контролем 100% лекарств.	
	Высокий уровень первичной резистентности к рифампицину и изониазиду.	Продумать собственную схему строгой проверки - например, назначить всем ранее леченным больным (независимо от продолжительности предшествующего лечения) терапию по схеме категории II.	
	Больным, получающим лечение повторно, ошибочно назначен курс для новых больных.	Усилить контроль за работой тюремного медицинского персонала. Проверить знание медицинскими работниками правильных схем лечения для каждой категории больных. Сопоставить схемы лечения, указанные в журнале и в карточках лечения больных.	
	Больных, прервавших лечение.	Недостаточная разъяснительная работа.	Проверить, чтобы разъяснительная работа среди больных проводилась постоянно и чтобы предоставляемая им информация была адекватной и понятной. Помочь тюремной администрации осознать важность диагностики туберкулеза и лечения больных.
		Недружелюбное отношение персонала к больным.	Проверить, чтобы разъяснительная работа среди больных проводилась постоянно и чтобы предоставляемая им информация была адекватной и понятной. Помочь тюремной администрации осознать важность диагностики туберкулеза и лечения больных.
Отсутствие наблюдения за больными, прервавшими лечение.		Убедиться в том, что медицинские работники понимают важность длительного наблюдения за больными. Улучшить выявление больных, которые прервали лечение, особенно тех из них, у кого результаты бактериоскопии мазков мокроты были положительными.	
Отсутствие преемственности в лечении больных после их освобождения из тюрьмы.		Усилить контроль за работой тюремного медицинского персонала. Проверить наличие координации работы между тюремной медицинской службой, национальной программой борьбы с туберкулезом и местными медицинскими учреждениями.	
Летальных исходов.	Широкое распространение ВИЧ-инфекции.	Проводить комплекс мероприятий для ограничения распространения ВИЧ-инфекции.	
	Поздняя диагностика туберкулеза.	Убедиться в том, что тюремные медицинские работники правильно оценивают характер симптомов у заключенных, обращающихся за медицинской помощью, выявляют больных с подозрением на туберкулез и направляют их мокроту на исследование. Определите любые барьеры, препятствующие обращению заключенных за медицинской помощью, и устраните их.	

Рекомендуемая дополнительная литература

Maber D., Chaulet P., Spinaci S., Harries A.
Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes.
Second edition. WHO/TB/97.220. Geneva: WHO, 1997.
(Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ.
- Перевод с англ. Женева: ВОЗ, 1998).

International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
Tuberculosis Guide for Low Income Countries. Fourth edition. pmi Verlagsgruppe, Frankfurt, 1996.

Managing TB at District Level. A Training Course.
WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1994. WHO/TB/96.211.

Managing TB at National Level. A Training Course.
WHO Global Tuberculosis Programme, Geneva, 1996. WHO/TB/96.203.

ПРИЛОЖ. 1

МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНВЕНЦИИ, ГАРАНТИРУЮЩИЕ НОРМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ

- Всеобщая декларация прав человека
- Международная конвенция по экономическим, социальным и культурным правам
- Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций по лечению заключенных (1955 год)
- Комплекс принципов для защиты всех лиц, подвергнутых любой форме задержания или заключения
- Принципы медицинской этики, относящиеся к роли медицинского персонала, особенно врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего человеческого достоинство обращения или наказания. Резолюция Ассамблеи Организации Объединенных Наций 37/194, 1982 год



БАКИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

- Мы,** *участники Бакинского совещания по проблеме туберкулеза в тюрьмах,*
- Признавая,** *что туберкулез стал одной из самых опасных угроз для здоровья заключенных, и*
- Наблюдая,** *что в тюрьмах все шире распространяются практически неизлечимые резистентные формы туберкулеза, и*
- Наблюдая также,** *что распространение ВИЧ-инфекции в тюрьмах увеличивает риск смертельных исходов от заболевания туберкулезом,*
- Отмечая,** *что из тюрем туберкулез от больных заключенных и тюремных работников легко распространяется на все население, и*
- Будучи убеждены,** *что адекватно финансируемые и обеспеченные кадрами тюремные медицинские службы играют ключевую роль в решении проблемы туберкулеза в тюрьмах,*

ПРИЗЫВАЕМ

Правительства - через посредство Министерств юстиции, внутренних дел и государственной безопасности, здравоохранения - к совместным действиям для обеспечения заключенных адекватным медицинским обслуживанием и эффективными средствами для лечения туберкулеза, и

Тюремные медицинские службы - к внедрению стратегии ДOTS (лечения коротким курсом под непосредственным контролем), а Министерства здравоохранения - к укреплению Национальных программ борьбы с туберкулезом путем внедрения стратегии ДOTS

И ПРЕДУПРЕЖДАЕМ,

что если наш призыв не будет услышан, распространение неизлечимых форм туберкулеза приведет к увеличению смертности заключенных и членов их семей, а также персонала тюрем и всего населения.



ПОЛЕЗНЫЕ АДРЕСА

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Международный Комитет Красного Креста

**Отделение здравоохранения и помощи
Международного Комитета Красного Креста**

Health and Relief Division
International Committee of the Red Cross
19, Avenue de la Paix
CH-1202 Geneva, Switzerland
Тел.: (41) 22 734 60 01
Факс: (41) 22 733 20 57

Всемирная организация здравоохранения

**Штаб-квартира Всемирной организации здравоохранения
Headquarters - World Health Organization**

20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27, Switzerland
Тел.: (41) 22 791 21 11
Факс: (41) 22 791 07 46

**Африканское региональное бюро ВОЗ
WHO Regional office for Africa**

Medical School, C Ward
Parirenyatwa Hospital
Mazoe Street, PO Box BE 773
Belvedere, Harare, Zimbabwe
Тел.: (263 4) 70 56 19
Факс: (263 4) 79 12 14

**Американское региональное бюро ВОЗ
WHO Regional office for the Americas /
Pan American Sanitary Bureau**

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Тел.: (1) 202 861 3200
Факс: (1) 202 223 5971

**Восточно-Средиземноморское региональное бюро ВОЗ
WHO Regional office for the Eastern Mediterranean**

P.O.Box 1517
Alexandria, 21511, Egypt
Тел.: (203) 482 0223
Факс: (203) 483 8916

**Европейское региональное бюро ВОЗ
WHO Regional office for Europe**

8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen 0, Denmark
Тел.: (45) 39 17 17 17
Факс: (45) 39 17 18 18

Региональное бюро ВОЗ для Юго-Восточной Азии

WHO Regional office for South-East Asia

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi-110002, India

Тел.: (91) 11 331 7804

Факс: (91) 11 331 8607

Западно-Тихоокеанское региональное бюро ВОЗ

WHO Regional office for the Western Pacific

P.O.Box 2932
Manila 1099, Philippines

Тел.: (632) 522 9800

Факс: (632) 521 1036

ПОСТАВЩИКИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Action Medeor

Deutsches Medikamenten-Hilfswerk

St. Toniser Strasse 21
D-4154 Toenisvorst 2, Germany

Факс: (49) 21 56 80632

ECHO (ECHO International Health Services Limited)

Ullswater Crescent

St. Toniser Strasse 21
Coulston, Surrey CR5 2HR, United Kingdom

Факс: (44) 181 668 0751

IAPS (International Association for Procurement and Supply)

Rode Kruisstraat 20
P.O.Box 37 030
1030 AA Amsterdam, The Netherlands

Факс: (31) 20 634 3401

IDA (International Dispensary Association)

P.O.Box 37 098
1030 AB Amsterdam, The Netherlands

Факс: (31) 20 403 1854

The Medical Export Group

P.O.Box 598
4200 AN Gorinchem, The Netherlands

Факс: (31) 18 363 4650

Orbi-Pharma

Van Trierstraat 40
B 2018 Antwerp, Belgium
Факс: (32) 3 216 9897

*Для получения прейскуранта лекарственных препаратов ЮНИСЕФ
(UNICEF Essential Drugs Price List)
пишите:*

UNICEF

UNICEF Plads

Freeport
DK-2100 Copenhagen, Denmark
Факс: (45) 269 421

*Для получения Международного справочника цен на лекарственные
препараты (International Drug Price Indicator Guide)
пишите:*

**Management Sciences for Health
Drug Management Programme**

1655 North Fort Myer Drive
Suite 920
Arlington, VA 22209
USA



ОБРАЗЦЫ БЛАНКОВ И ЖУРНАЛОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРОГРАММОЙ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

- Направление на исследование мокроты.
- Журнал лабораторных исследований на туберкулез.
- Карточка лечения больного туберкулезом.
- Журнал регистрации больных туберкулезом.
- Бланк ежеквартального отчета о выявлении больных туберкулезом (новые случаи и рецидивы).
- Бланк ежеквартального отчета о результатах лечения больных с бациллярной формой туберкулеза легких.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ФОРМА 1

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ

Отделение _____ Дата _____

Фамилия больного

Возраст _____ Пол: (М/Ж) _____

Адрес (точный) _____

Причина обследования: диагностика _____ контрольное обследование _____

Подпись сотрудника _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (заполняется в лаборатории)

Лабораторный номер _____

Дата	Образец	Вид*	Результат (отметьте один)				
			Отрицат.	1-9	+	++	+++
	1						
	2						
	3						

* Внешний вид мокроты (кровянистая, слизисто-гнойная, слюна)

Дата _____ Исследование проведено (подпись) _____

Заполненный бланк (с результатами) должен быть немедленно возвращен в учреждение, где проводится лечение больного

ФОРМА 3

Программа борьбы с туберкулезом

КАРТОЧКА ПЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Год _____

Фамилия больного:

Адрес:

Лечебное учреждение _____

Возраст _____

Пол (М/Ж) _____

Дата _____

I. НАЧАЛЬНАЯ ФАЗА ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Назначенная схема лечения и количество таблеток:

Категория I
РП

(Р)	П	Э
-----	---	---

Категория II
СРПЭ

(Р)	С	П	Э
-----	---	---	---

Категория III
РП

(Р)	П
-----	---

С = стрептомицин; (Р) = рифампицин/изониазид; Э = этиambutol; П = пирразинамид

Тип больного: (опишите)	
Легочный _____	Внелегочный _____
(локализация) _____	
Новый _____	Рецидив _____
Неудача _____	Перевод _____
Лечение после перерыва _____	
Другое (указать) _____	

Месяц	Дата	Результат исследования микроты	Вес (кг)	Дата следующей явки
0				
2				
5				
7				
>7				

День месяц	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Опоздать крестиками (X) дни, когда больной принимал лекарства под непосредственным контролем

См. след. страницу

ТАБ. ПАГ. 84 - 85

ТАВ. PAG. 84 - 85

ЧАСТЬ I

ФОРМА 6

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БАЦИЛЛЯРНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ЗА КВАРТАЛ, ЗАКОНЧИВШИЙСЯ 15 МЕСЯЦЕВ НАЗАД

Название тюрьмы _____ Больные зарегистрированы в _____ квартале 19__ года _____		Координатор программы борьбы с туберкулезом _____ Подпись _____ Дата _____						
Тип случая	Схема лечения	Результат бактериоскопии мазка отщеплен	Мазок не исследован (лечение завершено)	Результат бактериоскопии мазка положитель	Больной умер	Лечение прервано	Перевод больного	Всего*
Новые случаи с бактериовыделением								
Число взятых на лечение								
Повторное лечение больных с бактериовыделением	2СР1П3 / 1Р1П3 / ЗР ₃ И ₃ Э ₃							
Число взятых на лечение								

* Данные из "Ежеквартального отчета о выявлении больных туберкулезом" за этот квартал

Printed in Italy
Designer and typesetting: Jotto Associati s.a.s. - Biella - Italy
Printer: Tipografia Ferrero - Romano Canavese - Italy

