

**ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

ЛИСОВСКИЙ СТАНИСЛАВ НИКОЛАЕВИЧ

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ НА ПЕНИТЕНЦИАРНОМ И
ПОСТПЕНИТЕНЦИАРНОМ ЭТАПАХ**

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Стерликов Сергей Александрович

Москва, 2023 год

СОДЕРЖАНИЕ

Глава I Проблемы преемственности и мотивации больных туберкулёзом к лечению (обзор литературы).....	12
1.1. Эпидемиология явления недостаточной преемственности лечения больных туберкулёзом, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях в мире и в России.....	12
1.2. Приверженность к лечению и факторы, влияющие на неё у больных туберкулёзом, начавших лечение от туберкулёза в учреждениях уголовно-исполнительной системы России.	18
Глава II Организация, материалы и методы исследования	31
2.2. Материалы для выявления предикторов уклонения пациентов, выявленных в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения после освобождения.	38
2.3. Материалы для проведения социологического исследования результативности мероприятий по санитарно-просветительской работе среди больных туберкулёзом и потребности пациентов на постпенитенциарном этапе их реабилитации.....	39
2.4. Материалы и методы для разработки ранжированного комплекса мероприятий по предотвращению выбытия пациентов без определённого исхода курса химиотерапии.....	41
2.5. Обработка информации.....	42
Глава III Современное состояние проблемы преемственности лечения больных туберкулёзом в учреждениях ФСИН России.	44
3.1. Преемственность диспансерного наблюдения по поводу активного туберкулёза.	44
3.2. Преемственность лечения у больных туберкулёзом по данным анализа исходов курса химиотерапии.....	46
3.3. Доступность фтизиатрической помощи по месту выявления пациента и риск выбытия пациента из-под наблюдения.....	52

3.4. Влияние недостаточной преемственности лечения больных туберкулёзом на долю успешного лечения больных туберкулёзом в целом по Российской Федерации.....	55
Глава IV Факторы риска недостаточной приверженности пациентов, находящихся в учреждениях УИС, к лечению туберкулёза и ресурсы для её формирования на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах	59
4.1. Медико-социальные предикторы уклонения пациентов, выявленных в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения после освобождения.	59
4.2. Ресурсы формирования приверженности к лечению туберкулёза у пациентов на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах.	66
Глава V Комплекс мероприятий по предотвращению выбывания пациента без определённого исхода курса химиотерапии.	79
5.1. Регистрация и маршрут движения пациентов, выбывших из пенитенциарных учреждений без определённого курса химиотерапии.....	79
5.2. Разработка рекомендаций, регламентирующих подходы к мониторингу больных туберкулёзом, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы при их переводе и освобождении.	91
Заключение.....	104
Выводы.....	109
Практические рекомендации.....	111
Литература.....	113
Приложение 1.....	126
Приложение 2	128
Приложение 3	129

Список сокращений

95%ДИ – 95% доверительный интервал
aOR – скорректированное отношение шансов
CDC – центр контроля за заболеваниями (США)
DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course
ECDC – европейский центр контроля за заболеваниями
OR – отношение шансов
БОМЖ – лица без определённого места жительства
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ВСН – ведомственное статистическое наблюдение
ГДН – группа диспансерного наблюдения
ГУФСИН – главное управление ФСИН
ЕСН – единовременное статистическое наблюдение
ИУ – исправительные учреждения
КЗС – Комитет Зелёного Света
КП – колонии-поселения
КХТ – курс химиотерапии
ЛИУ – лечебно-исправительные учреждения
МБТ – микобактерии туберкулёза
МЛУ – множественная лекарственная устойчивость
МЛУ-ТБ – туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью МБТ
МСЧ – медико-санитарная часть
НКХТ – неэффективный курс химиотерапии
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОСН – отраслевое статистическое наблюдение
ПКХТ – прервал курс химиотерапии
ПНКХТ – лечение после неэффективного курса химиотерапии
ППКХТ – лечение после прерывания курса химиотерапии
ПТБМО –противотуберкулёзные медицинские организации (медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «фтизиатрия»)
ПТД – противотуберкулёзный диспансер
СИЗО – следственный изолятор
УИС – уголовно-исполнительная система
ФРБТ – Федеральный регистр лиц, больных туберкулёзом
ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний
ФСН – Федеральное статистическое наблюдение
ЭКХТ – эффективный курс химиотерапии

Введение

Борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями является одним из важных приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения. Это подтверждается наличием целевой программы, направленной на улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу, обеспечение доступности медицинской помощи лицам, заражённым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), обеспечение оказания медицинской помощи больным лепрой [27].

Тюрьмы являются резервуарами инфекционных заболеваний [71]. Люди, сконцентрированные в замкнутых пространствах, таких как тюрьмы, являются важными, но часто игнорируемыми резервуарами передачи туберкулёза, что представляет инфекционную угрозу людям вне мест лишения свободы [70]. Нередко пенитенциарные учреждения в России рассматриваются как резервуар туберкулёзной инфекции [74], который «вбрасывает» источники туберкулёзной инфекции в гражданское общество [16]. В связи с этим, ведомственная целевая программа по борьбе с социально значимыми инфекционными заболеваниями содержит мероприятия, направленные на борьбу с туберкулёзом в учреждениях, исполняющих наказание (закупка антибактериальных и противотуберкулёзных средств), а также индикативное сопровождение, касающиеся эпидемиологии туберкулёза в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) [27].

Согласно Стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулёзом после 2015 года, улучшение результатов лечения больных туберкулёзом является одним из способов снижения заболеваемости туберкулёзом и смертности от него [69]. Улучшение результатов лечения заключённых также предотвратит передачу инфекции другим заключённым, членам их семей и медицинским работникам [80]. Вместе с тем, результативность лечения больных туберкулёзом в УИС существенно ниже по сравнению с гражданским здравоохранением, и имеет

тенденцию к снижению [35]. В первую очередь это связано с ростом доли выбывших из места первоначальной регистрации пациентов с неуточнёнными результатами лечения [35]. По данным официальной статистики за 2014 год, почти пятая часть из числа освобождённых не становилась на диспансерный учёт противотуберкулёзных медицинских организаций (ПТБМО) субъектов Российской Федерации [15]. Отсутствие систем связи и отслеживания исходов лечения заключённых, переведённых или освобождённых до завершения лечения, будет иметь негативные последствия для национальной программы борьбы с туберкулёзом, поскольку такие пациенты могут прервать лечение или заболеть лекарственно-устойчивым туберкулёзом [88]. Чтобы предотвратить передачу туберкулёза и развитие лекарственной устойчивости среди этой уязвимой группы населения, необходимо укреплять системы, основанные на достаточных и компетентных людских ресурсах для здравоохранения, информационные системы здравоохранения, включая электронный учёт в пенитенциарных учреждениях и стандартные операционные процедуры [71]. В то время как наблюдения за заболеваемостью и отчётность по туберкулёзу в тюрьмах ряда стран слабые или вообще отсутствуют [70], в Российской Федерации имеется развитая система мониторинга туберкулёза в пенитенциарных учреждениях [47]. Однако эта система не позволяет детально проследить пути движения заключённых, выявить факторы риска досрочного прекращения лечения пациентов, и детализировать проблемы, связанные с переводами и освобождением пациентов, что необходимо для разработки системы мер направленных на повышение результатов лечения больных туберкулёзом в пенитенциарных учреждениях России.

Степень разработанности темы. Мониторинг результатов лечения заключённых регулярно проводится как на национальном [35], так и на международном [86] уровне. Тем не менее, эти исследования носят поверхностный характер: в них отражается только часть проблемы, связанная с наличием неудовлетворительных результатов лечения, и приводятся доли неблагоприятных исходов. Нет детального анализа факторов риска неблагоприятных исходов. В исследовании Adane K. et al [60] отмечается, что

освободившиеся заключённые не были должным образом связаны с медицинскими учреждениями, однако также не проводится анализ факторов риска. В исследовании Berihun Y.A. et al [91] исход лечения ассоциировался с регионом проживания, продолжительностью заключения и историей предыдущего лечения, однако не было выработано рекомендаций для предотвращения регистрации неуточнённых исходов лечения. Natwiinda S. et al. [71] делает попытку детализировать причины отсутствия данных об исходе лечения, которые связан преимущественно с переводами в другие учреждения, освобождением и неуточнёнными причинами. Однако рекомендации в этом исследовании также не вырабатывались. Таким образом, данное исследование направлено на детальный анализ причин, снижающих результативность лечения пациентов, прежде всего – за счёт неуточнённых исходов лечения, и разработку мероприятий по ликвидации этих причин.

Цель исследования: разработать предложения для повышения преемственности лечения и мониторинга его результатов у больных туберкулёзом, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации.

Задачи исследования:

1. Изучить современное состояние проблемы преемственности лечения больных туберкулёзом, зарегистрированных в учреждениях ФСИН России.
2. Выявить факторы риска отказа больных туберкулёзом, выявленных в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения и лечения после их освобождения.
3. Выявить ресурсы формирования мотивации к лечению туберкулёза у пациентов на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах.
4. Разработать комплекс мероприятий по совершенствованию преемственности лечения и мониторинга его результатов у больных туберкулёзом на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах.

Научная новизна:

- путём анализа стандартизованных показателей исходов курса химиотерапии проанализирована динамика проблемы преемственности лечения и

информационного взаимодействия по вопросам передачи результатов лечения больных туберкулёзом, освобождённых из пенитенциарных учреждений;

- охарактеризована проблема барьеров, возникающих при внутри- и межрегиональном перемещении больных туберкулёзом, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях России, и влияния этих барьеров на преемственность лечения и информационное взаимодействие;

- оценено влияние дефектов информационного взаимодействия на показатель частоты успешного лечения случаев туберкулёза, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях;

- в многоцентровом исследовании определена роль санитарно-просветительской работы с больными туберкулёзом осуждёнными в контексте продолжения ими лечения, потребность больных туберкулёзом, находящихся в пенитенциарных учреждениях, в мероприятиях, мотивирующих к продолжению лечения;

- в продольном исследовании выявлены факторы риска отказа больных туберкулёзом, выявленных, в пенитенциарных учреждениях от продолжения ими диспансерного наблюдения и лечения после освобождения;

- проанализирован маршрут больных туберкулёзом, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии из пенитенциарных учреждений.

Теоретическая и практическая значимость работы

Научно обоснована необходимость создания межведомственной комиссии по вопросам ресоциализации осуждённых, федеральных регламентов по созданию центров социальной реабилитации с элементами целевого федерального софинансирования их деятельности.

Проведён расчёт потребности в научно-обоснованных мероприятиях по психосоциальной помощи больным туберкулёзом, освободившимся из пенитенциарных учреждений.

Разработан ранжированный комплекс мероприятий по предотвращению выбытия пациента без определённого исхода курса химиотерапии, который

позволит снизить риск распространения туберкулёзной инфекции среди населения.

Научно обоснованы и предложены методические рекомендации по совершенствованию внутри- и межведомственного взаимодействия с целью предотвращения не определённых исходов курса химиотерапии туберкулёза.

Методология и методы исследования. В основе исследования лежит системный анализ: изучали возможные этапы уклонения пациента от продолжения лечения в рамках системы оказания фтизиатрической помощи, анализировали пенитенциарные и постпенитенциарные факторы, оказывающие влияние на вероятность отказа пациентов от продолжения лечения, с использованием информационно-аналитического и социологического методов изучали способы влияния на эти факторы. Анкета одобрена комиссией ФКУ Ижевского филиала НИИ ФСИН России. Использовался комплекс методов: информационно-аналитический, стандартные статистические методы обработки информации, социологические методы, прикладной системный анализ, математическое и функциональное моделирование.

Положения, выносимые на защиту

1. Недостаточная преемственность лечения больных туберкулёзом в пенитенциарных учреждениях существенно снижает его результаты.
2. К факторам риска отказа больных туберкулёзом, освободившихся из пенитенциарных учреждений, от продолжения диспансерного наблюдения и лечения больными туберкулёзом относятся: отсутствие постоянного места жительства, наличие бактериовыделения.
3. На пенитенциарном этапе формированию правильного подхода к лечению способствуют индивидуальная коммуникация «вопрос-ответ»; на постпенитенциарном этапе наибольший эффект ожидается от условной денежной помощи и решения вопроса проживания пациента.
4. Предложенные меры мотивирования освобождающихся больных туберкулёзом к лечению требуют проведения комплексных межведомственных

мероприятий с вовлечением представителей Министерства труда и социальной защиты, Министерства здравоохранения, Министерства юстиции.

Достоверность полученных результатов обусловлена использованием сведений форм федерального и ведомственного статистического наблюдения, репрезентативных выборок в ходе многоцентровых исследований, апробацией полученных научных результатов исследования в ходе докладов на конференциях и публикаций в рецензируемых научных журналах, как рекомендованных ВАК, так и входящих в международные базы данных.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно определены цель, задачи, программа исследования, выбраны методы исследования – 90%, проведён анализ литературы по теме исследования – 95%, обработаны официальные статистические сведения отраслевого и ведомственного статистического наблюдения (включая процедуру стандартизации) – 100%. Составлена анкета для опроса больных туберкулёзом подозреваемых, обвиняемых и осуждённых и обработаны данные анкетирования – 90%. Разработана программа исследования факторов риска отказа от диспансерного наблюдения и обработаны его результаты – 95%, разработана форма и обработаны результаты исследования изучения перемещений пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии – 90%, сделаны выводы, разработаны предложения для внедрения в практику – 90%.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в федеральном центре мониторинга противодействия распространению туберкулёза в Российской Федерации, Управлении организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России, использованы при подготовке заседаний международных экспертных групп Партнёрства «Северное Измерение» в области общественного здравоохранения и социального благополучия.

Уровень внедрения: международный, федеральный, ведомственный.

Апробация результатов. Результаты исследования доложены на V Национальном конгрессе по фтизиопневмологии, 1-2.10.2019, г. Кишинёв, VII Ежегодной конференции московских фтизиатров «Наука XXI века в практике фтизиатра», 26-27.09.2019, г. Москва, Научно-практической конференции

«Будущее без туберкулёза: интеграция усилий на стыке специальностей», 18-19.03.2020, г. Екатеринбург, Всероссийской онлайн научно-практической конференции с международным участием «Перспективы развития отечественной фтизиатрии», 02-04.09.2020, г. Москва, Ведомственном совещании ФСИН России в формате видеоконференцсвязи 10.07.2020, г. Москва, IX конгрессе Национальной Ассоциации Фтизиатров, 23-24.11.2020, г. Санкт-Петербург, X конгрессе Национальной Ассоциации Фтизиатров, 25-26.11.2021, г. Санкт-Петербург.

Связь с Государственным заданием и научно-исследовательскими работами: работа связана с НИР «Анализ причин смертности от основных социально-значимых инфекционных заболеваний (туберкулез, ВИЧ инфекция, парентеральные вирусные гепатиты) и научное обоснование мероприятий, направленных на ее снижение».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 печатных работ, из них 4 в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, в т. ч. 2 – в издании, входящем в международную реферативную базу SCOPUS, учебно-методическое пособие.

Объём и структура работы. Материалы диссертации изложены на 125 страницах машинописного текста, отражены в 26 таблицах, 18 рисунках и 2 схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Организация, материалы и методы исследования», трёх глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и трёх приложений на 7 страницах. Список использованной литературы включает 91 источник (59 отечественных и 32 иностранных).

Глава 2

Проблемы преемственности и мотивации больных туберкулёзом к лечению (обзор литературы)

1.1. Эпидемиология явления недостаточной преемственности лечения больных туберкулёзом, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях в мире и в России.

Недостаточная интеграция между гражданской и пенитенциарной системами оказания фтизиатрической помощи, обеспечивающая продолжение лечения туберкулёза у заключённых после их освобождения, является одним из ключевых барьеров достижения целей Стратегии по ликвидации туберкулёза [83]. В европейском регионе ВОЗ действует система мониторинга исходов лечения, результаты которой регулярно публикуются в совместных обзорах европейского офиса ВОЗ и европейского центра контроля за инфекционными заболеваниями (ECDC) [87]. Благодаря этому у нас имеется возможность изучить проблему выбытия пациентов в пределах европейского региона ВОЗ, руководствуясь наиболее современной информацией. Результаты анализа опубликованных данных графически представлены на рис. 1.1.

Доля неоцененных исходов курса химиотерапии в Российской Федерации соответствует наиболее высоким показателям по европейскому региону ВОЗ. Она выше, чем в целом по постсоветскому пространству (включая Российскую Федерацию) и европейском регионе ВОЗ и Евросоюзе, а также странах, расположенных на графике ниже Чехии ($p < 0,05$), несколько ниже, чем в Португалии ($p = 0,01$) и не отличается статистически значимо ($p > 0,05$) от таковой в

Нидерландах, Эстонии, Бельгии, Казахстане, Венгрии, Республике Беларусь, Грузии, Великобритании, Чехии.

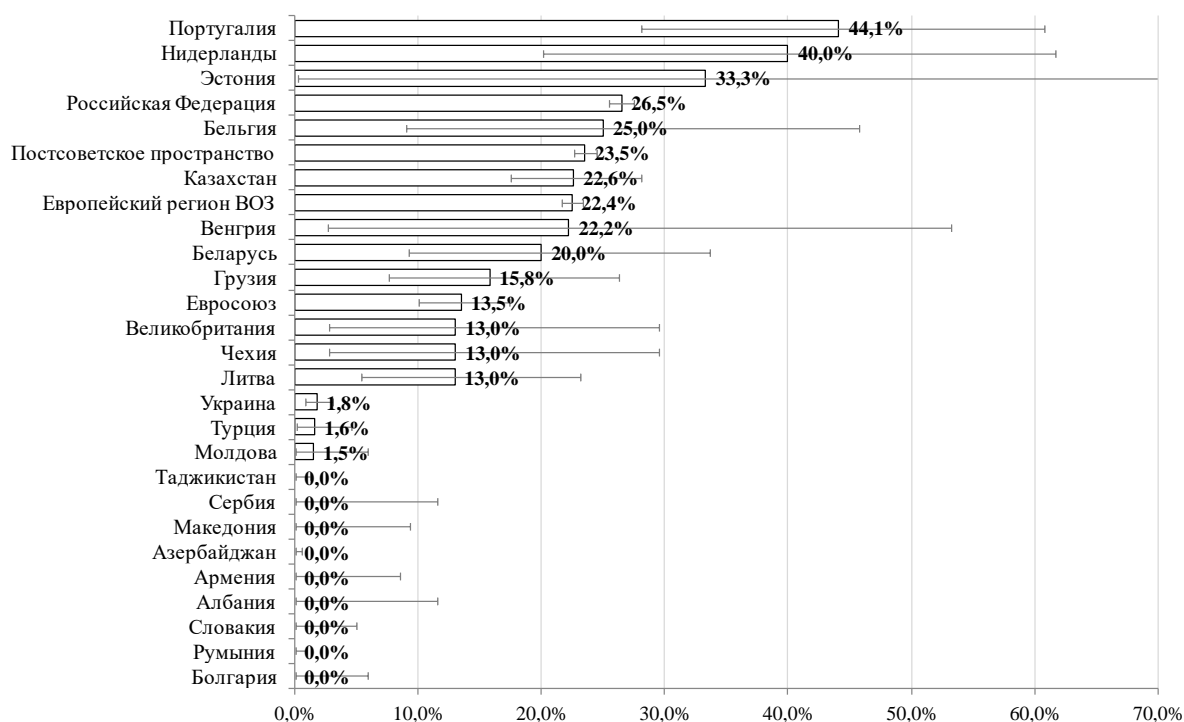


Рисунок 1.1 – Доля больных туберкулёзом (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза), зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях европейского региона ВОЗ в 2017 г., с не оцененными исходами курса химиотерапии. Горизонтальными отрезками показаны границы 95% доверительных интервалов (95%ДИ), которые здесь и далее были рассчитаны нами самостоятельно.

Мониторинг результатов лечения в странах за пределами европейского региона ВОЗ освящён в литературе гораздо хуже. Имеются лишь отдельные исследования, касающиеся данной темы. Причём в большинстве из них проблему удастся идентифицировать и количественно выразить только после тщательного анализа потока данных, включённых в исследование, поскольку многие страны исключают пациентов, выбывших с неуточнённым исходом курса химиотерапии, из дальнейшего исследования.

Macedo et al. [80] (Бразилия) в многофакторном анализе исходов лечения туберкулёза у 14874 заключённых определили факторы риска неблагоприятных его исходов. Для отказов от лечения это был молодой возраст, более низкий уровень образования, алкоголизм; отказы от лечения ассоциировались с более высокой частотой рецидива; они не получали лечение под непосредственным

наблюдением. Летальный исход был ассоциирован с более пожилым возрастом, алкоголизмом, неадекватным лечением. Следует подчеркнуть, что перед анализом исходов из исследования были исключены сведения о заключённых с исходом «transferred out» (рус. «выбыл») – 8%, и пациентов с неопределённым исходом лечения «not evaluated» (30%). Таким образом, если определять исходы лечения согласно дефинициям [64] и правилам определения исходов лечения, принятых в России, доля выбывших пациентов в данном исследовании составляет 38%.

Singano et al [89] (г. Зомба, Малави, 2011–2016) отмечают, что среди заключённых доля успешного лечения составила 93% (по сравнению с 88% в общей популяции), однако из анализа исключали исходы «not evaluated» и «transferred out». Но представленная диаграмма потока позволила оценить их долю: из 452 больных туберкулёзом заключённых центральной тюрьмы г. Зомбы 6 было переведено или не оценено, что составило 1,3% (95%ДИ 0,6-2,9); это незначительно снижает долю успешного лечения.

G. Ayala et al [81] (Сальвадор, 2009–2013), изучая влияние внедрения программы DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) в пенитенциарном здравоохранении, получили следующие совокупные результаты лечения для всех заключённых с туберкулёзом (1173 пациента), выявленных в 25 тюрьмах: успешное лечение 96,3%, неудача лечения – 0,5%, летальный исход – 1,5%, потерян для наблюдения – 16%, нет данных об исходе – 0,26%. Среди 920 больных туберкулёзом заключённых с положительным результатом микроскопии мокроты успешное лечение наблюдалось у 96,5%, неудача лечения – 0,4%, умерло 1,8%, потеряно для наблюдения 1,2%, нет данных об исходе – 0,1%.

Следует отметить, что и Сальвадор, и Малави имеют сравнительно небольшую площадь, что облегчает контроль освободившихся больных туберкулёзом и повышает вероятность продолжения их лечения в программе по борьбе с туберкулёзом.

По данным исследования, проведённого в двух тюрьмах Зимбабве с 2015 по 2018 гг. [82], из 280 пациентов, начавших лечение от туберкулёза, успешное лечение было у 209 (74,6%), умерло 14 (5,0%), потеряно для наблюдения – 4,0%,

неудач лечения не было, не оценено 16,4%. Следует отметить, что исход «не оценен» авторы относят к неблагоприятным, и далее изучают факторы риска развития неблагоприятных исходов в целом.

В исследовании Schwitters A et al [84] (Уганда, 2011–2012) из 449 заключённых начали лечение 446. В 202 случаях (45,3%; 95%ДИ 40,7-49,9) лечение не было завершено. Из 133 освобождённых во время лечения 105 (81%) потеряны для наблюдения (в данном исследовании трактовалось как прерывание лечения).

Berihun Y.A. et al [91] (Северная Эфиопия, 2010–2015) сообщают, что из 162 больных туберкулёзом заключённых успешное завершили лечение 63,6%. Неудача лечения регистрировалась в 1,2%, летальный исход – в 3,7%, исход лечения неизвестен у 31,5%. Исход лечения ассоциировался с регионом проживания, продолжительностью заключения и историей предыдущего лечения. Позже в исследовании Adane K. et al отмечается, что доля успешного лечения составила 79,5%, потеряны для наблюдения 2,5%, 1,6% не прошли лечение, 1,4% умерли, а 15% были переведены; все переведённые или освобождённые заключённые не были должным образом связаны с медицинскими учреждениями, и могли быть потеряны для дальнейшего лечения [88].

В исследовании Hatwiinda S. et al. [71] (Замбия, 2010–2011 гг.) из 374 заключённых с диагностированным туберкулёзом начали лечение 354. При пересчёте результатов лечения: не начали лечение 7,8%, успешное лечение было зарегистрировано у 65,2%, умерло 4,8%, нет данных об исходе у 27,1% (95%ДИ 22,8-32,0); из них по причине освобождения у 38,6%, по причине перевода в иные пенитенциарные учреждения – у 44,6%, по причине отсутствия данных (неуточнённые причины) у 16,8%.

По данным CDC (США, 2010–2017 гг.) [65] отказались от лечения 1%, завершили лечение 73% пациентов, умерло 2%, другие исходы были зарегистрированы у 15% пациентов, потеряны для наблюдения 5%, исход неизвестен у 3%. Авторы сравнивают эти исходы с пациентами гражданского здравоохранения, среди которых завершило лечение 88%; среди них была более

высока летальность (7%), однако было меньше пациентов с неуточнёнными исходами (1%) и прочими исходами (2%). Аналогичная закономерность отмечается также при сопоставлении исходов лечения пациентов пенитенциарного и гражданского здравоохранения и в Российской Федерации [35]. В более раннем исследовании (США, 1993–2001 гг.; включено 5382 пациента пенитенциарного 66705 гражданского здравоохранения) [61] завершило лечение 76,8% пациентов пенитенциарного и 89,4% пациентов гражданского здравоохранения, соответственно. При этом доли переведённых (выбывших) пациентов составили 10,2% и 4,4%, соответственно; потери для наблюдения – 9,6% и 3,9%; отказы от лечения – 0,7% и 0,8%; прочие исходы/исход не известен – 2,8% и 1,5%, соответственно. Таким образом, тенденции к улучшению результативности лечения в период 2010–2017 гг. по сравнению с периодом 1993–2010 гг. выявлено не было. Из этого следует, что проблема выбывания пациента с неуточнённым результатом курса химиотерапии характерна даже для такой крупнейшей пенитенциарной системы мира, как пенитенциарная система США.

Следует отметить, что рассматриваемые исходы лечения касались прежде всего туберкулёза с сохранённой лекарственной чувствительностью МБТ. Данные о результатах лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью МБТ (МЛУ-ТБ) скудны, хотя эта проблема характерна в том числе и для пенитенциарных учреждений. По наблюдениям Macedo et al [80], МЛУ-ТБ у заключённых был ассоциирован с рецидивом заболевания, прекращением предшествующего лечения, сменой лечебных центров. В мультицентровом исследовании, проводимом в пяти странах (Эстония, Латвия, Филиппины, Российская Федерация, Перу) установлено, что пребывание в местах лишения свободы в анамнезе является фактором, способствующим прерыванию лечения пациентом, продолжающим лечение в гражданском здравоохранении [73].

Одни из первых сведений о результатах лечения больных МЛУ-туберкулёзом в пенитенциарных учреждениях Кузбасса были опубликованы S.S. Shin et al. [79]. При оценке интегрированной системы оказания медицинской помощи больным МЛУ-ТБ (в исследование включено 110 пациентов

пенитенциарного и 134 пациента гражданского здравоохранения), при которой лекарственное обеспечение и мониторинг осуществлялись в рамках единой системы, благоприятные исходы лечения («излечен» и «лечение завершено») у пациентов, начавших лечение в пенитенциарных учреждениях были у 92 пациентов (83,6%), что выше (хотя и статистически незначимо), чем в гражданском здравоохранении (71,6%). Т.е. регистрация пациента для лечения в пенитенциарных учреждениях не была прогностически менее благоприятной, по сравнению с гражданским здравоохранением (скорректированный относительный риск (aOR)=0,86; 95%ДИ 0,35-2,13). Интересно, что из 23 освободившихся пациентов, 21 успешно завершили лечение в гражданском здравоохранении, 2 пациента прервали курс химиотерапии. При этом 3 пациента были повторно помещены в пенитенциарные учреждения, где успешно завершили лечение. Следовательно, в условиях интегрированных систем лечения туберкулёза, в том числе – с МЛУ МБТ, пребывание в местах лишения свободы не обязательно является предиктором неблагоприятного исхода лечения.

Позже были опубликованы данные по результатам лечения пациентов МЛУ-ТБ в регионах-участниках инициативы Комитета Зелёного Света (КЗС) [34]. Среди 266 больных пенитенциарных учреждений, зарегистрированных в 2008 г. в регионах-участниках КЗС (характеризующихся наиболее высокой интеграцией систем, благодаря чему у них заявка на участие была одобрена в первую очередь) не было оценено из-за перевода пациентов 5,6% исходов курса химиотерапии (КХТ). При этом доля успешного лечения составила 49,6%, неудачи лечения были в 20,7%, летальный исход – у 1,9%, прерывание курса – у 12,8%, исход лечения не оценен вследствие перевода в другие учреждения/ведомства в 5,6%, курс лечения продолжался более 24 мес. у 9,4%. В этом же источнике приведены данные для 668 пациентов МЛУ-ТБ, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях в 2009 г. и 664 пациентах, зарегистрированных в 2010 г., в условиях расширившейся географии применения инициативы. Доля пациентов, не оцененных вследствие перевода в другие учреждения/ведомства, выросла до

12,0% (для пациентов, зарегистрированных в 2009 г.) и 18,4% для пациентов, зарегистрированных в 2010 г.

В дальнейшем, при охвате мониторингом результатов лечения пациентов с МЛУ-ТБ во всех пенитенциарных учреждениях России (начиная с пациентов, зарегистрированных в 2013 г.), доля выбывших пациентов с МЛУ-ТБ выросла до значений 27,1–32,9% [35].

Судя по опыту Кемеровской области и регионов-участников инициативы КЗС с хорошей межведомственной интеграцией, интегрированные системы оказания фтизиатрической помощи снижают вероятность потери пациентов после их освобождения из пенитенциарных учреждений.

1.2. Приверженность к лечению и факторы, влияющие на неё у больных туберкулёзом, начавших лечение от туберкулёза в учреждениях уголовно-исполнительной системы России

Приверженность к лечению – важный компонент лечения пациентов, страдающих туберкулёзом. Уклонение от лечения является одним из основных компонентов, негативно влияющих на эффективность лечения больных туберкулёзом, на который приходится 41% неблагоприятных исходов [2]. В учреждениях ФСИН России может быть реализован комплекс методов по повышению приверженности пациента к лечению, включающий комбинацию административных, оперативных и воспитательных мер, направленных на возобновления пациентом лечения.

А.В. Чукаева приводит классификацию факторов риска неприверженности к лечению на примере неприверженности к гипотензивной терапии. Она различает факторы, связанные с заболеванием (хроническое заболевание, отсутствие

симптомов, отсутствие немедленного результата при нарушении режима или низкой дисциплине), связанные с пациентом (отрицание болезни, личные убеждения, молодой возраст, социальная изоляция, психиатрическая патология, мужской пол, низкий уровень образования, недостаток знаний о заболевании, недостаточная вовлечённость в план лечения, несоблюдение предписаний), связанные с врачом (нехватка времени, отказ от увеличения дозы для достижения цели лечения, длительное время ожидания приёма, недостаточное взаимодействие врача, пациента и фармаколога, недостаток специальных знаний по приверженности к лечению), связанные с лечением (сложный режим дозирования, длительность лечения, некорректируемые побочные эффекты, стоимость лечения). [56]. Часть из этих факторов (нехватка времени, отказ от увеличения дозы для достижения цели лечения, длительное время ожидания приёма, сложный режим дозирования, стоимость лечения) не актуальна для лечения пациента в условиях пенитенциарных учреждений, однако, большинство других факторов, напротив, крайне актуализируется у больных туберкулёзом, находящихся в местах лишения свободы. Неблагоприятным для обеспечения непрерывного лечения является также возрастной и гендерный состав осуждённых [7, 19].

В пенитенциарной системе существует ряд барьеров, препятствующих излечению от туберкулёза: перемещение осуждённых из одного места отбывания наказания в другое, повторные случаи заключения, криминальная субкультура, происхождение осуждённых из социально-экономически уязвимых групп, наличие сопутствующих заболеваний, дефекты лекарственного обеспечения [46].

У больных туберкулёзом наиболее важными факторами риска уклонения от лечения являются: злоупотребление алкоголем (OR=7,4), одиночество, проявляющееся у лиц БОМЖ и лиц, не состоящих в браке (OR=1,7...9,2), отсутствие работы (OR=4,9), пребывание в прошлом в местах лишения свободы (OR=2,5), начальное и среднее образование (OR=2,3), проживание далее 5 км. от места лечения (OR=1,9), бактериовыделение при регистрации пациента (OR=2,8) [2].

Существенная часть этих факторов также отсутствует в условиях пенитенциарной системы, однако такие факторы, как одиночество и отсутствие цели лечения, ограниченные возможности совершенствования образовательного уровня, напротив, актуализируются.

С.С. Саенко и соавт. [40] в качестве предикторов прерывания лечения отмечают: прерывание ($aOR=5,8$) или неудачу ($aOR=2,2$) лечения в анамнезе, наличие ВИЧ-инфекции ($aOR=1,9$), мужской пол ($aOR=1,8$), наличие положительной бактериоскопии мокроты при регистрации ($aOR=1,3$) и деструктивных изменений в лёгких ($aOR=1,9$). Для пенитенциарных учреждений характерна более высокая доля случаев повторного лечения [35]. Проблема ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях также высоко актуальна [49].

Связь тюремного заключения в анамнезе с плохой приверженностью к лечению отмечают и в других исследованиях (например, [46, 78, 85]). L.M. Macedo и соавт. (2013) при изучении факторов прерывания курса лечения в пенитенциарных учреждениях отмечали влияние молодого возраста, низкого уровня образования, склонности к алкоголизму, хроническая форма туберкулёза или его рецидив [80]; эти факторы продолжают оказывать влияние и после освобождения. Существенная часть освобождающихся осуждённых имеет проблемы с жильём [44]. В свою очередь, бездомность является фактором риска с плохой приверженностью к лечению и риском прерывания лечения [85]. По данным исследования [62] (2002 г., Россия, Санкт-Петербург), лишь 21 из 80 освобождённых продолжили наблюдение в условиях противотуберкулёзного диспансера. Препятствиями для завершения лечения были: бездомность, безработица, алкоголизм, наркомания, непереносимость лекарств и сопутствующая патология.

Приверженность к лечению является динамическим параметром: на неё может влиять изменение жизненных обстоятельств, например – «... переезд на новое место жительства, смена социального статуса и даже замена лечащего врача может привести как к увеличению, так и к уменьшению приверженности» [56]. Со всеми перечисленными факторами сталкивается больной туберкулёзом, начавший

лечение в местах лишения свободы и освободившийся из них. По данным исследований А. Schwitters и соавт. (2014), проведенных в Уганде, риск прерывания лечения у пациентов, переведенных во время лечения, был в 8,36 раза выше по сравнению с заключенными, которые остались в той же самой тюрьме, а 81% освободившихся пациентов были потеряны для последующего наблюдения [84]. К. Adane [88] (Эфиопия, 2018) отмечает, что «...все переведённые или освобождённые заключённые не были надлежащим образом связаны с медицинскими учреждениями и могли быть потеряны для последующего лечения». О мобильности пациентов как о наиболее значительном факторе риска прерывания лечения в пенитенциарной системе и за её пределами упоминает и В.М. Коломиец [14]. Любой освободившийся из исправительных учреждений сталкивается с целым рядом проблем, из которых основными являются недостаточная осведомлённость о событиях, происходящих на свободе, отсутствие квалифицированной психологической помощи, проблемы с трудоустройством, проблемы с наличием места жительства, дефицит материальных средств, наличие судимости [5]. Это усугубляется тем, что в период лишения свободы у осужденных снижается, либо утрачивается способность к самостоятельности и инициативности [24].

Таким образом, освобождающиеся из мест лишения свободы осуждённые, имеют потребность в проведении им мероприятий по ресоциализации, определяемой как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление, приобретение социальных связей, утраченных как вследствие преступной деятельности, так и в период вынужденной изоляции от общества» [6]. Ресоциализация осуждённых состоит из двух этапов: пенитенциарного (который осуществляется во время отбытия наказания в учреждениях УИС) и постпенитенциарного (реализуется после освобождения осуждённого) [4].

При этом для осужденных, которые не страдают туберкулёзом, доступны такие возможности ресоциализации, как совершенствование профессионального образования, привлечение их к оплачиваемому труду [23], перевод в колонию-поселение [4], а в ряде исправительных учреждений доступен опыт «школы

подготовки к освобождению» [5, 9, 14]. Для решения вопросов трудового и бытового трудоустройства после освобождения осуждённому может быть разрешён краткосрочный выезд за пределы исправительного учреждения продолжительностью до семи суток [18], имеется возможность трудоустройства после освобождения. В ряде субъектов Российской Федерации созданы службы социального сопровождения лиц, освободившихся из мест лишения свободы, оказывающие помощь в трудоустройстве, предоставлении жилья, получении временной регистрации [1].

По состоянию на 1 января 2015 года «...действует система социальной адаптации лиц, освобождённых из учреждений уголовно-исполнительной системы, в которую входят органы региональной исполнительной власти, осуществляющие управление в сфере занятости, социальной защиты населения, охраны здоровья граждан, образования и молодёжной политики, физической культуры и спорта, а также подведомственные им организации, участвующие в проведении мероприятий по социальной адаптации указанных лиц в силу полномочий, закреплённых в федеральном законодательстве» [11]. Законы о социальной адаптации лиц, освобождённых из учреждений УИС, приняты в 4 субъектах Российской Федерации, о квотировании рабочих мест, мерах стимулирования работодателей, трудоустраивающих освобождённых из учреждений УИС – в 16 субъектах. Самостоятельные государственные программы социальной адаптации лиц, освобождённых из учреждений УИС, были приняты в 7 субъектах, а в качестве разделов региональных государственных программ по социальной поддержке, содействия занятости населения – в 22 субъектах. Отдельные мероприятия по социальной адаптации предусмотрены в рамках региональных программ по профилактике преступлений и правонарушений 14 субъектов Российской Федерации [11]. Тем не менее, обилие региональных программ, их наименований и ведомственных структур, их реализующих (часто в одном и том же субъекте действует несколько программ или разделов программ, включающих вопросы психосоциальной адаптации лиц, освободившихся из учреждений УИС) скорее свидетельствует об отсутствии

системы в организации таких центров. Кроме того, в части регионов доля освободившихся жителей других регионов и жителей других стран достигает 50% среди всех освобождённых, что затрудняет обоснование расходования средств субъекта Российской Федерации на реализацию программ [44].

Тем не менее, имеется позитивный опыт функционирования программ реабилитации освободившихся лиц. Так, в Пермском крае «В рамках эксперимента оказывалась государственная услуга «Сопровождение программ реабилитации освободившихся лиц и лиц, отбывающих наказание без лишения свободы», предусматривающая предоставление освободившимся лицам и лицам, осуждённым к наказаниям и мерам уголовно-правового характера, не связанным с изоляцией от общества, комплекса реабилитационных услуг: социальных, социально-правовых и социально-психологических» [11, 32]. По итогам эксперимента в 2014 г. были оказаны услуги (в % от нуждающихся) в восстановлении документов – 94,3%, содействие в лечении – 65,4%, трудоустройстве – 79,0%, решении жилищных проблем – 82,0%, семейных проблем – 94,5%. В г. Санкт-Петербурге социальная помощь освободившимся из учреждений УИС гражданам оказывается в двух учреждениях, по состоянию на 2015 год всего на 127 мест. В них возможно проживание, проведение образовательных мероприятий и иные виды психосоциальной помощи, в том числе – женщинам [31].

В Красноярском крае по инициативе ГУФСИН в партнёрстве с некоммерческим общественным объединением была создана служба социального сопровождения лиц, освобождённых из учреждений ФСИН, в том числе, решающая проблемы трудоустройства и обеспечения жильём. Ежегодно в службу обращается 38% освободившихся лиц, а временное жильё получают 20% из них [44]. Тем не менее, Красноярский край в 2019 г. является единственным субъектом Российской Федерации, в котором функционируют центры социальной адаптации только для бывших осуждённых (всего 4 учреждения) [44].

Освобождающиеся из учреждений УИС России больные туберкулёзом в большинстве случаев лишены ряда возможностей по социальной адаптации,

доступных здоровым осуждённым. В силу ограничений, накладываемых инфекционным заболеванием и режимом функционирования лечебно-исправительных учреждений, у них снижена возможность профессионального образования (за исключением отдельных его дистанционных форм), возможность участия в мероприятиях по подготовке к освобождению, выше риск потери социальной связи с родными за время отбывания наказания. Для больных открытой формой туберкулёза, а также для больных туберкулёзом с наличием ВИЧ-инфекции исключена возможность краткосрочного выезда за пределы исправительного учреждения продолжительностью до семи суток [18]. Однако даже при отсутствии открытой формы туберкулёза, либо ВИЧ-инфекции, возможность краткосрочного выезда больных туберкулёзом ограничена, поскольку расходы на такую поездку осуждённые оплачивают из собственных средств, возможность для заработка которых у больных туберкулёзом снижена, в то время, как для части больных туберкулёзом требуются большие средства для проезда в виду большей удалённости ЛИУ от места их проживания (см. подглаву 3.3). У ряда больных имеются противопоказания для проживания в центрах социальной адаптации как в связи с туберкулёзом, так и в связи с сопутствующей ВИЧ-инфекцией: в соответствии с Приказом Минздрава России от 29.04.2015 № 216н они ограничены в получении помощи с проживанием в центрах социального обслуживания [28, 55].

Кроме того, в последнее время в связи с сокращением числа больных туберкулёзом, отмечается снижение числа ЛИУ для больных туберкулёзом. В ряде субъектов Российской Федерации отсутствуют возможности лечения осуждённых больных туберкулёзом, и они переводятся в лечебно-исправительные учреждения других регионов России. В свою очередь, это дополнительно затрудняет поддержание социально полезных связей – в частности – свиданий. Также это приводит к тому, что освобождающиеся больные туберкулёзом нуждаются в проезде к месту своего прежнего проживания, создавая инфекционную опасность для окружающих пассажиров.

Кроме того, у всех освобождающихся осуждённых выделяется ряд факторов риска срыва социальной адаптации, к которым относятся отсутствие работы, постоянного места жительства, употребление алкоголя, наркотиков, антисоциальные установки [5]. Большинство из этих факторов характерны для больных туберкулёзом, даже не находившихся в местах лишения свободы [37, 52, 59]. Сложно ожидать, что указанные факторы будут менее распространены среди больных туберкулёзом пациентов, освободившихся из учреждений УИС.

Исходя из данных приведённых источников, мы сопоставили возможности социальной адаптации всех освобождающихся из мест лишения свободы и освобождающихся больных туберкулёзом (таблица 1.1).

Таким образом, освободившиеся больные туберкулёзом имеют меньше возможностей для их социальной адаптации по сравнению с осуждёнными без туберкулёза. В частности, это проявляется тем, что больные туберкулёзом, освободившиеся из пенитенциарных учреждений, имеют дополнительный риск досрочного прекращения лечения [2].

Снижение возможностей социальной адаптации освобождающихся из мест
лишения свободы осуждённых, больных туберкулёзом

Период	Мероприятие или фактор, влияющий на ресоциализацию	Возможность проведения мероприятий у освобождающихся или освобождённых	
		без туберкулёза	больных туберкулёзом
Пенитенциарный	Получение профессионального образования	имеется	отсутствует или существенно снижена
	Участие в мероприятиях по подготовке к освобождению	имеется в ряде учреждений	отсутствует
	Поддержание социальных связей	возможно	снижена вследствие большей удалённости ЛИУ для больных туберкулёзом и инфекционной опасности
	Краткосрочный выезд для решения бытовых вопросов и трудоустройства	имеется	существенно ограничена
	привлечение осужденных к оплачиваемому труду	имеется	ограничена
	Перевод в колонию-поселение	имеется	ограничена
Постпенитенциарный	Проезд к месту проживания	требуется реже, на близкие расстояния	требуется чаще, на более далёкие расстояния
	Возможность создания новых и поддержания существующих социальных связей	снижена	снижена сильнее вследствие инфекционной опасности
	Возможность трудоустройства	снижена	дополнительно ограничена заболеванием
	Возможность выбора места проживания	снижена	дополнительно ограничена заболеванием
	Факторы риска срыва социальной адаптации	распространены	вероятно, более распространены
	Получение помощи в центрах социальной реабилитации	В зависимости от региона	ограничена заболеванием

Несмотря на то, что в учреждениях ФСИН России имеются разнообразные способы привлечения больных туберкулёзом к лечению, проблема создания приверженности пациентов к лечению проявляется после их освобождения, когда для продолжения лечения пациентам необходимо встать на диспансерный учёт в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «фтизиатрия». Существенная часть освободившихся больных туберкулёзом не продолжает диспансерное наблюдение (и, соответственно, лечение) по поводу туберкулёза. По данным И.И. Ларионовой и соавт. [15], в 2014 г., из учреждений Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации (ФСИН России) освободилось 9386 больных туберкулёзом, в то время как на учёт в учреждения гражданского здравоохранения встало 7558 пациентов. Отношение числа освободившихся пациентов к пациентам, вставшим на учёт в учреждения гражданского здравоохранения, составило 1,8. Ситуация сохраняет свою актуальность: по данным формы ФСИН-6, в 2018 году из учреждений ФСИН России освободилось 8081 пациентов с туберкулёзом, которые наблюдались в I и II группах диспансерного наблюдения (ГДН), в то время, как по данным ф. № 33, на учёт в медицинские организации гражданского здравоохранения из учреждений ФСИН поступило 5216 пациентов; при этом отношение числа освободившихся пациентов к пациентам, вставшим на учёт в учреждения гражданского здравоохранения составило 1,6. Таким образом, несмотря на предпринимаемые меры по совершенствованию уголовно-исполнительной политики, направленной на социализацию осуждённых, обеспечению «преимущества в проведении медико-социальных мероприятий в отношении осуждённых, страдающих социально значимыми заболеваниями, освобождающихся из мест лишения свободы» [17] часть пациентов после освобождения перестаёт получать лечение по поводу туберкулёза. Это приводит к тому, что результативность лечения («treatment success rate») пациентов с впервые выявленным туберкулёзом и с рецидивом туберкулёза, зарегистрированных в учреждениях ФСИН России, остаётся самой низкой среди 18 высокоприоритетных стран Европейского региона ВОЗ [86].

Одним из способов формирования приверженности к лечению на пенитенциарном этапе является просветительская работа (индивидуальная и групповая) с информированием пациента о заболевании и лечении, которая помогает сформировать у пациента правильную внутреннюю картину болезни, осознать необходимость назначаемых лечебных и диагностических манипуляций, важность соблюдения режима лечения [13, 22, 36]. Низкий уровень знаний о туберкулёзе среди заключённых препятствует адекватной диагностике и лечению туберкулёза в пенитенциарных учреждениях [90]. По данным ряда авторов [63, 66], недостаток информации о заболеваниях (по мнению пациента) способствует прерыванию лечения, особенно после улучшения самочувствия пациента.

В связи с этим, одним из разделов нашего исследования было изучение охвата больных туберкулёзом мероприятиями по санитарно-просветительской работе и их результативности.

Другая задача – определить, какие меры социальной поддержки будут иметь ценность для больных туберкулёзом в постпенитенциарном периоде. По данным К.А. Руновой «Бывшие осуждённые в России, наряду с другими категориями граждан, попавших в сложную жизненную ситуацию, могут получить следующие основные виды помощи: место в центрах социальной адаптации, материальную помощь (в том числе одежду и обувь), помощь в трудоустройстве, профессиональное обучение, медицинскую помощь, психологическую поддержку, юридическую помощь» [44]. А.М. Потапов и соавт. (2016) [39] по косвенным данным анализировал потенциальные потребности освобождающихся осуждённых, вне зависимости от наличия у них туберкулёза. Было установлено, что у 13% осуждённых отсутствовали социально полезные связи. 31% освобождающихся осуждённых были намерены после освобождения работать, 24% предполагали наличие проблем с жильём, а ещё 4% указали на его отсутствие. Хуже изучены потребности освобождающихся больных туберкулёзом, которые могут существенно отличаться. R.S. Fry и соавт., по данным опроса 21 бывшего заключённого больного туберкулёзом (из числа вставших на учёт в противотуберкулёзном диспансере), сообщают о

положительной оценке в первую очередь помощи в получении внутреннего паспорта и денег, затем питания и работы, как наиболее желательных мотивирующих факторов для завершения лечения туберкулёза [62]. Таким образом, целенаправленное изучение вопроса потребностей осуждённых, больных туберкулёзом, является актуальным.

Резюме

Проблема не оцененных исходов у больных туберкулёзом пенитенциарных учреждений, регистрируемых как исход «выбыл», в Российской Федерации велика как сама по себе, так и по сравнению со странами европейского региона ВОЗ. За пределами европейского региона ВОЗ она близка к таковой в опубликовавших сведения странах, имеющих достаточно большую площадь. Снизить долю не оцененных исходов курса химиотерапии позволяют интегрированные системы оказания фтизиатрической помощи.

Уклонение от лечения является одним из основных компонентов, оказывающих влияние на его эффективность. В гражданском здравоохранении к факторам, способствующим уклонению больных туберкулёзом от лечения, относят факторы, связанные с пациентом, связанные с заболеванием и его лечением, и связанные с врачом. В пенитенциарном здравоохранении приходится сталкиваться с рядом барьеров, не характерных для гражданского здравоохранения, в том числе – перемещение пациентов между учреждениями, влияние криминальной субкультуры, социальная стигма, наличие сопутствующих заболеваний (в том числе – психических расстройств и расстройств поведения), дефекты лекарственного обеспечения. Кроме того, у пациентов пенитенциарных учреждений, больных туберкулёзом, актуализируются такие факторы, как

одиночество и отсутствие цели лечения, ограниченные возможности совершенствования образовательного уровня. Это приводит к выраженной ассоциации пенитенциарного анамнеза с недостаточной приверженностью к лечению. Освободившиеся из пенитенциарных учреждений больные туберкулёзом сталкиваются с проблемами, ещё сильнее снижающими приверженность к лечению туберкулёза, которые усугубляются при отсутствии надлежащей связи пациента с гражданскими медицинскими организациями. Доступность мероприятий по ресоциализации лиц, освободившихся и освобождающихся из мест лишения свободы, как на пенитенциарном, так и на постпенитенциарном этапах, для больных туберкулёзом снижена. Лишь в некоторых субъектах Российской Федерации реализуются программные мероприятия по социальной адаптации на постпенитенциарном этапе; их финансирование из регионального бюджета затрудняет социальную адаптацию пациентов других регионов. Потребности освобождающихся заключённых и предикторы их отказа от дальнейшего лечения изучены недостаточно, что затрудняет формирование программ по их привлечению к лечению.

Глава 2

Организация, материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в 2019–2021 гг. Базами для проведения исследования были: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и ФКУ НИИ ФСИН России.

Объект исследования – система оказания фтизиатрической помощи подозреваемым, обвиняемым и осуждённым больным туберкулёзом.

Предмет исследования – факторы, препятствующие преемственности лечения больных туберкулёзом и обратной связи по его результатам.

Единицы измерения – индикатор, случай лечения туберкулёза.

Период исследования – 2014–2020 гг. Нижняя граница периода для исследования выбрана по принципу совпадения двух ключевых событий: 1) введения в действие формы ведомственного статистического наблюдения (ВСН) № ФСИН-6 «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы»; 2) формирования территориальной структуры Российской Федерации в существующем виде (вместе с Республикой Крым и г. Севастополем). В случае введения в действие актуальной редакции отдельных форм единовременного статистического наблюдения (ВР-5МЛУ-ФСИН, ВР-8доп-ФСИН), данные включались в исследование с момента введения в действие актуальной редакции указанных форм (2017 г.).

В качестве материалов для исследования использовали сведения из форм:

- федерального статистического наблюдения (ФСН) № 33 «Сведения о больных туберкулёзом» (далее ф. № 33) в целом по Российской Федерации за 2014–2020 гг. (7 документов);

- ведомственного статистического наблюдения (ВСН) № ФСИН-6 «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в

учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы» (далее – ф. № ФСИН-6) в целом по УИС России за 2014–2020 гг. и по субъектам Российской Федерации за 2017–2018 гг. (169 документов);

- ВСН № туб-4 «Отчёт о больных туберкулёзом» (далее ф. № туб-4) в целом по УИС России за 2014–2020 гг. (7 документов);

- отраслевого статистического наблюдения (ОСН) № 8-ТБ «Сведения о результатах курсов химиотерапии больных туберкулезом легких» (далее – ф. № 8-ТБ) по гражданскому здравоохранению и УИС России за 2015–2020 гг.; за 2018 г. – по субъектам Российской Федерации (87 документов);

- единовременного статистического наблюдения (ЕСН) № ВР-5МЛУ-ФСИН «Сведения об исходах случаев лечения туберкулёза по IV, V режиму химиотерапии в учреждениях ФСИН России» (далее – ф. № ВР-5МЛУ-ФСИН) за 2017–2020 гг. (4 документа);

- ЕСН № ВР-8доп-ФСИН «Сведения об исходах случаев лечения туберкулёза, не классифицированных в форме 8-ТБ» (далее – ф. № ВР-8доп-ФСИН) за 2017–2020 гг. (4 документа);

Программа проведённого исследования представлена на схеме 2.1.

Цель: разработать предложения для повышения преемственности лечения и мониторинга его результатов у больных туберкулёзом, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации.		
Задачи	Материалы	Методы
Изучить современное состояние проблемы преемственности лечения больных туберкулёзом в учреждениях ФСИН России	Сведения форм ФСН № 33, ВСН № ФСИН-6, туб-4, ОСН № 8-ТБ, ЕСН №№ ВР-5МЛУ-ФСИН, ВР-8доп-ФСИН. Всего 278 документов	Информационно-аналитический, ретроспективный когортный анализ, стандартные статистические методы обработки информации.
Выявить предикторы уклонения пациентов, выявленных в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения после их освобождения	Сведения (ф. 089/у-туб, 01-ТБ/у, 30-4/у) о 75 пациентах, выявленных в учреждениях ФСИН России в период с 2014-2018 гг.	Исследование случай-контроль с расчётом отношения шансов (OR), статистической значимости различий.
Разработать мероприятия по совершенствованию пенитенциарного и постпенитенциарного этапов мотивирования больных туберкулёзом к лечению и сформировать предложения по улучшению внутри- и межведомственного взаимодействия по вопросам преемственности лечения и его мониторинга	Результаты анкетирования 453 больных туберкулёзом, находящихся в учреждениях УИС. Результаты ответа на запрос УОМСО ФСИН России № исх-22-33183 от 14.05.2021. Форма ВСН № туб-4 за 2020 год.	Программная обработка материала со стратификацией, расчётом отношения шансов (OR), 95%ДИ, статистической значимости различий; многофакторный анализ.

Схема 2.1. Программа исследования

2.1. Материалы и методы изучения современного состояния проблемы недостаточной преемственности лечения больных туберкулёзом в Российской Федерации

Число больных туберкулёзом, освободившихся из пенитенциарных учреждений и не прибывших в гражданское здравоохранение, рассчитывали по данным форм №№ 33 и ФСИН-6 как разницу числа больных туберкулёзом,

освобождённых из учреждений ФСИН России (ф. № ФСИН-6) и числа больных туберкулёзом, прибывших из пенитенциарных учреждений (ф. № 33).

Значимость данного показателя оценивали по отношению к сумме числа лиц, состоящих на учёте на окончание отчётного года (в гражданском здравоохранении и ФСИН). Для наглядности показатель умножали на 100. Таким образом, мы оценивали в динамике величину показателя «число больных туберкулёзом, освободившихся из учреждений ФСИН России и не вставших на учёт медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «фтизиатрия» гражданского здравоохранения, на 100 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу туберкулёза на окончание отчётного года» (показатель соотношения).

Доля бактериовыделителей, выявленных в следственных изоляторах и исправительных учреждениях, рассчитывалась по данным формы № туб-4 как процентное отношение числа больных, которые выделяли МБТ (с. 28) к числу больных туберкулёзом, наблюдающихся в I и II группах диспансерного наблюдения (с. 4).

Доли исходов курса химиотерапии у больных туберкулёзом лёгких (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) определялись в соответствии с рекомендациями [35]. Регистрационные группы пациентов определялись в соответствии с Приказом Минздрава России № 50 от 13.02.2004 г. «О введении в действие учётной и отчётной документации мониторинга туберкулёза» [30] и международными дефинициями [64].

Для сопоставления исходов курса химиотерапии по годам с учётом различий распределения числа больных туберкулёзом лёгких по регистрационным группам и результатам микроскопии мокроты (обоснование см. в главе III) при регистрации, мы применяли процедуру стандартизации по регистрационным группам (впервые выявленные больные туберкулёзом лёгких и больные с рецидивом туберкулёза лёгких) и результатами микроскопии мокроты при регистрации (положительные результаты и отрицательные/не документированные результаты микроскопии мокроты при регистрации).

Поскольку не документированные результаты микроскопии мокроты при регистрации в учреждениях ФСИН встречались крайне редко (менее 5%), ими пренебрегали.

Эталонным годом для стандартизации был взят 2020 отчётный год (сведения о больных, зарегистрированных в 2019 году). По данным формы № 8-ТБ по ФСИН за 2020 год (для больных туберкулёзом лёгких, зарегистрированных в 2019 году) было определено число больных туберкулёзом лёгких с зарегистрированными исходами: эффективный курс химиотерапии (ЭКХТ), неэффективный курс химиотерапии (НКХТ), летальным исходом, прервавших курс химиотерапии (ПКХТ), и выбывших в неизвестном направлении по регистрационным группам и результатам микроскопии. Далее было рассчитано отношение суммы исходов по каждой регистрационной группе к общей сумме исходов по всем регистрационным группам. Отношения составили:

- для впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких с положительной микроскопией мокроты – $550 / 5406 = 0,10174$;

- для впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких с отрицательной микроскопией мокроты – $3241 / 5406 = 0,59952$;

- для больных рецидивом туберкулёза лёгких с положительной микроскопией мокроты – $288 / 5406 = 0,05327$;

- для больных рецидивом туберкулёза лёгких с отрицательной микроскопией мокроты – $288 / 5406 = 0,24547$.

Во всех предыдущих годах отношение каждого исхода в каждой из регистрационных групп умножалось на соответствующий коэффициент, полученный для отчётных данных 2020 года. Это давало доли исходов курса химиотерапии, стандартизованные по регистрационной группе и результатам микроскопии мокроты при регистрации.

Исходы курса химиотерапии для больных с предполагаемой или выявленной устойчивостью МБТ как минимум к рифампицину, которые получают лечения по IV, V режимам химиотерапии, оценивается через 2 года после регистрации. Имеются сведения о результатах их лечения, начиная с 2017

года (для больных, зарегистрированных два года назад, в 2015–2017 гг.). Была проведена стандартизация по регистрационным группам и назначенным режимам химиотерапии по данным 2019 года. Названия и величина весовых коэффициентов рассчитывались аналогично:

- впервые выявленные больные, IV-тестовый режим химиотерапии – 92 из 2802 = 0,032834;

- больные с рецидивом туберкулёза, IV-тестовый режим химиотерапии – 130 из 2802 = 0,046395;

- случаи лечения после неэффективного курса химиотерапии (ПНКХТ), IV-тестовый режим химиотерапии – 1312 из 2802 = 0,468237;

- случаи лечения после прерывания курса химиотерапии (ППКХТ), IV-тестовый режим химиотерапии – 320 из 2802 = 0,114204;

- «прочие» повторные случаи лечения, IV-тестовый режим химиотерапии – 241 из 2802 = 0,08601;

- впервые выявленные больные, IV эмпирический режим с подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 16 из 2802 = 0,00571;

- больные рецидивом туберкулёза, IV эмпирический режим с подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 35 из 2802 = 0,012491;

- случаи лечения ПНКХТ, IV эмпирический режим с подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 140 из 2802 = 0,049964;

- случаи лечения ППКХТ, IV эмпирический режим с подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 45 из 2802 = 0,01606;

- «прочие» повторные случаи лечения, IV эмпирический режим с подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 38 из 2802 = 0,013562;

- впервые выявленные больные, IV эмпирический режим с не подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 20 из 2802 = 0,007138;

- больные рецидивом туберкулёза, IV эмпирический режим с не подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 17 из 2802 = 0,006067;
- случаи лечения ПНКХТ, IV эмпирический режим с не подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 273 из 2802 = 0,09743;
- случаи лечения ППКХТ, IV эмпирический режим с не подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 35 из 2802 = 0,012491;
- «прочие» повторные случаи лечения, IV эмпирический режим с не подтвердившейся впоследствии устойчивостью к рифампицину – 28 из 2802 = 0,01;
- впервые выявленные больные туберкулёзом, V режим химиотерапии – 2 из 2802 = 0,000714;
- больные рецидивом туберкулёза, V режим химиотерапии – 3 из 2802 = 0,001071;
- случаи лечения ПНКХТ, V режим химиотерапии – 43 из 2802 = 0,015346;
- случаи лечения ППКХТ, V режим химиотерапии – 4 из 2802 = 0,001428;
- «прочие» повторные случаи лечения, V режим химиотерапии – 8 из 2802 = 0,002855.

При определении доли выбывших с неуточнённым исходом лечения впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких (зарегистрированных в 2017 г. и оцененных в 2018 г., под данным ф. № 8-ТБ) рассчитывали число и долю пациентов с исходом «выбыл» в регионах, в которых имеются учреждения для лечения больных туберкулёзом и в регионах, в которых такие учреждения отсутствуют. Наличие медицинских организаций («лечебно-исправительных учреждений» и специализированных больниц) для больных туберкулёзом определяли по данным ф. № ФСИН-6 за 2017 и 2018 гг. Регионы с нулевым числом мест для больных туберкулёзом в разделе «исправительные учреждения» относили к субъектам, не осуществляющим лечение осуждённых больных туберкулёзом (наличие мест для больных туберкулёзом в следственных

изоляторах, в которых больные туберкулёзом получают лечение только до их осуждения, не учитывали) [48].

Число регионов с наличием мест для больных туберкулёзом в период с 2014 по 2020 гг. оценивали по числу лимита мест для больных туберкулёзом (источник данных – форма № ФСИН-6) в УИС за вычетом лимита мест в СИЗО.

2.2. Материалы для выявления предикторов уклонения пациентов, выявленных в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения после освобождения

Исследование проводилось на базе модельного региона – Калининградской области. Выбор места исследования обусловлен уникальным положением региона. С одной стороны, в Калининградской области действуют федеральные нормы и правила Российской Федерации, а, с другой стороны, обособленность региона затрудняет миграцию из него. При этом специализированная медицинская помощь больным туберкулёзом оказывается непосредственно на территории Калининградской области, в то время как в других территориально обособленных регионах оказание специализированной медицинской помощи больным туберкулёзом проводится в ограниченном объёме, до их перемещения в специализированные лечебно-исправительные учреждения за пределами этих субъектов. Это позволяет проследить обращение больных туберкулёзом после их освобождения в противотуберкулёзный диспансер, что невозможно в других регионах России.

В исследование включены сведения о 75 пациентах (в том числе – 70 мужчинах и 5 женщинах), выявленных в учреждениях ФСИН России по

Калининградской области в период с 22.01.2014 по 14.12.2018. Возраст пациентов на момент выявления составил от 21 до 66 лет (медиана – 35 лет; I квартиль – 30, III квартиль – 40). 58 пациентов – 77,3% являлись постоянными жителями Калининградской области, 13 – 17,3% являлись лицами без определённого места жительства (БОМЖ), 3 пациентов – иностранными гражданами, 1 – жителем другого региона России. Медиана от освобождения пациентов из учреждений ФСИН России до их постановки на учёт в ПТД составила 19,5 дней (I квартиль 4,5 дня; III квартиль – 43 дня).

Пациенты были стратифицированы по признаку продолжения ими лечения на две группы. В I группу включили 62 пациента, которые продолжили диспансерное наблюдение после их освобождения, а во II – 13 пациентов, которые не явились для продолжения диспансерного наблюдения.

2.3. Материалы для проведения социологического исследования результативности мероприятий по санитарно-просветительской работе среди больных туберкулёзом и потребности пациентов на постпенитенциарном этапе их реабилитации

Одномоментное анонимное социологическое обсервационное исследование проведено в 2019 году. Изучение охвата больных туберкулёзом мероприятиями по санитарно-просветительской работе и их результативность проводилось с применением социологического метода. На первом этапе мы сформулировали гипотезы, затем разработали анкету пациента, включающую минимальное число вопросов, а также определили минимальный размер выборки, необходимой для обеспечения репрезентативности исследования. Разработанная анкета одобрена, в том числе – с этических позиций, экспертами Ижевского филиала ФКУ НИИ ФСИН России. По данным формы ФСИН-6 за 2018 год, на учёте в I и II ГДН на

окончание года состояло 16979 пациентов. Для исследования с заданной точностью не хуже 95% и погрешностью не более 5% при неизвестной частоте признаков (такое анкетирование проводилось впервые) размер выборки составил 376 пациентов. Поскольку мы заранее ожидали, что часть анкет будет выбракована вследствие частичного их заполнения, либо противоречивых ответов, было проанкетировано 459 больных туберкулёзом, находящихся в учреждениях ФСИН России 40 субъектов Российской Федерации (рис. 2.1). После проведения анкетирования было выбраковано 6 анкет, содержащих противоречивую информацию. Всего для дальнейшего анализа было признано пригодными 453 анкеты. На вопрос о проведении групповых бесед не ответили 5 пациентов; сведения о них, тем не менее, были включены в исследование как пропущенные данные по этому вопросу.



Рисунок 2.1. География проведённого исследования

В ходе длительно текущего заболевания личность пациента может существенно изменяться [57]. Кроме того, если пациент не смог вылечиться в течение двух лет, данная форма туберкулёза может быть классифицирована как форма с хроническим его течением; в этом случае особый интерес представляют события, которые, возможно, привели к подобному результату. В связи с этим

анкеты были стратифицированы по результату ответа на вопрос: пациенты, ответившие на него «менее 1 года», безусловно, отнесены к впервые выявленным более 2 лет – к пациентам с хроническим течением заболевания, пациенты, болеющие 1-2 года, составили промежуточную группу. Группу с неуточнённым периодом заболевания составили пациенты, давшие ответ «я не помню». Они не были исключены из исследования и, в дальнейшем, показали важные результаты.

2.4. Материалы и методы для разработки ранжированного комплекса мероприятий по предотвращению выбытия пациентов без определённого исхода курса химиотерапии

Для разработки ранжированного комплекса мероприятий по предотвращению выбытия пациента без определённого исхода курса химиотерапии были собраны сведения о месте регистрации и дальнейшем перемещении пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии (с исходом «выбыл»). Для этого в рамках Плана НИР ФКУ НИИ ФСИН России (п. 166, раздел 1) была разработана электронная форма (Приложение 1) и сделан запрос Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России № исх-22-33183 от 14.05.2021.

Источником данных для исполнения запроса была форма 03-ТБ/у, в которой регистрировался курс химиотерапии туберкулёза для пациентов, зарегистрированных в 2012 году, и определялся его исход. Для пациентов, у которых в журнале (и, соответственно, в отчёте по форме № 8-ТБ), выставлен исход «выбыл» запрашивалась дальнейшее движение пациента, которое привело к исходу «выбыл».

Структуру больных туберкулёзом (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) по регистрации рассчитывали как отношение числа больных туберкулёзом (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза), зарегистрированных в 2020 году в следственных изоляторах и исправительных учреждениях. Источником данных была форма № туб-4.

Структуру выбывших больных туберкулёзом (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) рассчитывали по результату ответа на запрос как отношение числа пациентов, выбывших из определённого типа учреждений (СИЗО – п. 2, ИУ – п. 3, КП – п. 4) к общей сумме выбывших пациентов.

Для выбывших без определённого исхода курса химиотерапии рассчитывали коэффициент значимости (k_3), который определялся как отношение числа пациентов, выбывших определённым способом к общему числу пациентов с исходом «выбыл» (1496). Доля выбывших пациентов с определённым характером их регистрации и перемещения (в %) рассчитывалась как $k_3 \times 100$.

2.5. Обработка информации

Для обработки статистической информации составляли электронный документ в Microsoft Excel, которые затем обрабатывали как с использованием пакета Microsoft Office с расчётом экстенсивных и интенсивных показателей, построением базового графического материала, так и с использованием специализированного программного обеспечения (язык программирования R, версия 3.6.2 "Dark and Stormy Night" Copyright (C) 2019 The R Foundation for Statistical Computing Platform: x86_64-w64-mingw32/x64 (64-bit) (расчёт 95% доверительных интервалов (95%ДИ), отношения шансов (OR), многофакторный

анализ с использованием логистической регрессии и расчёта скорректированного отношения шансов (aOR), расчёт вероятности статистической ошибки первого рода (α) при проверке гипотез). При выборе методов статистической информации руководствовались принципами, изложенными на с. 192 руководства [21] и ГОСТ Р 50779.10 – 2000 [8].

Глава 3

Современное состояние проблемы преемственности лечения больных туберкулёзом в учреждениях ФСИН России

Проблема недостаточной преемственности лечения может быть рассмотрена с нескольких позиций, отличающихся особенностями регистрации и единиц наблюдения. Её можно рассматривать с точки зрения баланса больных туберкулёзом, выбывших из-под диспансерного наблюдения по поводу туберкулёза в пенитенциарных учреждениях, и прибывших для его продолжения в медицинские организации гражданского здравоохранения. При этом учитываются также некурабельные пациенты, информация о которых также имеет определённую ценность. Однако при этом проблема отражается лишь в общих чертах, без привязки к определённым характеристикам заболевания. Также данную проблему можно рассматривать с точки зрения исхода курса химиотерапии случаев, зарегистрированных для лечения. Данный подход не применим к некурабельным пациентам, однако позволяет получить сведения, сопоставимые по дефинициям с данными других стран, а также рассмотреть проблему с точки зрения формализованных характеристик пациентов.

3.1. Преемственность диспансерного наблюдения по поводу активного туберкулёза

После освобождения из пенитенциарных учреждений пациентам даётся настоятельная рекомендация по постановке на диспансерный учёт по поводу туберкулёза в ПТБМО гражданского здравоохранения. Поскольку данный процесс всецело зависит от приверженности пациента лечению туберкулёза, не

все освобожденные из пенитенциарных учреждений больные туберкулезом встают на диспансерный учет по поводу него в ПТБМО гражданского здравоохранения (таблица 3.1). Такие пациенты, находящиеся на различных этапах лечения туберкулеза, находятся среди населения и могут быть распространителями туберкулезной инфекции.

Таблица 3.1

Число больных туберкулезом, освобожденных из пенитенциарных учреждений, вставших на учет в медицинские организации гражданского здравоохранения

Годы	Число больных туберкулезом		Разница числа лиц, освобожденных из УИС и вставших на учет в ПТБМО		
	освобожденных из учреждений ФСИН России	вставших на диспансерный учет в ПТБМО	абс.	по отношению к 100 больных туберкулезом, наблюдающихся на окончание отчетного года	
2014	9322	6680	2642	1,2	
2015	9027	6318	2709	1,3	
2016	9185	6097	3088	1,5	
2017	8894	5660	3234	1,8	
2018	8081	5216	2865	1,7	
2019	7330	4466	2864	2,0	
2020	5774	3138	2636	2,6	

Из проведенного анализа следует, что ежегодно от 2642 до 3234 больных туберкулезом после освобождения не становилось на диспансерный учет в ПТБМО гражданского здравоохранения. Причём на данное явление не оказало существенного влияния снижение численности контингентов больных туберкулезом как в гражданском здравоохранении, так и во ФСИН [25]. По отношению к числу больных туберкулезом, состоящих на диспансерном учете в ПТБМО гражданского здравоохранения и УИС России, проблема имеет тенденцию к нарастанию: за период с 2014 по 2019 гг. её масштаб увеличился на 74,3%.

Более того, часть пациентов освобождаются в связи с заболеванием; т.е. его неблагоприятным течением. Такие пациенты часто являются некурабельными; нередко они выделяют микобактерии туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам. Динамику данного явления также целесообразно проанализировать (таблица 3.2).

Таблица 3.2

Доля пациентов, освободившихся в связи с неблагоприятным течением заболевания среди всех освободившихся больных туберкулёзом в 2014–2019 гг.

Годы	Число освободившихся из УИС больных туберкулёзом	Число больных, освобождённых в связи с неблагоприятным течением заболевания		
		абс.	%	95%ДИ
2014	9322	286	3,1	2,7-3,4
2015	9027	303	3,4	3,0-3,8
2016	9185	512	5,6	5,1-6,1
2017	8894	795	8,9	8,4-9,6
2018	8081	666	8,2	7,7-8,9
2019	7330	606	8,3	7,7-8,9
2020	5774	504	8,7	8,0-9,5

Из данных таблицы следует, что в период с 2014 по 2017 гг. шло существенное (на 191,3%; $p < 0,0001$) нарастание доли больных туберкулёзом, освобождённых по поводу неблагоприятного течения заболевания. В дальнейшем эта доля существенно не менялась ($p > 0,1$).

Таким образом, освободившиеся пациенты в последние годы стали представлять не только количественную, но и качественную проблему, требующую решения не только с медико-социальной, но и с эпидемиологической точки зрения.

3.2. Преемственность лечения у больных туберкулёзом по данным анализа исходов курса химиотерапии

Отследить исходы лечения на протяжении всего анализируемого периода возможно для традиционно наблюдаемых групп пациентов – больных туберкулёзом лёгких: впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза, сведения

о которых представлены в ф. № 8-ТБ. Однако со временем структура этих пациентов меняется. По результатам анализа данных по гражданскому здравоохранению известно, что исходы лечения пациентов существенно зависят от результатов микроскопии мокроты и регистрационной группы: исходы больных туберкулёзом лёгких с положительным результатом микроскопии мокроты хуже, чем у пациентов с отрицательным или недокументированным результатом, а исходы лечения пациентов с рецидивом туберкулёза хуже, чем для впервые выявленных больных [3].

Аналогичные статистические данные по учреждениям ФСИН России ещё не изучались, однако имелась динамика регистрационных групп пациентов, и доля пациентов с положительным результатом микроскопии мокроты [35].

Вместе с тем, эти данные могут влиять на частоту исхода «выбыли» у пациентов, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях: регистрация впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты может чаще происходить в следственных изоляторах по сравнению с исправительными учреждениями (ИУ). Это связано с тем, что в исправительных учреждениях пациенты регулярно проходят медицинские осмотры и целенаправленно обследуются с целью выявления туберкулёза дважды в год. В связи с этим у них должны реже выявляться новые случаи туберкулёза с бактериовыделением, определяемым методом микроскопии мокроты. Пациенты в следственных изоляторах, напротив, проходят первичное обследование сразу после их поступления в СИЗО, в связи с чем туберкулез у них может выявляться на самых разных стадиях, в том числе – деструкции лёгочной ткани и массивного бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты. Это подтверждается данными статистического наблюдения (таблица 3.3).

Сопоставление доли больных туберкулёзом с наличием бактериовыделения в СИЗО и в ИУ, 2014-2020 гг.

Год	% бактериовыделителей		
	в СИЗО	в ИУ	p
2014	68,0	50,4	<0,0001
2015	63,6	51,5	<0,0002
2016	72,3	50,0	<0,0003
2017	74,9	46,0	<0,0004
2018	76,1	44,1	<0,0005
2019	74,8	46,8	<0,0006
2020	73,5	48,6	<0,0007

Больные с рецидивом туберкулёза также чаще выявляются в ИУ, поскольку именно в ИУ пациенты завершают курс химиотерапии и у них может регистрироваться рецидив туберкулёза.

В то же время не все больные туберкулёзом, выявленные в СИЗО, в дальнейшем отбывают наказание – часть из них выходит из СИЗО вследствие оправдания или назначения альтернативного наказания. Соответственно, у них выше риск уклонения от лечения в дальнейшем.

Мы изучили влияние указанных факторов на результаты лечения пациентов в учреждениях ФСИН России за рассматриваемый в исследовании период – для больных, зарегистрированных с 2014 по 2019 гг. (рисунок 3.1).



Рисунок 3.1 – Доля исхода «выбыл» среди больных туберкулёзом лёгких, стратифицированных по регистрационным группам (впервые выявленные и рецидивы) и результатам микроскопии мокроты (для впервые выявленных больных).

Исход «выбыл» был ассоциирован как с регистрационной группой (у пациентов с рецидивом он встречался реже, чем у впервые выявленных больных), так и, в отдельные годы, с результатом микроскопии мокроты при регистрации. Таким образом, для адекватного мониторинга динамики риска данного исхода целесообразно применять процедуру стандартизации (см. главу 2). Динамика стандартизованных исходов курса химиотерапии представлена на рис. 3.2.

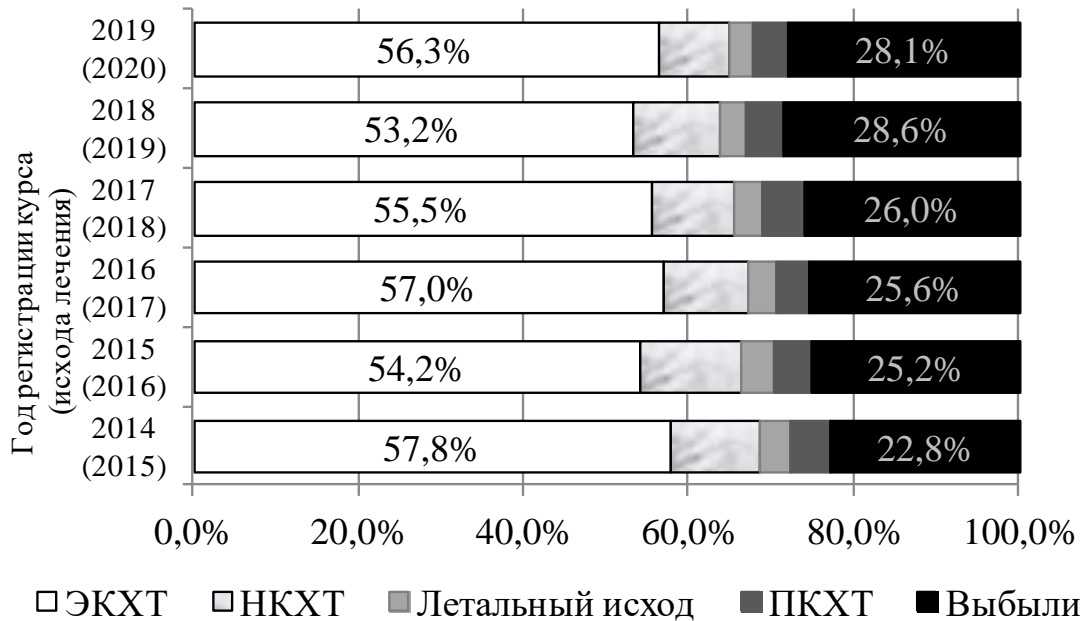


Рисунок 3.2 – Динамика исходов курсов химиотерапии больных туберкулезом лёгких (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза), зарегистрированных в 2014–2019 гг., стандартизованная по регистрационным группам и результатам микроскопии мокроты при регистрации. ЭКХТ – эффективный курс химиотерапии, НКХТ – неэффективный курс химиотерапии, «умер» - летальность пациентов от любых причин, «ПКХТ» - прерывание курса химиотерапии.

Ежегодно вплоть до 2019 года доля исхода «выбыл» в общей структуре случаев непрерывно росла. Даже внедрение в 2017 году Федерального регистра лиц, больных туберкулёзом (ФРБТ) [29], позволявшего передавать исхода курса химиотерапии в место непосредственной регистрации курса химиотерапии, не привело к снижению доли выбывших пациентов. Более четверти впервые выявленных больных туберкулёзом и больных с рецидивом туберкулёза выбывают из места регистрации в неизвестном направлении, и окончательный исход их курса химиотерапии остаётся неизвестен.

Определение достоверной динамики исходов курса химиотерапии случаев лечения пациентов по IV, V режимам химиотерапии представляет более сложную задачу, поскольку она зависит не только от регистрационной группы [50], но и от типа пациента по назначенному режиму (эмпирический, назначенный по результатам теста) [33].

В связи с этим была проведена стандартизация по указанным параметрам одновременно (см. главу II). Результат представлен на рис. 3.3.

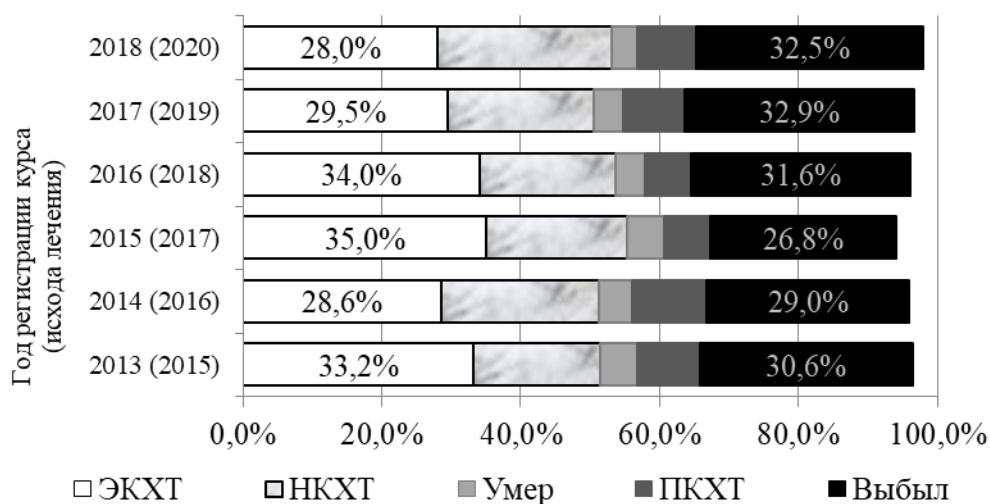


Рисунок 3.3 – Динамика исходов курсов химиотерапии больных туберкулезом по IV, V режимам химиотерапии, зарегистрированных в 2015–2018 гг., стандартизованная по регистрационным группам и назначенным режимам химиотерапии.

Доля выбывших пациентов с МЛУ МБТ выше, чем впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулёза без МЛУ-ТБ. Это может быть связано с большей продолжительностью их лечения, в результате чего повышается вероятность их освобождения до завершения курса химиотерапии.

Таким образом, имеются предпосылки для ускоренного распространения выбывшими пациентами лекарственно-устойчивого туберкулёза, что подтверждает актуальность проблемы мотивирования и последующего сопровождения больных туберкулёзом, находящихся в пенитенциарных учреждениях.

3.3. Доступность фтизиатрической помощи по месту выявления пациента и риск выбытия пациента из-под наблюдения

По наблюдениям ряда авторов (см. главу I), перемещение пациента между пенитенциарными учреждениями влияет на их приверженность к лечению. В связи с этим для нас важно раскрытие организационных причин данного явления с анализом возможных путей риска прекращения лечения и неуточнённого его исхода, что было сделано нами путём анализа моделей движения пациента и информации об его исходе лечения (рис. 3.4 и 3.5).

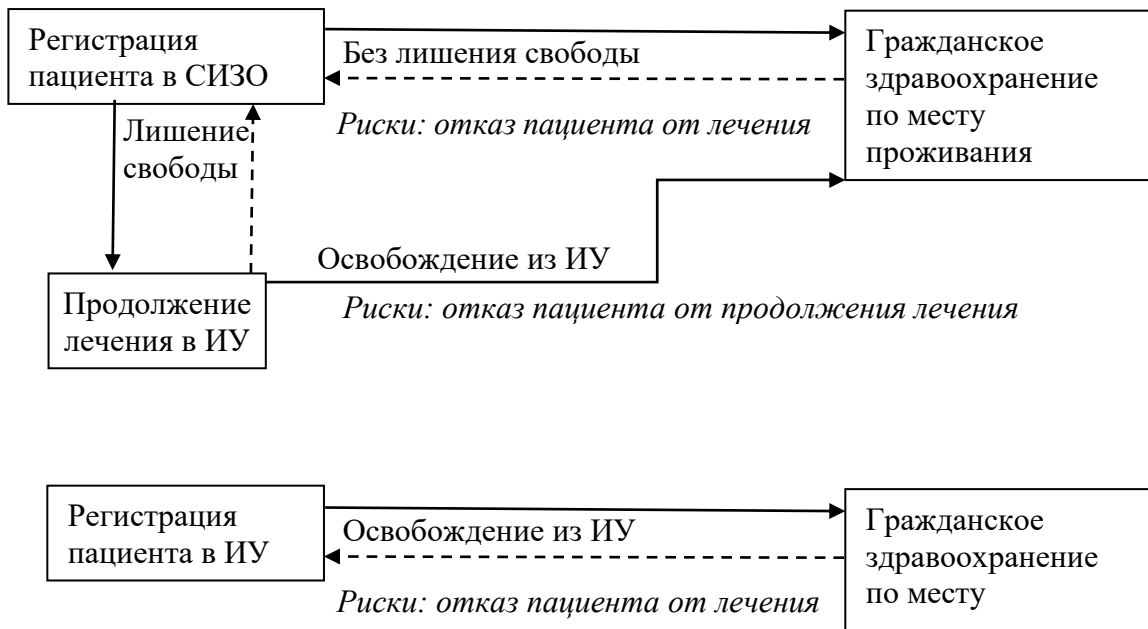
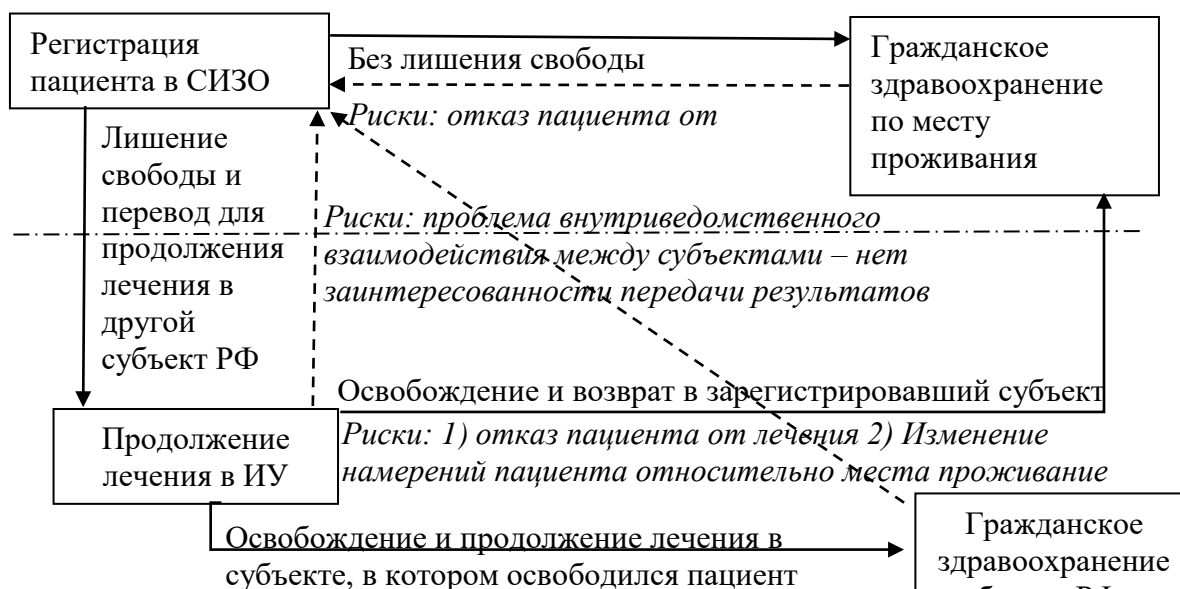
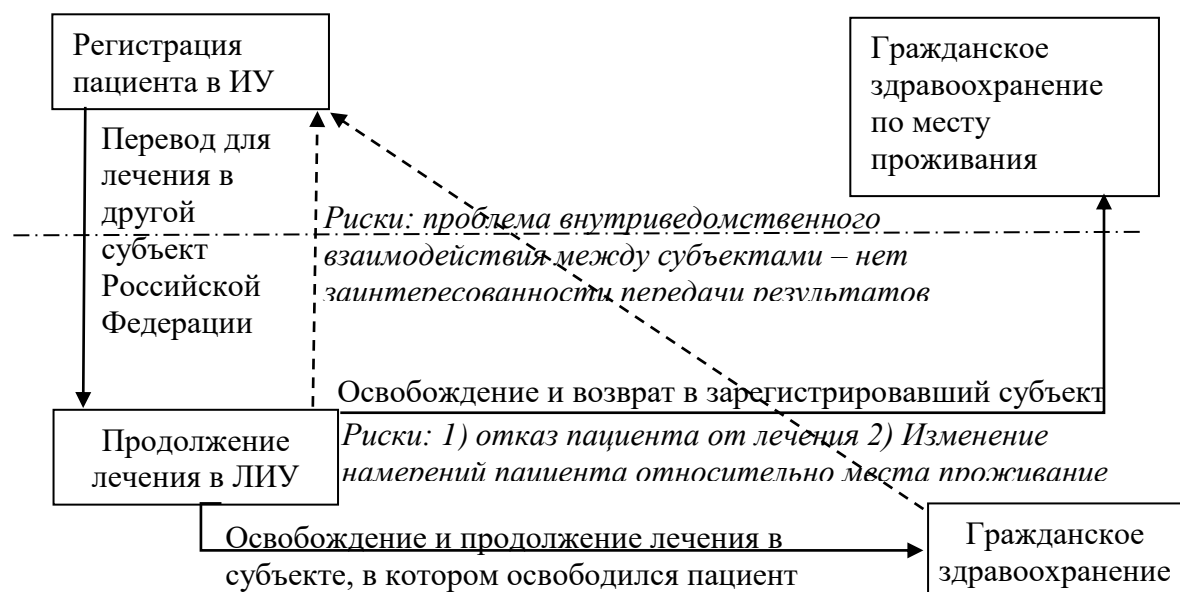


Рисунок 3.4. Схемы движения пациента (сплошная линия) и исходе его лечения (пунктирная линия) в случае нахождения лечебного учреждения в пределах одного субъекта Российской Федерации. Сплошной линией показаны возможные потоки перемещения пациентов, пунктирной линией – движение информации о результатах лечения пациентов.



Риски: 1) отказ пациента от лечения 2) проблемы с проживанием после завершения стационарного этапа лечения 3) проблемы межсубъектового и межведомственного взаимодействия – отсутствие регламентированной связи 4) в условиях финансирования фтизиатрической помощи через ОМС пациенту может быть отказано в лечении



Риски: 1) отказ пациента от лечения 2) проблемы с проживанием после завершения стационарного этапа лечения 3) проблемы межсубъектового + межведомственного взаимодействия – отсутствие регламентированной связи 4) в условиях финансирования фтизиатрической помощи по ОМС пациенту может быть отказано в лечении

Рисунок 3.5. Схемы движения пациента (сплошная линия) и исходе его лечения (пунктирная линия) в случае нахождения лечебного учреждения в другом субъекте Российской Федерации. Сплошной линией показаны возможные потоки перемещения пациентов, пунктирной линией – движение информации о результатах лечения пациентов.

Из представленных схем движения пациентов и информации следует, что при расположении медицинской организации ФСИН, осуществляющей лечение пациента, в субъекте Российской Федерации, отличающегося от места выявления заболевания туберкулёзом, существенно возрастает риск либо прерывания лечения, либо прерывания потока обратной связи о результатах лечения.

Это подтверждают результаты сопоставления долей исходов «выбыл» для впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких в регионах, которые осуществляют лечение пациентов в медицинских организациях («лечебно-исправительных учреждениях») для больных туберкулёзом («ЛУ-ТБ») с аналогичным показателем для регионов, в которых такие учреждения отсутствуют («Нет ЛУ-ТБ»).

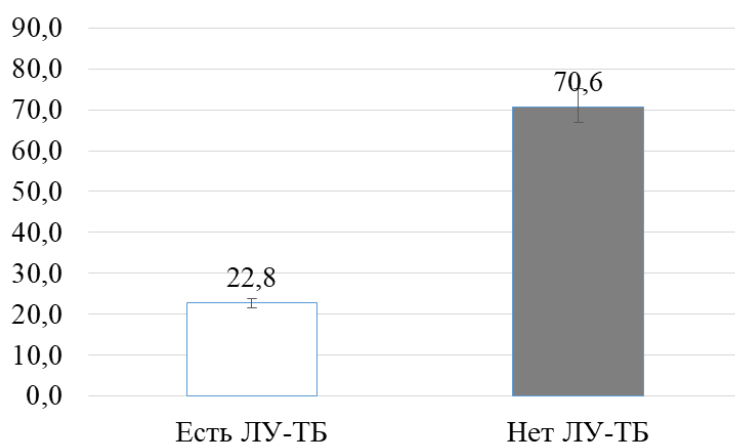


Рисунок 3.6 – Доля исхода «выбыл» у впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких, зарегистрированных в 2017 г. и оцененных в 2018 г. в субъектах Российской Федерации с наличием медицинских организаций («лечебно-исправительных учреждений») для больных туберкулёзом («Есть ЛУ-ТБ») с результатами лечения аналогичных пациентов в регионах, в которых такие учреждения отсутствуют («Нет ЛУ-ТБ»). Вертикальными линиями показаны границы 95%ДИ.

В группе регионов «Есть ЛУ-ТБ» в 2017 году оценке подлежали исходы лечения 4896 впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких; из них исход «выбыл» выставлен 1114 – 22,8%; 95%ДИ 21,6-24,0. В группе регионов «Нет ЛУ-ТБ» в 2017 году оценке подлежал 541 впервые выявленный больной туберкулёзом лёгких, из них исход «выбыл» был выставлен 383 – 70,8%; 95%ДИ 66,8-74,5, т.е. в 3,1 раза чаще, чем в регионах, в которых имелись медицинские организации для больных туберкулёзом ($p < 0,01$) [48].

Кроме того, как было установлено нами ранее, проблема пациентов, выбывших из пенитенциарных учреждений с неуточнённым исходом курса лечения, вплоть до последнего года нарастала. Мы сопоставили это явление с сокращением числа регионов, в которых имелись ведомственные медицинские организации ФСИН для больных туберкулёзом: в 2014 г. их было 74, в 2015 – 73, 2016 – 73, 2017 – 68, 2018 – 68, 2019 – 65, 2020 – 68. При сопоставлении числа регионов с наличием ЛУ-ТБ с рассчитанной ранее стандартизованной долей выбывших пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза; см. рис. 3.2) получена сильная корреляционная зависимость (тип распределения данных по данным теста Шапиро-Уилка соответствует нормальному; применяли корреляционный анализ методом Пирсона) – $r=0,84$; $p<0,05$.

Поскольку заболеваемость и распространённость туберкулёза продолжает непрерывно снижаться [25], в отсутствие действенного вмешательства следует ожидать усугубление проблемы, поскольку всё большая доля больных туберкулёзом будет освобождаться вдали от места их регистрации и/или постоянного проживания.

3.4. Влияние недостаточной преемственности лечения больных туберкулёзом на долю успешного лечения больных туберкулёзом в целом по Российской Федерации

Показатель доли успешного лечения больных туберкулёзом – один из важных индикаторов Стратегии ликвидации туберкулёза [77], лежащей в основе Московской Декларации [20], к выполнению положений которой присоединилась и Российская Федерация. Ожидается повышение показателя «частота успешного лечения» к 2025 г. до уровня 90% и более [77].

Учитывая вышеизложенное, мы проанализировали готовность пенитенциарной системы к достижению указанного показателя и вклад выбывания зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях больных туберкулёзом в величину данного показателя; при этом ожидаемая доля успешного лечения рассчитывалась путём вычитания числа исходов «выбыл» (без определённого исхода лечения) из когорты (рис. 3.7).

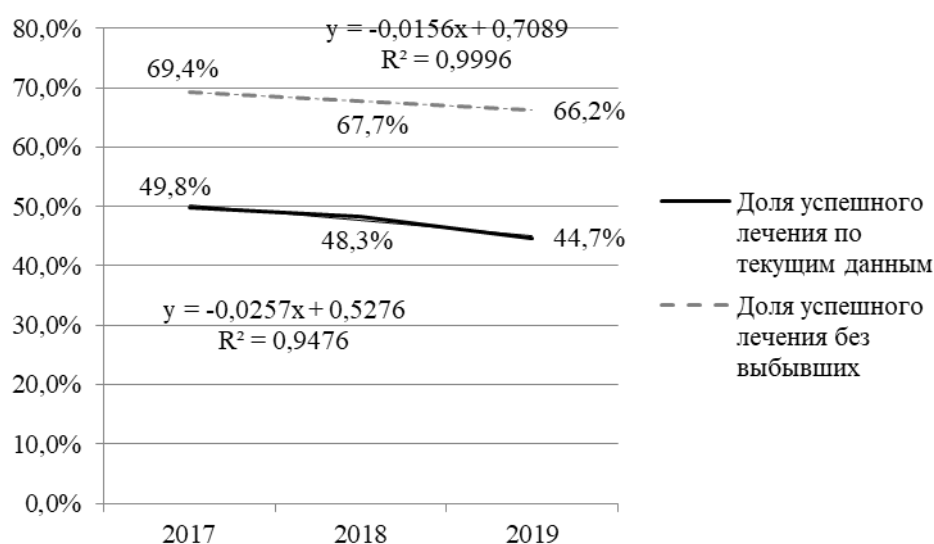


Рисунок 3.7 – Величина и динамика показателя «доля успешного лечения» в 2017–2019 гг. по отчётным данным и моделирование величины и динамики этого же показателя при отсутствии выбывших пациентов.

Перспективы достижения целевого значения индикатора стратегии «Покончить с туберкулёзом» в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации в настоящее время не прослеживаются. Несмотря на то, что в отсутствие пациентов с неуточнёнными исходами лечения (с исходом «выбыл») сохраняется отрицательная динамика доли успешного лечения, коэффициент уравнений регрессии, отвечающий за отрицательный наклон кривой в случае отсутствия исхода «выбыл» в 1,7 раза меньше (-0,0257 при текущем варианте развития событий и -0,0156 при условии внедрения мероприятий, приводящих к нулевому числу выбывших пациентов), а значение показателя доли успешного лечения в 1,4–1,5 раза ближе к целевому его значению 90%.

Таким образом, решение организационной проблемы выбывших из учреждений ФСИН пациентов внесёт ощутимый вклад в возможность достижения

целевых показателей Стратегии «Покончить с туберкулёзом» в Российской Федерации.

Резюме

Ежегодно от 2 до 3 тыс. пациентов не становятся на учёт в ПТБМО гражданского здравоохранения. Имеется тенденция к нарастанию проблемы больных, не продолживших лечение после освобождения, относительно числа больных туберкулёзом, наблюдающихся в ПТБМО гражданского здравоохранения (к 2020 году – до 2,6 на 100 больных, туберкулёзом, наблюдающихся в ПТБМО гражданского здравоохранения). При этом выросла доля больных, освободившихся в связи с неблагоприятным течением заболевания (к 2020 г. – до 8,7%; 95%ДИ 8,0-9,5). В динамике отмечается рост доли пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии: для впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулёза – с 22,8% в 2015 г. до 28,6 в 2019 и 28,1% в 2020 гг., для случаев лечения по IV, V режимам химиотерапии – с 30,6% до 32,9 в 2019 г. и 32,5 в 2020 г.

Отсутствие определённого исхода курса химиотерапии у переведённых пациентов (исход «выбыл») в регионах, в которых отсутствовали ведомственные медицинские организации ФСИН для больных туберкулёзом, определялся в 3,1 раза чаще, чем в регионах, в которых такие ведомственные медицинские организации ФСИН для больных туберкулёзом имелись ($p < 0,01$). Имеется сильная корреляция между числом регионов, в которых имелись ведомственные медицинские организации ФСИН для больных туберкулёзом и стандартизованной долей выбывших пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) – $r = 0,84$; $p < 0,05$.

Рост доли выбывших пациентов оказывает влияние на динамику доли успешного лечения; при полной ликвидации проблемы пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии, значение целевого показателя «доля успешного лечения» будет в 1,4-1,5 раза ближе к целевому значению (90%).

Глава 4

Факторы риска недостаточной приверженности пациентов, находящихся в учреждениях УИС, к лечению туберкулёза и ресурсы для её формирования на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах

4.1. Медико-социальные предикторы уклонения пациентов, выявленных в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения после освобождения

Изучили предикторы отказа пациентов, освободившихся из пенитенциарных учреждений, от продолжения лечения в гражданском здравоохранении. Анализируемые факторы и формулировка гипотез, на основании которых проводилось включение факторов анализ, представлены в таблице 4.1.

Таблица 4.1

Факторы, которые могут быть ассоциированы с риском отказа от продолжения диспансерного наблюдения.

Фактор	Источник	Обоснование
Возраст	089/у-туб	Результаты исследований [68, 72, 75] указывают на молодой возраст как на предиктор потери для наблюдения
Мужской пол	089/у-туб	Мужской пол по данным [40, 68, 72, 75] ассоциирован с потерей для наблюдения
Рецидив туберкулёза	01-ТБ/у	По данным [68, 76] наличие истории предыдущего лечения относится к предикторам его прерывания
Место жительства	089/у-туб	Имеются барьеры, препятствующие оказанию медицинской помощи иностранным гражданам. Бездомность является фактором риска с плохой приверженностью к лечению и риском прерывания лечения [85]

Фактор	Источник	Обоснование
Наличие МЛУ-ТБ	01-ТБ/у	По данным [75] лекарственная устойчивость ассоциирована с потерей для наблюдения. Также по данным [63, 76] потере для наблюдения способствуют побочные эффекты, которые более выражены при лечении МЛУ-ТБ.
Клиническая форма туберкулёза, бактерио-выделение, деструкция лёгочной ткани	089/у-туб	Пациенты, не имеющие клинических симптомов туберкулёза, в том числе – с отрицательными результатами бактериоскопии мокроты могут сомневаться в диагнозе и потенциально иметь меньшую приверженность к лечению [68]. В то же время в России положительный результат бактериоскопии и деструкция лёгочной ткани ассоциированы с повышением риска прерывания лечения [3, 40].
Группа диспансерного наблюдения при освобождении	30-4/у	Пациенты, наблюдающиеся в III ГДН, имеют хорошее самочувствие и меньшую приверженность к продолжению наблюдения.
Вирусные гепатиты В или С	30-4/у	Вирусные гепатиты могут сопутствовать асоциальному поведению
Алкоголизм, наркомания	30-4/у	Алкоголизм и наркомания ассоциированы с риском потери для наблюдения 63, 66, 67, 78
ВИЧ-инфекция	30-4/у	Связь ВИЧ-инфекции с потерей для наблюдения выявлена в исследовании [67]

Медиана возраста пациентов, которые продолжили наблюдение (группа I) составила 35 лет, а пациентов, которые не продолжили наблюдение – 33,5 лет; различия статистически не значимы ($p=0,6$).

Связь между номинальными факторами и продолжением пациентами наблюдения после их освобождения в медицинских организациях Калининградской области (однофакторный анализ) представлена в таблицах далее.

Таблица 4.2

Анализ ассоциации между полом пациента и продолжением им наблюдения после освобождения

Пол	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Женский	5	100,0	0	0,0	5
Мужской	57	81,4	13	18,6	70

Женщин, которые отказались от последующего наблюдения в ПТД, не было, однако общее их число для того, чтобы принять данный факт, как статистически значимый ($p=0,6$) было недостаточным (несмотря на то, что наблюдение проводилось почти за пятилетний период). Не удалось отвергнуть нулевую гипотезу для данного фактора.

Таблица 4.3

Анализ ассоциации между гражданством пациента и продолжением им наблюдения после освобождения

Гражданство	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Иностранцы	0	0,0	3	100,0	3
Граждане России	62	86,1	10	13,9	72

Закономерно, иностранные граждане не продолжили наблюдение в ПТД ($p=0,004$). Мы не смогли включить данный фактор в последующий многомерный анализ; можем лишь отметить, что до пандемии коронавирусной инфекции барьеры для продолжения лечения туберкулёза иностранными гражданами были слишком велики для их преодоления (если они не могли оплачивать лечение, они депортировались). Пандемия коронавирусной инфекции показала возможность изменения этой политики, в связи с чем данный фактор должен быть изучен в будущем (когда это станет возможным сделать при внедрении Федерального регистра лиц, больных туберкулёзом).

Таблица 4.4

Анализ ассоциации между наличием у пациента места проживания и продолжением им наблюдения после освобождения

Место проживания	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Имеется	55	90,2	6	9,8	61
Отсутствует	7	50,0	7	50,0	17

Отсутствие места жительства было ассоциировано с отказом от продолжения наблюдения (OR=8,8; 95%ДИ 1,9-43,0; p=0,002). Данный критерий включен в дальнейший многофакторный анализ.

Таблица 4.5

Анализ ассоциации между историей предыдущего лечения пациента и продолжением им наблюдения после освобождения

Группа при регистрации	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Впервые выявленный	52	80,0	13	20,0	65
Рецидив	10	100,0	0	0,0	10

Несмотря на то, что в группе не продолживших наблюдение не было пациентов с рецидивом туберкулёза, различия были статистически малозначимы (p=0,2), что не позволяло отвергнуть нулевую гипотезу.

Таблица 4.6

Анализ ассоциации между режимом лечения пациента и продолжением им наблюдения после освобождения.

Режим лечения	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
I, II, III	11	100,0	0	0,0	11
IV	49	80,3	12	19,7	61

Аналогично, в группе не продолживших наблюдение не было пациентов, которые получали лечение по МЛУ-режиму, и различия были статистически малозначимы (p=0,2), что не позволяло отвергнуть нулевую гипотезу.

Таблица 4.7

Анализ ассоциации между группой диспансерного наблюдения пациента на момент освобождения и продолжением им наблюдения после освобождения

Группа наблюдения	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
I (А, Б), IIА	20	71,4	8	28,6	28
III	42	89,4	5	10,6	47

Статистически значимого влияния группы диспансерного наблюдения к моменту освобождения на продолжение пациентами диспансерного наблюдения выявлено не было (OR=0,3; 95%ДИ 0,07-1,2; p=0,06). Тем не менее, поскольку

значение p приближалось к граничному значению, а также учитывая небольшой размер выборки, мы решили проверить возможное влияние данного фактора в многофакторном анализе.

Таблица 4.8

Анализ ассоциации между формой туберкулёза у пациента на момент выявления и продолжением им наблюдения после освобождения

Форма туберкулёза	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Очаговый	10	66,7	5	33,3	15
Инфильтративный	43	84,3	8	15,7	51
Диссеминированный	7	100,0	0	0,0	7
Плеврит	2	100,0	0	0,0	2

Статистически значимого влияния клинической формы туберкулёза на продолжение наблюдения выявлено не было ($p=0,2$), что не позволило исключить нулевую гипотезу.

Таблица 4.9

Анализ ассоциации между наличием у пациента бактериовыделения МБТ на момент регистрации и продолжением им наблюдения после освобождения

Бактериовыделение	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Нет	35	74,5	12	25,5	47
Есть	27	96,4	1	3,6	28

Результат исследования статистически значимо ($OR=0,1$; 95%ДИ 0,002-0,8; $p=0,02$) согласуется с наблюдением [68]. Данный предиктор был включён в многофакторный анализ.

Таблица 4.10

Анализ ассоциации между наличием у пациента деструктивных изменений в лёгких на момент регистрации и продолжением им наблюдения после освобождения (пациенты с туберкулёзным плевритом исключены из анализа)

Деструкция лёгочной ткани	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Нет	47	79,7	12	20,3	59
Есть	13	92,9	1	7,1	14

Статистически значимой связи между наличием деструктивных изменений в лёгких, и продолжением пациентом наблюдения в ПТД не было ($OR=0,3$; $95\%DI$ 0,007-2,5; $p=0,4$), что не позволило исключить нулевую гипотезу.

Таблица 4.11

Анализ ассоциации между наличием у пациента ВИЧ-инфекции и продолжением им наблюдения после освобождения

ВИЧ-инфекция	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Нет	44	78,6	12	21,4	56
Есть	18	94,7	1	5,3	19

Статистически значимой связи между наличием у пациента ВИЧ-инфекции и продолжением пациентом наблюдения в ПТД не было ($OR=0,2$; $95\%DI$ 0,004-1,6; $p=0,2$), что не позволило исключить нулевую гипотезу.

Таблица 4.12

Анализ ассоциации между наличием у пациента вирусного гепатита и продолжением им наблюдения после освобождения

Вирусный гепатит	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Нет	36	73,5	13	26,5	49
Есть	26	100,0	0	0,0	26

Фактор наличия вирусного гепатита показал результат, не соответствующий первоначальной гипотезе, в связи с чем не был учтён в ходе дальнейшего исследования.

Таблица 4.13

Анализ ассоциации между наличием у пациента алкоголизма и продолжением им наблюдения после освобождения.

Алко-голизм	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Нет	39	86,7	6	13,3	45
Есть	23	76,7	7	23,3	30

Статистически значимой связи между алкоголизмом у пациента и продолжением пациентом наблюдения в ПТД не было ($OR=2,0$; $95\%DI$ 0,5-8,0; $p=0,4$), что не позволило исключить нулевую гипотезу.

Таблица 4.14

Анализ ассоциации между наличием у пациента наркомании и продолжением им наблюдения после освобождения

Наркомания	Продолжили наблюдение		Не продолжили наблюдение		Итого
	абс.	%	абс.	%	
Нет	54	80,6	13	19,4	67
Есть	8	100,0	0	0,0	8

Статистически значимой связи между наркоманией у пациента и продолжением пациентом наблюдения в ПТД не было ($p=0,3$), что не позволило исключить нулевую гипотезу.

Для проведения многофакторного анализа были отобраны факторы, показавшие статистическую значимость в однофакторном анализе: отсутствие места жительства, активный туберкулёз на момент освобождения, наличие бактериовыделения.

Таблица 4.15.

Результаты многофакторного анализа предикторов отказа больных туберкулёзом, освободившихся из учреждений УИС от дальнейшего наблюдения в противотуберкулёзном диспансере.

Предиктор	aOR	p
Отсутствие места жительства	18,1	0,001
Бактериовыделение на момент регистрации курса	0,05*	0,02
Активный туберкулёз на момент освобождения	0,5	0,3

* обратное значение составляет 20,0.

Таким образом, независимыми предикторами отказа от наблюдения в ПТД были отсутствие бактериовыделения при регистрации случая и отсутствие места жительства (бездомность). Прочие предикторы не имели самостоятельного значения.

Из этого следует, что пациенты без бактериовыделения и без определённого места жительства относятся к группе риска по отказу от дальнейшего наблюдения после освобождения, и должны представлять особый интерес в отношении проведения им мероприятий по профилактике отказа от продолжения наблюдения и лечения по поводу туберкулёза.

4.2. Ресурсы формирования приверженности к лечению туберкулёза у пациентов на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах

Важным и, в то же время, доступным ресурсом для формирования психологической составляющей приверженности пациента к лечению является установление контакта врача и пациента [38, 45]. Оптимальным способом достижения данной цели является проведение индивидуальных бесед с пациентом. Частота проведения индивидуальных бесед представлена в таблице 4.16.

Таблица 4.16

Проведение индивидуальных и групповых бесед у пациентов с различной длительностью заболевания

Длительность болезни	Проведение индивидуальных бесед		Проведение групповых бесед		Численность группы*
	Абс.	%; 95%ДИ	Абс.	%; 95%ДИ	
< 1 года	81	73,6; 64,7-81,0	60	54,6; 45,2-63,5	110/110
1-2 года	88	95,7; 89,3-98,3	73	82,0; 72,8-88,6	92/89
> 2 лет	183	90,6; 85,8-93,9	149	74,5; 68,0-80,0	202/200
Не помнят	40	81,6; 68,6-90,0	38	77,6; 64,1-87,0	49/49
Всего	392	86,5; 83,1-89,4	320	71,6; 67,2-75,6	453/447

* для индивидуальных бесед / для групповых бесед

С пациентами, которые наблюдались менее 1 года, индивидуальные (OR=0,3; 95%ДИ 0,2-0,5; $p<0,001$) и групповые (OR=0,4; 95%ДИ 0,3-0,6; $p<0,001$) беседы проводились реже, чем с пациентами других групп. В то же время, именно самый начальный период болезни (на этапе стадии отрицания болезни или стадии «первой торговли» [12]) важен для формирования у пациента адекватной картины болезни. Кроме того, более чем у половины больных туберкулёзом, впервые выявленных в УИС, заболевание выявляется в следственном изоляторе [47]. Если в этих условиях не будет сформирована адекватная внутренняя картина болезни пациента (совместно с формированием приверженности к лечению), то при освобождении из следственного изолятора предоставленный сам себе пациент имеет все шансы не обратиться с целью продолжения лечения; особенно, если

клинические признаки болезни к этому времени уже отсутствуют. Таким образом, одним из мероприятий, способствующих повышению возможности по излечению пациента, является перенос времени проведения индивидуальных бесед о заболевании туберкулёзом, важности соблюдения противоэпидемического режима и режима лечения, на ранний период – сразу после выявления заболевания.

Качество общения с врачом, умение врача донести информацию в доступной для пациента форме, и ассоциация полученной информации со сроком лечения представлена в таблице 4.17.

Таблица 4.17

Оценка общения и доступности информации в ходе общения пациента с врачом.

Длительность болезни	Задавал вопросы и получал ответы		Вопросы оставались без ответа		Ответы были непонятны		Вопросы не задавались		Численность групп
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
< 1 года	65	59,1	7	6,4	19	17,3	17	15,5	110
1-2 года	72	78,3	1	1,1	11	12,0	8	8,7	92
> 2 лет	151	74,8	13	6,4	22	10,9	15	7,4	202
Не помнят	25	51,0	2	4,1	6	12,2	14	28,6	49
Итого	313	69,1	23	5,1	58	12,8	54	11,9	453

Структура ответов пациентов, которые наблюдались по поводу туберкулёза менее года, существенно отличалась от таковой для пациентов, которые лечились 1-2 года и более 2 лет и в целом от совокупности. Доля пациентов, задававших вопросы и получавших ответы, была существенно ниже, чем в группе пациентов с длительностью заболевания 1-2 года и более 2 лет ($p=0,01$). Преимущественно это связано с тем, что они не задавали вопросы: доля болевших менее года, не задававших вопросы по заболеванию вдвое выше, чем среди аналогичных пациентов из числа, получавших лечение в течение 1-2 лет и более 2 лет (15,5% и 7,8%, соответственно; $p=0,04$).

Тем не менее, следует отметить коммуникационный дефект, который выражается в ответах: «я задавал вопросы но не получал ответа» и «ответы были непонятны». Из-за этого дефекта более 15% пациентов (17,9%; 95%ДИ 14,6-21,7)

остаются без понятного им ответа на свои вопросы. Тем не менее, для повышения терапевтического сотрудничества, приводящего к повышению приверженности к лечению, следует работать над формами донесения информации для пациентов в понятном им виде [45].

На графике (рис. 4.1) показан спектр мнения пациентов относительно того, что им следует делать, чтобы вылечиться.



Рисунок 4.1. Мнения пациентов о том, что надо делать для того, чтобы вылечиться.

Для продолжения лечения необходимо формирование у пациента правильных установок к проведению химиотерапии туберкулёза – к приёму противотуберкулёзных препаратов; причём акцент делался именно на таблетированные формы, поскольку именно они используются в фазе продолжения лечения (большинство пациентов досрочно прекращают лечение именно в фазе продолжения лечения [2]). Этот правильный ответ дали 3/4 пациентов – 73,3%; 95%ДИ 69,0-77,2. Таблица 2 демонстрирует связь проведения бесед с пациентами и эффективности коммуникации с этой установкой.

Связь правильного ответа о продолжении лечения с параметрами обучения и коммуникации

Мероприятия и качество общения	Ответ	Необходим приём таблеток		Приём таблеток не обязателен		OR p	Всего абс.
		абс.	%	абс.	%		
Индивидуальные беседы	Нет	36	29,8	85	70,2	5,2 <0,001	121
	Да	25	7,5	307	92,5		332
Групповые беседы	Нет	56	46,3	65	53,7	3,0 <0,001	121
	Да	72	22,0	255	78,0		327
Задавал вопросы получал ответы	Нет	68	56,2	53	43,8	4,6 <0,001	121
	Да	72	21,7	260	78,3		332
Задавал вопросы, не получал ответы	Нет	107	88,4	14	11,6	0,2 <0,001	121
	Да	323	97,3	9	2,7		332
Ответы были непонятны	Нет	98	81,0	23	19,0	0,5 0,02	121
	Да	297	89,5	35	10,5		332
Не задавал вопросы	Нет	93	76,9	28	23,1	0,3 <0,001	121
	Да	306	92,2	26	7,8		332

Из данных таблицы следует, что качество коммуникации оказывало существенное влияние на частоту правильных ответов. При этом в однофакторной модели наибольшее значение имели индивидуальные беседы (OR=5,2; 95%ДИ 2,9-9,5) и эффективная (т.е. понятная пациенту) коммуникация вопрос-ответ (OR=4,6; 95%ДИ 2,9-7,4). Несколько меньшее значение имели групповые беседы (OR=3,0; 95%ДИ 1,9-4,9). В многофакторной модели наибольшую результативность показала эффективная коммуникация в виде вопрос-ответ (aOR=3,3; p<0,001) и индивидуальные беседы (aOR=2,6; p=0,005), в то время как групповая работа не оказала статистически значимого влияния (aOR=1,4; p=0,2). Это подтверждает важность проведения индивидуальных бесед с ответами на вопросы, которые должны проводиться с пациентами УИС России сразу после их выявления, даже если это произошло в следственном изоляторе.

Особый интерес представляют пациенты, которые прямо заявили об отсутствии желания вылечиться. Об отсутствии желания вылечиться заявили 16 из 453 респондентов (3,5%; 95%ДИ 2,2-5,7). Мы проследили ассоциацию данного ответа с другими ответами. Ассоциация отсутствия желания вылечиться с длительностью заболевания представлена в таблице 4.19.

Таблица 4.19

Ассоциация между отсутствием желания вылечиться и длительностью заболевания (по мнению пациента)

Длительность заболевания	Хотят вылечиться		Не хотят вылечиться		Всего
	абс.	%	абс.	%	
< 1 года	109	99,1	1	0,9	110
1-2 года	89	96,7	3	3,3	92
> 2 лет	196	97,0	6	3,0	202
Неизвестно	43	87,8	6	12,2	49
Итого	437	96,5	16	3,5	453

Наибольшая доля пациентов, которая не хочет вылечиться, не осведомлены о длительности своей болезни. Поскольку аппроксимация χ^2 при малых значениях может быть ошибочна, мы проверили статистическую значимость различий в таблице 2x2 с использованием точного критерия Фишера.

Таблица 4.20

Ассоциация между отсутствием желания вылечиться и неосведомлённостью пациента о длительности своего заболевания

Длительность заболевания	Хотят вылечиться		Не хотят вылечиться		Всего
	абс.	%	абс.	%	
Осведомлены	394	97,5	10	2,5	404
Не знают	43	87,8	6	12,2	49

Нулевая гипотеза об отсутствии ассоциации между отсутствием желания вылечиться и неосведомлённостью пациента о длительности своего заболевания была отклонена: OR=5,5; 95%ДИ 1,6-17,6; $p=0,004$, что позволяет принять альтернативную гипотезу о наличии такой связи.

Мы предположили, что нежелание вылечиться может быть связано с дефектами индивидуальных и групповых бесед, а также общения с медицинскими работниками. Проверка этой гипотезы приведена в таблице 4.21.

Ассоциация отсутствия желания вылечиться с параметрами обучения и коммуникации

Мероприятия и качество общения	Ответ	Хотят вылечиться		Не хотят вылечиться		OR p	Всего абс.
		абс.	%	абс.	%		
Индивидуальные беседы	Нет	57	93,4	4	6,6	2,2*	61
	Да	380	96,9	12	3,1	0,3	392
Групповые беседы	Нет	124	96,9	4	3,1	0,8*	128
	Да	308	96,2	12	3,8	1	320
Задавал вопросы получал ответы	Нет	127	90,7	13	9,3	0,09	140
	Да	310	99,0	3	1,0	<0,001	313
Задавал вопросы, не получал ответы	Нет	417	97,0	13	3,0	4,8	430
	Да	20	87,0	3	13,0	0,04	23
Ответы были непонятны	Нет	380	96,2	15	3,8	0,4	395
	Да	57	98,3	1	1,7	0,7	58
Не задавал вопросы	Нет	391	98,0	8	2,0	8,4	399
	Да	46	85,2	8	14,8	<0,001	54

* OR посчитано для ответов «нет»

Яркой отличительной чертой группы пациентов, которые не хотят вылечиться, было то, что половина из них не задавала вопросов. Таким образом, отсутствие вопросов о своём заболевании можно считать предиктором слабой приверженности к лечению после освобождения.

Также портрет этих пациентов проявлялся в том, что все они не считали, что для того, чтобы вылечиться, надо пить таблетки или делать уколы. На вопрос о том, какая помощь им требуется, чтобы вылечиться, большинство из них (9 пациентов – 56,2%) отвечала «ничего не надо» (OR=9,0; p<0,001). У некоторой части из них (4 чел. – 25,0%) была потребность в жилье, однако она не была выражена существенно сильнее по сравнению с остальными пациентами (OR=0,7; p=0,6).

В многофакторном анализе подтвердилось, что отсутствие вопросов (aOR=10,7; p<0,001), либо вопросы, которые оставались без ответа (aOR=9,0; p=0,007) и отказ от помощи для продолжения лечения (aOR=7,6; p<0,001) вместе с отсутствием знания о продолжительности своего заболевания (aOR=12,2; p=0,03)

и, возможно, продолжительности болезни более двух лет ($aOR=6,9$; $p=0,09$) относятся к факторам риска отсутствия приверженности к продолжению лечения.

Таким образом, отсутствие интереса к своему заболеванию ассоциировано с отсутствием мотивации к излечению. К пациентам, демонстрирующим отсутствие интереса к своему заболеванию, следует применять специальные меры психосоциальной помощи, повышению мотивации на излечение.

Важной информацией являются предпочтения пациентов, которые могли бы мотивировать их на излечение путём продолжения лечения в медицинских организациях гражданского здравоохранения. Для этого необходимо проанализировать предпочтения пациентов о том, какие меры социальной помощи могут их мотивировать на продолжение лечения от туберкулёза.

Данные, полученные в результате анкетирования пациентов, представлены на графике (рис. 4.2).

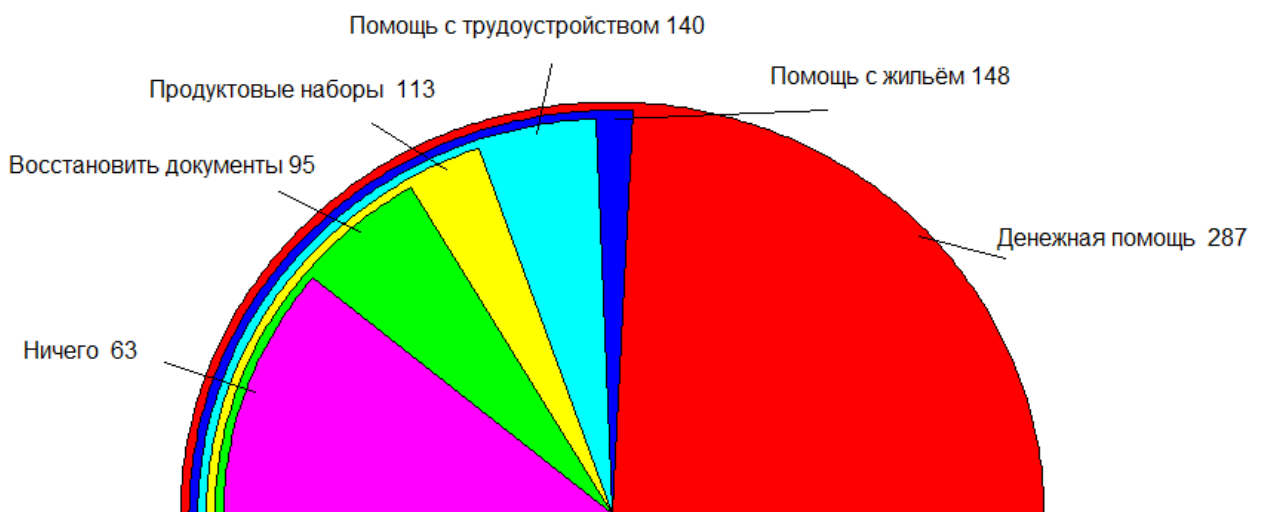


Рисунок 4.2. Потребности пациентов в мотивирующей помощи для продолжения ими лечения.

Единовременная денежная помощь имеет существенное значение для большинства (63,4%; 95%ДИ 58,8-67,7) пациентов, и она, безусловно, должна быть включена в пакет мотивирующих мероприятий, которые могут быть реализованы программами по организации психосоциальной помощи больным туберкулёзом, освободившимся из учреждений УИС. Следует отметить, что в настоящее время материальная помощь лицам, освободившимся из учреждений

УИС, оказывается крайне редко (не более 2%); при этом размеры помощи составляют 1,2-3,5 тыс. рублей на человека [44], что явно недостаточно в современных условиях.

На втором месте находится помощь с жильём, в которой нуждается почти треть (32,7%; 95%ДИ 28,5-37,1) пациентов УИС. Такая помощь может быть предоставлена в центрах социальной реабилитации, создание которых необходимо для социальной адаптации освободившихся осужденных, в том числе – больных туберкулёзом. Специалисты указанных центров (социальные работники) также могут заниматься и помощью с трудоустройством (в которой нуждается 30,9% пациентов; 95%ДИ 26,8-35,3) и, возможно, восстановлением документов (в чём нуждается 1/5 часть пациентов – 21,0%; 95%ДИ 17,5-25,0). Следует отметить, что продуктовые наборы, которые имеют существенное мотивирующее значение для пациентов гражданского здравоохранения, для освобождающихся пациентов пенитенциарного здравоохранения имеют меньшую ценность – только ¼ всех пациентов назвали продуктовые наборы в качестве мотивирующего фактора (24,9%; 95%ДИ 21,2-29,1).

Таким образом, для привлечения освободившихся больных туберкулёзом для продолжения их лечения в условиях гражданского здравоохранения, приоритетное значение имеют единовременные выплаты, обеспечение пациентов жильём и их трудоустройство. Однако медицинские организации не имеют достаточных компетенций для решения двух последних вопросов, даже в условиях развёрнутой программы психосоциальной помощи. Для этого рекомендуется создать центры постпенитенциарной реабилитации осужденных как структурную единицу, решающую вопросы проживания и трудоустройства лиц, освободившихся из пенитенциарных учреждений. Успешное решение этих вопросов (вместе с сопутствующей этим задачей восстановления утраченных документов, которая может решаться как социальными работниками медицинских организаций, так и на базе центров социальной реабилитации) позволит мотивировать на продолжение лечения в условиях гражданского здравоохранения 83,2% [95%ДИ 79,5-86,4] пациентов.

Проведённое исследование позволяет рассчитать рекомендуемые объёмы услуг, в которых нуждаются больные туберкулёзом освободившиеся из учреждений УИС (таблица 4.22).

Таблица 4.22

Расчёт потребности в мероприятиях по психосоциальной помощи больных туберкулёзом, освободившихся в 2020 году

Освобо- дилось в 2020 году	Услуга	Потребность, %; 95%ДИ	Потребность, прогноз (чел.)		
			Низкий	Средний	Высокий
5774	Денежная помощь	63,4; 58,8-67,7	3395	3661	3909
	Помощь с жильём*	32,7; 28,5-37,1	1646	1888	2142
	Трудоустройство	30,9; 26,8-35,3	1547	1784	2038
	Продуктовые наборы	24,9; 21,2-29,1	1224	1438	1680
	Восстановление документов	21,0; 17,5-25,0	1010	1213	1444

* услуга может быть отсрочена, поскольку часть пациентов нуждается в стационарном лечении.

Наиболее сложным вопросом является обеспечение помощи с проживанием освободившихся пациентов. Если наращивание объёмов денежной помощи, предоставление льготных кредитов работодателям, наращивание объёма продуктовых наборов и услуг по восстановлению документов можно осуществить в течение 1-2 лет, то наращивание числа мест временного проживания требует более длительного цикла.

Организация системной реабилитации освободившихся больных туберкулёзом потребует централизованного подхода к организации и финансированию центров социальной реабилитации и работе с осужденными. Поскольку в услугах по социальной реабилитации и мотивированию к продолжению лечения нуждаются все освободившиеся пациенты, вне зависимости от места их проживания, следует на федеральном уровне регламентировать создание центров социальной реабилитации и заложить часть финансирования их работы из средств федерального бюджета (в виде субсидий или компенсаций для обслуживания пациентов, проживающих за пределами субъекта Российской Федерации). Данные центры должны оказывать помощь

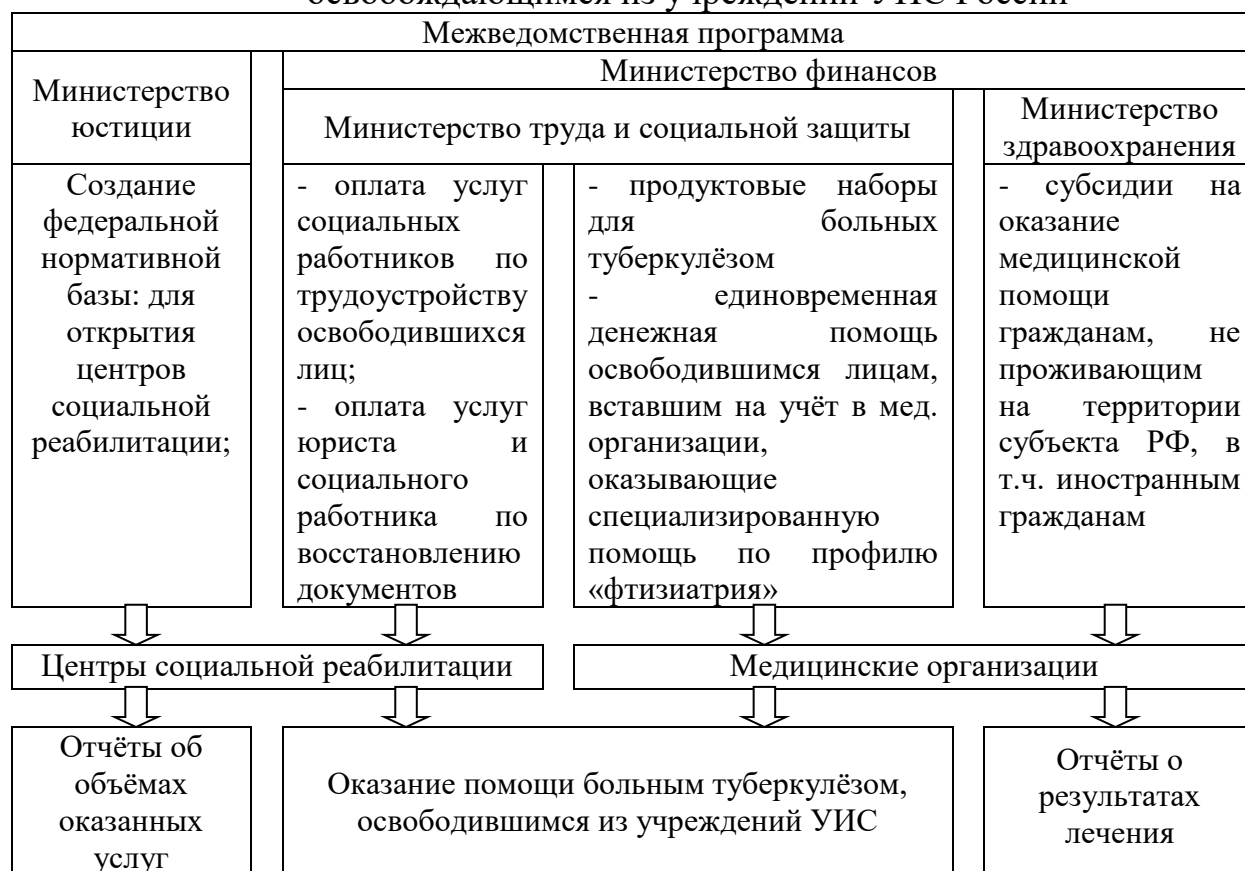
освободившимся пациентам в зависимости от продолжения ими лечения. В связи с этим следует предусмотреть целевое федеральное финансирование единовременной денежной помощи и обеспечения освобожденных пациентов продуктовыми наборами через медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным туберкулёзом.

В связи с сокращением числа ведомственных лечебно-исправительных учреждений, значительная часть больных туберкулёзом освобождается из пенитенциарных учреждений не по месту проживания, а по месту получения лечения. Такие пациенты в случае их перемещения в общественном транспорте представляют инфекционную опасность для населения. В связи с этим, при наличии показаний к стационарному лечению (к которым относится также наличие бактериовыделение) целесообразно организовать их лечение в субъекте Российской Федерации, в котором они освободились. Однако финансирование медицинской помощи больным туберкулёзом производится преимущественно из средств субъектов Российской Федерации [35]. Таким образом, следует предусмотреть целевые федеральные субсидии медицинским организациям за услуги по оказанию фтизиатрической помощи освобожденным больным туберкулёзом, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации и иностранным гражданам.

Целевое федеральное финансирование обеспечения пациентов местом для проживания (кроме находящихся на стационарном лечении), помощи в трудоустройстве и восстановлении документов должно поступать в центры социальной реабилитации.

Для координирования усилий по совершенствованию нормативно-правовой базы и организации финансирования деятельности по социальной реабилитации лиц, освобожденных из УИС, включая больных туберкулёзом, требуется разработка федеральной межведомственной программы с вовлечением в неё как минимум четырёх министерств: финансов, труда и социальной защиты, юстиции и здравоохранения (схема 4.1).

**Организация психосоциальной помощи больным туберкулёзом,
освобождающимся из учреждений УИС России**



Резюме

К независимым предикторам отказа от наблюдения в медицинских организациях, оказывающих помощь по профилю «фтизиатрия», относятся отсутствие бактериовыделения при регистрации случая и отсутствие места жительства (бездомность). И если отсутствие бактериовыделения встречается среди больных туберкулёзом, выявленных в УИС, достаточно часто, то бездомность является важным фактором риска, приоритетным для реализации мероприятий по привлечению больных туберкулёзом к продолжению лечения.

У 17,9% [95%ДИ 14,6-21,7] пациентов выявлены барьеры при общении с врачом, в результате наличия которого они остались без понятных ответов на

свои вопросы. В то же время, выявлена связь между эффективной коммуникацией и частотой правильного ответа, отражающих понимание пациентом ведущей методики лечения туберкулёза – химиотерапии (aOR=3,3; $p<0,001$). Также выявлена связь между проведением индивидуальных бесед с пациентом и частотой правильного ответа (aOR=2,6; $p=0,005$) при отсутствии статистически значимой связи для групповых бесед (aOR=1,4; $p=0,2$).

Установлена связь между отсутствием у пациента интереса к своей болезни и его желанием вылечиться. Таким образом, к пациентам, демонстрирующим отсутствие интереса к своему заболеванию, следует применять специальные меры психосоциальной помощи, повышению мотивации на излечение.

Наиболее желаемым мотивом для освобождающихся пациентов является единовременная денежная помощь (63,4%; 95%ДИ 58,8-67,7). Чуть менее желательна помощь с жильём (32,7%; 95%ДИ 28,5-37,1), трудоустройством (30,9%; 95%ДИ 26,8-35,3), продуктовыми наборами (24,9%; 95%ДИ 21,2-29,1), восстановлением документов (21,0%; 95%ДИ 17,5-25,0),

Представлен расчёт потребности в мероприятиях по психосоциальной помощи больным туберкулёзом, освободившимся в 2020 году, в соответствии с которой потребность в денежной помощи возникнет у 3395–3909 освободившихся пациентов, помощь с жильём потребуется 1646–2142 пациентам, содействие при трудоустройстве – 1547–2038 пациентам, обеспечение продуктовыми наборами 1224–1680 пациентам, восстановление документов – 1010–1444 пациентам.

Поскольку существующая система оказания психосоциальной помощи социально-уязвимым группам населения не может обеспечить её оказание пациентам, освобождающимся из учреждений УИС, целесообразно пересмотреть систему её организации с созданием федеральной нормативной базы для центров социальной реабилитации. С целью обеспечения возможности оказания психосоциальной помощи освободившимся из пенитенциарных учреждений больным туберкулёзом вне зависимости от места их проживания целесообразно

выделение целевого федерального софинансирования оплаты услуг социальных работников по трудоустройству освободившихся больных туберкулёзом, которые могут работать, оплате услуг содействия восстановления документов, финансирование единовременной денежной помощи и закупки продуктовых наборов для получающих контролируемое лечение больных туберкулёзом.

Глава V

Комплекс мероприятий по предотвращению выбывания пациента без определённого исхода курса химиотерапии.

Приоритет мероприятий по предотвращению выбывания пациента без определённого исхода курса химиотерапии существенно зависит от того, в каком учреждении был пациент зарегистрирован и его дальнейшего перемещения с определением учреждения, в котором обратная связь с зарегистрировавшим пациента учреждением теряется.

5.1. Регистрация и маршрут движения пациентов, выбывших из пенитенциарных учреждений без определённого курса химиотерапии

Типы учреждений, из которых зарегистрированные пациенты выбывают в первую очередь, можно определить по различиям структуры пациентов, которые были зарегистрированы всего и пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии.

Структура места регистрации всех больных туберкулёзом (впервые выявленных и с рецидивом) и структура учреждений, из которых больные туберкулёзом (впервые выявленные и с рецидивом), выбывали без определённого исхода курса химиотерапии, представлена на рис. 5.1.

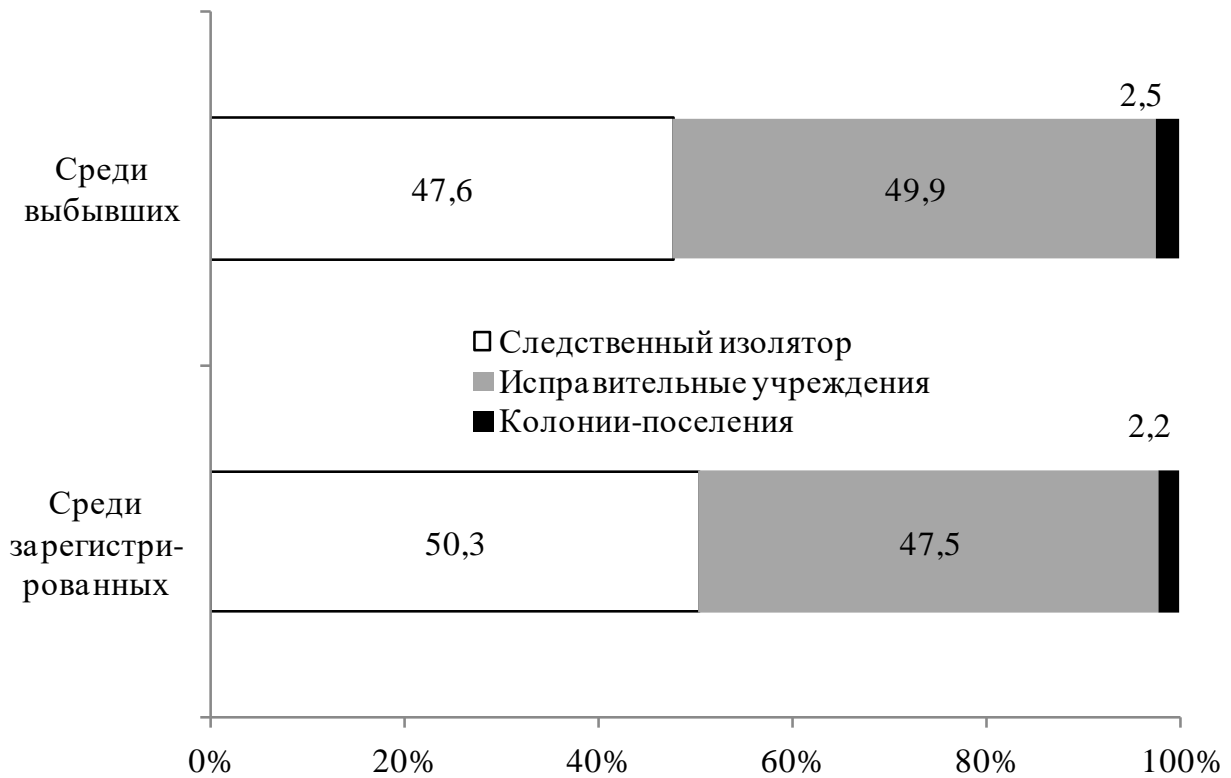


Рисунок 5.1. Структура пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) в зависимости от типа зарегистрировавшего учреждения: при регистрации случая заболевания (снизу) и при определении исхода курса химиотерапии (сверху).

Структура типа учреждений, зарегистрировавших пациента среди зарегистрированных и среди выбывших пациентов статистически значимо не различалась ($\chi^2=3,7$; $p=0,2$). Таким образом, место регистрации пациента и (косвенно) место фактического возникновения заболевания (у пациентов СИЗО туберкулёз чаще всего развивается до поступления пациента в пенитенциарные учреждения) не оказывает влияния на частоту регистрации исхода «выбыл».

Всего из 1496 пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) в следственных изоляторах (СИЗО) было зарегистрировано 712, в исправительных учреждениях (ИУ) кроме колоний-поселений – 747, в колониях-поселениях (КП) – 37 пациентов.

Регистрация и пути движения пациентов с исходом «выбыл», зарегистрированных в исправительных учреждениях, показаны на рис. 5.2.

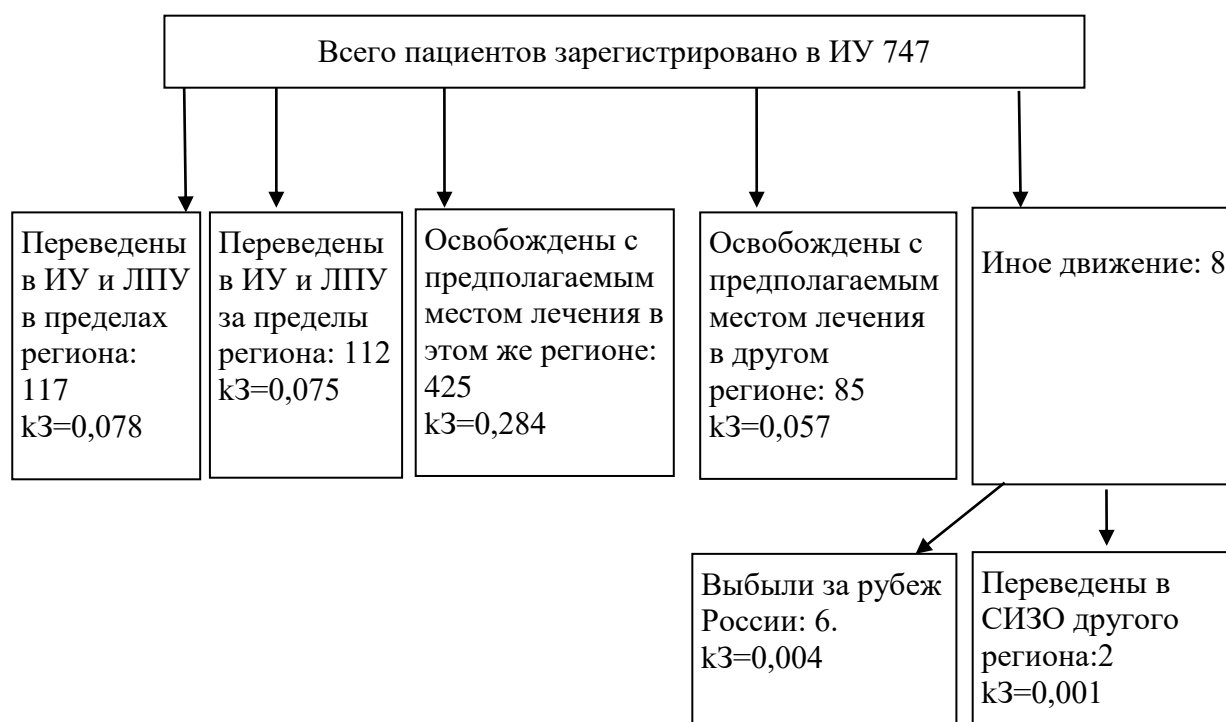


Рисунок 5.2. Перемещение пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) из числа зарегистрированных в 2019 году в ИУ, у которых в 2020 году был зарегистрирован исход «выбыл» и значения коэффициента значимости (k3).

Регистрация и пути движения пациентов с исходом «выбыл», которые были зарегистрированы в следственных изоляторах, показаны на рис. 5.3.

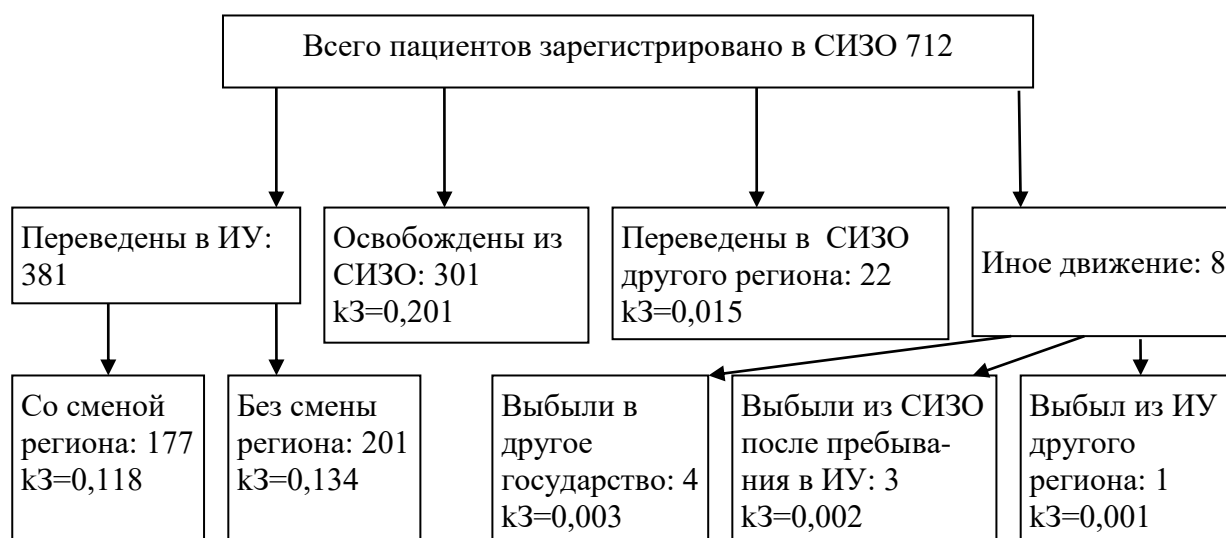


Рисунок 5.3. Перемещение пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза), зарегистрированных в 2019 году, у которых в 2020 году был зарегистрирован исход «выбыл» и значения коэффициента значимости (k3).

Что касается пациентов, зарегистрированных в колонии-поселении, то все 37 выбывших без определённого исхода курса лечения пациентов были освобождены в том же субъекте, в котором и были взяты на учёт.

В целом «потери» исходов курса химиотерапии можно разделить на потери информации об исходах курса химиотерапии в результате освобождения пациентов из пенитенциарных учреждений (когда продолжение лечения и определение его исхода ожидается в медицинских организациях гражданского здравоохранения, однако этого не происходит) и потери информации при перемещении пациентов между учреждениями пенитенциарной системы. Соотношение потерь информации в результате каждого из видов перемещения пациентов показано на графике (рис. 5.4).

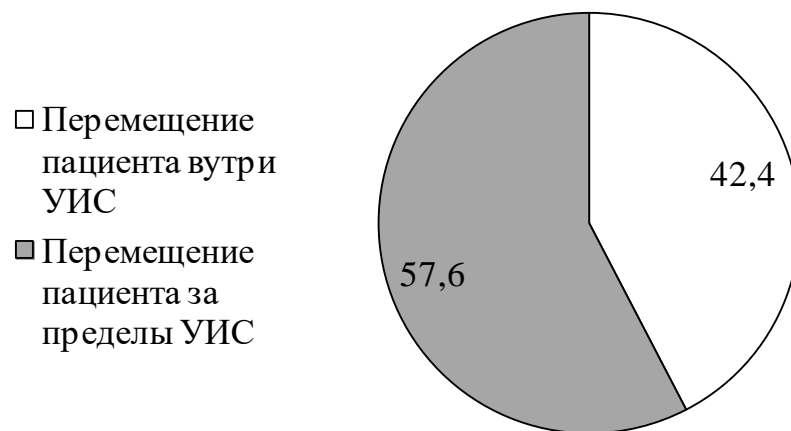


Рисунок 5.4. Потери информации об исходе курса химиотерапии при перемещениях пациентов внутри системы и за её пределы, приводящие к регистрации исхода «выбыл», 2020 г.

Неожиданным для нас оказалось то, что существенная доля потерь информации об исходах движения больных туберкулёзом (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) происходит при перемещении пациентов между учреждениями УИС, хотя ведущая роль принадлежит, всё-таки, освобождению пациентов за пределы УИС.

Большинство пациентов освобождаются из исправительных учреждений того же региона, в котором были зарегистрированы ($k3=0,284$). В отношении этих пациентов возможно проведение комплекса мероприятий, описанных нами (см. гл. 4), а также и другими авторами (см гл. 1) ранее. На пенитенциарном этапе это:

- индивидуальные беседы о туберкулёзе и способах его лечения сразу после выявления случая заболевания с использованием доступным пациенту объяснений;

- мероприятия по медицинской подготовке пациента к освобождению (организация встреч пациента с будущим лечащим врачом, инструктаж пациента о месте его лечения);

- мероприятия по социальной подготовке пациента к освобождению (выявление потребностей пациента после его освобождения, организация взаимодействия пациента с центрами социальной реабилитации, информирование пациента о возможных мерах его социальной поддержки при условии продолжения наблюдения и лечения);

- со стороны медицинского персонала ФСИН России – реализация мероприятий по мониторингу туберкулёза (обеспечение обмена медицинскими данными между медицинскими организациями гражданского здравоохранения и учреждениями УИС – см. далее);

На постпенитенциарном этапе это:

- единовременные пособия лицам, освободившимся из мест лишения свободы и вставшим на диспансерный учёт;

- решение проблем пациентов, не имеющих места жительства;

- решение проблем трудовой занятости пациентов, которые могут трудиться или обеспечение их взаимодействия по данному вопросу с центрами социальной реабилитации;

- обеспечение пациентов, приверженных к лечению, продуктовыми наборами;

- помощь с восстановлением утраченных документов;

- со стороны медицинского персонала ПТБМО – обеспечение продолжения ведения начатых в учреждениях ФСИН России карт лечения и своевременная регистрация в них исхода курса химиотерапии.

Большую группу составляют пациенты, переведённые для продолжения лечения из СИЗО в ИУ без смены региона ($k_3=0,134$), а также пациенты,

переведённые из одного ИУ в другое без смены региона ($k_3=0,078$), переведённые из ИУ одного региона в СИЗО другого региона ($k_3=0,001$). Суммарный коэффициент значимости k_3 составляет 0,209. У данных пациентов результат курса химиотерапии не был передан в зарегистрировавшее их учреждение несмотря на то, что пациент оставался в одном и том же регионе; т.е. имеется нескоординированность деятельности по преемственности информации о пациенте в пределах одного региона.

В этом же ключе следует рассматривать группы пациентов, у которых исход «выбыл» был зарегистрирован в результате их перевода из СИЗО одного региона в СИЗО другого региона ($k_3=0,015$), из СИЗО одного региона в ИУ другого региона ($k_3=0,118$) или перевода из ИУ одного региона в ИУ другого региона ($k_3=0,075$). Суммарный коэффициент значимости межрегионального движения k_3 составляет 0,209. Несмотря на то, что скоординировать деятельность по мониторингу туберкулёза в разных регионах сложнее, чем в пределах одного региона (разные регионы чаще всего управляются разными МСЧ ФСИН), это возможно благодаря горизонтальным связям, налаживаемым путём внедрения ФРБТ. Регистрация исхода «выбыл» у всех этих пациентов отражает проблемы внутриведомственного взаимодействия в пределах одного субъекта Российской Федерации и, соответственно, целесообразность разработки и внедрения внутриведомственного регламента движения информации. Учитывая суммарный коэффициент значимости перечисленных причин ($k_3=0,422$), разработка методических рекомендаций, регламентирующих движение информации в учреждениях УИС России (в том числе – взаимодействия между различными учреждениями и разными регионами) является первоочередной задачей, поскольку позволит, с одной стороны, при минимальных затратах получить максимальный эффект а, с другой стороны, получить представление о последующих (после ликвидации нарушения внутриведомственного взаимодействия) причинах регистрации исхода «выбыл».

Межрегиональное движение пациентов также создаёт потенциальную (для пациентов, переводившихся внутри пенитенциарной системы; $k_3=0,209$ – см.

выше) или реальную (пациенты, зарегистрированные в ИУ за пределами субъекта Российской Федерации, в котором они проживают; $k_3=0,057$) проблему, при которой освободившийся пациент вынужден продолжить лечение в другом регионе; суммарный коэффициент значимости данной проблемы k_3 составляет 0,266. С точки зрения профилактики распространения инфекционно опасных заболеваний перемещение данных пациентов между регионами нецелесообразно: проезд эпидемически опасного пациента в транспорте создаёт серьёзную угрозу распространения туберкулёзной инфекции среди населения. В связи с этим уместно создать условия для получения лечения этими пациентами в том регионе, в котором они освободились. Для этого надо решить проблему их проживания после завершения стационарного этапа лечения, для чего необходимо создание федеральной нормативной базы для открытия центров социальной реабилитации и федеральное финансирование части их работы, связанные с оказанием социальной помощи пациентам, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации (см. главу 4). Также эти пациенты будут нуждаться в соответствующих мероприятиях по социальной поддержке: единовременных денежных пособиях, содействии их трудоустройству, мотивировании с использованием продуктовых наборов, при наличии возможности – восстановлении утраченных документов (см. главу 4).

Следующая по численности группа – пациенты, освободившиеся непосредственно из следственных изоляторов. Возможности предотвращения исхода «выбыл» у пациентов, освобождённых непосредственно из СИЗО ($k_3=0,201$), сводятся к максимально раннему проведению с пациентами индивидуальных бесед с обратной связью о понятности принятой информации с целью проведения их обучения. Поскольку такое освобождение часто происходит внезапно, в зале суда, какие-либо иные затрагивающие самого пациента мероприятия после принятия решения об освобождении невозможны. Таким образом, в ходе проведения индивидуальных бесед необходимо сразу давать пациенту информацию (памятку) о необходимости продолжения лечения после освобождения, а также месте его проведения в том субъекте Российской

Федерации, в котором пациент находится. Поскольку освобождение из СИЗО – наиболее значимый по сравнению с остальными вариантами развития событий, к тому же исключающий последующие интервенционные вмешательства, индивидуальные беседы с пациентом, включающие необходимость продолжения лечения в медицинских организациях гражданского здравоохранения с передачей контактной информации, должны проводиться в отношении всех пациентов. Кроме того, если в субъекте Российской Федерации имеется центр социальной реабилитации, оказывающий помощь, в том числе, больным туберкулёзом, следует информировать пациента о его наличии и способах обращения. Также проводятся иные мероприятия для организации сопровождения пациента и обеспечения системой мониторинга возможности получения исхода зарегистрированного в СИЗО курса химиотерапии.

Небольшую (37 пациентов; $k3=0,024$), однако, симптоматичную в отношении межведомственного взаимодействия группу составляют пациенты, которые выбыли с неуточнённым результатом лечения после регистрации в колониях-поселениях. Согласно письму ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России от 30.12.2009 г. № 7-5/1578 эти пациенты должны после выявления у них случая заболевания туберкулёзом переводиться для продолжения лечения в медицинские организации гражданского здравоохранения. Таким образом, разрабатываемые методические рекомендации, регламентирующие движение информации о больных туберкулёзом в учреждениях УИС России, должны также описывать особенности регистрации исходов курса химиотерапии у больных туберкулёзом, зарегистрированных в колониях-поселениях.

«Малоуправляемым» явлением было выбытие за рубеж Российской Федерации. Всего за пределы Российской Федерации после освобождения выбыло 10 пациентов ($k3=0,007$). Мы провели анализ известных нам потоков выбытия пациентов (рис. 5.5).



Рисунок 5.5. Страны, в которые выбыли больные туберкулёзом (впервые выявленные и с рецидивом туберкулёза), зарегистрированные в 2019 году после их освобождения из учреждений ФСИН России (1 – Беларусь; 2 – Украина; 3 – Республика Молдова; 4 – Азербайджан; 5 – Таджикистан).

Наиболее существенным был поток выбывших иностранных граждан в страну, с которой в настоящее время создание системы обмена сведений невозможно – Украину. Учитывая относительно малую значимость данного явления и текущую политическую ситуацию, решать проблему получения исходов курса химиотерапии иностранных граждан нецелесообразно.

Таким образом, исходя из числа пациентов, представляется в порядке убывания важности внедрение следующих мероприятий:

- проведение индивидуальных бесед с больными туберкулёзом – впервые выявленными и с рецидивом заболевания сразу после выявления у них туберкулёза. Поскольку данное мероприятие окажет эффект у всех групп больных туберкулёзом кроме выбывающих после освобождения за рубеж России, данное мероприятие имеет наибольший приоритет ($k_3=0,933$);

- группа иных мероприятий по повышению приверженности к лечению на пенитенциарном этапе. Их проведение в той или иной мере окажет эффект у всех пациентов, за исключением освобождённых из СИЗО и выбывших после освобождения за пределы Российской Федерации ($k3=0,792$);

- группа мероприятий, обеспечивающих повышение приверженности пациентов на постпенитенциарном этапе. Их проведение окажет влияние на всех освободившихся из пенитенциарных учреждений больных туберкулёзом ($k3=0,542$).

- создание и внедрение в практическую деятельность методических рекомендаций, регламентирующих подходы к мониторингу больных туберкулёзом, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы, в том числе – в колониях-поселениях ($k3=0,446$);

- мероприятия по обеспечению возможности лечения иногородних пациентов по месту их освобождения ($k3=0,266$).

Судя по результатам опроса пациентов (см. главу 4) проведение индивидуальных бесед должно обязательно включать в себя темы:

- о способах лечения туберкулёза и важности полноты проведения курса лечения туберкулёза и последующих противорецидивных мероприятиях;

- о приверженности к лечению;

- об опасности туберкулёза для пациента и окружающих;

- о влиянии факторов питания и внешней среды на течение и лечение туберкулёза.

Учитывая то, что часть пациентов, зарегистрированных в СИЗО, выбывают «внезапно» для системы, следует в ходе индивидуальных бесед обеспечивать пациента необходимыми координатами для продолжения лечения, давать памятки об алгоритме действия пациента после его освобождения и мерах социальной поддержки, имеющихся в данном субъекте Российской Федерации, которые могут мотивировать его к лечению.

Также целесообразно привлекать к консультативной помощи психолога, что также способствует мотивации к лечению туберкулёза [10].

Кроме того, учитывая высокую долю пациентов с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции [25], целесообразно провести беседу о важности антиретровирусной терапии для успешного лечения туберкулёза и профилактики его рецидивов.

Основываясь на данных литературы (см. главу 1) и собственных исследований (см. главу 4), мероприятия на пенитенциарном этапе могут включать в себя:

- обеспечение возможности получения профессионального образования (в том числе, как показывает опыт ФКУ ИК-4 УФСИН России по Калужской области – путём организации дистанционного обучения);

- поддержание социальных связей пациента с семьёй и родственниками, в том числе – путём дистанционного общения;

- для пациентов, которые планируются к освобождению из пенитенциарного учреждения по месту жительства и пациентов без определённого места жительства, целесообразна организация его встречи с лечащим врачом-фтизиатром;

- для пациентов без бактериовыделения, соблюдающих режим лечения – привлечение к оплачиваемому труду;

- для пациентов без бактериовыделения, соблюдающих режим лечения – перевод для лечения в колонию-поселение (это автоматически означает обеспечение его лечения в медицинских организациях гражданского здравоохранения);

- для пациентов без бактериовыделения, соблюдающих режим лечения – краткосрочный выезд для решения бытовых вопросов и трудоустройства;

- для пациентов, освобождающихся из пенитенциарных учреждений в тяжёлом состоянии – активное информирование медицинских организаций, оказывающих специализированную стационарную помощь по профилю «фтизиатрия» с целью обеспечения организации ими санитарного транспорта для их госпитализации.

Особое внимание следует проявлять к пациентам без определённого места жительства, риск прерывания лечения которыми наиболее велик.

Основываясь на данных литературы (см. главу 1) и собственных исследований (см. главу 4), мероприятия на постпенитенциарном этапе могут включать в себя:

- проведение заседаний межведомственных комиссий по туберкулёзу для разработки решений по обеспечению комплекса мероприятий по обеспечению лечения освободившихся пациентов на постпенитенциарном этапе;

- разработка и финансирование программ социальной поддержки больным туберкулёзом с обеспечением единовременных выплат пациентам, освободившимся из пенитенциарных учреждений и начавшим лечение в ПТБМО гражданского здравоохранения;

- обеспечение продуктовыми наборами пациентов, получающих контролируемое лечение туберкулёза;

- для пациентов, освобождающихся из пенитенциарных учреждений в тяжёлом состоянии – организация медицинского транспорта для их транспортировки к месту лечения;

- для пациентов без бактериовыделения – обеспечение возможности получения социальной помощи (включая помощь с проживанием, трудоустройством и восстановлением документов) в центрах социальной реабилитации, отделениях психосоциальной помощи на весь срок лечения по поводу туберкулёза.

Мероприятия по обеспечению возможности лечения иногородних пациентов по месту их освобождения включают в себя:

- создание федеральной нормативной базы для открытия центров социальной реабилитации;

- компенсация расходов на оказание медицинской и психосоциальной помощи гражданам, не проживающим на территории субъекта РФ.

5.2. Разработка рекомендаций, регламентирующих подходы к мониторингу больных туберкулёзом, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы при их переводе и освобождении

Мониторинг пациентов, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы, должен обеспечивать двунаправленное движение информации:

- обеспечение актуальной информацией о результатах выявления, диагностики и лечения пациентов по месту регистрации и в промежуточных учреждениях медицинских организаций, в которые пациент поступает для продолжения лечения;

- при возникновении исхода курса химиотерапии передача данного исхода во все учреждения, в которых пациент находился на лечении ранее.

В настоящее время для обеспечения данного процесса имеется несколько систем:

- традиционная система движения информации о курсе химиотерапии пациента, регламентированная Приказом Минздрава России № 50 от 13.02.2004 [30] на бумажном носителе;

- Федеральный регистр лиц, больных туберкулёзом.

Как было показано выше, наличие данных систем не обеспечивает адекватного движения информации даже между учреждениями пенитенциарной системы, что свидетельствует о необходимости разработки логически обоснованных методических рекомендаций по мониторингу пациентов, выявленных или находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Методические подходы к мониторингу таких пациентов должны включать в себя набор алгоритмов для наиболее распространённых вариантов развития событий (сценариев) при движении пациентов:

- поступление в СИЗО пациента, у которого туберкулёз был выявлен ранее;

- выявление случая туберкулёза (нового или рецидива) в ходе первичного обследования подозреваемого или обвиняемого в СИЗО;

- выявление случая туберкулёза в ходе пребывания осуждённого в учреждениях УИС;

- освобождение пациента из пенитенциарного учреждения для продолжения лечения в известной (запланированной) медицинской организации гражданского здравоохранения (в- и за пределами субъекта Российской Федерации, в котором пациент отбывает наказание);

- освобождение пациента из любого учреждения УИС с его выбытием в неизвестном направлении;

- освобождение пациента при принятии решения о невозможности отбывания наказания по медицинским показаниям.

Следует отметить, что подозреваемые, обвиняемые и осуждённые склонны искажать любую информацию о себе и состоянии своего здоровья в прошлом и в настоящем. Кроме того, у больных туберкулёзом под влиянием отрицательных психических состояний притупляется память [54], что препятствует точности сбора анамнеза. В связи с этим приходится разрабатывать рекомендации, которые лишь частично учитывают показания самих подозреваемых, обвиняемых и осуждённых.

Учитывая достоверность информации, трудозатраты и время её получения, источники информации ранжируются следующим образом:

- наиболее быстрый и наименее трудозатратный способ получения информации – использование данных ФРБТ. При этом следует учитывать, что достоверность информации в ряде случаев может страдать. Это связано с тем, что данная система является относительно новой, и может не содержать информацию о случаях туберкулёза, возникших до её внедрения;

- результаты запросов в прочие медицинские организации. Данный способ является медленным и трудозатратным, поскольку подразумевает формирование официальных документов и движение почтовых отправок, а также время для формирования официального ответа на запрос. Вместе с тем, он достаточно

достоверный, поскольку позволяет получить, в том числе, архивные данные. Таким образом, данный метод следует применять в том случае, если поиск пациента в ФРБТ не принёс должного результата. Ускорить получение предварительного результата позволяет связь по телефону и посредством электронной почты;

- опрос пациента. Данный способ быстрый, однако, нередко, трудозатратный и малодостоверный, поскольку пациент может исказить информацию. Данный способ принципиально не реализуем в том случае, если надо получить исход курса химиотерапии или результаты исследований, полученные после выбытия пациента из организации, которая их проводила.

Исходя из вышеизложенного, рекомендации для реализации сценария поступления в следственный изолятор ранее зарегистрированного пациента следует реализовывать по следующему алгоритму:

- убедиться, что он не является новым случаем заболевания (впервые выявленным пациентом) или случаем рецидива туберкулёза. Для этого логично воспользоваться информационной системой ФРБТ. Если ФРБТ не даёт информацию о том, что пациент состоит под диспансерным наблюдением по поводу активного туберкулёза, следует уточнить у него, в какой медицинской организации он наблюдается, чтобы направить туда запрос о статусе пациента, продублировав его телефонограммой.

- если подтвердится то, что пациент наблюдался по поводу туберкулёза ранее, следует заполнить на пациента необходимые документы в ФРБТ: открыть регистровую запись; завести и закрыть карту диспансерного наблюдения, если пациент получал лечение – открыть и перевести карту лечения. В ином случае следует считать его впервые выявленным.

Если поступивший больной туберкулёзом – иностранный гражданин, мы сталкиваемся с отсутствием возможности проверки его регистрации как больного туберкулёзом в гражданском здравоохранении ранее, и вынуждены принять его слова как истинное утверждение, открыть на него регистровую запись как на прибывшего, карту диспансерного наблюдения и карту лечения как на случай

лечения по регистрационной группе «прочие» (как для пациентов с неуточнённой историей предыдущего лечения).

Детально алгоритм изложен на схеме (рис. 5.5).

Сценарий «регистрация нового случая туберкулёза (впервые выявленный больной туберкулёзом)» реализуется в случае, если пациент декларирует отсутствие заболевания туберкулёзом в анамнезе. Он включает в себя:

1. Проверку предшествующей регистрации пациента с использованием ФРБТ. Если пациент утверждает, что ранее он туберкулёзом не болел, однако на него имеется регистрационная запись в ФРБТ, следует уточнять фтизиатрический анамнез, не основываясь на показаниях пациента.

1.1. Если пациент был зарегистрирован ранее как случай активного туберкулёза, следует перейти к сценарию «поступление в учреждения УИС ранее зарегистрированного пациента».

1.2. Если пациент ранее был зарегистрирован в ФРБТ с подозрением на туберкулёз, и при этом на него имеется открытая регистровая запись и карта диспансерного наблюдения, лечащему врачу следует обратиться в СТП для закрытия открытой ранее карты диспансерного наблюдения и внесения изменений в регистровую запись с подтверждением диагноза туберкулёза. После этого необходимо создать карту диспансерного наблюдения и карту лечения пациента.

1.3. Если пациент ранее был зарегистрирован в ФРБТ с подозрением на туберкулёз, однако регистровая запись на него закрыта, следует перейти к п. 2 данного сценария.

2. Если пациент ранее не был зарегистрирован в ФРБТ, то на него открывается регистровая запись, заводится карта диспансерного наблюдения и открывается карта лечения.

3. При регистрации нового случая туберкулёза в колонии-поселении или перевода пациента в колонию-поселение после выполнения пп. 1 и 2 осуществляется перевод карты лечения в медицинскую организацию гражданского здравоохранения, которая в дальнейшем будет осуществлять

лечение пациента; диспансерное наблюдение продолжает вести врач-фтизиатр МСЧ ФСИН России (основание: письмо ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 7-5/1578 от 30.12.2019).

В максимально короткие сроки после выявления случая туберкулёза у пациента необходимо провести с ним индивидуальные беседы о туберкулёзе, его заразности, способах лечения заболеваний, важности непрерывного приёма противотуберкулёзных препаратов под наблюдением медицинского работника. Если пациент выявлен у подозреваемого или обвиняемого, необходимо снабдить его памяткой о месте возможного продолжения лечения заболевания, которой он сможет воспользоваться в случае освобождения.

Сценарий регистрация случая «рецидив туберкулёза» реализуется в том случае, если имеется документальное подтверждение того, что пациент перенёс туберкулёз ранее, или аналогичное утверждение самого пациента. Он включает в себя:

1. Проверку предшествующей регистрации пациента с использованием ФРБТ.

- 1.1. Если пациент снят с диспансерного наблюдения из III ГДН и исключён из ФРБТ в связи со снятием диагноза туберкулёза, он считается пациентом с рецидивом туберкулёза. В этом случае на пациента открывается новая регистрационная запись по поводу случая рецидива туберкулёза, карта диспансерного наблюдения и карта лечения.

- 1.2. Если на пациента имеется регистрационная запись как на излеченного пациента и открытая карта диспансерного наблюдения по III ГДН, следует связаться с медицинской организацией – владельцем карты диспансерного наблюдения для закрытия карты диспансерного наблюдения и регистрационной записи в связи с ранним рецидивом. После этого создаётся новая регистрационная запись, карта диспансерного наблюдения и карта лечения.

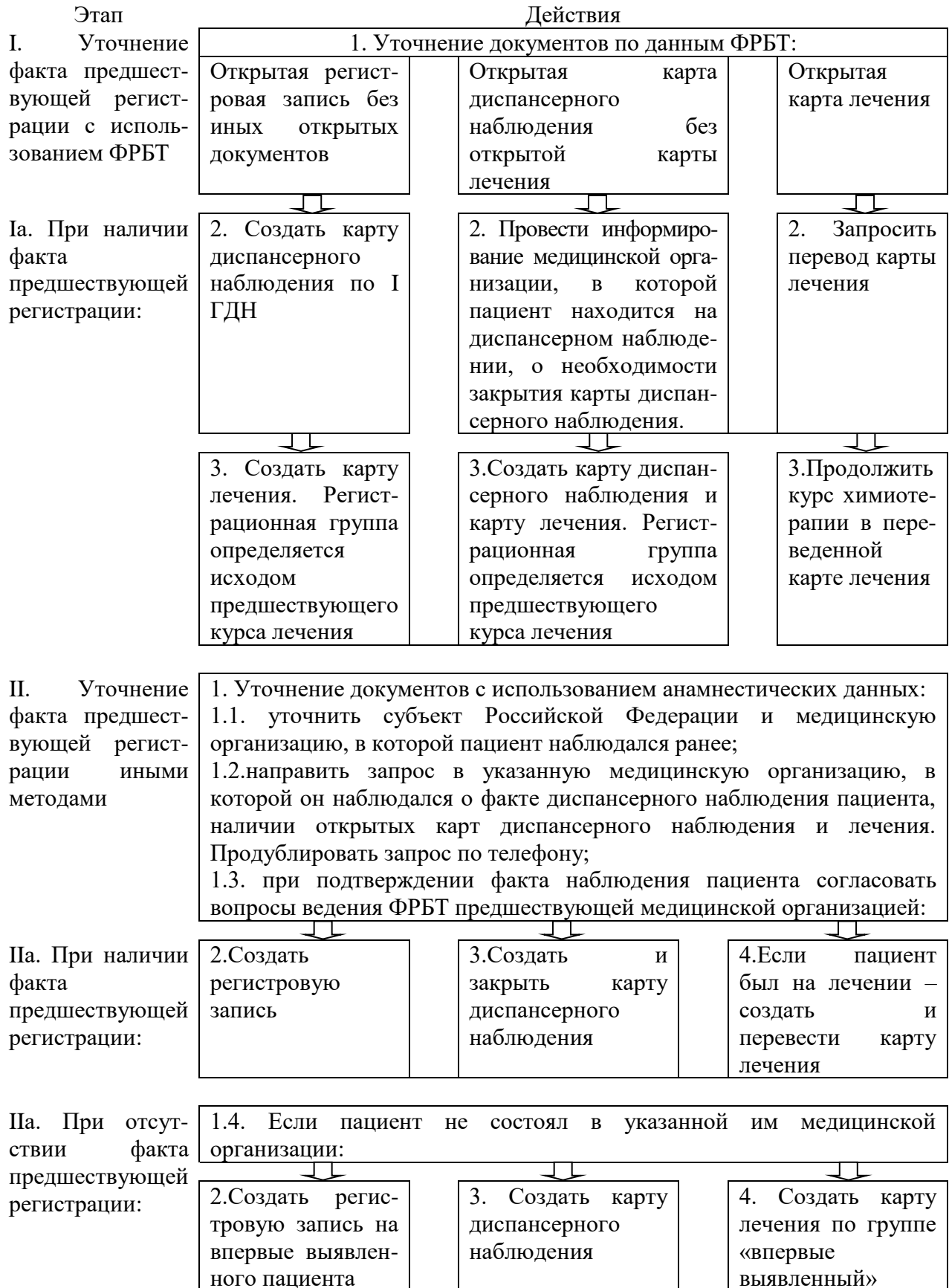


Рисунок 5.5. Реализация сценария поступления в учреждениях УИС пациента, ранее зарегистрированного в гражданском здравоохранении по поводу туберкулёза

2. Если пациент ранее не был зарегистрирован в ФРБТ, для уточнения его регистрации направляется официальный запрос в медицинскую организацию, в которой, по его утверждению, он был зарегистрирован; запрос дублируется по телефону. В случае подтверждения того, что пациент болел туберкулёзом ранее, регистрируется случай рецидива туберкулёза. Если факт не подтверждается, реализуется сценарий «регистрация нового случая туберкулёза (впервые выявленный больной туберкулёзом)» (с п. 2).

3. При регистрации случая рецидива туберкулёза в колонии-поселении или его переводе в колонию-поселение после выполнения пп. 1 и 2 осуществляется перевод карты лечения в медицинскую организацию гражданского здравоохранения, которая в дальнейшем будет осуществлять лечение пациента; диспансерное наблюдение продолжает вести врач-фтизиатр МСЧ ФСИН России (основание: письмо ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 7-5/1578 от 30.12.2019).

Сценарий «внеплановое освобождение пациента» реализуется в случае освобождения пациента в связи с вынесением оправдательного приговора. В этом случае нет предположения о медицинской организации, в которой пациент выберет продолжать лечение. В соответствии с данным сценарием следует:

- закрыть карту диспансерного наблюдения с исходом «освобождение из ФСИН» и оставить открытой карту лечения в течение 60 календарных дней. В течение этого времени запросить (по телефону и с использованием официального документооборота) о прибытии пациента для продолжения лечения в региональную противотуберкулёзную организацию или медицинскую организацию по месту жительства пациента для продолжения лечения. В случае прибытия пациента осуществить перевод карты лечения и далее контролировать своевременную регистрацию. Исхода курса химиотерапии; в случае её отсутствия следует за 30 дней до истечения годового интервала от момента регистрации исхода по I, II, III режиму химиотерапии или за 30 дней до истечения двухгодичного интервала для случаев лечения по IV, V режиму химиотерапии

направить официальный запрос о необходимости регистрации исхода курса химиотерапии и продублировать его телефонограммой.

При отсутствии прибытия пациента в противотуберкулёзную организацию через 60 дней от момента освобождения пациента выставить исход курса химиотерапии «выбыл» с указанием даты последнего известного приёма противотуберкулёзных препаратов в ходе курса лечения. Следует отметить, что данный исход отражает недостаточную работу лечащего врача МСЧ ФСИН по мотивации пациента к лечению. Затем закрывается регистрационная запись с исходом «иное».

Перевод пациента для продолжения лечения можно представить в виде процесса, включающего ряд этапов:

- снятие с диспансерного наблюдения – производится сразу после того, как пациент покинет пенитенциарное учреждение. Это соответствует исключению пациента из регионального сегмента ФРБТ [41]

- активное направление карты лечения пациента в организацию, продолжающую лечение пациента, либо пассивное ожидание запроса на перевод карты лечения в течение 60 дней; данный период времени обусловлен критерием регистрации исхода «прервал курс химиотерапии», который регистрируется у пациента, самовольно прервавшего курс химиотерапии на 2 месяца и более [30]. По истечении данного периода времени регистрируется исход курса химиотерапии «выбыл».

- закрытие регистрационной записи только в том случае, если возникают признаки необходимости исключения пациента из федерального сегмента ФРБТ (смерть, снятие диагноза туберкулёз, выбытие за пределы Российской Федерации на 6 месяцев и более) [41].

При переводе пациента в другое учреждение для продолжения лечения закрыть карту диспансерного наблюдения и перевести карту лечения. Необходимо отследить приём открытой карты лечения врачом учреждения, в котором пациент продолжает лечение, и контролировать своевременное определение исхода курса химиотерапии. Если карта не была принята,

необходимо связаться с врачом учреждения, продолжившего лечение пациента, и уточнить причины данного явления. При получении результатов анализов материала, взятого от переведённого пациента, их следует своевременно вносить в карту лечения пациента чтобы их результаты были доступны в месте продолжения пациентом лечения.

За 1 месяц до наступления отчётного периода необходимо напомнить учреждению по месту перевода пациента о необходимости зарегистрировать в ФРБТ полученный исход курса химиотерапии. В случае отказа в своевременной регистрации исхода курса химиотерапии следует письменно (в служебном письме) информировать главного специалиста – фтизиатра УОМСО ФСИН России о несвоевременном определении исхода курса химиотерапии в месте продолжения пациентом лечения с указанием учреждения, не определившего своевременно исход курса химиотерапии, ожидаемых сроков определения исхода курса химиотерапии и фактического состояния дел на дату составления служебного письма.

В случае наличия данных об официальном информировании учреждения, продолжившего лечение и главного специалиста – фтизиатра УОМСО ФСИН России о несвоевременном определении исхода курса химиотерапии ответственность за несвоевременно определённый исход курса лечения несёт учреждение, продолжившее лечение пациента; при отсутствии указанных документов ответственность несёт учреждение, зарегистрировавшее случай лечения пациента.

Сценарий «плановое освобождение». При плановом освобождении пациента необходимо руководствоваться Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2020 № 1934 «Об организации информационного взаимодействия администрации учреждения, исполняющего наказание, с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья в отношении освобождаемого от отбывания наказания осуждённого, страдающего заболеванием, представляющим опасность для окружающих». Следует уточнить у пациента место, в котором он намерен продолжать лечение и осуществить

передачу соответствующей информации на бумажном носителе не позднее чем за 5 календарных дней до дня освобождения осуждённого, и осуществить перевод карты лечения не позднее дня, следующего после освобождения осуждённого. В эти же сроки следует закрыть карту диспансерного наблюдения с исходом «освобождение из ФСИН» (не закрывая при этом раздел «запись в регистре»).

Перед освобождением необходимо провести повторные индивидуальные беседы о важности продолжения лечения, оповестить пациента о возможных мерах социальной поддержки, применяющейся в субъекте Российской Федерации, в котором пациент освобождается. Если пациент планирует продолжить лечение в том же регионе, в котором он освобождается, целесообразно организовать его встречу с лечащим врачом.

После освобождения следует регулярно вносить в карту лечения в Федеральном регистре лиц, больных туберкулёзом, сведения о результатах лабораторных исследований материала, взятого в учреждении, из которого пациент был освобождён.

За 1 месяц до наступления отчётного периода необходимо направить в медицинскую организацию, в которую был переведён пациент, официальное уведомление о необходимости зарегистрировать в ФРБТ полученный исход курса химиотерапии. В случае отказа в своевременной регистрации исхода курса химиотерапии следует информировать ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России о несвоевременном определении исхода курса химиотерапии в месте продолжения пациентом лечения с указанием медицинской организации, не определившей своевременно исход курса химиотерапии, ожидаемых сроков определения исхода курса химиотерапии и фактического состояния дел на дату составления служебного письма.

В случае наличия данных об официальном информировании медицинской организации, продолжившей лечение пациента, и ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России о несвоевременном определении исхода курса химиотерапии ответственность за несвоевременно определённый исход курса лечения несёт медицинская организация, продолжившая лечение пациента; при отсутствии

указанных документов ответственность несёт учреждение ФСИН России, зарегистрировавшее случай лечения пациента.

Реализация указанных сценариев представлена нами на схеме (рис. 5.6).



Рисунок 5.6. Реализация алгоритма движения карты лечения пациента, зарегистрированного в учреждениях УИС России.

По разработанным в ходе исследования материалам нами было разработано и издано пособие для врачей пенитенциарной системы (Особенности мониторинга регистрации и движения больных туберкулёзом в условиях пенитенциарных учреждений / С.Н. Лисовский, С.Б. Пономарёв, Ю.В. Михайлова, М.Е. Вострокнутов, С.А. Стерликов. М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 20 с. ISBN: 978-5-94116-063-1).

Тем не менее, в ходе работы возникают ситуации, требующие уточнения порядка указанных действий в ходе реализации различных сценариев; в связи с этим возможны переиздания указанного пособия с обновлёнными алгоритмами.

Резюме

Типы учреждений УИС, в которых регистрируются выбывшие пациенты (впервые выявленные и с рецидивом туберкулёза), не отличаются от таковых при регистрации всех пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза). Это свидетельствует об отсутствии влияния типа зарегистрировавшего пациента учреждения на частоту выбытия пациента без определённого исхода курса химиотерапии.

Из 1496 пациентов зарегистрированы в ИУ и переведены в другие ИУ внутри региона 7,8%, в ИУ других регионов – 7,5%, зарегистрированы в ИУ и освобождены с предполагаемым местом лечения в этом же регионе 28,4%, в другом регионе – 5,7%, зарегистрированы в СИЗО и освобождены из СИЗО – 20,1%, переведены в СИЗО другого региона, 1,5%, переведены в ИУ этого же региона 11,8%, другого региона – 13,4%, зарегистрированы в СИЗО и ИУ и выбыли за рубеж Российской Федерации 0,7%.

У 42,4% пациентов нарушение движения информации об исходе курса химиотерапии возникает при перемещении пациента внутри системы, что свидетельствует о важности разработки методического документа, регламентирующего организацию движения информации и зоны ответственности за результат лечения пациента.

Наиболее массовым мероприятием, которое потенциально окажет эффект на повышение приверженности максимального количества выбывающих без определённого исхода лечения больных туберкулёзом (93,3%), должны стать индивидуальные беседы с пациентом. Важное значение окажут мероприятия, проводимые на пенитенциарном этапе (79,2% пациентов), включающие в себя кроме индивидуальных бесед также медицинскую (встреча пациента с врачом, инструктаж о месте дальнейшего лечения) и социальную (выявление потребностей пациента, организация его взаимодействия с центрами социальной

реабилитации, разработка мер социальной поддержки) подготовку пациента к освобождению, для пациентов без бактериовыделения, соблюдающих режим лечения – рассмотрение вопроса о переводе для лечения в условие колонии-поселения. Ожидается, что мероприятия, проводимые на постпенитенциарном этапе, окажут влияние на 54,2% пациентов. Они включают в себя единовременные пособия лицам, освободившимся из учреждений УИС и вставшим на диспансерный учёт в гражданском здравоохранении, обеспечение местом проживания и трудоустройство, продуктовые наборы для лиц, приверженных к лечению, содействие восстановлению утраченных документов. Малоозрастным мероприятием, которое, тем не менее, повлияет на частоту исходов «выбыл» как минимум у 44,6% пациентов, будет создание и внедрение методических рекомендаций, регламентирующих подходы к мониторингу больных туберкулёзом, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы. Дополнительные мероприятия, обеспечивающие возможность лечения иногородних пациентов в субъекте Российской Федерации по месту их освобождения могут оказать эффект у 26,6% пациентов.

При разработке рекомендаций по особенностям мониторинга туберкулёза в условиях пенитенциарных учреждений следует отметить приоритет разных источников информации о пациенте (приоритет отдаётся Федеральному регистру лиц, больных туберкулёзом), необходимость детальной разработки алгоритмов действий врача-фтизиатра при различных сценариях регистрации и перевода пациента.

Заключение

Проблема незавершённого лечения больными туберкулёзом, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях России, проявляющегося, в том числе, в виде исхода «выбыл», в Российской Федерации велика как сама по себе, так и в международном масштабе.

Ежегодно от 2 до 3 тыс. больных туберкулёзом, освободившихся из пенитенциарных учреждений, не становятся на учёт в медицинские организации, оказывающие специализированную помощь по профилю «фтизиатрия» гражданского здравоохранения. Имеется тенденция к нарастанию данной проблемы относительно числа больных туберкулёзом, наблюдающихся в ПТБМО гражданского здравоохранения (к 2020 году – до 2,6 на 100 больных, туберкулёзом, наблюдающихся в ПТБМО гражданского здравоохранения). При этом выросла доля больных, освободившихся в связи с неблагоприятным течением заболевания (к 2020 г. – до 8,7%; 95%ДИ 8,0-9,5). В динамике отмечается рост доли пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии: для впервые выявленных больных и больных с рецидивом туберкулёза – с 22,8% в 2015 г. до 28,6 в 2019 и 28,1% в 2020 гг., для случаев лечения по IV, V режимам химиотерапии – с 30,6% до 32,9 в 2019 г. и 32,5 в 2020 г.

Отсутствие определённого исхода курса химиотерапии у переведённых пациентов (исход «выбыл») в 3,1 раза чаще ($p < 0,01$) регистрируется в регионах, в которых отсутствуют ведомственные медицинские организации ФСИН для больных туберкулёзом. Имеется сильная корреляция между числом регионов, в которых имелись ведомственные медицинские организации ФСИН для больных туберкулёзом и стандартизованной по регистрационной группе долей выбывших пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза) – $r = 0,84$; $p < 0,05$.

Рост доли выбывших пациентов оказывает влияние на динамику показателя Стратегии ликвидации туберкулёза – «доля успешного лечения»; при полной

ликвидации проблемы пациентов, выбывших без определённого исхода курса химиотерапии, значение целевого показателя «доля успешного лечения» будет в 1,4–1,5 раза ближе к целевому значению (90%). В результате проведённого анкетирования были выявлены дефекты организации социально-просветительской работы среди пациентов с малой (до 1 года) длительностью заболевания: по сравнению с пациентами остальных групп с ними реже проводились как индивидуальные (OR=0,3; 95%ДИ 0,2-0,5; $p<0,001$), так и групповые (OR=0,4; 95%ДИ 0,3-0,6; $p<0,001$) беседы. Это может негативно сказаться на адекватном формировании у них адекватной внутренней картины болезни.

Выявлен недостаток коммуникации, при которых задаваемые пациентом вопросы либо оставались без ответа, либо были непонятны. Из-за этого более 15% пациентов (17,9%; 95%ДИ 14,6-21,7) остаются без понятного им ответа на свои вопросы.

Дефекты организации санитарно-просветительской работы в совокупности с дефектами коммуникации приводят к формированию у части пациентов неправильного представления о лечебных мероприятиях.

Частота правильного ответа о необходимых лечебных мероприятиях зависела в первую очередь от проведения индивидуальных бесед и получения пациентом адекватных (понятных ему) ответов на свои вопросы. В многофакторной модели наибольшую результативность показала эффективная коммуникация в виде вопрос-ответ (aOR=3,3; $p<0,001$) и индивидуальные беседы (aOR=2,6; $p=0,005$), в то время как групповая работа не оказала статистически значимого влияния (aOR=1,4; $p=0,2$).

Об отсутствии желания вылечиться заявили 16 из 453 респондентов (3,5%; 95%ДИ 2,2-5,7). Эта группа пациентов демонстрировала отсутствие интереса к своему заболеванию. В многофакторном анализе установлено, что отсутствие вопросов (aOR=7,7; $p<0,001$) и отказ от помощи для продолжения лечения (aOR=8,2; $p<0,001$), вместе с отсутствием знания о продолжительности своего заболевания (aOR=10,6; $p=0,04$) и, возможно, продолжительности болезни более

двух лет ($aOR=6,8$; $p=0,08$) относятся к факторам риска отсутствия психологической приверженности к лечению.

Большинство пациентов декларировали потребность в дополнительной помощи после их освобождения для продолжения лечения. Единовременная денежная помощь имеет существенное значение для большинства (63,4%; 95%ДИ 58,8-67,7) пациентов, и она, безусловно, должна быть включена в пакет мотивирующих мероприятий, которые могут быть реализованы программами по организации психосоциальной помощи в субъектах Российской Федерации. На втором месте находится помощь с жильём, в которой нуждается почти треть (32,7%; 95%ДИ 28,5-37,1) пациентов. Третье место занимала помощь с трудоустройством (30,9%; 95%ДИ 26,8-35,3), четвертое – продуктовые наборы (24,9%; 95%ДИ 21,2-29,1), пятое – восстановление документов (21,0%; 95%ДИ 17,5-25,0).

На основании данных социологического исследования рассчитана потребность в указанных видах помощи для освобождающихся пациентов с туберкулёзом. В 2020 году в единовременной денежной помощи нуждалось от 3395 до 3909 пациентов, в помощи с местом проживания – от 1649 до 2142 пациентов, в помощи с трудоустройством – от 1547 до 2038 пациентов, в мотивировании продуктами наборами от 1224 до 1680 пациентов, помощи с восстановлением документов от 1010 до 1444 пациентов.

Для оказания адекватной психосоциальной помощи освобождающимся лицам, в том числе – больным туберкулёзом, необходима разработка федеральной законодательной базы для открытия центров социальной помощи, программ федерального финансирования мероприятий по оказанию социальной и медицинской помощи освобождёвшимся больным туберкулёзом.

Типы учреждений УИС (следственные изоляторы, исправительные учреждения или колония-поселения), в которых регистрируются выбывшие пациенты (впервые выявленные и с рецидивом туберкулёза), не отличаются от таковых при регистрации всех пациентов (впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза), что свидетельствует об отсутствии влияния типа

зарегистрировавшего пациента учреждения на частоту выбытия пациента без определённого исхода курса химиотерапии.

Из 1496 пациентов зарегистрированы в ИУ и переведены в другие ИУ внутри региона 7,8%, в ИУ других регионов – 7,5%, зарегистрированы в ИУ и освобождены с предполагаемым местом лечения в этом же регионе 28,4%, в другом регионе – 5,7%, зарегистрированы в СИЗО и освобождены из СИЗО – 20,1%, переведены в СИЗО другого региона, 1,5%, переведены в ИУ этого же региона 11,8%, другого региона – 13,4%, зарегистрированы в СИЗО и ИУ и выбыли за рубеж Российской Федерации 0,7%.

В 42,4% случаях нарушение движения информации об исходе курса химиотерапии возникает при перемещении пациента внутри системы, что свидетельствует о важности разработки методического документа, регламентирующего организацию движения информации о пациенте и исходах курса химиотерапии и ответственность за результат лечения пациента.

Наиболее массовым мероприятием, которое потенциально окажет эффект на повышение приверженности максимального количества выбывающих без определённого исхода лечения больных туберкулёзом (93,3%), должны стать индивидуальные беседы с пациентом. Важное значение окажут мероприятия, проводимые на пенитенциарном этапе (79,2% пациентов), включающие в себя кроме индивидуальных бесед также медицинскую (встреча пациента с врачом, инструктаж о месте дальнейшего лечения) и социальную (выявление потребностей пациента, организация его взаимодействия с центрами социальной реабилитации, разработка мер социальной поддержки) подготовку пациента к освобождению, для пациентов без бактериовыделения, соблюдающих режим лечения – рассмотрение вопроса о переводе для лечения в условие колонии-поселения. Ожидается, что мероприятия, проводимые на постпенитенциарном этапе, окажут влияние на 54,2% пациентов. Они включают в себя единовременные пособия лицам, освободившимся из учреждений УИС и вставшим на диспансерный учёт в гражданском здравоохранении, обеспечение местом проживания и трудоустройство, продуктовые наборы для лиц,

приверженных к лечению, содействие восстановлению утраченных документов. Малозатратным мероприятием, которое, тем не менее, повлияет на частоту исходов «выбыл» как минимум у 44,6% пациентов, будет создание и внедрение методических рекомендаций, регламентирующих подходы к мониторингу больных туберкулёзом, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы. Дополнительные мероприятия, обеспечивающие возможность лечения иногородних пациентов в субъекте Российской Федерации по месту их отбывания наказания, окажут эффект у 26,6% пациентов.

При разработке рекомендаций по особенностям мониторинга туберкулёза в условиях пенитенциарных учреждений следует отметить приоритет разных источников информации о пациенте (приоритет отдаётся Федеральному регистру лиц, больных туберкулёзом), необходимость детальной разработки алгоритмов действий врача-фтизиатра при различных сценариях регистрации и перевода пациента.

Выводы

1. Проблема преемственности лечения, приводящая к выбыванию больных туберкулёзом из пенитенциарных учреждений с неуточнёнными результатами их дальнейшего лечения характерна как для России, так и для многих стран мира. Она обусловлена сложностями организации межрегионального и межведомственного взаимодействия. Отмечается нарастание этой проблемы в России, в том числе – за счёт ускорения освобождения больных туберкулёзом в связи с заболеванием. Она также обусловлена сокращением числа регионов, в которых имеются медицинские организации для продолжения лечения больных туберкулёзом после их перевода из следственных изоляторов; это приводит к проблемам межрегионального межведомственного взаимодействия. Устранение проблемы преемственности лечения и мониторинга его результатов позволило бы в 1,7 раза сократить негативную тенденцию к снижению доли успешного лечения больных туберкулёзом и в 1,4–1,5 приблизиться к целевому значению показателя Стратегии «Ликвидировать туберкулёз», подкреплённой Московской Декларацией.

2. К группе риска по отказу от диспансерного наблюдения относятся пациенты, у которых при выявлении не было бактериовыделения ($aOR=20$), а также пациенты без определённого места жительства ($aOR=18,1$). К группе риска по прекращению лечения от туберкулёза относятся пациенты, не интересующиеся своим заболеванием ($aOR=7,7$) и его продолжительностью ($aOR=10,6$), отказывающиеся от помощи для продолжения лечения ($aOR=8,2$), не задающие вопросы по своему заболеванию.

3. Ведущими факторами, способствующими правильному пониманию пациентом функции контролируемого лечения являются эффективная коммуникация в виде ответов на вопросы пациента ($aOR=3,3$; $p<0,001$) и индивидуальных бесед ($aOR=2,6$; $p=0,005$), в то время как групповая работа не оказала статистически значимого влияния ($aOR=1,4$; $p=0,2$). В то же время имеются ресурсы для совершенствования профилактической работы среди

подозреваемых, обвиняемых и осужденных, включающие раннее консультирование впервые выявленных больных туберкулёзом, устранение недостатков коммуникации, вследствие которых 17,9% (95%ДИ 14,6-21,7) пациентов остаются без понятного им ответа на свои вопросы.

4. Для продолжения лечения освобождающиеся больные туберкулёзом нуждаются в первую очередь в единовременной денежной помощи (63,4%; 95%ДИ 58,8-67,7). Также к мотивирующим мероприятиям относятся помощь с проживанием (32,7%; 95%ДИ 28,5-37,1) и трудоустройством (30,9%; 95%ДИ 26,8-35,3). Несколько меньшее значение имеют продуктовые наборы (24,9%; 95%ДИ 21,2-29,1) и восстановление документов (21,0%; 95%ДИ 17,5-25,0).

5. Существенная (42,4%) часть неопределённых исходов курса химиотерапии с регистрацией исхода «выбыл» происходит в результате нарушения информационного взаимодействия учреждений пенитенциарной системы; иногда (20,9%) – в пределах одного субъекта Российской Федерации. Это требует разработки методических рекомендаций по информационному взаимодействию учреждений ФСИН России как с медицинскими организациями гражданского здравоохранения, так и внутри УИС.

6. Предложения по улучшению внутри- и межведомственного взаимодействия по вопросам преемственности лечения и мониторинга его результатов включают в себя как мероприятия по повышению приверженности к лечению, так и рекомендации по совершенствованию мониторинга туберкулёза: проведение индивидуальных бесед с пациентами (93,3%), другие мероприятия по повышению приверженности к лечению на пенитенциарном (79,2%) и постпенитенциарном (54,2%) этапах, создание и внедрение в практическую деятельность методических рекомендаций, регламентирующих подходы к мониторингу больных туберкулёзом, начавших лечение в условиях уголовно-исполнительной системы (44,6%), обеспечению возможности лечения иногородних пациентов по месту их освобождения (26,6%).

Практические рекомендации

На Федеральном уровне

Рекомендовать создание межведомственной комиссии по вопросам ресоциализации осуждённых, включающей полномочных представителей Министерства юстиции, Министерства труда и социальной защиты, Министерства финансов, Министерства здравоохранения, координирующей создание центров социальной реабилитации, оказание социальной помощи освободившимся подозреваемым, обвиняемым и осужденным, в том числе – больным туберкулёзом. В том числе структура должна рассматривать федеральное финансирование или компенсацию расходов на оказание медицинских и социальных услуг больным туберкулёзом вне зависимости от их проживания на территории субъекта Российской Федерации, в котором они освободились из учреждений УИС.

Регламентировать на федеральном уровне создание центров социальной реабилитации, оказывающих социальную помощь лицам, освобождающимся из учреждений УИС, включая больных туберкулёзом и другими социально значимыми заболеваниями.

На ведомственном уровне

Рекомендовать издание документа, регламентирующего проведение врачами-фтизиатрами УИС индивидуальных мотивирующих к лечению туберкулёза бесед с подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными больными туберкулёзом, включая ответы на возникающие вопросы.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Обеспечить разработку и финансирование программ оказания психосоциальной помощи больным туберкулёзом, освободившихся из учреждений УИС России на базе медицинских организаций, оказывающих

специализированную помощь больным туберкулёзом, включающих единовременные выплаты больным туберкулёзом, освободившимся из учреждений УИС и продолжившим лечение, обеспечение их продуктовыми наборами при условии удовлетворительного соблюдения режима лечения.

Медицинским организациям, оказывающим помощь по профилю «фтизиатрия», центрам социальной реабилитации

Организовать активное сопровождение освобождающихся пациентов без определённого места жительства: подача заявок на единовременную помощь с активным информированием пациента, решение проблем с проживанием, лечением, питанием, трудоустройством и восстановлением утраченных документов.

ФКУ НИИ ФСИН России совместно с Федеральным центром мониторинга противодействия распространению туберкулёзом в Российской Федерации

Разработать методические рекомендации, регламентирующие передачу сведений об исходах курса химиотерапии в условиях межрегионального взаимодействия.

Литература

1. Бабаян, С.Л. К вопросу о постпенитенциарной ресоциализации // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2016. – № 4 (36). – С. 13–19.
2. Богородская, Е.М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулёзом : Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение / Богородская Елена Михайловна М., 2009. – 47 с.
3. Богородская, Е.М. Результаты лечения больных туберкулезом легких / Е.М. Богородская, С.А. Стерликов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 3. – С. 19–24.
4. Борсученко, С.А. Ресоциализация и социальная адаптация осужденных к лишению свободы: понятие, содержание, правовое регулирования // Юридический вестник Самарского университета . – 2018. – № 2(4). – С. 74–79.
5. Бровский, П.А. Проблемы социальной адаптации осужденных, освобождающихся из мест лишения свободы: гендерный аспект // Женщина в российском обществе. – 2009. – № 2. – С. 56–65.
6. Варгатюк, С.В. Психолого-педагогические проблемы ресоциализации различных категорий осужденных в учреждениях УИС // Институт ресоциализации осужденных: состояние, проблемы, перспективы развития : Сб. мат-в Всерос. Науч.-практ. Конф. 26-27 октября 2017 года. Киров: ФКУ ДПО Кировский ИПКР ФСИН России, 2017. – С.148–152.
7. Гендерные особенности туберкулёза в пенитенциарных учреждениях / С.Б. Пономарёв, Л.И. Русакова, С.А. Стерликов, В.М. Коломиец, С.Н. Лисовский // Вестник Академии наук Молдовы Медицина.– 2019.– № 3(63).– С. 78–82.

8. ГОСТ Р 50779.10 – 2000 (ИСО 3534-1 – 93) : Статистические методы. Вероятность и основы статистики. Термины и определения. М.: Госстандарт России, 2005. – 41 с.
9. Данилин, Е.М. Школа подготовки к освобождению – как средство ресоциализации осужденных / Е.М. Данилин, Н.В. Давыдова // Институт ресоциализации осужденных: состояние, проблемы, перспективы развития : Сб. мат-в Всерос. Науч.-практ. Конф. 26–27 октября 2017 года. Киров: ФКУ ДПО Кировский ИПКР ФСИН России, 2017. – С.158–160.
10. Жигунова, А.Н. Психологические особенности сопровождения больных туберкулёзом / А.Н. Жигунова // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2014. – № 12. – С. 20–23.
11. Информационно-справочный материал об опыте работы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по социальной адаптации лиц, освобожденных из мест лишения свободы, их трудоустройства, обеспечения жилой площадью, оказания социальной, медицинской и иной помощи. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://mvd.ru/upload/site1/document_text/temp/_1432562743_110/ISM_po_p_olozhitelnomu_opytu_sotsialnoy_adaptatsii_lits_ranee_sudimyxh_GUOOOP_M_VD_Rossii.pdf (Дата обращения 01.06.20).
12. Клубер-Росс Э.О. О смерти и умирании . – Киев: София, 2001 . – С. 74.
13. Койчурев, А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии / А.А. Койчурев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – № 3(8). – С. 65–69.
14. Коломиец, В.М. Пенитенциарный туберкулёз: патоморфоз и эффективность реабилитации. Курск: ВГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2014 . – 248 С.
15. Контроль над туберкулёзом в уголовно-исполнительной системе / И.И. Ларионова, Т.Ю. Чебагина, С.А. Стерликов, В.Е. Одинцов, Е.М. Белиловский // Туберкулёз в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг.

Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2015 г. – С. 166–176.

16. Контроль над туберкулёзом в уголовно-исполнительной системе / С.Н. Барышев, В.Е. Одинцов, С.Г. Сафонова, Е.М. Белиловский, И.Д. Данилова, С.А. Стерликов // Туберкулёз в Российской Федерации 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в российской Федерации и в мире. – М.: 2013. – С. 142–167.
17. Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 октября 2010 г. № 1772-р. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2011/03/08/penitenciariya-site-dok.html>
18. Кораблёва, И.Н. Социальная адаптация к освобождению осужденных к лишению свободы // Материалы VIII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://scienceforum.ru/2016/article/2016018619>
19. Михайлова, Ю.В. Медико-демографические характеристики заключённых в Российской Федерации и проблема пожилых заключённых / Ю.В. Михайлова, С.А. Стерликов, С.Б. Пономарёв // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 1. – С.535–548. – DOI: 10.24411/2312-2935-2021-00038.
20. Московская декларация по ликвидации туберкулёза. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/tb/features_archive/Russian_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1 (дата обращения 25.03.2020).
21. Наглядная статистика. Используем R! / А. Б. Шипунов, Е. М. Балдин, П. А. Волкова, А. И. Коробейников, С. А. Назарова, С. В. Петров, В. Г. Суфиянов. – 13 июля 2014 года. – 195 с.
22. Наумова, Е.А. Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению / Е.А. Наумова, О.Н. Семенова // Кардиология: новости, мнения, обучение . – 2016. – № 2. – С. 30–39.

23. Неустроева, Н.Н. Привлечение осужденных к оплачиваемому труду в Кировской области // Институт ресоциализации осужденных: состояние, проблемы, перспективы развития : Сб. мат-в Всерос. Науч.-практ. Конф. 26-27 октября 2017 года. Киров: ФКУ ДПО Кировский ИПКР ФСИН России, 2017. – С.118–120.
24. Никитеев, В.И. Проблемы ресоциализации осужденных // Институт ресоциализации осужденных: состояние, проблемы, перспективы развития : Сб. мат-в Всерос. Науч.-практ. Конф. 26–27 октября 2017 года. Киров: ФКУ ДПО Кировский ИПКР ФСИН России, 2017. – С. 9–12.
25. Обзор эпидемической ситуации по туберкулёзу в пенитенциарных учреждениях России в 2019 году / С.А. Стерликов, В.С. Бурыхин, Л.И. Русакова, С.Б. Пономарёв, С.Н. Лисовский // Медицинский Альянс. – 2021. – том 9(1). – С. 20 –28. – DOI: 10.36422/23076348-2021-9-1-20-28.
26. Об организации информационного взаимодействия администрации учреждения, исполняющего наказание, с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья в отношении освобождаемого от отбывания наказания осуждённого, страдающего заболеванием, представляющим опасность для окружающих : Постановление Правительства Российской Федерации от 26.11.2020 № 1934.
27. Об утверждении ведомственной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями" : Приказ Минздрава России от 05 апреля 2019 г. № 199.
28. Об утверждении перечня медицинских противопоказаний в связи с которыми гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме» : Приказ Минздрава России № 216н от 29 апреля 2015 г.
29. Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального

регистра лиц, больных туберкулёзом : Постановление Правительства Российской Федерации от 08.04.2017 № 426.

30. О введении в действие учётной и отчётной документации мониторинга туберкулёза: приказ Минздрава России от 13.02.2004 г. № 50.
31. О развитии системы социальной поддержки лиц без определённого места жительства, лиц, освобождённых из мест лишения свободы, а также лиц, осуждённых к наказанию, не связанному с лишением свободы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.gov.spb.ru/helper/social/bomz/podderzhka-lic-bomg/o-razviti-i-sistemy-socialnoj-podderzhki-lic-bez-opreleennogo-mesta/> (Дата обращения 01.06.20).
32. О реализации эксперимента по снижению уровня преступности на территории Пермского края в 2011-2013 годах : Постановление Правительства Пермского края от 26 января 2011 г. № 34-п.
33. Оценка результативности применения в Российской Федерации эмпирического режима лечения больных туберкулёзом с предполагаемой множественной лекарственной устойчивостью / С.А. Стерликов, А.Г. Самойлова, В.В. Тестов, К.А. Глебов, И.А. Васильева // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – № 11 . – С. 28–33.
34. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулёзной работы в 2009–2014 гг. Методика расчёта показателей и статистические материалы по результатам пятилетнего наблюдения / Л.А. Габбасова, Т.Ч. Касаева, С.А. Стерликов, О.Б. Нечаева, О.В. Обухова, В.Е. Одинцов, Т.Ю. Чебагина / под ред. С.А. Стерликова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2015. – 95 с.
35. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулёзной работы в 2018–2019 гг. Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы / С.А. Стерликов, О.Б. Нечаева, В.Б. Галкин, И.М. Сон, В.В. Тестов, С.А. Попов, В.С. Бурыхин, С.Б. Пономарёв, Л.И. Русакова, Н.И. Мезенцева, Д.А. Кучерявая, О.В. Обухова, А.В. Дергачёв,

С.С. Саенко / под ред. С.А. Стерликова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2020. – 92 с.
ISBN: 978-5-94116-030-3.

36. Панов, В.П. Приверженность пациентов лечебно-профилактическим мероприятиям и здоровому образу жизни: актуальность проблемы и возможности преодоления / В.П. Панов, Д.Л. Логунов, М.В. Авдеева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016 . – № 2. – DOI: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-8.
37. Петунова, С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулёзом / С.А. Петунова // Современные проблемы науки и образования . – 2015. – № 3. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18727> (дата обращения: 13.09.2021).
38. Пономарёв, С.Б. Факторы, влияющие на терапевтическое сотрудничество женщин, находящихся в исправительных учреждениях /С.Б. Пономарёв, Е.А. Самарина, С.А. Стерликов // III Международный пенитенциарный форум «Преступление, наказание, исправление» : (к 20-летию вступления в силу уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации : г. Рязань, 21-23 ноября 2017 г. : Сборник тезисов выступлений и докладов участников. Рязань : Академия ФСИН России, 2017 . – том 5 . – С. 408–409.
39. Потапов, А.М. О личности осужденных, освобождаемых от отбывания наказания в виде лишения свободы / А.М. Потапов, А.Н. Лепщиков // Вестник института: преступление, наказание исправление. – 2019. – № 3(35). – С. 23–30.
40. Предикторы неблагоприятных исходов случаев лечения туберкулёза по I, II, III режимам химиотерапии / С.С. Саенко, С.А. Стерликов, Л.И. Русакова, М.В. Лехляйдер, Н.Д. Пирогова, И.Ф. Сурначева, М.А. Гуденков, А.К. Свичарская, О.А. Подгайная, Ю.С. Кононенко, Т.В. Новикова, Е.А. Юхнова, Е.Г. Фролов, А.В. Громов, И.С. Гаевая // Вестник ЦНИИТ. – 2020. – № 3(12). – С. 24–34. – DOI: 10.7868/S2587667820030048.

41. Разъяснения по порядку исключения регистровых записей пациентов из соответствующих разделов ФРБТ : Письмо Минздрава России № 17-10/1282 от 18.07.2019. – 2 с.
42. Результаты лечения туберкулёза с широкой лекарственной устойчивостью в учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации / С.А. Стерликов, Л.И. Русакова, С.Б. Пономарёв, В.Б. Галкин, В.С. Бурыхин // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018 . – № 10 . – С. 5–12.
43. Ресурсы для формирования приверженности к лечению у больных туберкулезом на постпенитенциарном этапе / С.Н. Лисовский, С.Б. Пономарёв, В.С. Бурыхин, С.А. Стерликов // Медицинский Альянс. – 2020. – т. 8. – № 3. – С. 31–36. – DOI: 10.36422/23076348-2020-8-3-31-36.
44. Рунова К. А. Социальная поддержка бывших осужденных в России: аналитический обзор / под ред. А. В. Кнорре — СПб.: Институт проблем правоприменения при Европейском университете в Санкт-Петербурге, 2019. — (Аналитические обзоры по проблемам правоприменения; вып. 3(2019)). — 32 с.
45. Самарина, Е.А. Психологические аспекты формирования терапевтического сотрудничества у женщин, находящихся в исправительных учреждениях /Е.А. Самарина, С.Б. Пономарёв, С.А. Стерликов // Аспирантский вестник Поволжья. – 2017. – № 1-2. – С. 199–203.
46. Социальное сопровождение людей, вышедших из мест лишения свободы : методические рекомендации / Д.И. Кулагин, А.А. Кралько, Е.Л. Костюченко, Н.С. Пугачева, Е.Н. Родионова. Минск: «Альтиора Форте», 2019. – 65 с.
47. Стерликов, С.А. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в учреждениях уголовно-исполнительной системы / С.А. Стерликов, Е.М. Белиловский, С.Б. Пономарёв, Г.А. Постольник // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018 . – № 4 . – С. 1–21.
48. Стерликов, С.А. Проблема преемственности лечения больных туберкулёзом в учреждениях уголовно-исполнительной системы / С.А.

- Стерликов, С.Н. Лисовский // VIII конгресс Национальной ассоциации фтизиатров с международным участием (25–27 ноября 2019 года, Санкт-Петербург) [Электронный ресурс] : тезисы докладов [Электронное приложение к журналу «МедАльянс» № 3/2019 г.] / под ред. д-ра мед. наук, проф. П.К. Яблонского (президент конгресса). – СПб., 2019. – С. 285–286.
49. Стерликов С.А. Эпидемическая ситуация по ко-инфекции ВИЧ-туберкулёз в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации / С.А. Стерликов, С.Б. Пономарёв, Е.Л. Аверьянова // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 8. – С. 95–97.
50. Стерликов, С.А. Эффективность лечения пациентов с мультирезистентным туберкулёзом и пути её повышения /С.А. Стерликов // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 5. – С. 26–29.
51. Туберкулёз в учреждениях уголовно-исполнительной системы в странах Европы и Российской Федерации / И.А. Васильева, С.А. Стерликов, Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, С.Б. Пономарёв // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – № 5. – С. 6–13.
52. Туберкулёз и табакокурение: риск развития специфического процесса и его особенности у курящих больных / Н.М. Корецкая, А.Н. Наркевич, А.А. Наркевич, Е.Н. Гринь // Пульмонология,. – 2017. – том 27(7). – С. 51–55. – DOI: 10.18093/0869-0189-2017-27-1-51-55.
53. Факторы риска отказа от продолжения диспансерного наблюдения по поводу туберкулёза пациентов, выявленных в учреждениях пенитенциарной системы Российской Федерации / С.Н. Лисовский, Е.Н. Туркина, С.А. Стерликов, Ю.В. Михайлова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2020. – № 9(98). – С. 44–49. – DOI: 10.21292/2075-1230-2020-98-9-44-49.
54. Хохлов, И.В. Некоторые психологические особенности личности больных туберкулезом, содержащихся в исправительных колониях ФСИН России / И.В. Хохлов // Novainfo. – 2015. – № 33-2. – Режим доступа: <https://novainfo.ru/article/3539> (дата обращения: 13.09.2021)

55. Цветков, А.И. Об организационных аспектах совершенствования и нормативно-правового регулирования системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции / А.И. Цветков, А.С. Подымова, Н.В. Ножкина // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4(187). – С. 7-12. DOI: 10.25694/URMJ.2020.04.34.
56. Чукаева, И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для её улучшения (на примере артериальной гипертонии) // Лечебное дело. – 2012. – № 2. – С. 21–26. <https://cyberleninka.ru/article/n/chto-takoe-priverzhennost-k-lecheniyu-i-chto-mozhno-sdelat-dlya-ee-uluchsheniya-na-primere-arterialnoy-gipertonii/viewer> (дата обращения: 13.09.2021).
57. Шорина, Н.М. «Внутренняя картина болезни» как предмет психологического исследования: учебное пособие / Н.М. Шорина. – Владивосток: Мор. гос. ун-т., 2003. – 32 с.
58. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в учреждениях уголовно-исполнительной системы / С.А. Стерликов, Е.М. Белиловский, С.Б. Пономарёв, Г.А. Постольник // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики . – 2018 . – № 4 . – С. 1–21.
59. Янов, С.А. Распространённость, клиническая динамика и терапия алкоголизма у больных туберкулёзом : автореф. Дис. ... канд. Мед. Наук : 14.01.17 – Наркология, 14.01.16 - Фтизиатрия / Янов Сергей Анатольевич . – Томск, 2012. – 23 с.
60. Adane, K, Spigt M, Dinant G-J. Tuberculosis treatment outcome and predictors in northern Ethiopian prisons: a five-year retrospective analysis / K. Adane, M. Spigt, G-J. Dinant // BMC Pulm. Med. – 2018. – vol. 18(1). – Article number: 37. – DOI: 10.1186/s12890-018-0600-1.
61. An Unanswered Health Disparity: Tuberculosis Among Correctional Inmates, 1993 Through 2003 / R.J. MacNeil, M.N. Lobato, M. Moore // American Journal of Public Health. – 2005. – vol. 95. – № 10. – С.1800–1806.
62. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St Petersburg, Russia / R.S. Fry, K. Khoshnood, E. Vdovichenko, J.

- Granskaya, V. Sazhin, L. Shpakovskaya, V. Zhemkov, M. Zhemkova, A. Rowhani-Rahbar, M. Funk, A. Kozlov // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2005. – Volume 9. – № 9. – С. 1027–1033(7).
63. Basa, S. Study on default and its factors associated among Tuberculosis patients treated under DOTS in Mayurbhanj District, Odisha / S. Basa, S.Venkatesh // *J. of Health Research and Reviews in Developing Countries*. – 2015. – Vol. 2. – С. 25-28.
64. Definitions and reporting framework for tuberculosis 2013 revision: updated December 2014 : WHO/HTM/TB/2013.2. – Режим доступа: <https://www.who.int/tb/publications/definitions/en/> (дата обращения: 24.02.2021).
65. Epidemiology of Tuberculosis in Correctional Facilities, United States, 1993–2017 : Surveillance, Epidemiology and Outbreak Investigations Branch Division of Tuberculosis Elimination Centers for Disease Control and Prevention / CDC. – Режим доступа: <https://www.cdc.gov/tb/publications/slidesets/correctionalfacilities/correctionsslidesetinword.pdf> (дата обращения: 13.09.2021).
66. Factors associated with treatment default by tuberculosis patients in Fez, Morocco / K. Slama, N. Tachfouti, M. Obtel, C. Nejari // *Eastern Mediterranean Health Journal*. – 2013. – № 19 (8). – С. 687–693.
67. Factors associated with tuberculosis treatment default in an endemic area of the Brazilian Amazon: A Case Control-Study / M.S. Garrido, M.L. Penna, T.M. Perez-Porcuna, A.B. Souza, L.S. Marreiro, B.C. Albuquerque, F.E. Martínez-Espinosa, S. Bühner-Sékula // *PLoS One*. 2012. – № 7(6). – DOI: 10.1371/journal.pone.0039134.
68. Factors influencing treatment default among tuberculosis patients in a high burden province of South Africa / G. Kigozi, C. Heunis, P. Chikobvu, S. Botha, D. van Rensburg // *Int. J. Inf. Dis.* – 2017. – vol. 54. – С. 95-102. – DOI: 10.1016/j.ijid.2016.11.407.

69. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-en.pdf (дата обращения: 25.03.2020).
70. O'Grady, J. Tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa - a potential time bomb / J. O'Grady // SAMJ: South African Medical Journal. – 2011. – vol. 101. – № 2. – С. 107–108.
71. Poor continuity of care for TB diagnosis and treatment in Zambian Prisons: a situation analysis / S. Hatwiinda S. M. Topp M. Siyambango J. B. Harris K. R. Maggard C. Chileshe N. Kapata S. E. Reid G. Henostroza // A European Journal Tropical Medicine & International Health. – 2018. – vol. 23. – Iss. 2. – С. 243-250. – DOI: 10.1111/tmi.13024.
72. Predictors of loss to follow-up of tuberculosis cases under the DOTS programme in Namibia / D. Kibuule, P. Aiases, N. Ruswa, T. Rennie, R. Verbeeck, B. Godman, M. Mubita // ERJ open research. – 2020. – Vol. 6(1). DOI: 10.1183/23120541.00030-2019.
73. Predictors of poor outcomes among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis at DOTS-plus projects / Kurbatova E.V., Taylor A., Gammino V.M., Bayona J., Becerra M., Danilovitz M., Falzon D., Gelmanova I., Keshavjee S., Leimane V., Mitnick C.D., Quelapio M.I., Riekstina V., Viiklepp P., Zingol M., Cegielski P. // Tuberculosis. – 2012. – Vol. 92(5). – С. 397–403. – DOI: 10.1016/j.tube.2012.06.003.
74. Prisons as a source of tuberculosis in Russia / A. Sarang, L. Platt, I. Vyshemirskaya, T. Rhodes // International Journal of Prisoner Health. – 2016. – vol. 12. – № 1. – С.45-56. – DOI: 10.1108/IJPH-07-2014-0022.
75. Retrospective cohort study of lost to follow up predictors among TB patients in Yerevan, Armenia / S. Sahakyan, V. Petrosyan, L. Abrahamyan // European Journal of Public Health. – 2017 . – Vol. 27. – Issue suppl_3. – DOI: 10.1093/eurpub/ckx187.692.

76. Risk factors associated with loss to follow-up from tuberculosis treatment in Tajikistan: a case-control study / J. Wohlleben, M. Makhmudova, F. Saidova, S. Azamova, C. Mergenthaler, S. Verver // *BMC Infect Dis.* – 2017. – № 17. – 543. DOI: 10.1186/s12879-017-2655-7.
77. The END TB strategy : WHO/HTM/TB/2015.19 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1 (дата обращения: 13.09.2021).
78. Treatment interruptions among patients with tuberculosis in Russian TB hospitals / E.M. Belilovsky, S.E. Borisov, E.F. Cook, S. Shaykevichc, W.M. Jakubowiak, E.V. Kourbatova // *International Journal of Infectious Diseases.* – Volume 14. – Issue 8. – С. 698–703. – DOI: 10.1016/j.ijid.2010.03.001.
79. Treatment outcomes in an integrated civilian and prison MDR-TB treatment program in Russia / S.S. Shin, A.D. Pasechnikov, I.Y. Gelmanova, G.G. Peremitin, A.K. Strelis, Y.G. Andreev, V.T. Golubchikova, T.P. Tonkel, G.V. Yanova, M. Nikiforov, A. Yedilbayev, J.S. Mukherjee, J.J. Furin, D.J. Barry, P.E. Farmer, M.L. Rich, S. Keshavjee // *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* – 2006. – vol. 10. – № 4. – С.402–408.
80. Treatment outcomes of tuberculosis patients in Brazilian prisons: A polytomous regression analysis / L.R. Macedo, B.R. Santos, L.W. Riley, L.N. Maciel // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* – 2013. – vol. 17(11). – С.1427–1434. – DOI: . – 10.5588/ijtld.12.0918.
81. Trends in tuberculosis notification and treatment outcomes in prisons: a country-wide assessment in El Salvador from 2009–2014 / G. Ayala, J. Garay, M. Aragon, T. Decroo, R. Zachariah // *Rev Panam Salud Publica* – 2016. – vol. 39(1). – С.38–43.
82. Tuberculosis Case Finding Cascade and Treatment Outcomes among Male Inmates in Two Prisons in Zimbabwe / A. Mandizvidza, R.A. Dlodlo, P. Chinnakali, H.D. Mugauri, F. Dube, E. Gaka, J. Nembaware, S. Nyambi, B. Masunungure, D. Garauzive // *Tuberculosis Research and Treatment.* – 2020. – vol. 2020. – Article ID 5829471. – DOI: 10.1155/2020/5829471.

83. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps / M. Dara, C.D. Acosta, N.V. Melchers, H.A.A. Al-Darraji, D. Chorgoliani, H. Reyes, R. Centis, G. Sotgiu, L. D'Ambrosio, S.S. Chadha, G.B. Migliori // *International Journal of Infectious Diseases*. – 2015. – vol. 32. – C. 111-117.
84. Tuberculosis incidence and treatment completion among Ugandan prison inmates / A. Schwitters, M. Kaggwa, P. Omiel, G. Nagadya, N. Kisa, S. Dalal // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2014. – vol. 18(7). – C. 781-786. – DOI: 10.5588/ijtld.13.0934.
85. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison / A. Story, S. Murad, W. Roberts, M. Verheyen, A.C. Hayward // *BMJ Thorax*. – Vol.62(8). – C. 667–671. – DOI:10.1136/thx.2006.065409.
86. Tuberculosis surveillance and monitoring report in Europe 2018 : 2016 data : surveillance report. ECDC, 2018. – 195 c.
87. Tuberculosis surveillance and monitoring report in Europe 2020 : 2018 data : surveillance report. ECDC, 2020. – 190 c.
88. Tuberculosis treatment outcome and predictors in northern Ethiopian prisons: a five-year retrospective analysis / K. Adane, M. Spight, G-J. Dinant // *BMC Pulmonary Medicine*. – 2018. – Vol. 18. – DOI: 10.1186/s12890-018-0600-1.
89. Tuberculosis treatment outcomes among prisoners and general population in Zomba, Malawi / V. Singano, E. Kip, W. Ching'ani, L. Chiwaula // *BMC Public Health*. – 2020. – № 20. – Article number 700. – DOI: 10.1186/s12889-020-08841-z.
90. Waisbord, S. Participatory Communication for Tuberculosis Control in Prisons in Bolivia, Ecuador, and Paraguay / S. Waisbord // *Rev Panam Salud Publica*. – 2010. – Vol. 27(3). – C. 168–174. – DOI:10.1590/s1020-49892010000300003.
91. Yonas, A.B. Prevalence of Tuberculosis and Treatment Outcomes of Patients with Tuberculosis among Inmates in Debrebirhan Prison, North Shoa Ethiopia / A.B. Yonas, M.N. Teklehaimanot, B.G. Gebremedhin // *Ethiopian Journal of Health Sciences*. – 2018. – vol. 28. – № 3. – C. 347-354. – DOI: 10.4314/ejhs.v28i3.13.

Приложение 1

Электронная форма запроса сведений о регистрации выбывших без определённого исхода курса химиотерапии пациентов

Субъект Российской Федерации	
№ МСЧ	
Исполнитель (ФИО полностью):	
Телефон для связи с исполнителем	
Электронная почта для связи с исполнителем	

Инструкция

1. Сначала заполняется титульный лист

2. Затем вносятся данные по контрольной форме. Контрольной является форма № 8-ТБ за 2020 год (для больных, зарегистрированных в 2019 году. Форма должна точно соответствовать ранее согласованному варианту. Если по каким-то причинам она отличается, следует отобразить эту причину в поле : "пояснения" на листе с контрольной формой

3. После внесения контрольной формы заполняется ответ на запрос. Источник персональных данных о выбывших пациентах (в ответе на запрос не публикуются) - ф. 03-ТБ/у. В поле "Контроль" отображаются ошибки; до полного заполнения ответа на запрос не следует обращать на них внимания.

4. Заполненные формы высылаются в срок до 12.03.2021 национальному координатору сбора данных эпиднадзора за туберкулёзом - Стерликову Сергею Александровичу на адрес электронной почты sterlikov@list.ru. Обязательно отслеживается ответ на письмо. Если ответ не поступил в течение двух суток, следует связаться по тел. 8(925)507-82-21. Рекомендуется высылать формы заранее чтобы в случае наличия ошибок в контрольных формах или формах ответа на запрос была возможность их исправить.

№ п/п	Вопрос	Ответ
1.	Число больных туберкулёзом лёгких - впервые выявленных и с рецидивом туберкулёза, зарегистрированных для лечения по I, II, III режимам химиотерапии в 2019 году, у которых был зарегистрирован исход "выбыл" (источник: ф. 03-ТБ/у).	0
2.	Из п. 1 было зарегистрировано в СИЗО	
2.1.	из п. 2 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в СИЗО) было освобождено без перевода в СИЗО или ИУ	
2.2.	из п. 2 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в СИЗО) было переведено в ИУ и ЛПУ ФСИН России	
2.2.1.	В том числе – в ИУ того же субъекта РФ, в котором пациенты были зарегистрированы в СИЗО	
2.2.2.	В том числе – в ИУ другого субъекта РФ	
2.3.	из п. 2 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в СИЗО) было переведено в СИЗО других субъектов РФ	
2.4.	из п. 2 - число пациентов, которых нельзя отнести к пп. 2.1, 2.2, 2.3	

		0
3.	Из п. 1 было зарегистрировано в ИУ и ЛПУ (кроме КП)	
3.1.	из п. 3 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в ИУ и ЛПУ) были переведены в ИУ и ЛПУ этого же субъекта РФ	
3.2.	из п. 3 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в ИУ и ЛПУ) были переведены в ИУ и ЛПУ другого субъекта РФ	
3.3.	из п. 3 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в ИУ и ЛПУ) были освобождены с предполагаемым местом продолжения лечения в субъекте РФ по месту нахождения ИУ и ЛПУ, из которого они освободились	
3.4.	из п. 3 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в ИУ и ЛПУ) были освобождены с предполагаемым местом продолжения лечения в другом субъекте РФ	
3.5.	из п. 3. число пациентов, которых нельзя отнести к пп. 3.1-3.4.	
4.	Из п. 1 было зарегистрировано в КП	
4.1.	из п. 4 (выбывшие пациенты, зарегистрированные в КП) были переведены в гражданские противотуберкулёзные организации того же субъекта РФ, в котором находится КП	

Приложение 2

Анкетный опрос проводится Центральным институтом организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. Цель опроса – разработка мероприятий, помогающих вылечиться от туберкулёза освободившимся из мест лишения свободы заключенным путём создания условий для их лечения. Анкета анонимная, пожалуйста, отвечайте на вопрос так, как Вы считаете.

Отвечайте на вопрос путём простановки галочки слева от вопроса.

1. Сколько времени Вы болеете на момент заполнения анкеты?

Менее года 1-2 года Более двух лет Я не помню

2. Проводил ли врач пенитенциарной системы индивидуальную беседу о том, чем вызван туберкулёз и как от него вылечиться?

Да Нет

3. Проводили ли врачи пенитенциарной системы групповые беседы о том, чем вызван туберкулёз и как от него вылечиться?

Да Нет

4. Получали ли вы ответ на интересующие Вас вопросы о туберкулёзе от врача пенитенциарной системы?

- Я задавал вопросы и получал ответы
 Я спрашивал врача, но не получал ответ
 Я задавал вопросы, получал ответы, но ответы врача были мне непонятны
 Я не обращался с вопросами

5. Что, как Вы считаете, надо Вам, чтобы вылечиться?

<input type="checkbox"/>	Регулярно принимать таблетки	<input type="checkbox"/>	Бросить курить
<input type="checkbox"/>	Регулярно делать уколы	<input type="checkbox"/>	Лежать в больнице
<input type="checkbox"/>	Хорошо питаться	<input type="checkbox"/>	Ничего не надо, всё пройдёт само
<input type="checkbox"/>	Дышать свежим воздухом	<input type="checkbox"/>	Я не хочу вылечиться

6. Какая помощь после освобождения была бы Вам ценна, чтобы Вы продолжили лечение?

<input type="checkbox"/>	Единовременная денежная помощь	<input type="checkbox"/>	Помощь с трудоустройством
<input type="checkbox"/>	Регулярная поддержка продуктами	<input type="checkbox"/>	Помощь с жильём
<input type="checkbox"/>	Восстановление или оформление документов	<input type="checkbox"/>	Ничего не надо

При желании можно добавить несколько слов от себя

АКТ

О внедрении результатов диссертационного исследования Лисовского Станислава Николаевича «Совершенствование мониторинга преемственности лечения больных туберкулезом на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах», представленного на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по научной специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Настоящим актом подтверждается использование результатов диссертационного исследования Лисовского Станислава Николаевича «Совершенствование мониторинга преемственности лечения больных туберкулезом на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах» в практической работе медицинской службы территориальных органов ФСИН России.

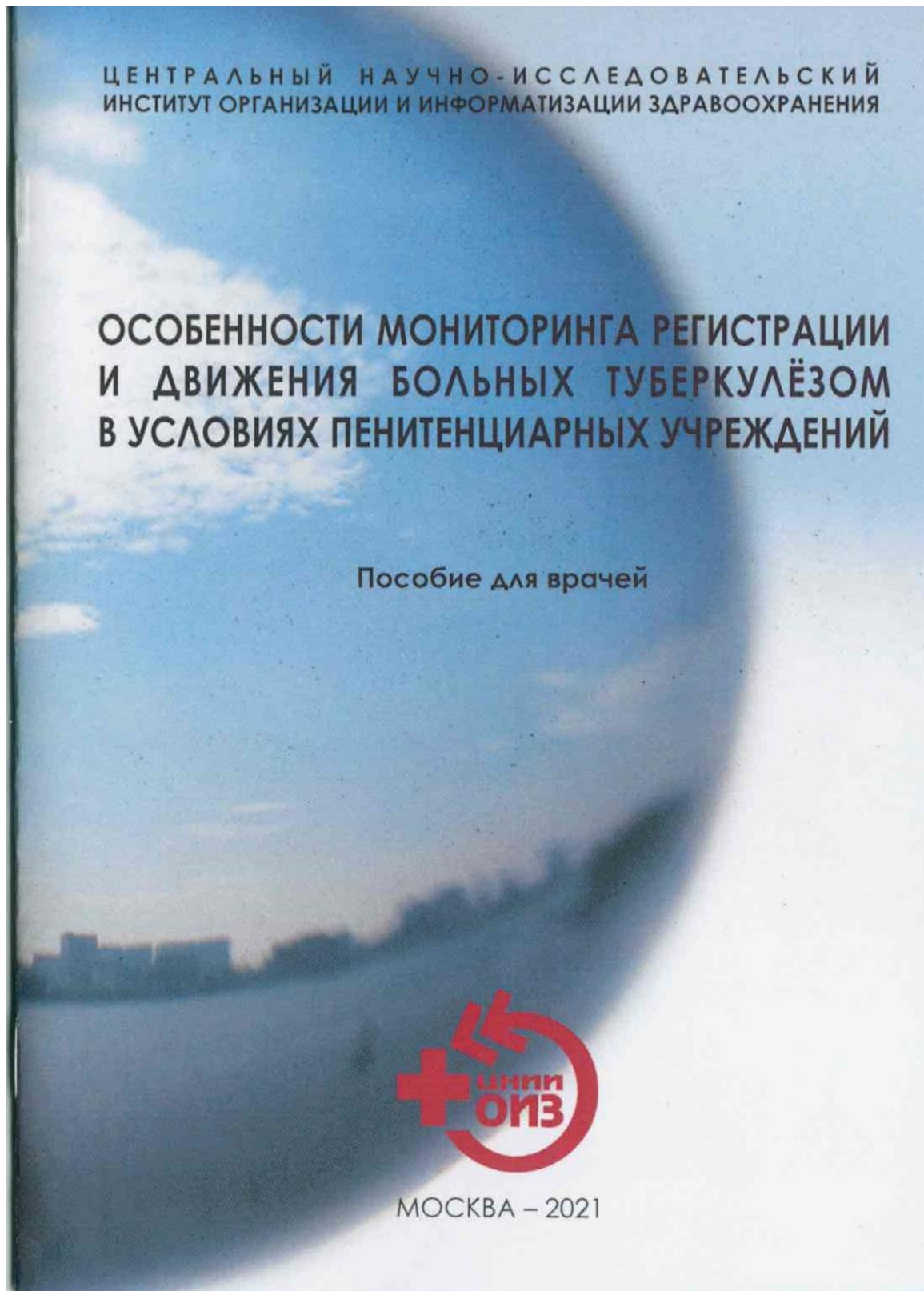
Результаты исследования имеют научное и практическое значение. Планируется дальнейшее внедрение результатов указанного исследования.

Заместитель начальника
УОМСО ФСИН России
полковник внутренней службы
кандидат медицинских наук



Э.В. Степанова

Акт о внедрении мероприятий в Федеральном центре мониторинга противодействия туберкулёза Российской Федерации не может быть предоставлен в виду ликвидации подразделения, однако внедрение подтверждается изданным пособием для врачей



УДК 616.2

Особенности мониторинга регистрации и движения больных туберкулёзом в условиях пенитенциарных учреждений / С.Н. Лисовский, С.Б. Пономарёв, Ю.В. Михайлова, М.Е. Вострокнутов, Стерликов С.А. М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 20 стр.

Пособие предназначено для врачей-фтизиатров пенитенциарных учреждений Российской Федерации. Актуальность пособия обусловлена необходимостью повышения результатов лечения больных туберкулёзом, в том числе – путём улучшения мониторинга туберкулёза и для выполнения целей Стратегии «Ликвидировать туберкулёз» в России. В ходе мониторинга регистрации и движения больных туберкулёзом на международном уровне проводится совокупная оценка лечения пациентов гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения; в связи с этим повышение эффективности лечения больных туберкулёзом в пенитенциарном секторе окажет позитивное влияние на результаты лечения туберкулёза в целом по России.

В пособии изложена реализация основных алгоритмов действий врачей в ходе мониторинга пациентов, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях России, поступивших или освободившихся из них.

Алгоритмы действия врачей наглядно подкреплены схемами, которые позволят врачу быстро освоить порядок действий в той или иной ситуации.

Краткость изложения материала в предложенном пособии поможет врачу быстро освоить приведённый в пособии материал и использовать его в повседневной практике.

Рецензент: зав. научно-организационным отделом ФГБНУ «ЦНИИТ», д.м.н. – Л.И. Русакова

ISBN 978-5-94116-063-1

ISBN 978-5-94116-063-1



9 785941 160631

Подписано в печать 30.08.21 г.
Печать цифровая. Формат 60x82/16.
Объем 0.84 у.п.л. Тираж 500 экз.
Заказ 04/08-21

Отпечатано в НТ и РИО
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
127254, г. Москва,
Ул. Добролюбова, д.11



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
 ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 FEDERAL RESEARCH INSTITUTE FOR HEALTH ORGANIZATION AND INFORMATICS
 OF MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

Добролюбова ул., д.11, Москва, 127254

Тел. (495) 619-10-83, (495) 618-22-01 доб.333 E-mail: mail@mednet.ru http://www.mednet.ru

ОКПО 18987596, ОГРН 1027739277235, ИНН/КПП 7715217798/771501001

№ _____ от _____ 20 ____ г.

На № _____ от _____ г.

Акт о внедрении

Настоящим письмом подтверждаю внедрение основных положений диссертационной работы С.Н. Лисовского «Научное обоснование медико-организационных мероприятий по совершенствованию преемственности лечения больных туберкулёзом на пенитенциарном и постпенитенциарном этапах» при работе Экспертной группы по первичной медико-санитарной помощи и Экспертной группы по пенитенциарному здравоохранению Партнёрства «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия (ПСИЗСБ). Материалы диссертации С.Н. Лисовского использованы при подготовке докладов и аналитических материалов экспертных групп.

Председатель Экспертной группы
 по первичной медико-санитарной
 помощи Партнёрства «Северное
 измерение»,
 Руководитель координационного
 Центра по деятельности Российской
 Федерации в Партнёрстве «Северное
 измерение», д.м.н. профессор

Ю.В. Михайлова

11.11.2021

*Подпись Михайловой
 заверено
 Вед. спец. по кадров
 Голышев ЕА*

