



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ



**«БАР'ЄРИ ВСТАНОВЛЕННЯ
ДІАГНОЗУ ТА ЛІКУВАННЯ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СЛІДЧИХ
ІЗОЛЯТОРАХ, УСТАНОВАХ
ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ
ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ
ТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЛІКАРНЯХ
ЦОЗ ДКВС УКРАЇНИ»**

Дослідження виконано в рамках реалізації проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Прискорити темпи зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ВІЛ за рахунок забезпечення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики і лікування туберкульозу, шляхом розширення доказової медичної профілактики, діагностики та лікування ВІЛ та створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я»

Замовник дослідження:

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Виконавець дослідження:

ГО «Центр підтримки, досліджень та розвитку»

Матеріали підготували:

Олександра Дмитрієва, Володимир Степанов, Альона Мажная,
Євгенія-Галина Лукаш, Катерина Свиридова

Дизайн посібника – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Замовник – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ПОСІБНИК РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО

© ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Зміст

Перелік використаних аббревіатур	3
Перелік рисунків, таблиць та фотографій	4
Мета та завдання дослідження	6
Опис проблеми	7
Епідемія туберкульозу в Україні	8
Хіміорезистентний туберкульоз	8
Епідемія ТБ у контексті епідемії ВІЛ/СНІДу та вживання ін'єкційних наркотиків в Україні	8
ТБ у пенітенціарній системі	9
Нормативно-правове регулювання доступу до діагностики та лікуванню ТБ в установах ДКВС	9
ТБ, ХР/МР ТБ, ВІЛ/СНІД в установах ДКВС	11
Кількість зареєстрованих випадків ТБ/ХР/МР ТБ у розрізі областей	12
Поширеність ВІЛ і доступ до лікування ВІЛ в установах ДКВС	13
Доступ до діагностики та лікування ТБ в установах ДКВС	14
Дизайн дослідження	16
Загальний підхід	16
Реалізація якісного компоненту дослідження	16
Підхід до формування вибірки	16
Збір даних	17
Рекрутинг інформантів	18
Аналіз якісних даних	18
Реалізація кількісного компоненту дослідження	18
Стратегія вибірки	18
Критерії включення	20
Процедури	21
Інструмент	21
Рекрутинг	21
Контроль якості	21
Особливі моменти і обмеження дослідження	22
Особливості даних, зібраних серед засуджених і працівників ДКВС, в ситуації карантину	22
Обмеження	22
Рекомендації для планування проведення подальших досліджень	23
Етичні питання та дотримання конфіденційності	24
Компенсація	24
Результати дослідження	25
Характеристики вибірки дослідження	25
Вибірка якісного етапу дослідження	25
Характеристика вибірки засуджених осіб	25
Характеристика вибірки немедичного персоналу СТЛ ДКВС	28
Діагностика та лікування ТБ в установах ДКВС	29
Реконструювання можливих варіантів діагностування і початку лікування ТБ при переміщенні між установами і всередині установ ДКВС	29
Час отримання допомоги чи лікування від ТБ за версією засуджених	31
Дії медперсоналу під час звернення або обов'язкового обстеження на ТБ за версією засуджених	34
Зміна діагнозу та схеми лікування за версією засуджених	35

Чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на ТБ/ХР/МР ТБ серед осіб, узятих під варту, та засуджених	35
Пріоритетність здійснення оперативно-режимної діяльності перед своєчасним наданням медичної допомоги: неузгодженість дій між службами та в межах ДКВС	36
Низька пристосованість інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги: обмежене матеріально-технічне забезпечення та кадровий дефіцит	39
Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги: відхилення від протоколів діагностики та лікування ТБ	40
Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги: етапування як елемент непередбачуваності в продовженні/початку лікування ТБ	43
Тривалість «надзвичайних ситуацій» і специфічність відповіді на них в установах ДКВС як чинник, що сприяє систематичним негативним наслідкам	44
Бар'єри щодо ефективного лікування ТБ в СТЛ	46
Особливості реалізації контролю переносимості лікування і побічних дій препаратів в контексті виправної установи	46
Оцінка забезпечення заходів щодо профілактики ТБ в установах ДКВС і при переміщенні між установами	54
Забезпечення інфекційного контролю за ТБ	54
Інші критерії якості інфекційного контролю	58
Профілактика ТБ за допомогою ізоніазиду	61
Ізоляція по статусу ТБ як міра профілактики, яка сприяє стигматизації хворих з ТБ	63
Стигма і стигматизація як чинник, що сприяє виникненню бар'єрів до звернення за/надання медичної допомоги в установах ДКВС	65
Оцінка ефективності взаємодії установ ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозних закладів МОЗ та НУО при звільненні з МПВ осіб, хворих на ТБ	66
Високий ризик втрати зв'язку з хворими, які звільняються із залу суду	66
Низький рівень залученості поліції в пошук звільнених хворих з бактеріовиділенням	66
Низька залученість соцпрацівників НУО в супровід звільнених з МПВ	67
Стисле резюме результатів дослідження	69
Чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на ТБ/ХР/МР ТБ серед осіб, узятих під варту, та засуджених	69
Бар'єри до ефективного лікування ТБ в СТЛ	70
Оцінка забезпечення заходів щодо профілактики ТБ в установах і при переміщенні між установами ДКВС	70
Оцінка ефективності взаємодії установ ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозних закладів МОЗ та НУО при звільненні з МПВ осіб, хворих на ТБ	70
Висновки	71
Рекомендації	73
Перелік використаних джерел	76

Перелік використаних аббревіатур

ДКВС – Державна кримінально-виконавча служба України

ЦОЗ ДКВС – Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України

ЦГЗ МОЗ – Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЮНЕЙДС – Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу

ТБ – туберкульоз

ХР ТБ – хіміорезистентний туберкульоз

МР ТБ – мультирезистентний туберкульоз

СНІД – синдром набутого імунodefіциту

ВІЛ – вірус імунodefіциту людини

ВГС – вірусний гепатит С

АРВ/АРТ – антиретровірусна терапія

ЛВІН – люди, які вживають ін'єкційні наркотики

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

МПВ – місця позбавлення волі

УВП – установа виконання покарань

СІЗО – слідчий ізолятор

ВК – виправні колонії

Перелік рисунків, таблиць та фотографій

Рисунок 1. Кількість зареєстрованих випадків ТБ серед ув'язнених/засуджених (ЕТВ)	12
Рисунок 2. Кількість зареєстрованих випадків ХР/МР ТБ серед ув'язнених/засуджених (ЦОЗ)	12
Рисунок 3. Кількість ВІЛ+ осіб, які знаходяться під медичним наглядом та отримують АРТ (ЦОЗ)	13
Рисунок 4. Час між появою перших симптомів і початком лікування ТБ (ЕТБ)	14
Рисунок 5. Результати лікування ХР/МР ТБ в 2017 та 2018 рр. (ЦОЗ)	14
Рисунок 6. Кількість ВІЛ в контексті кількості обстежень на GeneXpert, квітень-травень 2019 (ЦОЗ)	15
Рисунок 7. Стратегія відбору СТЛ для реалізації вибірки серед засуджених до позбавлення волі, які проходять лікування ТБ у СТЛ ЦОЗ ДКВС	19
Рисунок 8. Час між зверненням за допомогою та отриманням діагнозу ТБ за формою ТБ, відсотки та 95% довірчі інтервали	31
Рисунок 9. Час між отриманням діагнозу до призначення лікування ТБ за формою ТБ, відсотки та 95% довірчі інтервали	32
Рисунок 10. Час між зверненням за допомогою та отриманням діагнозу за місцем встановлення діагнозу, відсотки та 95% довірчі інтервали	32
Рисунок 11. Час між отриманням діагнозу та призначенням лікування ТБ за місцем встановлення діагнозу, відсотки та 95% довірчі інтервали	33
Рисунок 12. Час, який пройшов між зверненням за допомогою або виявленням в процесі профілактичного огляду та отриманням діагнозу ТБ за типом виявлення	33
Рисунок 13. Час, який пройшов між отриманням діагнозу до призначення лікування ТБ за типом виявлення	34
Рисунок 14. Дії персоналу під час звернення або обов'язкового обстеження за місцем встановлення діагнозу	34
Рисунок 15. Як часто медичний працівник особисто контролював/лює прийом препаратів за профілем резистентності	47
Рисунок 16. Чи розмовляв хтось щодо важливості дотримання режиму лікування ТБ під час останнього випадку лікування ТБ (за профілем резистентності)	47
Рисунок 17. Як часто засуджені НЕ приймають препарати для лікування ТБ за профілем резистентності	48
Рисунок 18. Відмова від прийому препаратів для лікування ТБ і причини	49
Рисунок 19. Побічні ефекти під час останнього випадку лікування ТБ	49
Рисунок 20. Дії медичного персоналу у відповідь на побічні ефекти до прийому препаратів для лікування ТБ	50
Рисунок 21. Писали скаргу у зв'язку з побічними ефектами	50
Рисунок 22. Маска на засудженому за місцем встановлення діагнозу та у різних ситуаціях	55
Рисунок 23. ЗІЗ на охоронцях за місцем встановлення діагнозу за версією засуджених	55
Рисунок 24. Маска/респіратор на охоронцях під час різних ситуацій за версією засуджених	56
Рисунок 25. Маска/респіратор на людях навколо під час різних ситуацій за версією засуджених	56
Рисунок 26. Використання ЗІЗ серед охоронців в різних ситуаціях за версією охоронців	57
Рисунок 27. Маска/респіратор на охоронцях під час різних ситуацій в СТЛ за версією охоронців	57

Рисунок 28. Маска/респіратор на охоронцях під час перебування в СТЛ за версією засуджених та охоронців	58
Рисунок 29. Досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ за ВІЛ статусом	61
Рисунок 30. Досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ за місцем діагностування	61
Рисунок 31. Чи знаєте когось, хто мав досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ під час арешту або відбування покарання	62
Рисунок 32. Стигма щодо ТБ	65
Таблиця 1. Кількість хворих на туберкульоз та осіб із залишковими змінами після ТБ у СТЛ (ЦОЗ)	11
Таблиця 2. Розміри цільової та реалізованої вибірки у кожній установі	20
Таблиця 3. Інформанти якісного компоненту дослідження	25
Таблиця 4. Установи ДКВС, в яких були проведені інтерв'ю	25
Таблиця 5. Характеристики загальної вибірки засуджених та у кожній установі	26
Таблиця 6. Повідомлена тривалість лікування за профілем резистентності, днів	27
Таблиця 7. Характеристики загальної вибірки персоналу СТЛ та у кожній установі	28
Таблиця 8. Зміна діагнозу та схеми лікування в залежності від профілю резистентності	35
Фотографія 1. Опитування за допомогою методу CASI	24
Фотографія 2. «Вагонзак»	59

Мета та завдання дослідження

Мета даного дослідження полягала у виявленні бар'єрів діагностики та лікування хворих на туберкульоз в УВП, СІЗО і СТЛ, та розробці рекомендацій щодо усунення або зменшення впливу виявлених бар'єрів.

Завдання дослідження:

- Визначити бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на туберкульоз серед осіб, узятих під варту, та засуджених в закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України.
- Дослідити чинники, що зумовлюють виникнення бар'єрів до виявлення хворих на туберкульоз серед осіб, узятих під варту, та засуджених і можливості їх усунення.
- Проаналізувати повноту надання послуг з виявлення, обстеження та отримання профілактичного лікування особами, контактними з хворим на туберкульоз серед узятих під варту та засуджених.
- Проаналізувати повноту надання послуг з діагностики туберкульозу в закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України та МОЗ України для осіб, узятих під варту, та засуджених з підозрою на туберкульоз.
- Визначити перешкоди для швидкої діагностики хіміорезистентних форм туберкульозу на догоспітальному етапі (до потрапляння у спеціалізовану туберкульозну лікарню ЦОЗ ДКВС України) в осіб, узятих під варту, та засуджених, хворих на туберкульоз.
- Проаналізувати повноту здійснення медичним персоналом та співробітниками охорони безпосереднього контролю за прийомом лікування, його переносимістю та безперервністю в умовах міських медичних частин та спеціалізованих туберкульозних лікарень ЦОЗ ДКВС України.
- Проаналізувати ефективність взаємодії закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України, протитуберкульозних закладів МОЗ України та НУО при звільненні з місць позбавлення волі осіб, хворих на туберкульоз.
- Надати рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для своєчасної ідентифікації бар'єрів до виявлення хворих на туберкульоз серед осіб, узятих під варту, та засуджених, та зменшення їх впливу на своєчасність встановлення діагнозу.
- Надати рекомендації щодо усунення або зменшення впливу чинників, які зумовлюють відрив хворого від лікування туберкульозу після звільнення з місць позбавлення волі.

Опис проблеми

Епідемія туберкульозу в Україні

За оцінкою ВООЗ, епідемія ТБ в Україні почалася у 1995 р. (1). Відповідно до Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», прийнятому у 2001р. (2), питання протидії ТБ в Україні – один із пріоритетних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку, а також предмет міжнародних зобов'язань з боку України (3). Завдяки централізованим скоординованим заходам, включно з початком фінансування урядом постачання протитуберкульозних препаратів у 2000 р. і запуск першої національної програми лікування туберкульозу у 2002 р., з 2007 р. показники захворюваності почали знижуватися (1). За даними ВООЗ, поширеність і захворюваність ТБ в Україні з 2007 р. мають тенденцію до зниження щороку на 4,4% і 3,3%, відповідно (4). Протягом останніх років відзначається зменшення абсолютної кількості зареєстрованих випадків ТБ (з 35 902 у 2015 р. до 30 378 у 2018 р.) в основному за рахунок випадків повторного лікування. У період з 2015 по 2018 рр. відбулось зниження кількості зареєстрованих випадків повторного лікування на 25%. За розрахунками ВООЗ, у 2018 році захворюваність на ТБ в Україні була 80 випадків на 100 тис. населення (4), проте за даними рутинного епідеміологічного нагляду (нові випадки + рецидиви) – 62,3 на 100 тис. населення (5). Найвищі рівні поширеності ТБ були зареєстровані в Одеській (161,0), Миколаївській (125,9), Дніпропетровській (110,5) та Запорізькій (105,9) областях. У порівнянні з 2017 р. спостерігається зростання рівня поширеності ТБ в Одеській (+3%), Миколаївській (+9,5%) та Дніпропетровській (+1,4%) областях (5). Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровані в Одеській (140,6), Херсонській (83,4), Запорізькій (79,4), Дніпропетровській (77,1), Житомирській (76,5) областях; нижчі показники – у Чернівецькій (34,6), Тернопільській (42,6), Харківській (49,7) областях та у м. Києві (44,8) (5).

У 2017 р. було оновлено Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз 2018-2021 (6). Її цілі було узгоджено із глобальною стратегією «Покласти край туберкульозу», метою якої є світ вільний від туберкульозу, що може бути досягнуто через «нуль смертей, захворюваності та страждань через туберкульоз» (7). За даними аналітико-статистичного звіту Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України «Туберкульоз в Україні» за 2018 р., Україна може досягти проміжних результатів глобальних цілей стратегії ВООЗ на 2020 р. (5). Зокрема, з урахуванням динаміки зниження абсолютного числа смертей та захворюваності ТБ за 2016-2017 рр., до 2020 р. оціночне число випадків смерті від ТБ не перевищить 2898 випадків, а захворюваність – 56,3 на 100 тис. населення. Таким чином, у порівнянні з 2015 р., з урахуванням наявної тенденції, в 2020 р. можливе зменшення захворюваності ТБ принаймні на 20,1%, а абсолютного числа смертей від ТБ на 37%, що відповідає проміжним цілям стратегії для досягнення до 2020 р.

23 травня 2019 р., за рішенням Комітету з програмних питань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІД було розроблено Стратегію з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 р. (8) та Стратегічний план з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу на 2019- 2022 рр. (9), який є додатком до цієї Стратегії. Ця Стратегія розроблена для виконання основних засад державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів на період до 2030 р. (10) та у відповідності до Плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 р., затвердженого Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 лютого 2015 р. №1393-р. (11).

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р., були схвалені Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року (12) та Державна стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню (13). Стратегічна ціль “Зниження захворюваності та смертності від туберкульозу” Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р. базується

на засадах Глобальної стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу до 2035 року. Метою Стратегії є створення до 2023 року нової моделі профілактики, раннього виявлення ТБ та надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, що спрямована на задоволення потреб населення у медичних послугах та послугах громадського здоров'я.

В рамках здійснення діяльності, спрямованої на реалізацію визначених стратегій, були оновлені нормативні документи, які регулюють процес діагностики та надання медичної допомоги хворим з ТБ (Наказ МОЗ України від 25.02.2020 № 530 «Про затвердження стандартів охорони здоров'я при туберкульозі») і забезпечення стандартів інфекційного контролю для протидії поширенню ТБ (Наказ МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я»).

Хіміорезистентний туберкульоз

У 2014 р. Україна вперше увійшла (14,15) і до нині продовжує бути в переліку країн з найвищим тягарем хіміорезистентного (ХР ТБ) та мультирезистентного ТБ (МР ТБ) (4). Відповідно до Глобального звіту з ТБ ВООЗ 2019 р., МР ТБ мають 28% пацієнтів, яким діагноз був поставлений уперше, та 48% серед тих, у кого було діагностовано хворобу повторно (4). За даними Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки, поширеність МР ТБ серед хворих, яким вперше встановлено діагноз ТБ, становить 24,1% та 58,1% – серед хворих з повторним випадком/ами ТБ (16).

У Глобальному звіті з ТБ ВООЗ 2019 р., відображені результати лікування МР ТБ пацієнтів, які почали лікуватися у 2016 р.: лише 49% виликувались (4), а інша половина випадків розділена між неуспішним лікуванням, смертю пацієнтів та біля третини втрачених для спостереження пацієнтів (16). Попередні дослідження, проведені у різних контекстах показали, що результати лікування МР ТБ пов'язані як з індивідуальними характеристиками пацієнтів, так і з характеристиками локальних програм лікування ТБ. До факторів пов'язаних з несприятливим результатом лікування МР ТБ на рівні пацієнтів відносять ко-інфекцію ВІЛ (17–21), споживання алкоголю та наркотиків (15,18,20,22,23), куріння (24), низький індекс маси тіла і погане харчування (25–28). До програмних детермінант відносять тривалість лікування, доступ до тестування на чутливість до ліків і до індивідуальних схем лікування та використання терапії під безпосереднім наглядом (18,29–35). За даними досліджень спрямованих на вивчення факторів, які впливають на поліпшення результатів лікування МР ТБ в Україні, до таких факторів належать негайний початок АРТ серед пацієнтів із ВІЛ/ТБ (19,36–38) та початок ЗПТ серед пацієнтів, які вживають ін'єкційні наркотики (18,31,39,40).

Епідемія ТБ у контексті епідемії ВІЛ/СНІДу та вживання ін'єкційних наркотиків в Україні

В Україні зафіксована друга за величиною епідемія ВІЛ/СНІДу у Східній Європі та Центральній Азії після Росії, сконцентрована серед груп найбільшого ризику та особливо серед людей, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН) (41). Ко-інфекція ВІЛ є предиктором розвитку латентної форми ТБ та її переходу в активну форму (42,43). Обмежений доступ до ЗПТ та відсутність належного лікування наркотичної залежності серед ЛВІН сприяють гіршим результатам лікування ВІЛ та ТБ, ніж у людей, які не вживають ін'єкційні наркотики (44–47).

Станом на 01.01.2018 р., під медичним наглядом перебувало 141 371 ВІЛ-позитивна особа (48). За оціночними даними, на початок 2018 р. в Україні мешкало 241 000 людей, що живуть з ВІЛ (49). Більше 50% (56,4% в 2017 р.) були вперше виявлені на 3 та 4 клінічних стадіях ВІЛ-інфекції. Захворюваність на СНІД у 2017 була 21,9 випадків на 100 000 населення у порівнянні з 19,8 у 2015 р. (9308 у порівнянні з 8468 осіб на рік). У той час, як смертність від СНІДу за той самий період зросла з 7,1 до 7,7 випадків на 100 000 населення (з 3032 до 3298 осіб) (50). Основною причиною смерті у хворих на СНІД є ТБ, на який припадає понад 50% усіх смертей від СНІДу (50).

За даними UNAIDS, оціночна кількість ЛВІН, які проживають в Україні у 2018 р., становить 346 000 (51). Поширеність ВІЛ серед ЛВІН оцінюється як 22,6% (49). Точна кількість ЛВІН, які приймають антиретровірусну терапію (АРТ), залишається невідомою, але оцінюється як 37,8% (51). За даними досліджень, які були проведені в Україні за останні роки (52–54), більш як половина людей, які вживають наркотики ін'єкційно, має досвід ув'язнення в місцях позбавлення волі. Так, серед учасників крос-секційного дослідження, проведеного в Україні в 2019 р., серед пацієнтів ЗПТ на сайтах субсидованих державою, 42,7% підтвердили досвід відбування покарання у місцях позбавлення волі (55). За даними якісного дослідження, проведеного в Україні в 2019 р., співробітники пенітенціарних установ України вказують на те, що в деяких установах більшість ув'язнених мають досвід ін'єкційного вживання наркотиків, і більшість з них продовжують вживати наркотики ін'єкційно, перебуваючи в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах¹. Доступ до ЗПТ в установах виконання покарань в Україні надається у рамках реалізації пілотного проекту, який почався у 2019 р. Доступ до детоксикації за допомогою препаратів ЗПТ в слідчих ізоляторах є обмеженим.

Таким чином, ЛВІН наражаються на підвищений ризик захворювання та невдалого лікування ТБ через ряд причин, серед яких: тюремне ув'язнення, з якими часто стикаються ЛВІН, є однією з ключових детермінант інфікування та невдалого лікування ТБ (56–58); переривання лікування ТБ серед ЛВІН є причиною захворюваності, смертності, лікарській стійкості та подальшому поширенню ТБ і МР ТБ як серед ЛВІН, так і серед ув'язнених осіб та загального населення (24,59–63).

ТБ у пенітенціарній системі

Рівень захворюваності на ТБ серед ув'язнених в рази перевищує рівень захворюваності на ТБ серед загального населення (32). Ймовірна поширеність латентної туберкульозної інфекції та активної форми ТБ в пенітенціарних системах набагато вище, ніж оцінки серед населення в цілому, незалежно від економічного становища та тягаря ТБ серед населення країни. У європейських в'язницях поширеність ТБ в 17 разів вище, ніж серед населення в цілому (64–66). Аналогічна епідеміологічна ситуація була описана в країнах з низьким середнім рівнем доходу (low-middle income countries), до яких належить Україна, а також Бангладеш, Таїланд, Ефіопія і Бразилія, де поширеність ТБ становить в 4, 8, 7 і в 64 рази вище, відповідно, серед ув'язнених в порівнянні з населенням в цілому (67–72).

Відповідно до Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та ТБ до 2030 р., недовиявлення випадків ТБ, поширення стійких до ліків форм ТБ та ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекції) у значній мірі відбувається «через відокремленість пенітенціарної медицини від загальної системи охорони здоров'я в умовах тривалого реформування, низки інституційно-організаційних та правозастосовних проблем та недостатнього нормативно-правового регулювання не забезпечено належної бази для надання комплексних послуг для профілактики і лікування ВІЛ і ТБ в УВП та СІЗО» (8).

Нормативно-правове регулювання доступу до діагностики та лікуванню ТБ в установах ДКВС

Крім уже перерахованих наказів МОЗ, які регулюють стандарти виявлення і діагностики хворих з ТБ, а також надання медичних послуг для хворих на ТБ (Наказ МОЗ №530), і стандарти забезпечення інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я (Наказ МОЗ №287), надання медичної допомоги в зв'язку з ТБ в установах Державній кримінально-виконавчій службі України (ДКВС) регулюється декількома нормативно-правовими актами, прийнятими для виконання відповідних законодавчих актів («Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про протидію захворюванню на туберкульоз», «Про попереднє ув'язнення», «Кримінально-виконавчий кодекс України» (КВКУ).

¹ Звіт за результатами дослідження «Вивчення можливостей для впровадження програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах» (Дослідження проведено ЦПДР за підтримки ЦГЗ МОЗ)

1. Постанова Кабінету Міністрів України № 205 від 25 червня 2014 р. «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань» (Порядок надання медичної допомоги).
2. Спільний наказ МЮ та МОЗ № 239/5/104 від 10.02.2012 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту» (Порядок взаємодії).
3. Спільний наказ МЮ та МОЗ № 1348/5/572 від 15.08.2014 «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі».
4. Наказ МЮ № 1769/5 від 14.06.2019 «Про затвердження правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України» (Правила СІЗО)
5. Наказ МЮ № 2823/5 від 28.08.2018 «Про затвердження правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань Державної кримінально-виконавчої служби України» (Правила УВП)

СІЗО

Згідно із частинами четвертою та п'ятою статті 11 Закону «Про попереднє ув'язнення», медичне обслуговування, а також лікувально-профілактична і протиепідемічна робота в місцях попереднього ув'язнення організовуються і проводяться відповідно до законодавства про охорону здоров'я. Порядок надання ув'язненим медичної допомоги, використання з цією метою не підпорядкованих органам, що здійснюють попереднє ув'язнення, державних та комунальних закладів охорони здоров'я, залучення їх медичного персоналу та проведення медичних експертиз визначається Кабінетом Міністрів України. Так, згідно із статтею 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», кожний громадянин України має право на охорону здоров'я. Медичне обслуговування ув'язнених і засуджених у слідчих ізоляторах регламентоване розділом X Правила СІЗО. Стаття 9 «Права осіб, взятих під варту» Закону України «Про попереднє ув'язнення» на відміну від статті 8 «Основні права засуджених» КВКУ не містить положення про право осіб, взятих під варту, на охорону здоров'я.

Випадки направлення осіб, взятих під варту у слідчих ізоляторах, до закладів охорони здоров'я поза межами слідчих ізоляторів, визначено у Порядку взаємодії. Відповідно до положень вказаного Порядку, таке направлення можливе до визначеного Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями (головними управліннями) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та міжрегіональними управліннями з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції орієнтовного переліку закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги особам, узятим під варту, з урахуванням спеціалізації закладів охорони здоров'я та наявності умов, які дозволяють забезпечити ізоляцію осіб, узятих під варту.

УВП

Загалом права засуджених на охорону здоров'я зазначено у статті 8 КВКУ «Основні права засуджених». Так, відповідно до частини першої цієї статті, засуджені мають право, зокрема, на охорону здоров'я в обсязі, встановленому Основами законодавства України про охорону здоров'я, за винятком обмежень, передбачених законом. Охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних і оздоровче-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засудженому гарантується право на вільний вибір і допуск лікаря для отримання медичної допомоги, у тому числі за власні кошти.

Також, відповідно до частини четвертої статті 116 КВКУ «Порядок надання особам, які позбавлені волі, медичної допомоги, організації і проведення санітарного нагляду, використання лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних установ охорони здоров'я і залучення з цією метою

їхнього медичного персоналу» визначається нормативно-правовими актами Міністерства юстиції України і центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Такими нормативно-правовими актами є Правила УВП, Порядок надання медичної допомоги та Порядок взаємодії.

ТБ, ХР/МР ТБ, ВІЛ/СНІД в установах ДКВС

Наступний розділ базується на даних, отриманих від Центру охорони здоров'я ДКВС (ЦОЗ ДКВС) і Центру громадського здоров'я (ЦГЗ МОЗ) у відповідь на офіційні запити.

За даними ДКВС, станом на 30.06.2020 р., в установах виконання покарань (УВП) та слідчих ізоляторах (СІЗО) (n=122) в 24 областях України перебуває 51 248 осіб, з яких жінки складають приблизно 5%. Найбільша кількість установ ДКВС і, відповідно, ув'язнених, які в них знаходяться, сконцентрована в Дніпропетровській, Харківській, Київській та Запорізькій областях.

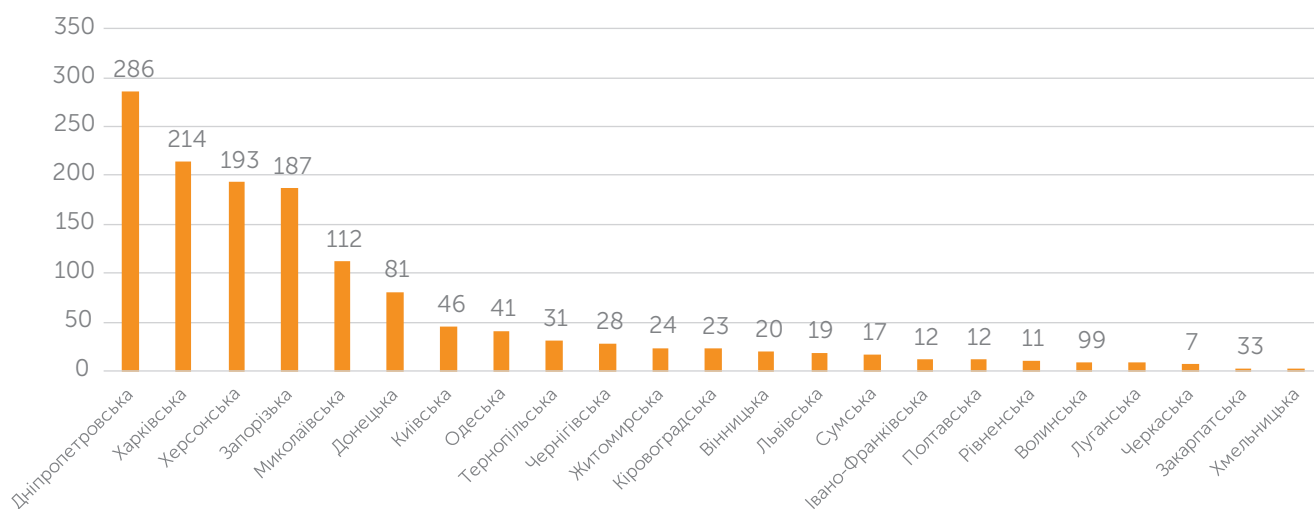
Таблиця 1. Кількість хворих на туберкульоз та осіб із залишковими змінами після ТБ у СТЛ (ЦОЗ)

Назва лікарні		Кількість хворих/осіб з				Всього
		ТБ	ХР/МР ТБ	Паліативне лікування	Залишкові зміни після ТБ	
Софіївська СТЛ № 55, Запорізька область	засуджені	26	36	24	0	86
	узяті під варту	2	2	2	0	6
Снігурівська СТЛ № 5, Миколаївська область	засуджені	12	34	31	60	137
	узяті під варту	3	13	1	0	17
Голопристанська СТЛ № 7, Херсонська область	засуджені	10	57	23	27	117
Херсонська СТЛ № 61, Херсонська область	засуджені	15	14	4	48	81
	узяті під варту	5	6	3	0	14
	довічне позбавлення волі	3	11	1	5	20
Покровська СТЛ № 17, Харківська область	засуджені	29	69	55	111	264
	узяті під варту	9	7	8	0	24
Дніпропетровська СТЛ № 89	засуджені	30	106	27	32	195
	узяті під варту	0	8	3	0	11
Всього		144	363	182	283	972

За даними ЦОЗ ДКВС, станом на 01.07.2020, у спеціалізованих туберкульозних лікарнях ДКВС (СТЛ ДКВС) (n=6) перебуває 972 хворих на туберкульоз та особи із залишковими змінами після ТБ (Таблиця 1). У СТЛ при ДУ «Збаразька ВК (№63)» перебуває 14 жінок, хворих на ТБ, які не були включені у Таблицю 1 через їх незначну кількість. Захворюваність на туберкульоз серед засуджених та осіб узятих під варту розраховується як частка хворих із вперше діагностованим захворюванням та його рецидивом, які були виявлені протягом року, до середньорічної кількості засуджених та осіб, узятих під варту в установах ДКВС України. За даними ЦОЗ ДКВС, у 2019 р. захворюваність на туберкульоз склала 1341 особу на 100 000 населення. Тобто захворюваність на ТБ серед ув'язнених/засуджених у 22,3 рази вище, ніж в загальній популяції у 2019 р.

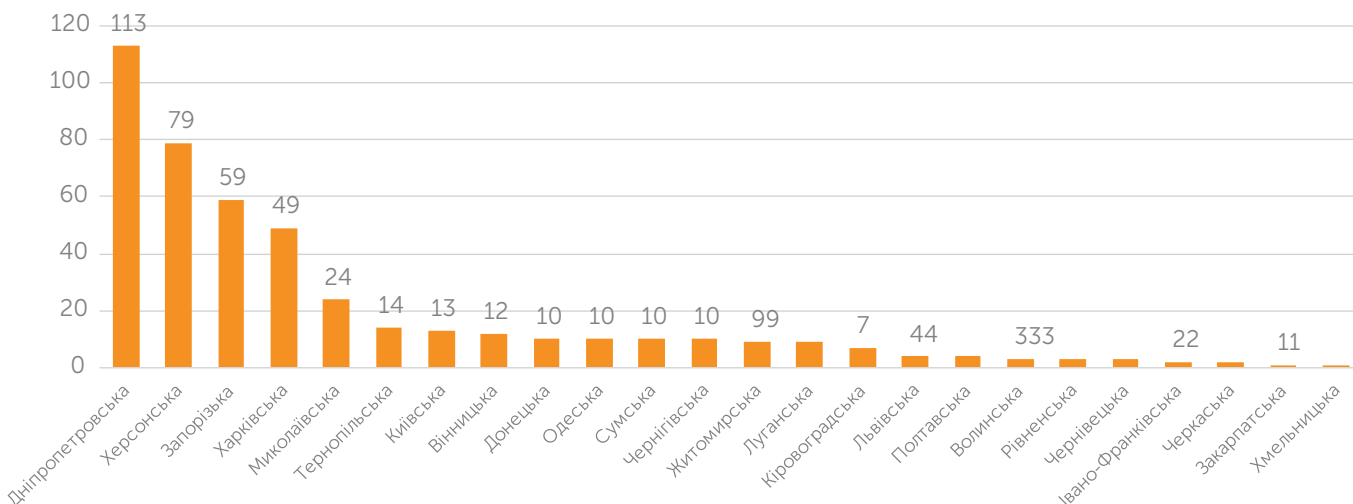
Кількість зареєстрованих випадків ТБ/ХР/МР ТБ у розрізі областей

Рисунок 1. Кількість зареєстрованих випадків ТБ серед ув'язнених/засуджених (ЕТВ)



За даними ЕТВ-Manager (всього проаналізовано 1388 записів) найбільше випадків за кількістю записів щодо зареєстрованих випадків ТБ/ХР/МР ТБ серед ув'язнених/засуджених у 2018 р. в установах ДКВС, що розташовані у Дніпропетровській, Харківській, Херсонській, Миколаївській та Запорізькій областях (див. на Рисунку 1). Такий розподіл показників очікуваний, оскільки в них знаходяться СТЛ ДКВС, що автоматично збільшує кількість зареєстрованих ув'язнених/засуджених, які почали лікування ТБ в цих СТЛ. Слідом за кількістю записів щодо зареєстрованих випадків ТБ йдуть установи, що розташовані у Донецькій, Одеській та Київській областях.

Рисунок 2. Кількість зареєстрованих випадків ХР/МР ТБ серед ув'язнених/засуджених (ЦОЗ)



За даними ЦОЗ ДКВС станом на 01.10.2019 р. найбільше зареєстрованих випадків ХР/МР ТБ в установах ДКВС, що розташовані у Дніпропетровській, Херсонській, Запорізькій, Харківській та Миколаївській областях (див. на Рисунку 2). Слідом за ними йдуть установи, що розташовані у Тернопільській, Київській, Вінницькій областях. Показники кількості зареєстрованих випадків ХР/МР ТБ відрізняються тим, що слідом за тими ж п'ятьма областями, де розташовуються 6 СТЛ, йде Тернопільська область, де знаходиться жіноча СТЛ, а слідом за нею - Вінницька область, яка за загальною кількістю випадків ТБ за ЕТБ (Рис 1.) знаходиться на 13 місці серед інших областей.

Поширеність ВІЛ і доступ до лікування ВІЛ в установах ДКВС

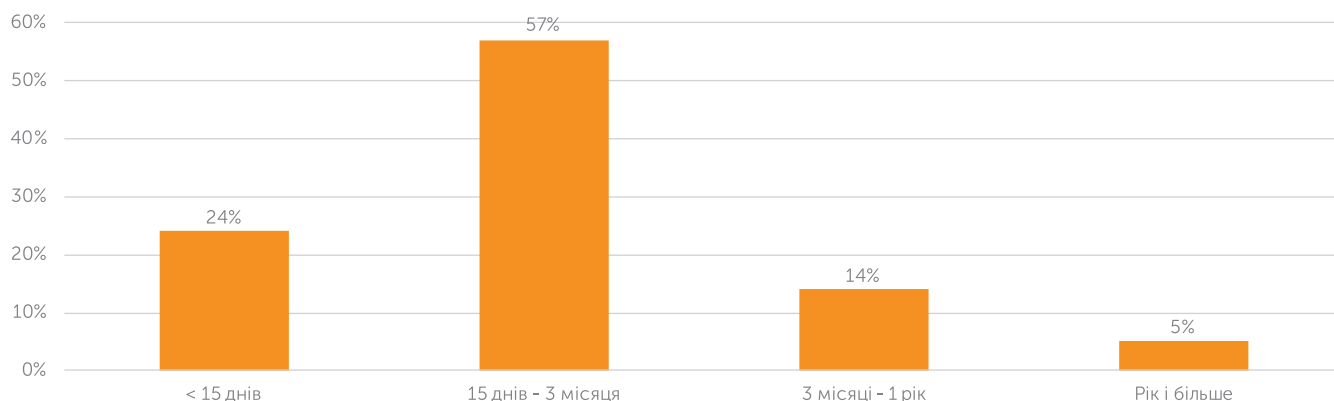
Рисунок 3. Кількість ВІЛ+ осіб, які знаходяться під медичним наглядом та отримують АРТ (ЦОЗ)



За даними ЦОЗ ДКВС станом на 01.10.2019 р. серед осіб, які відбувають покарання в УВП або перебувають у СІЗО, 3 782 (7,3%) ВІЛ-позитивні особи мають встановлений діагноз та знаходяться під медичним наглядом в установах ЦОЗ ДКВС, з них чоловіків - 3423 (90,5%), жінок - 359 (9,5%). У середньому поширеність ВІЛ серед ув'язнених становить 7,3%, серед чоловіків - 6,9%, серед жінок - 14,4%. Поширеність ВІЛ в установах ДКВС коливається від 1% до 35%. Показники щодо кількості ВІЛ-позитивних ув'язнених, які отримують лікування, дуже високі, в середньому 88%. Однак є області, в яких цей показник значно нижчий, зокрема установи ДКВС, що розташовані у Дніпропетровській (77%), Донецькій (76%) та Київській (70%) областях (див. на Рисунку 3). У всіх трьох областях середній показник знижується за рахунок більш низьких показників (58-59%) у СІЗО та установах, що виконують функції СІЗО (за винятком Криворізького УВП №3 і Маріупольського СІЗО), що може пояснюватися великою кількістю ув'язнених і недостатньо налагодженою співпрацею між цивільним і пенітенціарним медичними секторами. Однак у Дніпрі, нижчі показники лікування також виявляються у двох колоніях середнього режиму безпеки для чоловіків, які відбувають покарання повторно (72% і 73%), і в спеціалізованій установі середнього режиму безпеки для засуджених-чоловіків, які визнані людьми з інвалідністю першої або другої групи та потребують постійного медичного нагляду і реабілітації (71%). Це може говорити про більш системну проблему з доступом до лікування ВІЛ в установах ДКВС у Дніпропетровській області.

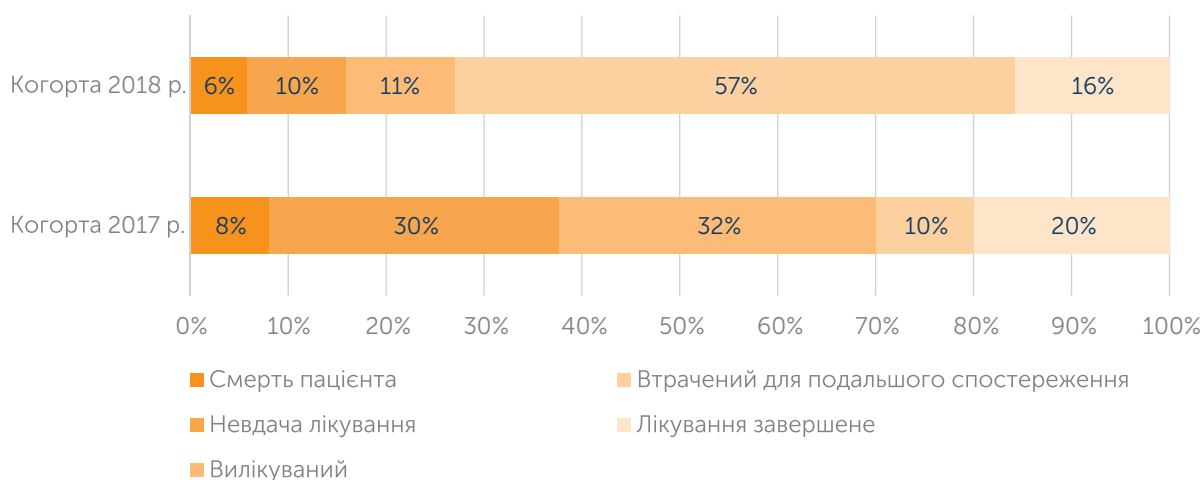
Доступ до діагностики та лікування ТБ в установах ДКВС

Рисунок 4. Час між появою перших симптомів і початком лікування ТБ (ЕТБ)



На Рисунку 4 представлені аналіз даних з ЕТВ-Manager, отриманих шляхом порівняння записів ($n = 928$) про дату появи перших симптомів і дати початку лікування ТБ серед усіх зареєстрованих випадків ТБ в установах ДКВС. Для проведення порівняння, записи, що дублювалися, були видалені ($n = 404$), після чого були видалені записи, в яких були відсутні дані або про дату появи перших симптомів, або про дату початку лікування ТБ серед усіх зареєстрованих випадків ТБ ($n=56$). Більшість зареєстрованих хворих на ТБ почали лікування в період від 15 днів до 3 місяців з дня появи перших симптомів ТБ. При цьому 14% і 5% хворих почали лікування в період від 3 місяців до року та через рік і більше після появи симптомів ТБ відповідно. Такі результати можуть бути обумовлені у тому числі низької якістю ведення Реєстру хворих на ТБ медичними працівниками установ ДКВС.

Рисунок 5. Результати лікування ХР/МР ТБ в 2017 та 2018 рр. (ЦОЗ)

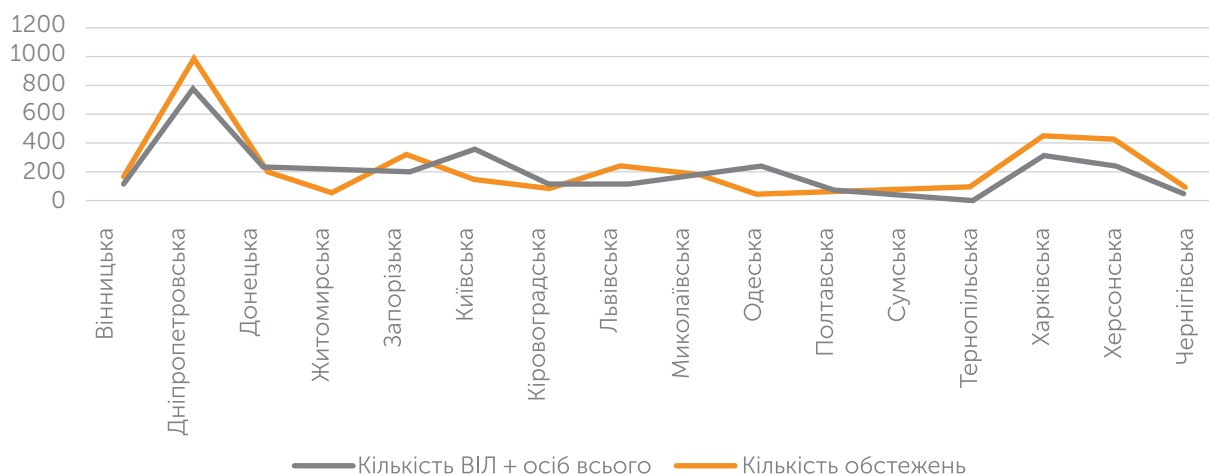


За даними ЦОЗ ДКВС на Рисунку 5, кількість випадків ХР/МР ТБ в 2018 р. складала 451, в 2017 р. – 271. Відсоток вилікуваних випадків ХР/МР ТБ склав 16% від загального числа тих, хто почав лікування у 2018 р., тоді як у 2017 р. відсоток таких випадків був 20% (див. на Рисунку 6). Відсоток тих, хто завершив лікування у 2018 р. (57%) у багато разів вище, ніж у 2017 р. (10%). Кількість втрачених до спостереження і тих, хто не був вилікуваний, але проходив лікування («невдача лікування») у 2018 р. зменшилася в порівнянні з 2017 р. Показники смертності хворих з ХР/МР ТБ був 8% у 2017 р. і 6% у 2018 р.

За даними ЦОЗ ДКВС станом на 01.10.2019 р. найбільше зареєстрованих випадків ХР/МР ТБ в установах ДКВС, що розташовані у Дніпропетровській, Херсонській, Запорізькій, Харківській та Миколаївській областях (див. на Рисунку 2). Слідом за ними йдуть установи, що розташовані у Тернопільській, Київській, Вінницькій областях. Показники кількості зареєстрованих випадків ХР/МР ТБ відрізняються тим, що слідом за тими ж п'ятьма областями, де розташовуються 6 СТЛ, йде Тернопільська область, де знаходиться жіноча СТЛ, а слідом за нею - Вінницька область, яка за загальною кількістю випадків ТБ за ЕТБ (Рис 1.) знаходиться на 13 місці серед інших областей.

Поширеність ВІЛ і доступ до лікування ВІЛ в установах ДКВС

Рисунок 6. Кількість ВІЛ в контексті кількості обстежень на GeneXpert, квітень-травень 2019 (ЦОЗ)



Можна припустити, що показники виявлення ХР/МР ТБ збільшилися (451 випадок в 2018 р. проти 271 в 2017 р.) за рахунок встановлення і початку використання в установах ДКВС обладнання для швидкої діагностики ТБ та визначення лікарської стійкості до препаратів для лікування ТБ (GeneXpert). Відповідно до рекомендацій ВООЗ, перенаправлення на обстеження GeneXpert рекомендовано всім ВІЛ-позитивним особам з підозрою на ВІЛ-асоційований ТБ або ХР/МР ТБ (73). За даними ЦОЗ ДКВС, серед хворих з діагнозом ТБ 30% мають ко-інфекцію ВІЛ. Однак, кількість обстежень, зроблених за допомогою GeneXpert з квітня по жовтень 2019 р., не завжди пропорційна кількості випадків ВІЛ за областями (див. на Рисунку 6). Помітно виділяються Київська та Одеська області, де показники поширеності ВІЛ значно вищі, ніж кількість обстежень GeneXpert. Це може говорити про те, що не всі ВІЛ-позитивні особи з підозрою, що знаходяться під медичним наглядом в установах ДКВС у цих областях, перенаправляються на обстеження GeneXpert.

Дизайн дослідження

Перед початком проведення дослідження була зібрана робоча група експертів для спільного обговорення і затвердження дизайну дослідження, консультації та організаційної підтримки в ході проведення польової частини дослідження, обговорення і затвердження проміжних і фінальних результатів дослідження, розробки рекомендацій для посилення адвокаційних заходів, спрямованих на поліпшення доступу до послуг діагностики та лікування ТБ в установах ДКВС. До складу робочої групи увійшли такі експерти:

- **Сергій Дмитрієв**, директор з політики та адвокації БО «100% Життя».
- **Євген Ханюков**, програмний менеджер групи впровадження проектів Глобального Фонду для боротьби з ВІЛ, туберкульозом і малярією та «Заради життя».
- **Олексій Загребельний**, керівник БО «FreeZone».
- **Євгенія Кувшинова**, виконавчий директор ВБО «Конвіктус Україна», голова Програмного комітету Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- **Михайло Злобинець**, заступник директора Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України».
- **Ольга Зайцева**, фтизіатр відділу координації програм протитуберкульозного лікування Центру громадського здоров'я МОЗ України.

Загальний підхід

Дизайн дослідження об'єднав в собі елементи кабінетного дослідження, якісної та кількісної методології. В останні роки, підхід змішаних методів стає все більш привабливим у різних галузях, у тому числі і в дослідженнях, спрямованих на вивчення реалізації конкретних практик (74–76), так як дає більш глибоке і в той же час більш обґрунтоване розуміння відповідей на поставлені дослідницькі питання. При «змішаному підході» якісні методи можуть використовуватися для поглиблення розуміння причин успіху чи неуспіху при реалізації практик, заснованих на доказах, або для визначення стратегій, що полегшують їх реалізацію. У той час як кількісні методи можуть використовуватися для перевірки і підтвердження гіпотез на основі існуючої концептуальної моделі і для отримання більш широкого розуміння предикторів успішної реалізації практик.

При використанні змішаного підходу рекомендуються різні методики поєднання якісних і кількісних методів збору даних. В даному дослідженні ми дотримувалися послідовної експлоративної методики (sequential exploratory design) (75,77). Мета даної методики полягає в тому, щоб за допомогою якісного компоненту розробити інструментарій і змінні для обґрунтованого використання цих розробок при застосуванні на більш масштабних обсягах вибірки, тобто в кількісному компоненті дослідження.

Реалізація якісного компоненту дослідження

Підхід до формування вибірки

Для реалізації якісного компоненту дослідження була використана стратегія цілеспрямованої вибірки з максимальною варіативністю (purposeful sampling with maximum variation) (77). Дана стратегія використовується для отримання значущих відмінностей і загальних патернів, які виникають як результат високої гетерогенності вибірки. Варіативність вибірки якісного компоненту досягалась через залучення до участі у дослідженні медичних та немедичних співробітників установ ДКВС різного типу і географічного розташування та через залучення різних типів інформантів, що варіюються за типом професійної приналежності, соціального і життєвого досвіду: фтизіатрів

загальної протитуберкульозної служби, соцпрацівників, колишніх засуджених з досвідом діагностики і лікування ТБ в процесі відбування покарання, моніторів НПМ.

Відповідно до проведеного аналізу відкритих джерел та даних, наданих ЦОЗ ДКВС і ЦГЗ МОЗ, були виявлені критерії визначення найбільш проблемних областей, як з точки зору поширеності зареєстрованих випадків ТБ, так і з точки зору наявності можливих прогалин в діагностиці ТБ:

- Області з найвищими показниками за кількістю зареєстрованих випадків ТБ серед ув'язнених/засуджених при наявності СТЛ в регіоні (Дніпропетровська, Харківська, Херсонська, Запорізька та Миколаївська)
- Області з найвищими показниками за кількістю зареєстрованих випадків ТБ серед ув'язнених/засуджених при відсутності СТЛ в регіоні (Донецька, Київська, Одеська)
- Області з найнижчими показниками за кількістю обстежень на GeneXpert в контексті найвищих показників за кількістю зареєстрованих випадків ВІЛ серед ув'язнених/засуджених (Київська, Одеська)

З цих областей були обрані: Дніпропетровська, Херсонська області з найвищими показниками за кількістю зареєстрованих випадків ТБ при наявності СТЛ в регіоні та Київська, Одеська області з найвищими показниками за кількістю зареєстрованих випадків ТБ при відсутності СТЛ в регіоні та з найнижчими показниками за кількістю обстежень на GeneXpert в контексті найвищих показників за кількістю зареєстрованих випадків ВІЛ серед ув'язнених/засуджених. З точки зору типів установ ДКВС у кожній області були відібрані (див. Таблиця 3): СІЗО (включно з медчастинами), УВП (включно з медчастинами), СТЛ ДКВС. У зазначених областях також відбувався рекрутинг інших інформантів: фтизіатрів загальної протитуберкульозної служби, соцпрацівників, колишніх засуджених з досвідом діагностики і лікування ТБ в процесі відбування покарання, моніторів НПМ.

Збір даних

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19», 13 березня в Україні було введено карантин, що включав введення обмежень у роботі установ ДКВС і ЦОЗ ДКВС, які передбачають відсутність доступу до цих установ, обмеження на переміщення між містами та областями, заборону надання засудженим та особам, взятим під варту, короткострокових і тривалих побачень з родичами та іншими особами, крім захисників та адвокатів². Крім того, установи виконання покарань, слідчі ізолятори, заклади охорони здоров'я ДКВС були закриті для відвідування представниками засобів масової інформації, об'єднань громадян, релігійних та благодійних організацій. В результаті введених обмежень, процес отримання інформованої згоди здійснювався усно, інтерв'ю проводилися дистанційно – в телефонному режимі.

Збір даних був реалізований за допомогою напівструктурованих інтерв'ю і ведення польових нотаток усіма чотирма дослідниками, задіяними у проведенні інтерв'ю. Напівструктуровані інтерв'ю були проведені досвідченими інтерв'юерами в телефонному режимі в зручній для учасників дослідження час, за спеціально розробленими для даного дослідження гайдами для проведення інтерв'ю. Для кожної групи інформантів був розроблений окремий гайд російською та українською мовами. Перед початком інтерв'ю всі інформанти пройшли процедуру надання інформованої згоди про участь у дослідженні. Після отримання інформованої згоди, інтерв'юер заповнював невелику анкету, яка включала основні соціально-демографічні характеристики інформантів, а також індивідуальний код інформанта, за допомогою якого його участь зберігалась у конфіденційності.

Гайди напівструктурованих інтерв'ю були розділені на тематичні блоки з послідовним збільшенням

² Перший заступник Міністра юстиції Євгеній Горовець: Запроваджено обмеження на відвідування установ виконання покарань та СІЗО: <https://minjust.gov.ua/news/ministry/evgeniy-gorovets-zaprovadjeno-obmejennya-na-vidviduvannya-ustanov-vikonannya-pokaran-ta-sizo>

кількості питань за блоками, залежно від типу інформанта, для інтерв'ю з яким призначався гайд. Кожен гайд охоплював такі теми: надання медичної допомоги та соціально-медичного супроводу в установах ДКВС; виявлення та діагностика ТБ в установах ДКВС; заходи щодо забезпечення безпеки на робочому місці в установах ДКВС; діагностика та лікування ТБ в установах ДКВС; лікування ТБ в спеціалізованих лікувальних установах ДКВС; ставлення до хворих на ТБ в установах ДКВС; заходи з інфекційного контролю та хіміопрофілактики ТБ; підготовка ув'язнених/ засуджених з ТБ до виходу на свободу.

Рекрутинг інформантів

Рекрутинг інформантів здійснювався у співпраці із членами експертної Робочої групи дослідження, партнерськими організаціями (БФ «FreeZone», ВБО «Конвіктус Україна», БФ «ВОЛНА», БФ «100% Життя») та шляхом неодноразових офіційних звернень до ДКВС для узгодження проведення дослідження в окремих установах.

Аналіз якісних даних

Інтерв'ю були транскрибовані з цифрових записів у файли Microsoft Word. Після цього файли були введені в програму якісного аналізу даних MAXQDA для кодування. Дослідники провели тематичний аналіз даних для створення системи кодів, що відповідає на завдання дослідження. Після подвійного кодування дослідники обговорювали виявлені розбіжності, використовуючи підхід «постійного порівняння» (constant comparison approach). Після цього було здійснене кодування решти транскриптів; тексти з подібними кодами були відсортовано та створено категорії, які були об'єднані у більш широкі загальні теми, які містили відповіді на поставлені завдання дослідження. За результатами якісного компоненту та в процесі консультування з Робочою групою, команда дослідження розробила інструментарій, визначила класифікацію респондентів і операціоналізувала змінні для використання в кількісному компоненті дослідження.

Реалізація кількісного компоненту дослідження

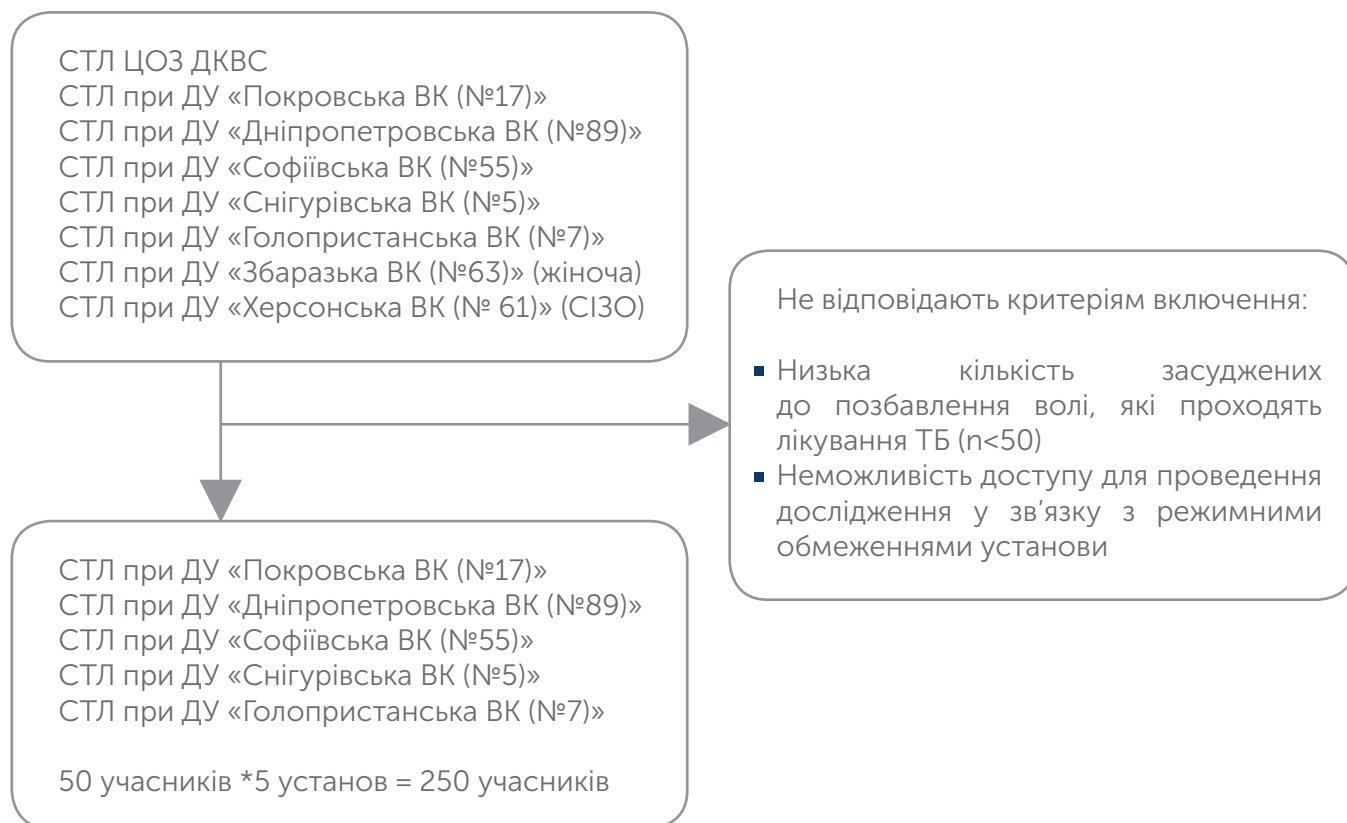
Стратегія вибірки

Розробка та реалізація стратегії вибірки була заснована на наступних принципах:

1. Визначення генеральної сукупності: «жінки та чоловіки старші 18 років, засуджені до позбавлення волі, які мали досвід діагностики та лікування ТБ в установах ЦОЗ ДКВС».
2. Загальна вибірка розміром 300 осіб.
3. Достатня кількість респондентів, що відповідають критеріям включення ($n > 50$)
4. Логістична здійсненність та урахування контексту пандемії COVID-19 та наявності режимних обмежень для проведення дослідження в установі.

На відміну від засуджених, які знаходяться в УВП та СІЗО, досвід як діагностики, так і лікування ТБ гарантовано мають засуджені, які перебувають в СТЛ ДКВС і в той же час вже перебували в УВП та СІЗО, де були виявлені з підозрою на ТБ або діагностовані як хворі на ТБ. З 7 функціонуючих СТЛ були відібрані 5 СТЛ, які відповідають критеріям включення у вибірку. Етапи формування вибірки СТЛ представлені на Рисунку 7.

Рисунок 7. Стратегія відбору СТЛ для реалізації вибірки серед засуджених до позбавлення волі, які проходять лікування ТБ у СТЛ ЦОЗ ДКВС



Під час польового етапу збору якісних даних, попереднього аналізу цих даних та з урахуванням міжнародних рекомендацій та досліджень у сфері контролю ТБ командою дослідження було запропоновано замінити вибірку серед осіб, що у минулому мали досвід позбавлення волі, під час якого мали досвід діагностики і лікування ТБ, на вибірку серед немедичного персоналу СТЛ ДКВС, що у рамках своїх професійних обов'язків контактують з засудженими, які мали досвід діагностики та лікування ТБ у СТЛ ДКВС.

Обґрунтування такої пропозиції пов'язане з наступними фактами:

- Під час польового етапу збору якісних даних рекрутинг осіб, що у минулому мали досвід позбавлення волі, під час якого мали досвід діагностики та лікування ТБ, був неефективним (20 рекрутованих протягом трьох місяців зусиллями 8 НУО). Труднощі в пошуку, супроводі та відповідно рекрутингу таких осіб частково підтверджуються даними ЦГЗ³, осіб, класифікованих як "звільнених з місць позбавлення волі", які вперше захворіли на туберкульоз та були поставлені на облік в загальній протитуберкульозній службі, всього **101 з 21 314**, які вперше захворіли в 2018 р.
- У контексті пандемії COVID-19 рекрутинг осіб, що у минулому мали досвід позбавлення волі, під час якого мали досвід діагностики та лікування ТБ, також ніс потенційні ризики для інфікування інформантів COVID-19, що було пов'язане з використанням громадського транспорту та контакту з інтерв'юерами.
- Персонал СТЛ ДКВС, що у рамках своїх професійних обов'язків контактує з засудженими до позбавлення волі, які мали досвід діагностики та лікування ТБ, є важливою цільовою групою, яка одночасно має підвищений ризик інфікування туберкульозом та поширення ТБ серед осіб, які відбувають покарання, та серед громади, де вони проживають.

³ Аналітично-статистичні матеріали з ТБ/ Таблиці зі статистичними даними за 2018 р.

<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>

Запропоновані вище зміни були затверджені Робочою групою дослідження. Після обговорення та погодження з робочою групою дослідження було визначено наступний розмір та розподіл вибірки (Таблиця 2).

Установа	Вибірка серед засуджених		Вибірка серед персоналу СТЛ ЦОЗ ДКВС	
	Цільова	Реалізована ⁴	Цільова	Реалізована
СТЛ при ДУ «Покровська ВК (№17)»	50	50	10	10
СТЛ при ДУ «Дніпропетровська ВК (№89)»	50	50	10	10
СТЛ при ДУ «Софіївська ВК (№55)»	50	48	10	10
СТЛ при ДУ «Снігурівська ВК (№5)»	50	41	10	7
СТЛ при ДУ «Голопристанська ВК (№7)»	50	50	10	10
Всього	250	239	50	47

Стратегія формування та реалізації вибірки включала декілька етапів:

- **Відбір установ** за принципами евристичного підходу (даних щодо концентрації засуджених осіб та кількості діагностованих випадків ТБ, логістичної здійсненності). Цей відбір є **неймовірнісним (non-probability)**.
- **Відбір осіб, які відбувають покарання та мали досвід діагностики і лікування ТБ**, в установах відбувався за принципом систематичної вибірки, під час якої у кожній установі визначався крок вибірки відповідно загальній кількості засуджених осіб, які відбувають покарання та мали досвід діагностики і лікування ТБ, та цільового розміру вибірки (n=50). Цей відбір є **ймовірнісним (probability)**.
- Відбір немедичного персоналу СТЛ ДКВС, що у рамках своїх професійних обов'язків контактують з засудженими до позбавлення волі, які мали досвід діагностики і лікування ТБ в СТЛ ДКВС відбувався за принципом зручності та цільового розміру вибірки (n=10). Цей відбір є неймовірнісним (non-probability).

Критерії включення

Серед осіб позбавлених волі:

- Вік 18 років включно
- Наявність досвіду діагностики і лікування ТБ
- Готовність надати інформовану згоду у день проведення збору даних

Серед персоналу СТЛ ДКВС, що у рамках своїх професійних обов'язків контактують з засудженими до позбавлення волі, які мали досвід діагностики і лікування ТБ:

- Вік від 18 років включно
- Перебування на території установи, де проводився збір даних у день збору даних
- Готовність надати інформовану згоду у день проведення збору даних

⁴ Ця величина базується на кількості анкет, що не містять відсутні дані. Загальний масив включає спостереження, які містять відсутні дані, що можуть бути використані для подальшого аналізу та імпутації відсутніх даних. З урахуванням обмежень проведення польового етапу (дослідники не мали доступу до респондентів), 96% повністю заповнених анкет серед осіб позбавлених волі і 94% повністю заповнених анкети серед працівників є дуже високим показником успішності збору кількісних даних

Процедури

Інструмент

Усі дані були зібрані з використанням комп'ютерних самоінтерв'ю (CASI – Computer-Assisted Self Interviewing), що було здійснене у режимі он-лайн за допомогою планшета та інструменту (опитувальника), який було запрограмовано на платформі REDCap. Опитувальник включав найбільш проблемні аспекти доступу до діагностики і лікування ТБ, відповідно до результатів якісного етапу дослідження. Питання було згруповано в наступні блоки для **осіб, які відбувають покарання та мали досвід діагностики та лікування ТБ**:

- Досвід звернення за медичною допомогою у зв'язку з симптомами ТБ
- Досвід виявлення, встановлення діагнозу та призначення лікування ТБ
- Інфекційний контроль
- Прихильність до та переривання лікування ТБ
- Стигма ТБ
- Вплив COVID-19
- Респіраторна гігієна та етикет кашлю
- Базові демографічні характеристики

Питання було згруповано в наступні блоки для персоналу СТЛ ДКВС, що у рамках своїх професійних обов'язків контактують з засудженими до позбавлення волі, які мали досвід діагностики і лікування ТБ у СТЛ:

- Інфекційний контроль
- Вплив COVID-19
- Респіраторна гігієна та етикет кашлю
- Базові демографічні характеристики

Рекрутинг

Рекрутинг респондентів здійснювався із залученням працівників відділень соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими на базі СТЛ ДКВС. У рамках підготовки до проведення анкетування було проведено навчальний вебінар за участю керівника управління соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими, представників керівництва ЦОЗ ДКВС та ЦДПР та індивідуальні консультації для обговорення технічних деталей процесу.

Контроль якості

У рамках збору кількісних даних в установах, до яких у дослідників не було доступу, контроль якості даних здійснювався здебільшого через моніторинг отриманих даних через платформу REDCap та структуровані інтерв'ю щодо процесу збору даних з відповідальними за збір даних працівниками відділень соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими на базі СТЛ ДКВС після завершення збору даних у відповідних установах.

Моніторинг отриманих даних через платформу REDCap включав:

- Відсутні дані (missing data)
- Час для завершення опитування
- Логічність і послідовність введених дат для початку і завершення лікування, і відбування покарання
- Розкид значень для обраних питань.
- Моніторинг якості через структуроване опитування включало наступні питання:
- Опис того, як відбувався відбір учасників
- Скільком особам було запропоновано взяти участь

- Скільки осіб відмовились брати участь в дослідженні
- Які були основні причини відмови участі
- Чи були відмінності між тими, хто брав участь у дослідженні, і тими, хто відмовився
- Основні питання чи проблеми, що виникали в учасників під час збору даних
- Основні технічні проблеми під час збору даних.

Особливі моменти і обмеження дослідження

Особливості даних, зібраних серед засуджених і працівників ДКВС, в ситуації карантину

1. У випадку із засудженими в СТЛ, які, ймовірно, знаходяться в СТЛ принаймні з 16 березня 2020 року (дата початку карантину), деталі давно минулих подій, як момент появи перших симптомів ТБ і отримання початкового діагнозу, можуть бути спотворені у зв'язку з їх віддаленістю по часу.
2. У той же час, події, наближені за часом або, які відбуваються в сьогоденні, наприклад, те, що відбувалося/відбувається в СТЛ на момент проведення дослідження, можуть бути більш коректним для вивчення.
3. Уданих, зібраних серед немедичного персоналу ДКВС, особливо в контексті карантину, можуть бути спотворення, пов'язані з необхідністю демонстрації соціально схвалюваних моделей поведінки (social desirability bias), до яких можна віднести носіння масок/респіраторів.

Особливості даних, зібраних серед засуджених і працівників ДКВС, в ситуації карантину

Якісний етап

Обмеження, пов'язані зі зміною керівництва ДКВС:

1. Збільшення часу узгодження проведення дослідження у зв'язку з необхідністю повторного узгодження з новим керівництвом
2. Збільшення часу проведення якісного етапу: перші інтерв'ю були проведені в квітні, останні – у вересні

Обмеження, пов'язані з введенням карантину в установах ДКВС:

3. Необхідність узгодження можливості отримання усного інформованої згоди, включаючи внесення правок до протоколу і подачу протоколу дослідження для повторного розгляду Комітету з питань етики.
4. Зміна алгоритму рекрутингу у зв'язку з відсутністю можливості доступу цивільних осіб в установи ДКВС – необхідність додаткового узгодження, включаючи внесення правок до протоколу і подачу протоколу дослідження для повторного розгляду в Комітет з питань етики.

Обмеження, пов'язані з перекладом дослідних процедур в дистанційний режим:

1. Якість зв'язку в установах ДКВС: одне інтерв'ю було проведено з двома медпрацівниками одночасно; два інтерв'ю проводилися в три етапи, так як у інформантів обривався зв'язок, і вони приступали до інших завдань
2. Особливості телефонного інтерв'ю як форми взаємодії між інтерв'юером і інформантом: інформанти могли переміщатися по місту і паралельно займатися іншими справами, що призводило до зниження фокусування на питаннях інтерв'ю
3. Відсутність візуального контакту – деякі відповіді вимагали додаткового прояснення, так як була відсутня інформація щодо міміки інформанта.

Кількісний етап

Обмеження, пов'язані зі зміною керівництва ДКВС та введенням карантину в установах ДКВС:

1. Збільшення часу узгодження проведення кількісного етапу, в результаті - необхідність реактивного реагування в момент отримання дозволу – скорочення часу проведення кількісного етапу.

За результатами моніторингу якості даних за методом структурованого опитування в контексті потенційного впливу на якість даних найбільшої уваги заслуговують наступні моменти:

Зміна підходу до набору учасників

- У СТЛ при ДУ «Покровська ВК (№17)» було змінено підхід до відбору учасників: серед тих, хто погодився взяти участь в опитуванні, працівники відібрали фінальну вибірку за власними критеріями («рівень IQ та рівень технічної грамотності» за версією працівників установи)

Серед основних характеристик учасників, які відмовились брати участь, були зазначені:

- Небажання контактувати з адміністрацією
- Погіршення стану здоров'я на момент опитування

Серед основних труднощів заповнення онлайн-опитувальника було зазначено:

- Складність відповіді на питання, що включало пошук дати у календарі
- Складність заповнення анкети за допомогою планшетів
- Складність розуміння питань щодо кількості захворювання і лікування ТБ

Рекомендації для планування проведення подальших досліджень

В цілому, на момент подачі заявки, затвердження протоколу і подальшого узгодження, рекомендується прописувати можливу варіативність в проведенні дослідження, включаючи можливі зміни в бюджеті, алгоритмі рекрутингу, а також сам алгоритм узгодження таких змін.

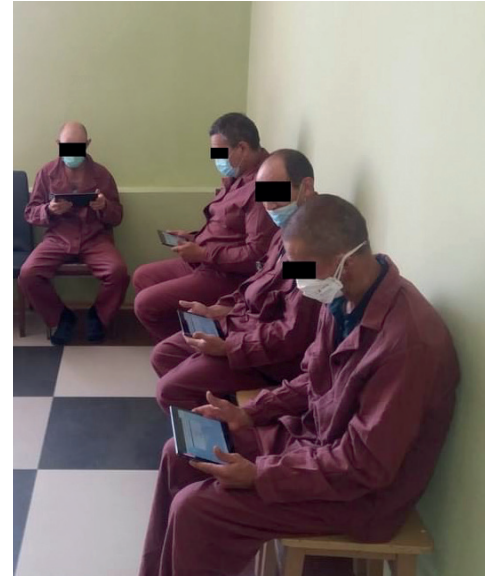
Якісний етап

1. Хоча інтерв'ю віч-на-віч є найбільш оптимальним способом проведення інтерв'ю і найбільш етичними по відношенню до інформантів, в ситуації, коли інфекційна безпека інформантів грає ключову роль, на всіх етапах проведення дослідження рекомендується паралельно планувати можливість проведення дослідницьких процедур дистанційно.
2. Рекомендується завчасно продумувати матеріально-технічне забезпечення для проведення дистанційних інтерв'ю з боку інтерв'юєрів.

Кількісний етап

1. Рекомендується планувати перерви між збором даних у різних установах для достатнього часу для моніторингу якості даних.
2. Рекомендується пілотувати інструмент в умовах максимально наближених до умов проведення дослідження.
3. Рекомендується покращення матеріально-технічного забезпечення збору даних: якість та кількість планшетів.
4. Рекомендується фокусувати дослідження на 2-3 темах. Велика кількість завдань знижує якість кількісних даних через втому респондентів під час заповнення громіздких монотонних опитувальників.
5. Рекомендується подальше проведення опитувань в умовах проведення дослідження в закритих установах за допомогою методу CASI (див. Фотографія 1) через наступні переваги:
 - для складних опитувань комп'ютеризована оцінка зменшує навантаження на респондентів завдяки використанню автоматичного розгалуження, правил та перевірки логіки
 - підвищення сприйняття про те, що інформація залишається конфіденційною, оскільки окремі відповіді дослідницькому персоналу нелегко переглянути
 - зменшення збентеження учасників та збільшення готовності розкривати конфіденційну інформацію, особливо для опитувань, які оцінюють стигматизовану або незаконну поведінку;
 - зменшення кількості годин персоналу, відведених на введення та перевірку даних
 - покращення точності даних за рахунок зменшення помилок введення даних та стандартизації адміністрування опитування.

Фотографія 1. Опитування за допомогою методу CASI⁵



Етичні питання та дотримання конфіденційності

Протокол та інструменти були розглянуті та схвалені Комісією з питань етики № 1 при Благодійній організації «Український інститут політики громадського здоров'я» 4 рази: 05.03.2020, 13.03.2020, 02.04.2020, 07.08.2020.

Жодні дані, що можуть ідентифікувати особу не збирались ні на якому етапі дослідження, а результати аналізу представлені в агрегованому вигляді. Конфіденційність персональних даних гарантована протоколом та процедурою дослідження. Усі учасники дослідницької команди пройшли тренінг з етичних питань при проведенні досліджень за участю людей (NIH Web-based training course «Protecting Human Research Participants»). Перед початком проведення дослідження усі дослідники підписали форму інформованої згоди про дотримання конфіденційності.

Компенсація

Учасники інтерв'ю (колишні засуджені, медпрацівники загальної протитуберкульозної служби, соцпрацівники та монітори НПМ) отримали грошову компенсацію за витрачений час у розмірі 200 грн. Засуджені, які перебувають у СТЛ, отримали грошову компенсацію за витрачений час у розмірі 50 грн.

⁵ Фотографії з відкритого джерела: Південно-Східне міжрегіональне управління з ПВКП МЮ <https://www.facebook.com/dptsu.dnepr/photos/a.1039590262817563/3000814983361738/>
<https://www.facebook.com/dptsu.dnepr/photos/pcb.3004617039648199/3004616036314966>

Результати дослідження

Характеристики вибірки дослідження

Вибірка якісного етапу дослідження

Типи інформантів та кількість інтерв'ю, проведених у Київській, Дніпропетровській, Одеській та Херсонській областях відображені у Таблиці 3. Установи ДКВС, в яких були проведені інтерв'ю з медичним і немедичним персоналом установ ДКВС і ЦОЗ ДКВС, по областях відображені у Таблиці 4.

Таблиця 3. Інформанти якісного компоненту дослідження

Типи інформантів	Додаткові критерії	Кількість
Експерти	керівництво ЦОЗ ДКВС	3
	експерти у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та ТБ	3
Працівники установ ДКВС	працівники нагляду і безпеки	11
	інспектори з підготовки засуджених до звільнення	10
Медичні працівники ЦОЗ ДКВС	медичні працівники медичних частин ЦОЗ ДКВС	12
	фтизіатри СТЛ ДКВС	12
Медичні працівники	фтизіатри загальної протитуберкульозної служби, які стикаються у своїй роботі з ув'язненими/засудженими	12
Соцпрацівники	соцпрацівники з досвідом надання послуг засудженим на базі місць позбавлення волі та після звільнення	26
Колишні засуджені з діагнозом ТБ	засуджені з діагнозом ТБ після звільнення з МПВ (0-12 місяців)	20
Монітори національного превентивного механізму (НПМ)		6
Всього		115

Таблиця 4. Установи ДКВС, в яких були проведені інтерв'ю

Області	Установи ДКВС
Київська	У «Київський слідчий ізолятор» ДУ «Бориспільська виправна колонія (№119)»
Дніпропетровська	ДУ «Дніпровська УВП (№4)» (СІЗО) ДУ «Солонянська виправна колонія (№21)» ДУ «Синельниківська виправна колонія (№94)» СТЛ при ДУ Дніпропетровська виправна колонія (№89) (спеціалізована тублікарня)
Одеська	ДУ «Одеська УВП (№21)» (СІЗО) ДУ «Одеська виправна колонія (№14)»
Херсонська	ДУ «Херсонський слідчий ізолятор» ДУ «Дар'ївська виправна колонія (№10)» СТЛ при ДУ «Голопристанська ВК (№7)» (спеціалізована тублікарня)

Характеристика вибірки засуджених осіб

Розмір реалізованої вибірки серед засуджених осіб вказано у Таблиці 5. Загалом масив даних містить 239 спостережень, щомісять повні дані, які відбувають покарання та мали досвід діагностики та лікування ТБ. Медіанний вік учасників – 37 років (міжквартильний розкид (МКР): 32-43). На те, що діагноз

ТБ востаннє був встановлений їм в СІЗО, вказали 80 (34%) учасників, в УВП діагноз отримали 115 (48%), в медичному закладі до арешту – 43 (18%). У зв'язку з симптомами ТБ 90 (38%) учасників зверталися за медичною допомогою самі, у 140 учасників (59%) було виявлено ТБ в рамках обов'язкового огляду. На момент проведення опитування 124 (52%) учасника приймали препарати для лікування ТБ, 64 (27%) – не приймали. Питання з приводу прийому препаратів для лікування ТБ на момент проведення опитування було додано після візиту до першої СТЛ (№17), тому аналізувалися дані тільки з чотирьох СТЛ. За самоповідомленням учасників 87 (37%) мають чутливу форму ТБ (приймають ізоніазид і рифампіцин), 33 (14%) відзначили, що мають резистентність до деяких препаратів (наприклад, доізоніазиду), 62 (26%) відзначили, що мають резистентність до багатьох препаратів (мультирезистентний ТБ – МР ТБ), 56 (24%) не змогли згадати форму ТБ, на яку хворіють. Обрані учасниками форми ТБ були співставлені з тривалістю лікування, яку вони вказували. Дані цього аналізу представлені у Таблиці 6. Обрані форми ТБ і медіанне значення термінів лікування розподілилися наступним чином: при чутливій формі ТБ – 366 днів (МКР:184-610); при резистентності до деяких препаратів – 589 днів (МКР: 281-832); при резистентності до багатьох препаратів – 607 днів (МКР:331-865).

Медіанні кількість випадків захворювання на ТБ, лікування ТБ в цілому і лікування ТБ в СТЛ серед учасників – 1 (МКР:1-2). Медіанна кількість випадків ув'язнення в СІЗО і відбування покарання в УВП – 3 (МКР:2-5). Про наявність серцево-судинних захворювань, діагнозу гепатиту С, позитивного статусу ВІЛ повідомили відповідно 48 (20%), 83 (35%) та 60 (25%) учасників.

Таблиця 5. Характеристики загальної вибірки засуджених та у кожній установі

Характеристики учасників	Загальна вибірка	№55	№5	№7	№17	№89
	238	47 (20%)	41 (17%)	50 (21%)	50 (21%)	50 (21%)
Медіанний вік (МКР)***	37 (32-43)	37 (29-42)	36 (32-39)	41 (36-46)	36 (33-42)	37 (32-43)
Найвищий рівень освіти						
Неповна середня (8-9 років і менше)	81 (34%)	16 (34%)	14 (34%)	17 (34%)	14 (28%)	20 (40%)
Середня (10-12 років школи)	48 (20%)	13 (28%)	9 (22%)	9 (18%)	12 (24%)	5 (10%)
Середня спеціальна	88 (37%)	15 (32%)	14 (34%)	16 (32%)	21 (42%)	22 (44%)
Незакінчена вища	11 (5%)	2 (4%)	2 (5%)	4 (8%)	1 (2%)	2 (4%)
Вища	10 (4%)	1 (2%)	2 (5%)	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)
Останній діагноз ТБ встановлено в						
СІЗО	80 (34%)	10 (21%)	14 (34%)	22 (44%)	19 (38%)	15 (30%)
УВП	115 (48%)	25 (53%)	23 (56%)	21 (42%)	24 (48%)	22 (44%)
В медичному закладі до затримання	43 (18%)	12 (26%)	4 (10%)	7 (14%)	7 (14%)	13 (26%)
Звертались за медичною допомогою у зв'язку з симптомами з ТБ*						
Ні, провели обов'язкове обстеження	140 (59%)	27 (57%)	26 (63%)	19 (38%)	31 (62%)	37 (74%)
Так, звертались за допомогою	90 (38%)	18 (38%)	14 (34%)	28 (56%)	18 (36%)	12 (24%)
Приймають препарати для лікування на момент проведення опитування***						
Так	124 (52%)	28 (60%)	26 (63%)	31 (62%)	-	39 (78%)
Ні	64 (27%)	19 (40%)	15 (37%)	19 (38%)	-	11 (22%)

Форма туберкульозу (профіль резистентності) **						
Чутлива до лікарських препаратів	87 (37%)	18 (38%)	19 (46%)	14 (28%)	17 (34%)	19 (38%)
Стійка до деяких лікарських препаратів	33 (14%)	9 (19%)	2 (5%)	7 (14%)	12 (24%)	3 (6%)
Стійка до багатьох лікарських препаратів	62 (26%)	6 (13%)	9 (22%)	20 (40%)	15 (30%)	12 (24%)
Не пам'ятаю	56 (24%)	14 (30%)	11 (27%)	9 (18%)	6 (12%)	16 (32%)
Медіанна кількість разів хворіли на ТБ, (МКР)**	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-2)	2 (1-3)	1 (1-2)	1 (1-2)
Медіанна кількість разів лікування від ТБ, (МКР)*	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (1-3)	1 (1-2)	1 (1-2)
Медіанна кількість разів перебування в тюремній ТБ лікарні, (МКР)***	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (2-5)	1 (1-2)	1 (1-2)
Медіанна кількість разів перебування в СІЗО, (МКР)**	3 (2-5)	3 (2-5)	3 (2-4)	3.5 (2-6)	3 (1-4)	3.5 (2-5)
Медіанна кількість разів перебування в УВП, (МКР)**	3 (2-5)	3 (2-4)	2 (2-4)	3.3 (2-5)	2.5 (1-3)	3 (2-5)
Серцево-судинні захворювання*	48 (20%)	10 (21%)	6 (15%)	14 (28%)	10 (20%)	8 (16%)
Гепатит В	30 (13%)	6 (13%)	7 (17%)	9 (18%)	2 (4%)	6 (12%)
Гепатит С***	83 (35%)	11 (23%)	12 (29%)	20 (40%)	11 (22%)	29 (58%)
ВІЛ***	60 (25%)	6 (13%)	12 (29%)	12 (24%)	11 (22%)	19 (38%)
Проблеми з зубами	184 (77%)	37 (79%)	31 (76%)	37 (74%)	41 (82%)	38 (76%)
Мова заповнення опитувальника***						
Українська	31 (13%)	11 (23%)	5 (12%)	5 (10%)	7 (14%)	3 (6%)
Російська	207 (87%)	36 (77%)	36 (88%)	45 (90%)	43 (86%)	47 (94%)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1						

Таблиця 6. Повідомлена тривалість лікування за профілем резистентності, днів

Форма туберкульозу	Середня тривалість лікування (СВ)	Медіанна тривалість лікування (ІКР)	Мінімальна – Максимальна тривалість лікування
Чутлива до лікарських препаратів (приймають ізоніазид і рифампіцин), (n=82)	449 (378)	366 (184-610)	0-2526
Стійка до деяких лікарських препаратів (наприклад, до ізоніазиду), (n=32)	844 (1057)	589 (281-832)	31-5254
Стійка до багатьох лікарських препаратів (МР ТБ) (n=59)	747 (665)	607 (331-865)	30-3858
Не пам'ятаю (n=52)	630 (658)	392 (187-804)	0-2680

Характеристика вибірки немедичного персоналу СТЛ ДКВС

Розмір реалізованої вибірки вказано у Таблиці 7. Загалом масив даних містить 47 повністю заповнених анкет серед немедичного персоналу СТЛ ДКВС, що у рамках своїх професійних обов'язків контактують з засудженими до позбавлення волі, які мали досвід діагностики і лікування ТБ в СТЛ ДКВС. Медіанний вік учасників – 32 роки (МКР: 27-37). В опитуванні взяли участь співробітники відділень соціально-виховної та психологічної роботи (n = 20 (43%)) та відділень охорони, режиму, нагляду та безпеки (n=27 (57%)). Тільки 1 учасник серед опитаних представників немедичного персоналу СТЛ ДКВС вказав, що хворів на ТБ у минулому. Один учасник зазначив, що мав досвід прийому ізоніазиду в якості профілактики ТБ. При цьому 14 (30%) учасників відзначили, що знають колег, які мали досвід прийому ізоніазиду.

Таблиця 7. Характеристики загальної вибірки персоналу СТЛ та у кожній установі

Характеристики учасників	Загальна вибірка	№55	№5	№7	№17	№89
	47	10 (21%)	7 (15%)	10 (21%)	10 (21%)	10 (21%)
Медіанний вік (МКР)	32 (27-37)	30 (27-33)	35 (34-39)	32 (27-34)	32 (27-38)	32 (31-40)
Стать §**						
Жіноча	2 (4%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
Чоловіча	41 (87%)	5 (50%)	7 (100%)	10 (10%)	9 (90%)	10 (100%)
Відділення**						
Соціально-виховної та психологічної роботи	20 (43%)	4 (40%)	1 (14%)	2 (20%)	8 (80%)	5 (50%)
Найвищий рівень освіти**						
Неповна середня (8-9 років і менше)	2 (4%)	1 (10%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Середня (10-12 років школи)	10 (21%)	1 (10%)	4 (57%)	4 (40%)	0 (0%)	1 (10%)
Середня спеціальна	11 (23%)	5 (46%)	2 (29%)	1 (10%)	0 (0%)	3 (30%)
Незакінчена вища	3 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
Вища	21 (45%)	3 (30%)	0 (0%)	4 (40%)	9 (90%)	5 (50%)
Хворіли коли-небудь на ТБ						
Так	1 (2%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ні	46 (98%)	10 (100%)	6 (86%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)
Мали досвід прийому ізоніазиду						
Так	1 (2%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ні	46 (98%)	10 (100%)	6 (86%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)
Знаєте когось з колег, хто мав/ла досвід прийому ізоніазиду						
Так	14 (30%)	3 (30%)	1 (14%)	1 (10%)	4 (40%)	5 (50%)
Ні	33 (70%)	7 (70%)	6 (86%)	9 (90%)	6 (60%)	5 (50%)
Мова заповнення опитувальника***						
Українська	22 (47%)	9 (90%)	3 (43%)	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)
Російська	25 (53%)	1 (10%)	4 (57%)	4 (40%)	7 (70%)	9 (90%)
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1						
§ - для 4х спостережень дані відсутні						

Діагностика та лікування ТБ в установах ДКВС

Реконструювання можливих варіантів діагностування і початку лікування ТБ при переміщенні між установами і всередині установ ДКВС

При реконструюванні картини можливих варіантів діагностування і початку лікування ТБ були виявлені прогалини з моменту потрапляння підозрюваного в систему кримінального переслідування, тобто з моменту поміщення в ізолятор тимчасового тримання (ІТТ). Важливо розуміти, що в ІТТ підозрюваний може потрапити вже хворим на ТБ, але недіагностованим, або захворіти в процесі перебування в ІТТ. При цьому, отримати будь-яку медичну допомогу, зокрема в зв'язку з симптомами ТБ, проблематично, так як в ІТТ немає медчастини і медпрацівників. Перед відправкою в СІЗО підозрюваного можуть конвоювати до найближчого медичного закладу, щоб отримати довідку про те, що він може утримуватися в умовах СІЗО.

«Розумієте, в ІТТ своїх медпрацівників немає. Не те, що фтизіатра, а там навіть просто лікаря терапевта немає, чи сімейного лікаря. Тобто таких хворих пацієнтів, їх вивозять на консультацію в найближчий лікувальний заклад. Чи то районну лікарню, чи в міську. Для того, щоб отримати довідку про те, що він може знаходитись, утримуватись в умовах СІЗО. Відповідно, якщо хворий повідомляє, що він був на обліку в лікаря фтизіатра, то під час цього вивозу в районну чи міську лікарню, його все ж таки мав би оглянути фтизіатр. Наскільки воно дотримується, не можу сказати. Але зазвичай, коли аналізую історії хвороб якихось хворих, які або...ну чи Євросуд, чи якісь скарги були, чи хворий помер, то здебільшого є такі огляди лікаря фтизіатра, його заключення. Чи про то про наявність захворювання на ТБ, чи про підозру на захворювання на ТБ. І вже тоді, з такою довідкою хворий поступає у СІЗО». (ЕЦКАВ27м)

Після конвоювання в СІЗО підслідного поміщають у карантин і проводять ряд обов'язкових обстежень, і для виключення ТБ⁶. Якщо в процесі обстеження в ув'язненого виявляють підозру на ТБ, то лікар СІЗО збирає додаткові аналізи для підтвердження або виключення діагнозу. Якщо діагноз підтверджується, то Центральна лікарсько-консультативна комісія загальноцивільної протитуберкульозної служби (ЦВКК) повинна призначити такому хворому схему лікування. Якщо умокротинніхвороговиявляються мікобактерії ТБ, які є джерелом інфекції для осіб, які з ним контактують, то його повинні ізолювати шляхом конвоювання до установи цивільної протитуберкульозної служби до «знебацилювання» (припинення бактеріовиділення), так як до винесення судом вироку підслідний «ув'язнений» зберігає статус цивільної особи. Після винесення вироку вже «засуджений» з діагнозом ТБ повинен бути направлений на лікування з СТЛ.

У ув'язненого можуть почати проявлятися симптоми ТБ (слабкість і втома, втрата ваги, відсутність

⁶ Відповідно до. спільного Наказу МЮ та МОЗ № 239/5/104 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту»:

2.1. Усі особи, які прибули до слідчих ізоляторів, у тому числі особи, які переміщуються під вартою (конвоюються), проходять первинний медичний огляд з метою виявлення осіб, яким заподіяно тілесні ушкодження та які становлять епідемічну загрозу для оточення або потребують невідкладної медичної допомоги.

2.2. Усі особи, які вибувають із СІЗО, проходять медичний огляд з проведенням флюорографічного обстеження (особи, які прямують транзитом, - у випадку, коли флюорографічне обстеження було проведено більше ніж 12 місяців тому). Після закінчення огляду робиться висновок щодо стану здоров'я кожного, хто вибуває, який заноситься у медичну карту амбулаторного хворого.

2.3. Під час медичного обстеження особи, узяті під варту, з метою встановлення діагнозу лікар медичної частини СІЗО використовує дані анамнезу, медичної документації, яка долучена до особової справи, результати огляду, дані лабораторних, рентгенологічних і функціональних методів дослідження. За необхідності керівництво СІЗО подає запит до закладу охорони здоров'я, який надавав медичну допомогу особі, узятій під варту, щодо результатів диспансерного, амбулаторного, стаціонарного нагляду або лікування.

апетиту, підвищення температури, інтенсивне потовиділення, кашель, озноб), перебуваючи в СІЗО, і тоді йому потрібно звернутися за медичною допомогою самостійно⁷.

«Якщо це ув'язнений на СІЗО, то він з моменту підтвердження одразу починає лікування за відповідною схемою, а СІЗО вони починають з першого дня підтвердження діагнозу, тому що це ув'язнені, а не осуджені, а осудити їх можуть і через півроку, і через рік. У нас є випадки, які у нас починають і закінчують лікування на медчастини, ще будучи як би ув'язненими. А коли їх засуджує суд, тобто як тільки з ув'язнених вони стають засудженими, їх одразу відправляють в тублікарню». (МОЄА16ж, переклад з російської)

Після того, як ув'язненому виносять вирок, його статус змінюється на статус «засудженого» і він етапується в УВП. В УВП засуджений може бути обстежений на ТБ в рамках профілактичних оглядів або за запитом в разі появи відповідних симптомів (слабкість і втома, втрата ваги, відсутність апетиту, підвищення температури, інтенсивне потовиділення, кашель, озноб). Дії медпрацівників повинні включати той же алгоритм, що і в СІЗО: виявлення підозри, підтвердження або виключення діагнозу ТБ і ізоляція в разі бактеріовиділення. Лікування в УВП не призначається, для початку лікування засудженого етапують в СТЛ.

«а якщо це вже засуджений за колонією, то він лікування не отримує, подає запит на етапування і там протягом декількох днів його перенаправляють в цю лікарню, і вони отримують лікування через те, щоб уникнути зриву лікування на момент етапування. Це все стосовно колоній. Якщо ми беремовиправніколонії, то там теж є в кожній медичній частині ВК є окремо розташований ізолятор, куди поміщають при виявленні ТБ або підозрі, окремо їх ізолюють, обстежують. Після обстеження вони підтверджують діагноз або виключають діагноз на обласній ЦВКК, тому що ми не маємо права підтверджувати діагноз. У нас є обласна у області ЦВКК, і вони підтверджують, як і цивільних, так і нашої служби хворих». (МОЄА16ж, переклад з російської)

Після етапування в СТЛ в залежності від достатності наявних даних засудженому призначаються додаткові аналізи та обстеження. Ці дані виносяться на обговорення ЦВКК і хворому призначають схему лікування. Лікування здійснюється під контролем лікаря СТЛ для корекції побічних дій і схеми лікування в разі необхідності.

«Інше питання, наскільки вона якісно обстежена, ця людина. Наскільки дотримані всі... ну нормативи ось цих попередніх обстежень для постановки діагнозу. Ось це інше питання. Тому, скажімо, коли вони до нас прибувають, ми переглядаємо ось ці обстеження, і те чого не вистачає, ми тут на місці забираємо у них. Тут на місці забираємо. Це і аналізи, це і бактеріологію добираємо, щоб нам вписатися в цей моніторинг з обстеження тих хворих, згідно протоколів. Це і клінічні аналізи, і біохімічні ми забираємо тут. І проводимо функціональні ці всі обстеження, тобто флюорографію робимо їм, робимо кардіограми. Тобто це все те, що нам потрібно буде в перспективі, при роботі з такими хворими, все чого бракує, ми це все робимо на місці, так». (МХВБ17м + МХВБ17м, переклад з російської)

Для зміни схеми лікування лікарю установ ЦОЗ ДКВС необхідно підготувати відповідний запит і обґрунтування в ЦВКК. Після розгляду такого запиту ЦВКК може прийняти рішення про зміну схеми лікування.

«Це тільки обласна ЦВКК, ми не маємо повноважень підтверджувати або виключати, змінювати схеми лікування, всі дії в плані підтвердження діагнозу, зміни схеми лікування, там переведення з інтенсивної фази на підтримуючу - це все відбувається через обласну ЦВКК». (МОЄА16ж,

⁷ Відповідно до пункту 2.3 спільного Наказу МЮ та МОЗ № 239/5/104 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту»: «Медичне обстеження осіб, узятих під варту, здійснюється у разі їх звернення зі скаргою на стан здоров'я за ініціативою лікаря медичної частини СІЗО або адміністрації СІЗО».

Якщо засуджений з ТБ звільняється з місць позбавлення волі раніше, ніж закінчує лікування ТБ, то його перенаправляють до протитуберкульозного закладу МОЗ за місцем проживання. Для супроводу звільнених можуть бути задіяні соцпрацівники НУО.

«якщо він не доходить, то дільничний фтизіатр нам дзвонить і повертає цей випадок ТБ за реєстром. Він залишається за нами, якщо протягом двох місяців наступних він не з'являється у дільничного фтизіатра, то випадок закривається як «втрачений для подальшого контролю», тому що буває, рідко, але бувають випадки, які дають люди, які там знаходяться, дають адреси або далеких родичів, де вони ніколи не з'являлися. Але це все ми як би продзвонюємо, уточнюємо, але якщо він ніде не з'явився: ні за адресою проживання, ні у дільничного фтизіатра, то його неможливо визначити. Простіше в тому плані, що нам допомагають соцпрацівники, вони, як би їх багато хто знає... Через два місяці випадок закривається як «втрачений для подальшого спостереження», якщо він за два місяці не з'являється. Якщо проходить час через два місяці, тобто він може або повторно потрапити в наші місця, або дійти до дільничного, але проходить період більше, ніж два місяці, тоді вже він повторно представляється на ЦВКК, відкривається новий випадок лікування ТБ і такий хворий починає лікування як би з нуля. Ну, це так... нашим наказом...». (МОЄА16ж, переклад з російської)

На кожному з перерахованих етапів можуть виникати бар'єри, що перешкоджають своєчасному діагностуванню, початку лікування, конвоюванню, етапуванню, зміні схеми лікування, призначенню додаткових препаратів, перенаправленню і супроводу хворих засуджених/ув'язнених з ТБ. Далі будуть розглянуті кількісні результати опитування засуджених, що мали досвід діагностики і лікування ТБ в установах ДКВС, щодо ідентифікування часу між зверненням за допомогою, отриманням діагнозу ТБ і початку лікування у розрізі окремих змінних (форма ТБ, тип установи, тип звернення за допомогою). Далі слідують кількісні дані щодо дій медпрацівників після звернення засуджених за допомогою у зв'язку з симптомами ТБ або в рамках обов'язкового обстеження на ТБ, та результати аналізу даних про зміну діагнозу та схеми лікування ТБ. Завершується розділ аналізом якісних даних для опису виявлених бар'єрів та факторів, які впливають на час, що витрачається на процес діагностики і початку лікування ТБ в СІЗО та УВП.

Час отримання допомоги чи лікування від ТБ за версією засуджених

На Рисунках 8 та 9 представлені результати аналізу даних щодо повідомленого учасниками часу між зверненням за медичною допомогою до отримання діагнозу ТБ і з моменту отримання діагнозу до призначення лікування ТБ. Дані представлені відповідно до самоповідомлюваної форми ТБ серед учасників.

Рисунок 8. Час між зверненням за допомогою та отриманням діагнозу ТБ за формою ТБ, відсотки та 95% довірчі інтервали

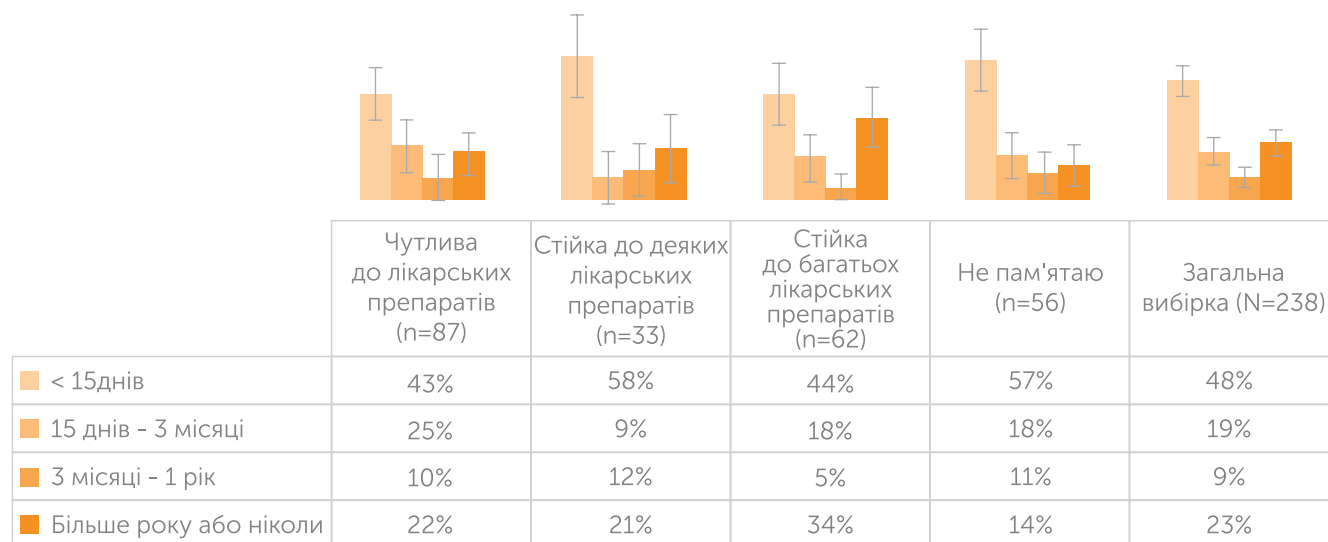
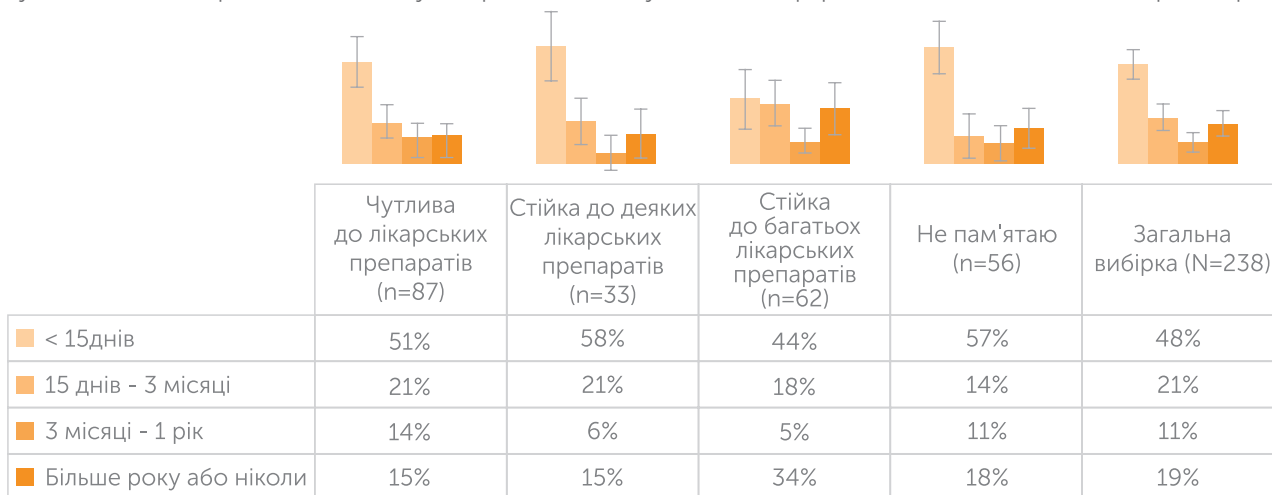


Рисунок 9. Час між отриманням діагнозу до призначення лікування ТБ за формою ТБ, відсотки та 95% довірчі інтервали



Серед тих учасників, які повідомили про те, що мають резистентність до деяких препаратів, найбільше тих (58%), хто вказав, що між зверненням за медичною допомогою і отриманням діагнозу ТБ пройшло <15 днів. Серед учасників, які повідомили про те, що мають чутливу форму ТБ і резистентність до багатьох препаратів, частка тих, хто вказав, що між зверненням по медичну допомогу і отриманням діагнозу ТБ пройшло <15 днів, було менше – 43% і 44% відповідно. Довірчі інтервали усіх трьох показників перетинаються, що може свідчити про недостатній розмір вибірки для ідентифікації значимих відмінностей або про те, що цей показник (отримання діагнозу протягом 15 днів і менше з моменту звернення) не відрізняються за формою ТБ. Також результати, можливо, пов'язані з тим, що первинні бар'єри до встановлення діагнозу як чутливої форми ТБ, так і ТБ з резистентністю до багатьох препаратів можуть бути схожі, але до цього ми більш детально повернемося у частині, присвяченій аналізу якісних даних. Про те, що між зверненням по медичну допомогу і отриманням діагнозу пройшло більше року повідомив найбільший відсоток учасників серед тих, хто вказав, що має резистентність до багатьох препаратів (34%).

Згідно з Рисунком 9, більше половини учасників вказали, що між отриманням діагнозу і призначенням лікування проходить <15 днів, окрім тих, хто повідомили, що у них стійка до багатьох лікарських засобів форма ТБ. Серед цих учасників, частка тих, хто вказав, що між отриманням діагнозу і призначенням лікування проходить <15 днів всього 32%, а частка тих, хто очікував призначення лікування більше року складає (27%).

На Рисунках 10 та 11 також представлені результати аналізу даних щодо часу, який минув з моменту звернення за медичною допомогою до отримання діагнозу ТБ і з моменту отримання діагнозу до призначення лікування ТБ, але відповідно до типу установи, де останнього разу було поставлено діагноз ТБ учасникам за самоповідомленням.

Рисунок 10. Час між зверненням за допомогою та отриманням діагнозу за місцем встановлення діагнозу, відсотки та 95% довірчі інтервали

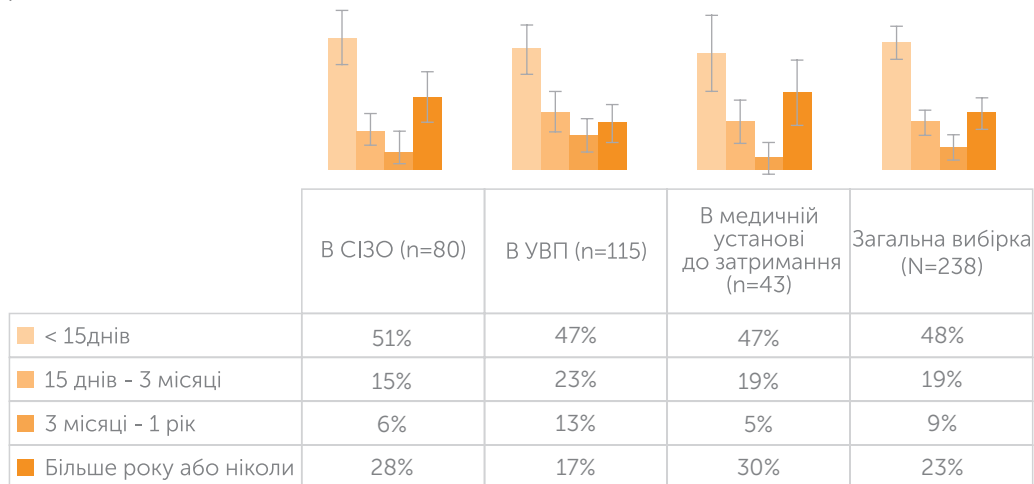
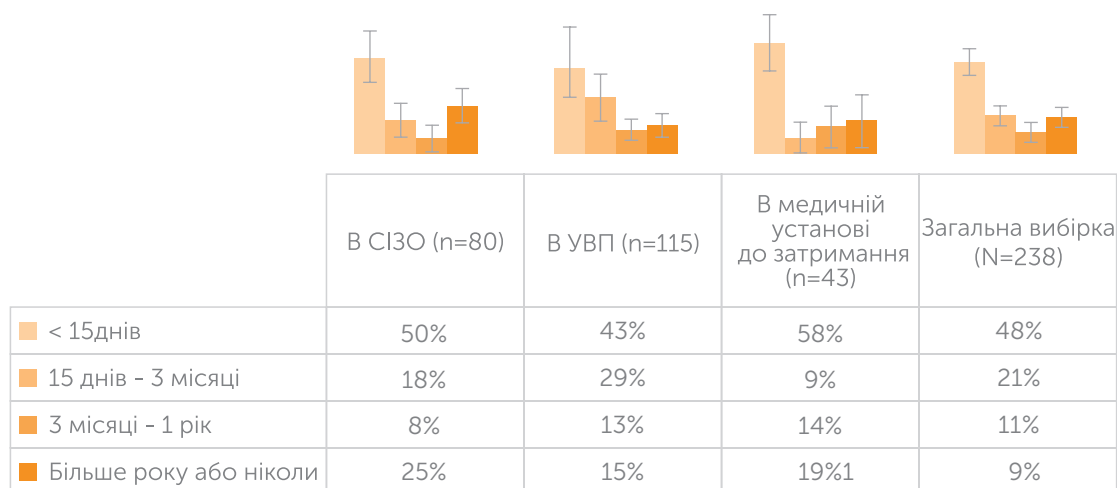


Рисунок 11. Час між отриманням діагнозу та призначенням лікування ТБ за місцем встановлення діагнозу, відсотки та 95% довірчі інтервали



Цікавим результатом зміни фокусу з форми ТБ на місце діагностування ТБ схожий розподіл часу від звернення за допомогою до встановлення діагнозу, від встановлення діагнозу до початку лікування у всіх типах установ: медичному закладі до затримання, УВП або CI3O. Деякі відмінності є, але в цілому час від звернення за допомогою до отримання діагнозу і до початку лікування в медичному закладі МОЗ не оцінюється учасниками як значно коротший або значно довший в порівнянні з установами ДКВС. У той же час, частка учасників, які вказали, що останній раз діагноз ТБ їм був поставлений в медичному закладі до арешту (n=43), значно менше частки учасників, яким діагноз був поставлений в установах ДКВС (n=195). У цьому сенсі запропоноване порівняння має обмеження точності оцінок. Однак, може бути гіпотезою для розвитку в подальших дослідженнях доступу до діагностики та лікування ТБ серед засуджених як у в'язниці, так і на волі.

На Рисунках 12 та 13 представлені результати аналізу даних щодо часу, який минув з моменту звернення за медичною допомогою або виявлення в процесі профілактичного огляду до отримання діагнозу ТБ і з моменту отримання діагнозу до призначення лікування ТБ. Дані представлені відповідно до типу виявлення ТБ за самоповідомленням учасників – пасивне, тобто в рамках обов'язкового обстеження, або активне, тобто в результаті звернення за допомогою у зв'язку із симптомами ТБ.

Рисунок 12. Час, який пройшов між зверненням за допомогою або виявленням в процесі профілактичного огляду та отриманням діагнозу ТБ за типом виявлення

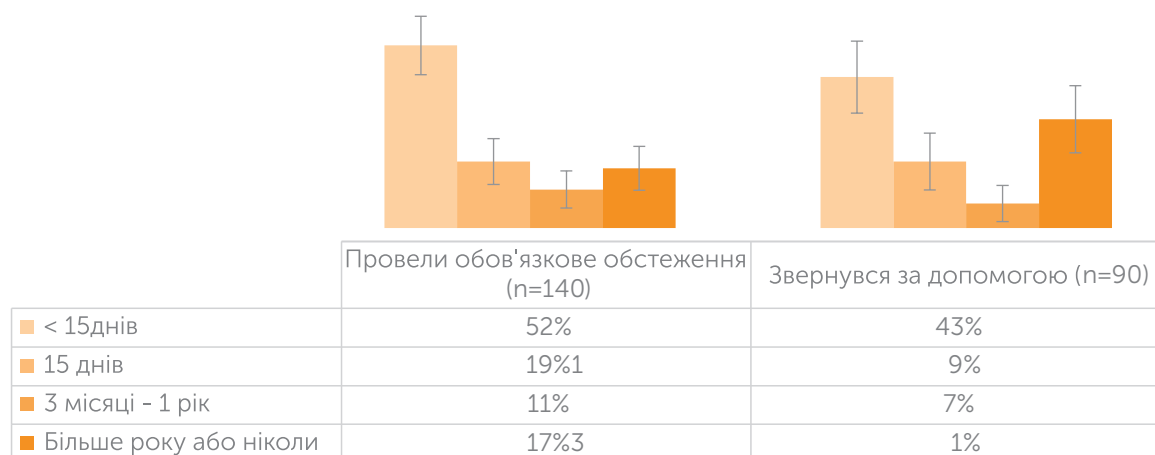
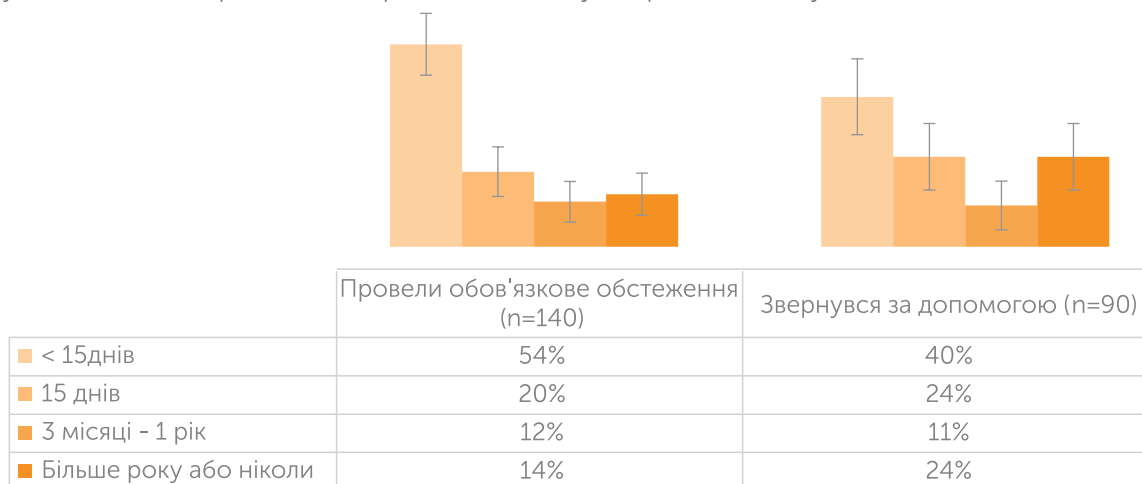


Рисунок 13. Час, який пройшов між отриманням діагнозу до призначення лікування ТБ за типом виявлення

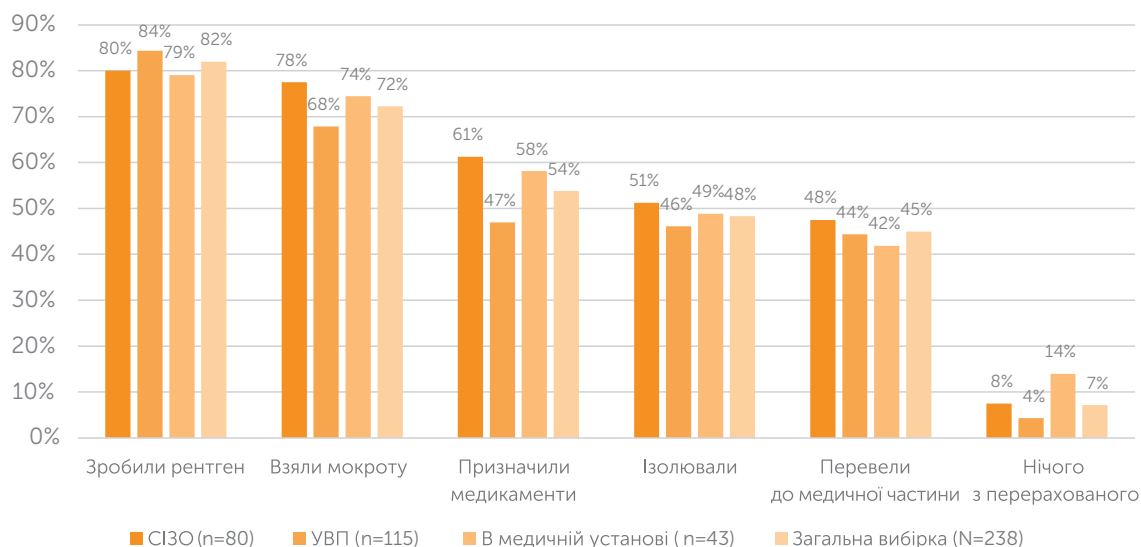


При порівнянні двох рисунків оціночні показники отримання діагнозу та лікування протягом 15 днів після звернення відрізняються за типом виявлення (пасивним vs. активним) - 52% vs. 43% та 54% vs. 40%. Довірчі інтервали цих оцінок перетинаються, що потребує подальшого дослідження з використанням адміністративних даних та більших вибірок. Серед тих учасників, які вказали, що у них був виявлений ТБ в рамках проходження обов'язкового обстеження, більше половини вказали, що їм був поставлений діагноз менше, ніж за 15 днів (52%), і було розпочато лікування менше ніж протягом 15 днів після встановлення діагнозу (54%). Серед цих же учасників найменша частка тих, кому був поставлений діагноз більше, ніж через рік після звернення (17%), і найменша частка тих, у кого між встановленням діагнозу і початком лікування пройшло більше року (14%). Серед тих учасників, що самі звернулися по допомогу у зв'язку симптомами ТБ, 43% були діагностовані менше, ніж за 15 днів, а 31% отримали діагноз більше, ніж через рік з моменту звернення. Схожі показники виявляються і в термінах призначення лікування з моменту встановлення діагнозу. Серед усіх учасників, 40% тим, хто звернувся за допомогою лікування було призначено менше, ніж за 15 днів з моменту встановлення діагнозу, тоді як 24% було призначено лікування більше, ніж через рік з моменту встановлення діагнозу.

Дії медперсоналу під час звернення або обов'язкового обстеження на ТБ за версією засуджених

На Рисунку 14 представлені результати аналізу даних щодо дій медпрацівників у відповідь на звернення учасників у зв'язку з симптомами ТБ або в рамках обов'язкового обстеження на ТБ. Дані представлені відповідно до типу установ, де ТБ був виявлений останнього разу. Нагадаємо, що в опитуванні брали участь засуджені з діагнозом ТБ, які на момент проведення опитування перебували в СТЛ, тоді як питання стосувалося дій персоналу в момент виявлення підозри і первинного діагностування ТБ.

Рисунок 14. Дії персоналу під час звернення або обов'язкового обстеження за місцем встановлення діагнозу



За самоповідомленням учасників, первинним методом підтвердження підозри/ діагностування ТБ є рентген: 82% учасників підтвердили, що їм був зроблений рентген після звернення за допомогою або під час обов'язкового обстеження. У 72% учасників взяли мокротиння, при цьому серед тих учасників, яким діагноз ТБ був поставлений у СІЗО, частка тих, у кого взяли мокротиння, становить 78%, а серед тих учасників, яким діагноз ТБ був поставлений в УВП, частка тих, у кого взяли мокротиння, становить 68%. Серед учасників, яким діагноз був поставлений у СІЗО, 61% призначали медичні препарати, серед тих учасників, яким діагноз був поставлений в УВП, таких було менше – 46%. Ізолювали або перевели до медичної частини 51% і 48% з тих, кому діагноз був поставлений у СІЗО. Серед тих учасників, хто був діагностований в УВП, 46% і 44% були ізолювані або переведені в медичну частину.

Зміна діагнозу та схеми лікування за версією засуджених

У Таблиці 8 представлені результати аналізу даних про зміну діагнозу та схеми лікування ТБ залежно від зазначеної форми ТБ.

Таблиця 8. Зміна діагнозу та схеми лікування в залежності від профілю резистентності

	Чутлива до лікарських засобів	Стійка до деяких лікарських засобів	Стійка до багатьох лікарських засобів	Не пам'ятаю	Загальна вибірка
	n=87	n=33	n=62	n=56	N=238
Зміна діагнозу після першого встановлення	39 (32%)§	20 (16%)	39 (32%)	25 (20%)	123 (52%)¶
Змінювали схему лікування в СІЗО	27 (31%)	14 (16%)	27 (31%)	19 (22%)	87 (37%)
Змінювали схему лікування під час конвоювання у ТБ лікарню МОЗ	21 (35%)	10 (17%)	16 (27%)	13 (22%)	60 (25%)
Змінювали схему лікування під час перебування в СТЛ	24 (28%)	15 (18%)	29 (34%)	17 (20%)	85 (36%)
§ - відсотки у ряді; ¶ - відсотки в колонці					

Серед усіх учасників, 123 (52%) учасника повідомили про те, що після першого встановлення діагнозу їх діагноз змінювався ще як мінімум один раз. Можна припустити, що відповідно до нового діагнозу призначалася нова схема лікування. Оскільки результати побудовані на даних, отриманих за самоповідомленням учасників опитування, тобто самих хворих на ТБ, складно стверджувати, що схема лікування в дійсності змінювалася, а не, наприклад, до поточної схеми додавалися додаткові препарати, що сприймалося хворим як зміна схеми лікування. Проте за версією учасників, призначена раніше схема лікування змінювалася в СІЗО у 87 (37%) учасників, під час конвоювання до протитуберкульозного установі МОЗ – у 60 (25%) учасників, під час перебування в СТЛ – у 85 (36%) учасників.

Чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на ТБ/ХР/МР ТБ серед осіб, узятих під варту, та засуджених

Далі обговорюються результати якісного етапу дослідження, контекстуалізуючи чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри до своєчасної діагностики і початку лікування ТБ/ХР/МР ТБ в СІЗО та УВП. Бар'єри не були згруповані відповідно до форми ТБ, так як, виходячи

з проведеного аналізу, багато бар'єрів, які перешкоджають своєчасній діагностиці чутливого ТБ, є бар'єрами і в разі стійких форм ТБ і навпаки. Крім того, виявлення відмінностей в розрізі регіонів також представляється проблематичним. З одного боку, стратегія формування вибірки якісного етапу включала відбір найбільш проблемних регіонів за певними критеріями і в розрізі типу установи: СІЗО, УВП, СТЛ. З іншого боку, стратегія формування вибірки кількісного етапу включала набір учасників, які перебувають тільки в СТЛ, так як вони пройшли повний цикл від виявлення і діагностування ТБ до постановки діагнозу і початку лікування. І, нарешті, сама організація лікування ТБ в установах ДКВС влаштована таким чином, що ув'язнений/засуджений частіше виявляється і діагностується з ТБ в одній установі, в одному регіоні, а проходить лікування від ТБ в іншій установі і в іншому регіоні. У цьому сенсі на окрему увагу заслуговує процес переміщення хворих з ТБ з однієї установи до іншої як фактор, що створюють додаткові бар'єри і складності.

Пріоритетність здійснення оперативно-режимної діяльності перед своєчасним наданням медичної допомоги: неузгодженість дій між службами та в межах ДКВС

На думку інформантів з числа медпрацівників ЦОЗ бар'єри до своєчасної діагностики і початку лікування ТБ починаються з моменту переміщення ув'язнених з ІТТ під варту в СІЗО. Якщо раніше таких осіб привозили в СІЗО з флюорографією або рентген-знімком, то після скасування відповідної постанови взяті під варту повинні обстежитися вже у СІЗО. Проте частина з таких осіб все ж надходить з рентген-знімками або флюорографією, що називається «по старій пам'яті». Деяким фтизіатрам, які працюють у СІЗО, скасування цього правила здається помилкою. Одна з фтизіатрів так описала цю ситуацію:

30% зі знімками надходить, може бути і менше ... При підготовці постанови Кабінету Міністрів «про лікування хворих на туберкульоз підслідних», №205. В процесі була нарада в Міністерстві охорони здоров'я, була служба на той момент, що в Міністерстві охорони здоров'я займалася питаннями ТБ. МВС, наша служба. І МОЗ вирішило нашу суперечку вічну, між МВС і нашою службою, на користь того, що не потрібні країні рентген-обстеження перед тим, як помістити в СІЗО». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

У той же час якість цих знімків може бути незадовільною, довідка про відсутність захворювань помилковою, а самі знімки можуть бути переплутані і належати не тій людині, яку привезли до СІЗО:

«Хоча, бували і випадки, коли довідку давали, що хворий здоровий, може утримуватися в умовах СІЗО, і при поступленні в СІЗО, через 2-3 дні, у зв'язку з наявністю у хворого симптомів, температури, кашлю, чи просто поганого самопочуття, йому робили рентгенологічне обстеження, там знаходили зміни, проводили аналіз мокротиння, мікроскопічний, молекулярно-генетичний і підтверджували діагноз ТБ. Хоча з ІТТ він приїхав із довідкою, що він може утримуватися в загальній камері, тобто що він не представляє ніякої загрози з епідемічної точки зору, і захворювання на ТБ в нього...не було даних за таке захворювання». (ЕЦКАВ27м)

«Іноді привозять хворих на ТБ і знімки пишуть, що норма, або чужі якісь знімки». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

Ув'язнених можуть привезти в СІЗО або пізно ввечері, або у суботу/неділю, коли не працює лікар, який може провести обстеження на рентген-апараті, а ув'язнених вже розподіляють з карантинного відділення по камерах. Відповідно, на «вході» в СІЗО ув'язнені можуть бути недообстежені, тоді як в подальшому супровід ув'язнених вже з камери СІЗО до медичної частини може бути проблематичним:

«Вони по приходу не все одразу встигають пройти, тому що в суботу і неділю не працює рентген-апарат. А їх вже розподіляють з карантинних камер». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

«Зазвичай вони приїжджають ввечері або пізно вночі. Коли вже... це в колонії можуть проконсультувати якийсь черговий лікар... Напишіть, але нам в СІЗО треба відвезти, напишіть що-небудь, там будуть розбиратися. Ніхто ж не залізе в реєстр, не буде дивитись». (МХКТ16ж, переклад з російської)

«Не кожне керівництво СІЗО дає своїх інспекторів, щоб вони вивели на рентген таких хворих. Це теж повинна бути певна людина, яка має право взяти і вивести цю людину з камери. Відкрити камеру, вивести його з посту, привести його в рентген-кабінет і довести його потім назад. Ось керівництво СІЗО не завжди нам дає таких вивідних, далеко не завжди». (МКВЛ13ж, переклад з російської).

Аналогічні проблеми із забезпеченням охорони виникають при конвоюванні ув'язнених з бактеріовиділенням з СІЗО до протитуберкульозних закладів МОЗ, в яких охорону палат для ув'язнених з ТБ повинні також здійснювати охоронці ДКВС. У той час як пріоритет забезпечення нормативів утримання арештованих під вартою ставить під сумнів пріоритетність їх лікування.

«в ідеалі, якщо вони з бактеріовиділенням, тобто вони заразні, їх в СІЗО ніхто не тримає, навіть в інфекційному ізоляторі. Їх вивозять у тублікарню, верніше в тубдиспансер, але в стаціонар. Тобто не туб-кабінет, який в районі, а обласний тубдиспансер. І тут знову ж таки камінь спотикання. В одних регіонах тубдиспансери взагалі не мають палат для осіб взятих під варту, в деяких регіонах ті палати є, але 1- 2 палати, при тому що потреба, припустимо, 4-5 палат, щоб їх всіх помістити по профілям резистентності. А третя, і навіть частіша проблема, це що в установи, у СІЗО немає охорони для того, щоб забезпечити охорону в ТБ диспансері. Тому що якщо вони підправлять туди 5 чоловік, а вони мають відправити 5 чоловік для охорони особи взятої під вартою, в них не буде охорони в СІЗО. І буде, як вони кажуть, страждати оперативна обстановка». (ЭЦКАВ27м)

Розподіл по камерах в СІЗО, в тому числі і на медичній частині, частіше відбувається відповідно до оперативних міркувань, про це говорять різні інформанти – і співробітники відділень нагляду, і медпрацівники, і колишні ув'язнені. Крім того, за нормативами тюремного утримання, ув'язнений не може утримуватися у камері один, навіть якщо у нього ТБ.

І: Тобто спочатку оперативні дані?

Р: Так. Ну, розумієте, є у нас раніше засуджені особи, і люди, які не були засуджені. Поєднувати ось ці ось дві категорії людей, скажімо так, це неправильно. Тому що людина... за законом це заборонено. Тому що людина, скажімо так, в своєму житті провела 20 років у в'язниці. В'язниця це для неї вже як другий дім. І людина, яка... бувають же випадки, коли люди потрапляють взагалі помилково, і, можливо, навіть не зі своєї вини. (ОВКН21м, переклад з російської)

«Ну просто насправді і адміністрація СІЗО, яка теж напевно найголовніший гравець (посміхнувся). Тому що поліція привезла, і все. Ну як би ми з поліцією більше не контактуємо. А адміністрація установи вже визначає, чи буде цей хворий перебувати сам у камері, чи так як от в деяких регіонах не дозволяють, щоб він сам перебував в камері, щоб він обов'язково був ще із кимось. Якщо він один має ТБ, а всі інші здорові, з ким він ще може перебувати в камері? Ну деколи такі питання ставиш перед адміністрацією, але вони керуються своїми нормативними документами, і в них по режиму повинен бути хтось із хворим. Тобто одного не можуть положити в камеру. Це теж така проблема в нас є». (ЭЦКАВ27м)

Такого роду практика закріплена в Законі України «Про попереднє ув'язнення» є однією з причин порушення норм інфекційного контролю. У той же час те, що ув'язнений з діагнозом ТБ є в першу чергу ув'язненим, а вже потім хворим, призводить до того, що міркування оперчастини можуть впливати і на подальший розподіл ув'язненого з діагнозом ТБ. Наприклад, він може бути відправлений у звичайну колонію замість СТЛ. Зазначення можливості таких помилок є особливо тривожним у контексті хворих з ХР/МР ТБ, так як саме в СТЛ ставиться остаточний діагноз, у зв'язку з яким хворий проходить лікування. В результаті «нестиккування» між спецчастиною та медчастиною

СІЗО час від звернення за допомогою та постановкою діагнозу і початком лікування ТБ/ХР/МР ТБ може багаторазово збільшуватися.

«Я не знаю, що там в СІЗО відбувається... чи то (проблема) у співпраці між медсанчастиною і спецчастини... Так? Спецчастина... Спецчастина - це там, де зберігаються особисті справи засуджених, і вона забезпечує ці етапи, висновок і заводи. Так? І ось прийшла постанова, що такий-то засуджений і ось вони його відправляють в колонію за місцем цієї... І ніхто не цікавиться, чи то інформацією не володіють, що він хворий ТБ. Так? Якби вони мали таку інформацію, безумовно, вони б його відправили в колонію №. Загалом, в СІЗО йде якась нестиковка роботи між медсанчастиною і спецчастини. Ось це ось є проблемою, тому що, звичайно, ж засуджений починає нервувати, претензії: «А ось чому мене не відправили відразу туди?!» (МДЄДч14, переклад з російської).

Проблеми догоспітальної діагностики ТБ/ХР/МР ТБ, пов'язані з комунікацією всередині ДКВС і ЦОЗ ДКВС, також відносяться і до хворих ТБ, що знаходяться в УВП. За даними інтерв'ю начальники медчастин часто змушені самі вирішувати проблему відсутності флюорографічного обладнання в УВП за допомогою своїх особистих зв'язків і домовленостей. У наступній цитаті описана ситуація, коли у зв'язку з тим, що зламалася флюорографічна машина, що приїжджала з протитуберкульозного закладу МОЗ, можливості для діагностики ТБ серед засуджених цього УВП фактично були вичерпані.

«А тепер вже півтора року ми не можемо з ними домовитися ні про що, оскільки у них машина є, але вона поламана і немає співробітників взагалі. Звичайно, засуджені, які приїжджають до мене з N-ського СІЗО, насамперед я коли читаю їх документи, написано - «флюорограму провести неможливо, тому що з 10-го місяця або з 9-го флюорограф не працює». Я прекрасно це все розумію. Але що робити мені? У мене немає флюорографа фізично». (МКЄА13ч, переклад з російської).

«Навіть вивезти людину, звичайного засудженого в місто на рентген не видається можливим ніяк, тому що мені треба вивезти всіх 500 осіб, які у мене є. І відповідно ніхто мені не дасть такої можливості. Це засуджені, які потребують охорони, конвоювання. І там в лікарні міський я ж не цар і не бог. За одну людину, за двох я можу домовитися. А якщо я привезу 500 осіб - ну, мене ніжно пошлють, і я піду » (МКЄА13ч, переклад з російської).

УВП, які знаходяться у віддалених місцях, мають обмежений доступ до ресурсів діагностики навіть у порівнянні з СІЗО, які розташовані в великих містах з розгалуженою інфраструктурою. Чіткі алгоритми дій в рамках взаємодії між медсанчастинами УВП, філіями і адміністрацією ЦОЗ ДКВС могли б вирішити проблему з логістикою хворих з ТБ в УВП, коли немає можливості скористатися сторонніми ресурсами. Однак медпрацівники УВП наводять приклади надмірної бюрократизації цього процесу, що може призводити до затримки початку лікування у хворих з ТБ і МР ТБ, які виявляються в УВП.

«Він ізолюється до медсанчастини і там тиждень-два чекає, поки буде наряд на госпіталізацію. Ось це ще у нас проблема, що хворий на ТБ часто по два тижні, по три тижні, а то й місяць, так було після нового року, чекає наряд на госпіталізацію. Тому що ми відправляємо на «філію», «філія» відправляє до Києва, Київ в філію, філія в колонію, де знаходиться засуджений. Десь щось не додивився, десь щось забув і виходить, що хворий може тривалий час знаходитися у медсанчастині». (МДЄДч14, переклад з російської)

«Але основна проблема в тому, що якщо людина тяжко хвора і вона у мене в медчастині, для того, щоб її повезти до лікарні... Я маю на увазі не на свободу, а в нашу спеціалізовану лікарню, ну, наприклад, ТБ, так? Мені треба подавати «запит» в [місто], головному лікарю. Головний лікар підписує і відправляє до Києва. А коли захоче Київ дати відповідь, ну це часто буває дуже довго. І відповіді немає, і люди вмирають у мене в медчастині не дочекавшись відповіді для того, щоб їх вивезли в лікарню». (МДКД14ч, переклад з російської)

Низька пристосованість інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги: обмежене матеріально-технічне забезпечення та кадровий дефіцит

Однією з ключових проблемних зон надання своєчасної медичної допомоги в установах ДКВС є обмежене матеріально-технічне забезпечення медчастин і часто критичний стан інфраструктури установ ДКВС. Наприклад, навіть в СІЗО флюорографічний апарат може бути зламаний і тому обстеження проводяться на рентген-апараті, випущеному кілька десятиліть тому.

«З кінця серпня минулого року у мене не працює флюорографічний апарат. Флюорографічного апарату немає. Є рентген апарат 1978 року випуску, який на ладан дихає». (МКВІ13м, переклад з російської)

У той же час для функціонування рентген-апарату потрібна рентген-плівка, яку і в деяких цивільних медичних закладах до недавнього часу потрібно було приносити з собою. Досвід систематичного дефіциту ресурсів може призводити до потреби економити навіть при наявності ресурсів на той випадок, якщо вони знову закінчатся і не будуть вчасно відновлені.

«Зараз, правда, нам поставили плівку, начебто як беріть, тільки мовчить, 1000 аркушів плівки. Щоб ми робили всім. Зараз ось ми всім робимо, а якийсь час не проводили взагалі, це було проблематично. Тому, скільки ми туб-хворих пропустили, я вам навіть не скажу». (МКВІ13ч, переклад з російської)

І: Ви кажете, що, в принципі, і на зоні є флюорограф, і машину приганяють. Навіщо машину приганяти, якщо є флюорограф?

Р: Ну, по-перше, щоб плівки свої не витратити.
(ЗКРВО15м, переклад з російської)

У СІЗО відсутні можливості для проведення складних діагностичних процедур на місці і сучасні препарати для лікування ХР/МР ТБ, а нормативна база для надання медичної допомоги для ХР/МР ТБ не врегульована, тому процес діагностики ХР/МР ТБ може перетворюватися в процес «ухилення від діагностики». Це відбувається внаслідок того, що медичний персонал може не розуміти, що робити далі з хворими, діагностованими з складними формами ТБ. З іншого боку, об'єктивно, можливості для лікування таких пацієнтів в СІЗО мінімальні.

«Але якщо вони по GeneXpert або по посіву мультирезистентні, то вони у нас. Вони у нас і ми не знаємо, що з ними робити. Призначити адекватну схему ми не можемо, нових препаратів у нас немає, біохімічних досліджень у нас немає. І якось це повинно бути прописано на центральному рівні, на нашому, якимись нормативними документами, ЦОЗ, можливо. Тобто, яким чином нам в цій ситуації вчиняти, які схеми нам призначати, виходячи з наявності у нас препаратів, і хто їх буде призначати. Може бути, центральна ЦВКК, яка створена. Ну центральна ЦВКК абсолютно для лікування тільки нових препаратів і тільки засудженим, які перебувають в туб-лікарнях. Ми ні в ту, ні в ту категорію не попадаємо. Нових препаратів нам не дається, і робить що хоче, ніяк це документально не прописано, ніде. Далі. Ті пацієнти, які приходять до нас з МОЗ на нових препаратах, яким вже призначена схема з Бедаквіліном, Деламагідом - з ними теж незрозуміло, що робити, це теж ніде не прописано. Наприклад, вони знебацильовані мікроскопічно, у мене немає підстав для направлення їх у Н-лікарню. Це теж якось повинно бути десь враховано, передбачено і прописано. Тому що нові препарати вже другий рік як є, а ніяких документів з цього приводу у нас досі немає. І нічого, ніяк ситуація ця не вирішена, по цих пацієнтах». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

Відсутність власного спецтранспорту в розпорядженні медчастин, обмеження у доступі до використання спецтранспорту ДКВС, відсутність мотивації проводити додаткові діагностичні обстеження – всі ці причини співіснують і стають бар'єрами для своєчасної діагностики ТБ як в СІЗО, так і в УВП.

«мені б дуже хотілося, щоб був транспорт, окремий транспорт для транспортування мокротиння. Як належить, щоб я взяв, як годиться, скриньку, ту, яку потрібно, взяв мокротиння і є машина, в яку я сів і привіз мокротиння. Не везу громадським транспортом. Як би про це, звичайно, ніхто не знає, безумовно, воно як би нікого не заразить це мокротиння, тому що воно як би в цих же баночках закручене, ще в одному ящику, який добре закривається. Так, безумовно, нічого, але все ж таки ... <-> Ось була б служба, яка ось забезпечувала доставку біоматеріалу, так скажімо, в лабораторію» (МДЄД14ч, переклад з російської).

«Можливо, там йдуть проблеми через те, що людина, яка працює на цьому апараті не зацікавлена в тому, щоб в неї був більший обсяг роботи. За ту ж саму зарплату, що і без GeneXpert. Можливо там суто транспортні причини, що немає кому перевезти. Хоча теж, я думаю, є НУО, які транспортують. Ну просто там як би...для нас теж, от порівняти GeneXpert який в СІЗО і який в тублікарні знаходиться, ну в тублікарні він отримує, по-моєму, із 100 колонії, де багато профільна лікарня, і ще з якоїсь найближчої колонії. І він якби завантажений доволі непогано. А от в СІЗО GeneXpert більше простоює, ніж працює. Те ж саме можна сказати, що в [місто] GeneXpert не повністю завантажений. Тому що транспортують туди мокротиння, в кращому випадку тільки з багатопрофільної лікарні у [місто] . І не завжди вони транспортують, часто буває дають нам хворих на госпіталізацію, запити дають. Я питаю, а GeneXpert є? Ні, не проводили. Так проведіть. «Та він і так бактеріовиділювач, для чого ще GeneXpert проводити». Насправді, потрібно GeneXpert проводити, щоб розуміти, це хворий із резистентним ТБ, чи з чутливим» (ЭЦКАВ27м).

Як медпрацівники СІЗО, так і медпрацівники УВП наводили різноманітні приклади того, що забезпечити якісну діагностику хворого з підозрою на ТБ вони не в змозі. Це може бути пов'язано одночасно з непрацюючим обладнанням, з відсутністю належних приміщень і неукomплектованістю штату медчасти УВП.

«У мене апарат, який знаходиться, був на балансі установи. Він і залишився на балансі установи до тих пір, поки ми не роз'їдналися з установою. Значить, це апарат дуже цікавий. РУМ 12-й, який використовувався, з виробництва він знятий в 83-му році взагалі. Робить його Ленінград, і відповідно немає ні запчастин, нічого. Він морально не просто застарів, а апарату 50 років з моменту випуску. Це просто ящик лайна, який розвалюється, горить, смердить, стріляє. Загалом, 10 років у нас практично немає рентгену». (МКЄА13ч, переклад з російської)

«У мене через відсутність діагностичного обладнання, я можу зробити тільки загальний аналіз крові і загальний аналіз сечі, більше нічого не можу. Ну і кардіограму можу зробити. Треба біохімічний аналіз крові, нирковий комплекс, печінковий, УЗД внутрішніх органів зробити. Консультація вузьких фахівців, і цілодобовий нагляд. У мене немає цілодобових медпрацівників. Людина лежить, до чотирьох йому надають медичну допомогу. А після чотирьох вже і не роблять. Ну розумієте, так? Якщо людина у важкому стані лежить у мене на медчастині, він не може отримувати достатню для його стану медичну допомогу. А чекати доводиться іноді і 2 тижні, і більше». (МДКД14ч, переклад з російської)

«Ну подивіться, ви бачите, у нас як би в цьому плані дуже дві великі перешкоди. 1 – немає лікаря фтизіатра, рентгенолога, який читав би знімки. Точніше, немає лікаря рентгенолога, який є просто лаборант-рентгенолог, який може ці знімки проявляти, грубо кажучи. Але немає лікаря-рентгенолога, який читає. І немає лікаря фтизіатра, який міг би призначати лікування, або хоча б бачити, коригувати та говорити що до чого. Ось в чому полягає складність. Складність в тому, що плінність кадрів. Ніхто не хоче працювати в пенітенціарній системі». (МОЄ118ч, переклад з російської)

Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги: відхилення від протоколів діагностики та лікування ТБ

Практики відхилення від протоколів діагностики та лікування ТБ були виведені на обговорення в звіті про попередні результати якісної частини дослідження. Дана проблема викликала активне обговорення з експертами робочої групи. Далі розглядаються кілька випадків таких відхилень і пояснень, які наводять лікарі в різних установах ЦОЗ ДКВС. Можна було б припустити, що такі відхилення властиві конкретним лікарям. Однак ці різноманітні практики «відхилення від протоколів» можуть бути відповіддю на загальні системні проблеми. Перший приклад демонструє аргументацію, яку лікар використовує для пояснення мотивів своїх дій і як відповідно до них змінюється алгоритм діагностики МР ТБ.

«у тих, хто раніше хворів на ТБ досить високий % помилково-позитивних результатів. При відсутності будь-яких клінічних ознак ТБ, виявляється мікобактерія, можливо, мертва. І далі дуже складно буває довести, що цього ТБ немає. Особливо якщо це МР ТБ, це величезна проблема. Подаються документи на ЦВКК. ЦВКК ніколи не візьме до уваги, що це може бути помилково позитивний результат. Встановлюється діагноз, призначається 2-х річне лікування. І далі цей хворий ... ще жоден з таких хворих у мене жодного разу не долікувався. Тому що будучи здоровим, не маючи ніяких симптомів. Лікується 2 роки дуже важкими препаратами. Це ніхто не витримає. Я вважаю, що GeneXpert потрібно дуже з розбором призначати. І все-таки, в цьому сенсі краще флюорографічний метод дослідження. В основному, GeneXpert додає щось до флюорографічного, коли йдуть дисеміновані процеси, коли генералізований ТБ, у тих же ВІЛ-інфікованих на пізніх стадіях. І при ФГ-обстеженні ще не видно цієї дисемінації. Її можна тільки при КТ виявити. Або, можливо, йде якийсь процес у внутрішньогрудних лімфатичних вузлах, при можливому розпаді яких виділяються мікобактерії ТБ, які можна вловити GeneXpert. Інших варіантів, при яких в легенях нічого немає, а в GeneXpert все є? Ну якось в моїй практиці не зустрічалося. І тут в будь-якому випадку GeneXpert проводиться, тому що є клініка, є клінічні симптоми, є підозри на те, що можлива наявність ТБ. І навіть при нормальному рентгенівському знімку GeneXpert проводиться». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

«Нам, звичайно, потрібна можливість доступу до біохімічних обстежень на базі [назва] або того ж [назва], або іншої якоїсь установи охорони здоров'я, тому що їх у нас немає. Без біохімічних досліджень не призначаються нові препарати. Нові препарати нам взагалі не передбачені для СІЗО, незрозуміло що з цими пацієнтами робити, які повинні їх отримувати. Якщо у них БК+, ми їх відправляємо на 2 лікарню і це їх проблема. Але якщо вони за GeneXpertом або за посівом мультирезистентні, то вони у нас. Вони у нас, і ми не знаємо, що з ними робити. Призначити адекватну схему ми не можемо, нових препаратів у нас немає, біохімічних досліджень у нас немає. І якось це повинно бути прописано на центральному рівні, на нашому, якимись нормативними документами, ЦОЗ, можливо. Тобто, яким чином нам в цій ситуації вчиняти, які схеми нам призначати, виходячи з наявності у нас препаратів, і хто їх буде призначати». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

Пояснення, чому при наявності апаратів GeneXpert, за допомогою яких здійснюються молекулярно-генетичне дослідження мокротиння та діагностується стійкість до препаратів для лікування ТБ, фтизіатри СІЗО можуть ігнорувати його використання, вибудовуються у цілу систему переконань. Наприклад, акцентуються плюси традиційних методів, заснованих на рентген-діагностиці або флюорографічному методі обстеження. Відповідно, бар'єри до діагностики ХР/МР ТБ в цьому випадку включають в себе бар'єри до діагностики чутливого ТБ. Невикористання або вибіркове використання апарату GeneXpert через можливість отримання «хибно-позитивних діагнозів» може пояснюватися тим, що такою складною аргументацією фтизіатр, в тому числі, адвокатує ремонт флюорографічного апарату, організацію біохімічної лабораторії при медичній частині, розподіл в СІЗО нових препаратів для лікування ХР/МР ТБ і створення нормативно-правової бази для того, щоб здійснювати лікування ХР/МР ТБ у СІЗО. У той же час цей вислів показує наскільки відмінною від діючих протоколів лікування

може бути практика кожного окремо взятого лікаря.

Наступний приклад демонструє практику діагностики ТБ шляхом виключення інших діагнозів. Лікар знаходить у пацієнта симптоми інших захворювань, призначає лікування, і вже після невдачі симптоматичного лікування антибіотиками, відправляє мокроту пацієнта на аналіз. Такий підхід також може впливати на час, який витрачається на діагностику ТБ/ХР/МР ТБ і, можливо, успіхи подальшого лікування:

«Так, він звернувся, 10 днів лежав у мене у відділенні. Ми не підозрювали ТБ, підозрювали пневмонію. Після того, як наше лікування антибіотиками не дало результату, ми відповідно направили ... Ну, теж після цього він лежав у відділенні, тому що у нього була важка симптоматика. І після того, як він до нас звернувся, ми зробили забір мокротиння і 10 днів він лежав у палаті. А потім коли підтвердився діагноз, ми його ізолювали ще на 14 днів. І через 14 днів, в загальному, ми відправили його і ще двох людей, у яких теж визначили виділення мікобактерій». (МДКД14ч, переклад з російської)

На особливу увагу заслуговують випадки, коли лікар в УВП не робить спроб упевнитися в правильності рішення лікаря протитуберкульозної лікарні МОЗ про «самовилікування від ТБ» пацієнта з ВІЛ-позитивним статусом. У ситуації, описаній нижче, діагноз МР ТБ був поставлений вже в СТЛ тільки через 4 місяці після звернення засудженого за допомогою в колонії, в якій він перебував.

Р: Та ну як би як зазвичай. Ну нема – видужав. Ну було ось ... зараз я скажу, в якому. У 2018 році я виїжджав на обласну лікарню на в'язницю. Тобто в Дніпропетровськ. І у мене там з лівого боку мене хотіли на 89-у відправляти, але зробили флюшка, а у мене там з лівого боку...

І: Потемніння?

Р: Нібито щось ... дірки або що, я не знаю. Але потім я якось самовилікувався. Я не знаю як, але мене назад повернули в табір. Я говорив про це, тобто я прийшов на санчастину туди. І я запитую в лікаря, що ось так і так. Як так, мені сказали там, що у мене з легенями не порядок. А мені лікар каже: ти самовилікувався, все нормально. Ну думаю самовилікувався так самовилікувався. І буквально через пару трійку місяців мене шибануло.

(ЗКРВВ30м, переклад з російської)

Інший варіант аргументації відмови лікаря лікувати засуджених – сумніви в якості препаратів, доступними в УВП, слідом за якими висловлюються сумніви в інформативності GeneXpert як методу діагностики ТБ:

«Препарати, які робить Україна, це пресована крейда. Це не ліки. Оскільки люди, які приймають ці препарати, у них немає динаміки. У нас був один час ізоніазид, по-моєму, угорський він був. І ви знаєте, ефект від нього в тисячу разів краще, ніж від цієї пресованої крейди. Тобто, нам під держзамовлення продають просто фуфло». (МКЄА13ч, переклад з російської)

«Ну, GeneXpert ... я ж спілкуюся з начмедами. І всі кажуть, що найчастіше дуже малоінформативний метод, він менше 50% дає правильний результат. Отже, можна довіряти йому, можна не довіряти. Тобто, це просто витрачений час і все. Флюорографія теж не 100%-й результат, але результат набагато вищий, ніж GeneXpert». (МКЄА13ч, переклад з російської)

За відсутності препаратів «кращої» якості, засуджені з ТБ можуть просто не діагностуватися, так як, на думку лікаря, їх буде нічим лікувати. При цьому в установі, про яку йде мова, за словами іншого інформанта немає ні фтизіатра, ні інфекціоніста, ні працюючого флюорографа:

«Я приїжджаю туди один раз на тиждень, і після мого приїзду туди один з хлопців звернувся, у якого все дуже погано було, про якого я говорив. Вони подзвонили і викликали самі лікаря фтизіатра, по-моєму, з інфекційного відділення місцевого. І потім, коли почали працювати з оточенням, то ось і виявили ще кілька людей. Тому що виявити хворих нема на чому. Ну немає флюорографа. Як його визначати? Його можна визначити тільки в тому випадку, коли вже все погано, і там вже

діри в легенях або плями такі, що хрипить же так, що можна і без обладнання почути». (СРКАА25м, переклад з російської)

Обмеження матеріально-технічного характеру в одних випадках, кадровий дефіцит в інших, або відсутність мотивації лікарів для діагностики хворих на ТБ, що ховаються за «експертними оцінками» в третіх випадках, призводять до приблизно однакових результатів. Будь-яка форма ТБ, включаючи чутливу, може діагностуватися невірно і несвоєчасно. У зв'язку з цим видається важливим звертати особливу увагу на ті УВП, в яких виявляються поодинокі випадки ТБ або взагалі не виявляються, але вони, наприклад, знаходяться в регіонах високої поширеності ТБ в цивільній популяції. Відсутність випадків ТБ може бути індикатором не відсутності проблем, а присутності цілої сукупності проблем, які вимагають негайного втручання. У СІЗО таким індикатором може бути порівняння кількох показників і зіставлення їх реалістичності, наприклад, кількості ВІЛ-позитивних засуджених, кількості тестів GeneXpert та кількості виявлених випадків ТБ.

Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги: етапування як елемент непередбачуваності в продовженні/початку лікування ТБ

Етапування хворих з діагнозом ТБ може бути істотно відстрочено у зв'язку з тим, що в СІЗО в ув'язненого зберігається статус цивільної особи до того моменту, як йому не буде винесено вирок у суді. В залежності від складності справи винесення вироку може відкладатися на невизначений термін, а хворого будуть продовжувати конвоювати з СІЗО на судові засідання. Тому, як правило, ув'язнений з діагнозом ТБ, поставленим у СІЗО, починає лікування, так як перебування в СІЗО може тривати кілька місяців або навіть років. Проте, отримавши вирок, уже засуджений з ТБ, етапується в СТЛ. На час етапу лікування переривається, оскільки воно має здійснюватися під безпосереднім контролем медпрацівника. Безперервність лікування могла б забезпечуватися працівниками Національної гвардії, які супроводжують етапи, але між Нацгвардією і ДКВС немає такої домовленості, як і немає чіткого роз'яснення того, в яких випадках медпрацівники ЦОЗ повинні супроводжувати ув'язнених, які етапуються. Так, наприклад, в окремих інтерв'ю медпрацівники ЦОЗ ДКВС повідомляли про те, що деякі з них мали досвід супроводу ув'язненого, який етапувався з ТБ з СІЗО, якщо його випадок був класифікований як «важкий».

«Ми навіть писали проект спільного наказу з Нацгвардією. Ну віддали їм на «погодження», вони прислали нам таку відповідь... ну от, як я сказав, що такого ніколи не буде, наші прапорщики не зобов'язані видавати ліки... Просто з ізоляторів шкода. Вони ж там починають лікування, і просто поки в дорозі мало того, що контактують там з усіма на світі. Якщо чутливий ТБ, то можна отримати резистентний і все на світі». (ЕЦКАА5м, переклад з російської)

I: А як відбувається етапування?

P: Етапування? Отримують маски, дається медпрацівник, супровід виділяється. До точки ... наприклад, колонії N, це «місто», так? Відрядні виписують, чоловік етапується.

I: А що робить медпрацівник в цьому процесі?

P: В цьому процесі медпрацівник супроводжує, не дай бог, якщо для надання якоїсь допомоги. Ну це погоджено з Нацгвардією, там вони вимагають, щоб медпрацівник супроводжував в психіатричну лікарню і в ТБ-лікарні. Але там ще нюанс. Якщо ТБ стабільний, не важкий, то можна без супроводу. Ми пишемо, що не потребує супроводу, і він їде без супроводу. Тобто, від кожного ув'язненого і хворого залежить по-своєму. [Пропущена частина діалогу на іншу тему]

I: Ви говорили, ви супроводжували. Можете розповісти, як це відбувається, в яких умовах?

P: Звичайно, я не один раз супроводжував, і коли фельдшером був - супроводжував. Їдуть ув'язнені у вагоні, називається «столипінський». Я їду з начкаром в одному купе. А вони ж окремо їдуть, за ґратами. Зі мною мед-препарати, тобто першої невідкладної допомоги. Їду до точки... від точки А в точку В. Наприклад, ми їдемо на «місто», в N колонії, їдемо через СІЗО. Я їду з ув'язненими в СІЗО, перебуваю в СІЗО. Коли етап місцевий, по області, я етапую автозак. Сідаю в автозак,

окремо. Не поруч з ув'язненими, а з військовими. Етапують до точки В. Мені ставлять печатку, що я привіз, претензій до мене немає, я забрав, поїхав і своїм ходом вже повертаюся назад за місцем дислокації, тобто додому. Ось таке. (МОЕС16ч, переклад з російської)

В процесі етапування засуджений з діагнозом ТБ робить зупинки в СІЗО, де йому могла б надаватися мінімальна допомога медпрацівниками ЦОЗ ДКВС, але цього не відбувається, так як медична карта хворого слідує разом з ним в запечатаному конверті. Фактично відсутність нормативу, що дозволяє не переривати лікування на етапі, призводить до повної відсутності контролю стану хворого ТБ на час етапування.

«На своєму етапі у нього 2-3 СІЗО. І таких ось людей вони як би... медпрацівники розповідають, у них ці люди їдуть із закритою документацією. Тільки на їх конверті є ось ця відкрита довідка медична. Яка, коли вони виїжджають... і на цій довідці написано, що людина пройшла дезобробку, тобто такі, найголовніші питання. І роблячи так, приїжджаючи в СІЗО, часто лікарі про їх існування навіть не знають. У нас таких багато випадків було, йдеш в камеру заходиш: ти звідки, куди їдеш? А він: так ось їду, поставили мені діагноз ТБ, ну в якийсь колонії звідки він їде, і ось я сиджу. Або скаржаться його співкамерники: чого до нас туберкульозного підсадили? Тобто, моніторимо, приходимо. На що медпрацівники кажуть: ми не можемо відкрити його медкарту. Ну якби дотримувалися до цих людей звичайного стандарту, і коли вони надходять в СІЗО, вони б проходили первинний медогляд хоча б фельдшером, і фельдшер не полінувався запитати: що ти хворий, з чим ти їдеш, так? Те, напевно, він би сказав: в разі скарг конверт відкривається і людині дається адекватна допомога. Так ось ці транзитні хворі на ТБ, вони взагалі випадають з поля зору». (НПМКВО25ж, переклад з російської)

Якщо засудженому діагноз ТБ ставлять вже в УВП, то лікування ТБ, як правило, там не призначають, а хворого відразу перенаправляють в СТЛ. При цьому навіть в звичайному режимі (без карантинних обмежень у зв'язку з COVID-19), час, який витрачається на підтвердження діагнозу і етапування, може значно відрізнятись від допустимого за протоколами. Експерти ЦОЗ ДКВС також говорять про те, що тривалість етапів може бути помітно вище, ніж допустимі норми, як для випадків ТБ без бактеріовиділення, так для випадків з бактеріовиділенням.

«Припустимо, я завідувач медичної частини в колонії. Ось прийшов до мене пацієнт, який кашляє, є лабораторія, є медсестричка, яка через мікроскоп може мокроту подивитися, взяв у нього мокроту, є БК +. Рентген показує зміни в легенях. Я його ізолюю, а далі погоджую, щоб людину відправили в ТБ-лікарню. Тобто наряд виписую. Він в цей час у мене в інфекційному ізоляторі, без лікування, без нічого. Ну, припустимо, відреагували швидко, через 2 дні мені приходить як би підтвердження від людини на етап, в лікарню, так? Але етапи в колонії йдуть 3 рази на місяць. Припустимо, вчора був етап, сьогодні я виявив людину з ТБ. Ось тільки через 2 тижні я його можу відправити, якщо у мене наряд підписаний, відправити в туберкульозну лікарню. Через 2 тижні, так? Далі, він поїде в проти-ТБ лікарню через СІЗО. Припустимо, з Києва теж... ну з Києва до Харкова направляють - до місяця може бути». (НПМКВА17м, переклад з російської)

«І я бачила людей, які 3,5 місяці їхали по етапу. Тобто, від моменту встановлення діагнозу, ми ж уже не говоримо скільки він хворів, поки не поставили цей діагноз. Від моменту встановлення діагнозу до першої дози препарату, а у нього проходить 3,5 місяці, це був максимум, розумієте?» (НПМКВО25ж, переклад з російської)

«Минулого року ми навіть робили аналітику з приводу того, скільки хворі етапуються. То, по-моєму, я дивився по %, то 60% етапуються більше 2 тижнів, до спеціалізованих лікувальних закладів. Мається на увазі, що і хворі на ТБ. Хоча, якщо він вже із бактерієвиділенням, заразний, то це має бути не протягом 2 тижнів, а протягом годин, в крайньому випадку доби. Але поки що такої системи немає». (ЭЦКАВ27м)

В умовах карантинних обмежень у зв'язку з COVID-19 етапування ув'язнених/засуджених обмежено або взагалі не здійснюється. Відповідно, хворі з ТБ можуть перебувати в СІЗО або УВП невизначений час в неадекватних умовах і без належного лікування.

Тривалість «надзвичайних ситуацій» і специфічність відповіді на них в установах ДКВС як чинник що сприяє систематичним негативним наслідкам

За час аналізу даних в рамках проведення досліджень в установах ДКВС і ЦОЗ ДКВС був виявлений ряд проблем, які були закодовані як «надзвичайні ситуації», тривалість яких або відсутність адекватних рішень у відповідь на них створюють негативні наслідки, які мають вже систематичний характер. При цьому ситуація насправді може не бути справді «надзвичайною», але стає такою за відсутності дій, спрямованих на її усунення. Так, наприклад, необхідно відзначити здавалося б не зовсім «надзвичайну» ситуацію, яка сталася в одному з СІЗО, де 3 роки тому була пожежа в адміністративному корпусі, але до цього часу весь медичний персонал працює в одному кабінеті.

«Тому зараз в моєму кабінеті перебуваю я, старший фельдшер, лікар. Три терапевти. Дві медсестри... це дуже багато. І ніхто не збирається нам нічого ні ремонтувати, ні покращувати наші умови роботи абсолютно. Я вважаю, що фтизіатр повинен мати своє окреме місце роботи разом з медсестрою фтизіатричного відділення». (МКВІ13м, переклад з російської)

З точки зору інформантів це призводить в тому числі й до не пов'язаних безпосередньо з відсутністю ремонту проблемам, наприклад, виникають складнощі у передачі інформації всередині медичної служби ЦОЗ ДКВС, які впливають на процес фіксації і відстеження процесу діагностування та лікування будь-яких хвороб.

«Інтернет повинен бути у інфекціоніста окремий. Ну провести його поки не провели, тому що... зоднієї простої причини: немає спеціального приміщення, тобто кабінету, для лікаря-інфекціоніста. У цьому моменті теж робота поки в кращу сторону не налагодилася». (МКВІ13м, переклад з російської)

У зв'язку з переходом до другого етапу медичної реформи, лабораторії цивільної медслужби повинні отримувати оплату за проведення лабораторних досліджень, але поки питання взаємодії між тюремною і цивільною медслужбами не врегульовано, це може призводити до того, що й посів як «працюючий» метод діагностики МР ТБ не буде доступний, і встановлення діагнозу сторонніми експертами ЦВКК не здійснюватиметься.

«до 1 квітня ми спокійно як би привозили всі свої зразки мокротиння на обстеження, мікроскопію, на посів. А зараз [назва] нам прислала лист, що вони нам цього робити не будуть. Ну і плюс же, ЦВКК нам теж не будуть проводити, тому що їм це вже не оплачується. Не знаю, яким чином це питання може бути вирішено». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

Це в свою чергу може призвести до того, що фтизіатри СІЗО будуть позбавлені консультативної підтримки і, отже, як зазначалося раніше, можуть бути обмежені своїми переконаннями про реалізацію практики діагностики та лікування, всупереч чинним протоколам.

У цей же час сама пенітенціарна служба знаходиться в процесі реформування вже кілька років. Одним з результатів реформ став вихід пенітенціарної медицини з підпорядкування Адміністрації ДКВС. У процесі перетворення медичної служби в ЦГЗ ДКВС медичні частини виправних установ і спеціалізованих медичних установ ДКВС переходили на новий тип організації і регулювання їх роботи. Частина проблем, яка виникала в ході цього процесу, може не мати довгострокових наслідків, а частина бар'єрів, ідентифікованих зараз, може бути наслідком проблем, які виникли тоді.

«3 11 вересня, наприклад, був наказ, розпорядження ЦОЗ «Про закриття рентген-кабінетів», тому

що рентген-кабінети, я так розумію, були неатестовані, щось таке, і ось з 11 вересня до 28 грудня рентген не робили ніде – ні в одній колонії, ні в одній лікарні, ні то що в ТБ». (МДЄД14ч, переклад з російської)

За останні 3 роки вся пенітенціарна система 3 рази закривалася на тривалий час, коли обмежувалися або скасовувалися етапи між установами. У 2018 році у пенітенціарній системі діяв режим підвищеної готовності більше місяця, коли було оголошено воєнний стан, у 2019 р. режим підвищеної готовності здійснювався близько місяця у зв'язку з виборами президента України. У 2020 р. з 16 березня вже більше півроку в'язниця закрита на карантин, пов'язаний з епідемією COVID-19, під час якого також були/залишаються обмежені/скасовані етапи між установами.

Р: Виходить, потім, коли мене вивезли на п'ятірку, там мені сказали, який у мене діагноз (МРТБ).

І: А скільки ви взагалі пробули в цьому туб-блоці на №-й?

Р: Місяць.

І: Місяць. І вас не лікували, нічого?

Р: Нічого взагалі, нічого. Просто заходили, цікавились, як і що, і все. І нікуди не випускали мене, я нікуди не виходив.

І: А чому тримали? Що казали? Що поїдеш на лікарню?

Р: А тому що вибори були.

(ЗКРВВ30м, переклад з російської)

Хоч перераховані ситуації безумовно є заздалегідь непередбачуваними, вони багаторазово підсилюють існуючі проблеми. Так, наслідки тривалого обмеження/скасування етапів, пов'язані з карантинном, можуть мати надзвичайну форму, в тому числі, в контексті діагностики/лікування ТБ/ХР/МР ТБ, про яку працівники системи попереджають вже зараз.

«Ну, просто знаєте, завдяки тому що ... коронавірус ... тому зараз зайняті всі цією проблемою.

А реально, коротше, почнеться проблема ... Звичайно ж, закінчиться корона і почнеться проблема з ТБ». (МКВІ13м, переклад з російської)

Потрапляючи в умови необхідності введення додаткових обмежень, і без того закрита система стає ще більш закритою не тільки від можливості зовнішнього впливу, а й від можливості отримання допомоги з боку громадських інституцій. При цьому, як уже підкреслювалося, внутрішні ресурси системи обмежені, тому за відсутності етапів, наприклад, ізоляція хворих ТБ з бактеріовиділенням може відбуватися шляхом переміщення такого хворого в дисциплінарний ізолятор (ДІЗО). Можливо, це дійсно єдиний спосіб не допустити зараження ТБ серед інших засуджених, проте недопустимість використання умов ДІЗО для ізоляції хворого ТБ навряд чи може піддаватися сумніву.

«Ну, знову ж таки є приватні звернення. До нас зверталася житомирська установа, хлопець. У нього діагностували ТБ. Ну, з його слів там активна форма. Він дзвонив, його помістили в ШІЗО, в [штрафний] ізолятор. Сказали, типу поки посидиш тут. Йому до звільнення було 3,5 місяці. Етапи не ходять на лікарню, такі складності. Його тупо закрили без лікування у ДІЗО». (ЭКВА24м, переклад з російської)

Крім усього іншого тривалість «надзвичайних ситуацій» і специфічність відповіді на них може призводити до довгострокового пост-ефекту у вигляді легітимації певних дій та рішень і в «мирний» час.

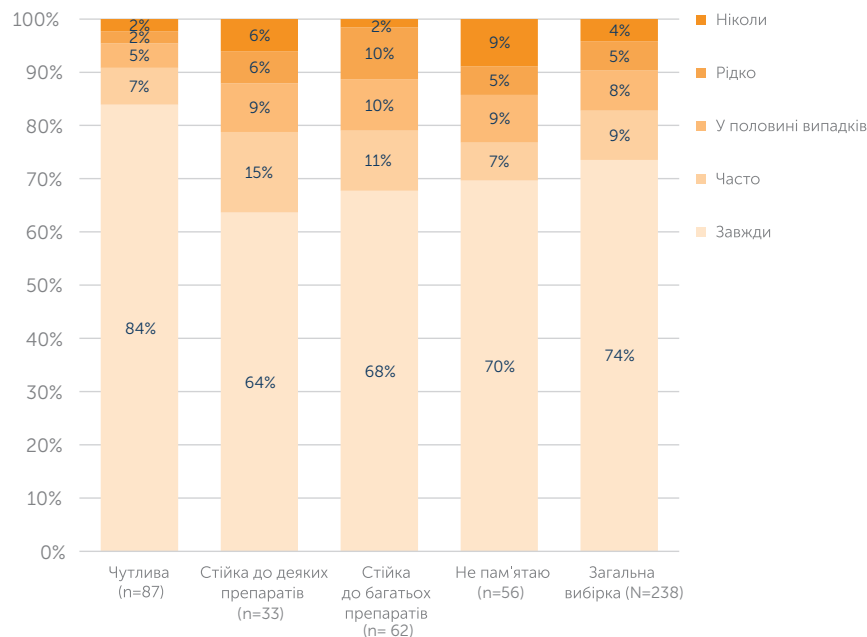
«Якщо людина явно хворіє ТБ, чисто по клініці, потрібно його відсадити в окрему камеру. Це велика проблема. Тому що, скажімо так, корпус переповнений, місць не завжди вистачає. Тому викручуємося як можемо. Трошки йдемо на порушення невеликі, садимо людей у карцер, тому що іншого варіанту у нас немає. Я не можу піддавати ризику здорових людей». (МХКВ16ч, переклад з російської)

Бар'єри щодо ефективного лікування ТБ в СТЛ

Особливості реалізації контролю переносимості лікування і побічних дій препаратів в контексті виправної установи

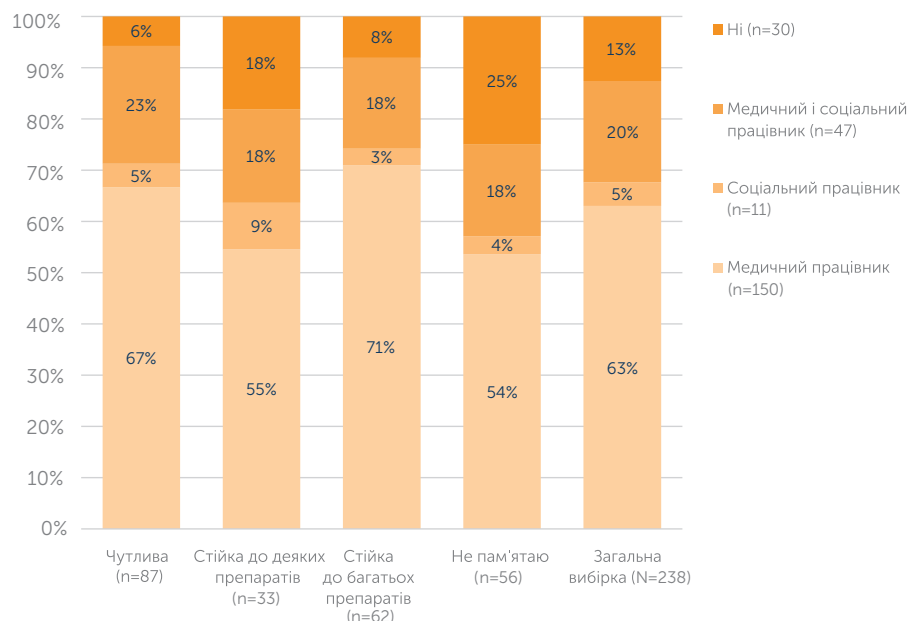
У даному розділі представлені результати кількісної та якісної частин дослідження, присвячених аналізу моніторингу лікування та менеджменту побічних ефектів препаратів для лікування ТБ з боку медпрацівників СТЛ.

Рисунок 15. Як часто медичний працівник особисто контролював/лює прийом препаратів за за профілем резистентності



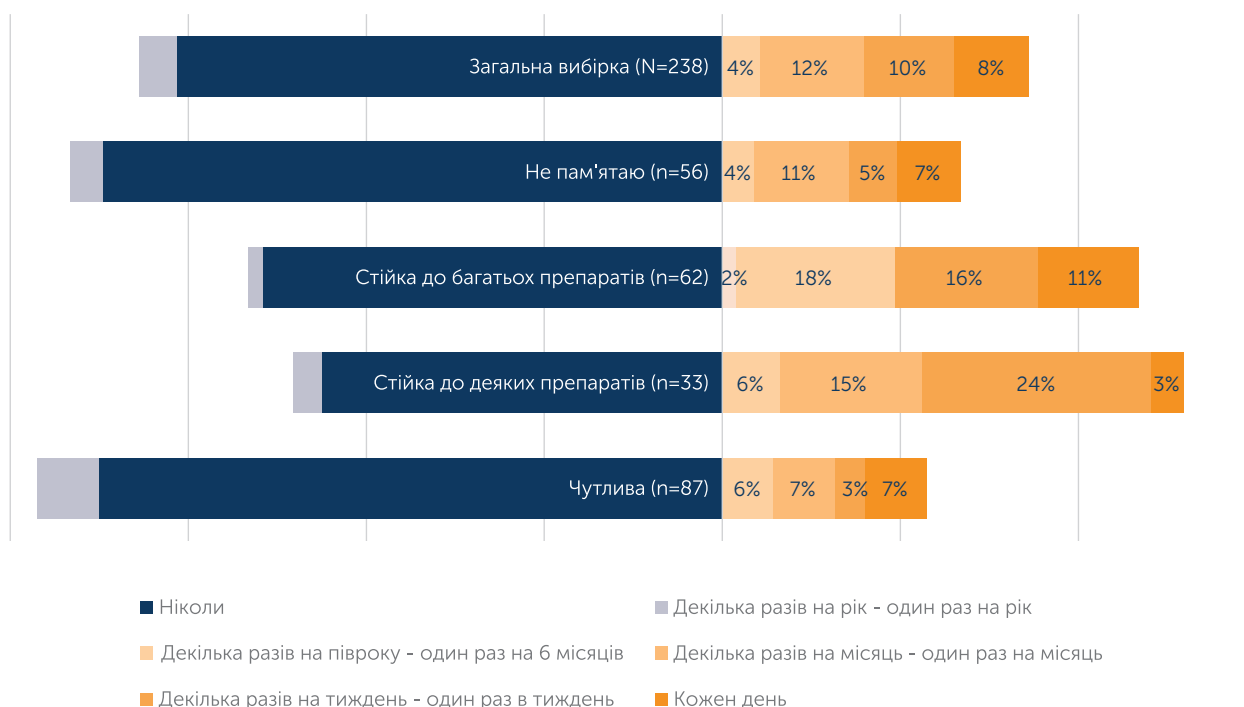
На Рисунку 15 представлено розподілення відповідей на питання про те, як часто медпрацівник особисто контролював прийом препаратів від ТБ в розрізі форми ТБ, названої учасниками. Серед усіх учасників, 74% відзначили, що медпрацівник присутній при прийомі препаратів «завжди». При цьому серед учасників, що мають за самоповідомленням чутливу форму ТБ, таких було найбільше – 84%, а серед тих, хто зазначив, що має форму ТБ, резистентну до деяких препаратів, таких було найменше – 64%.

Рисунок 16. Чи розмовляв хтось щодо важливості дотримання режиму лікування ТБ під час останнього випадку лікування ТБ (за профілем резистентності)



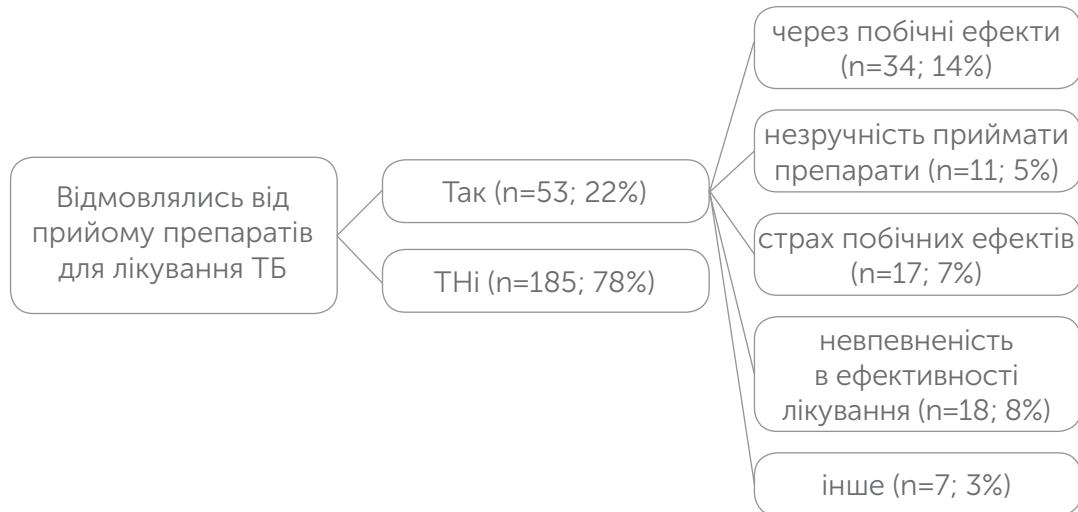
На Рисунку 16 представлено розподілення відповідей на питання про те, чи розмовляв хтось із учасником про важливість дотримання режиму лікування під час останнього випадку лікування ТБ. Серед усіх учасників, 63% відзначили, що про важливість дотримання режиму лікування з ними говорив тільки медпрацівник, 5%, що про це з ними говорив тільки соцпрацівник, 20% відзначили, що з ними говорили і медичний, і соціальний працівники, 13% учасників відзначили, що з ними ніхто не розмовляв про важливість дотримання режиму лікування ТБ. Серед учасників, які відзначили, що мають форму ТБ, стійку до багатьох препаратів, найбільше відзначили (71%), що про важливість дотримання режиму лікування з ними розговорив тільки медпрацівник. У той час як серед тих, хто зазначив, що не пам'ятає форму ТБ, на яку хворіє, і серед тих, хто зазначив, що має форму ТБ, резистентну до деяких препаратів, таких 54% і 55% відповідно. Учасники, які за самоповідомленням хворіють чутливою формою ТБ, частіше за інших (23% проти 18% у всіх інших) відзначали, що з ними розмовляв і соцпрацівник, і медичний працівник. Серед учасників, які відзначили, що не пам'ятають форму ТБ, на яку хворіють, і серед тих, хто за самоповідомленням має форму ТБ, резистентну до деяких препаратів, найбільші долі учасників відзначили, що з ними ніхто не розмовляв про важливість дотримання режиму лікування ТБ – 25 % і 18% відповідно.

Рисунок 17. Як часто засуджені НЕ приймають препарати для лікування ТБ за профілем резистентності



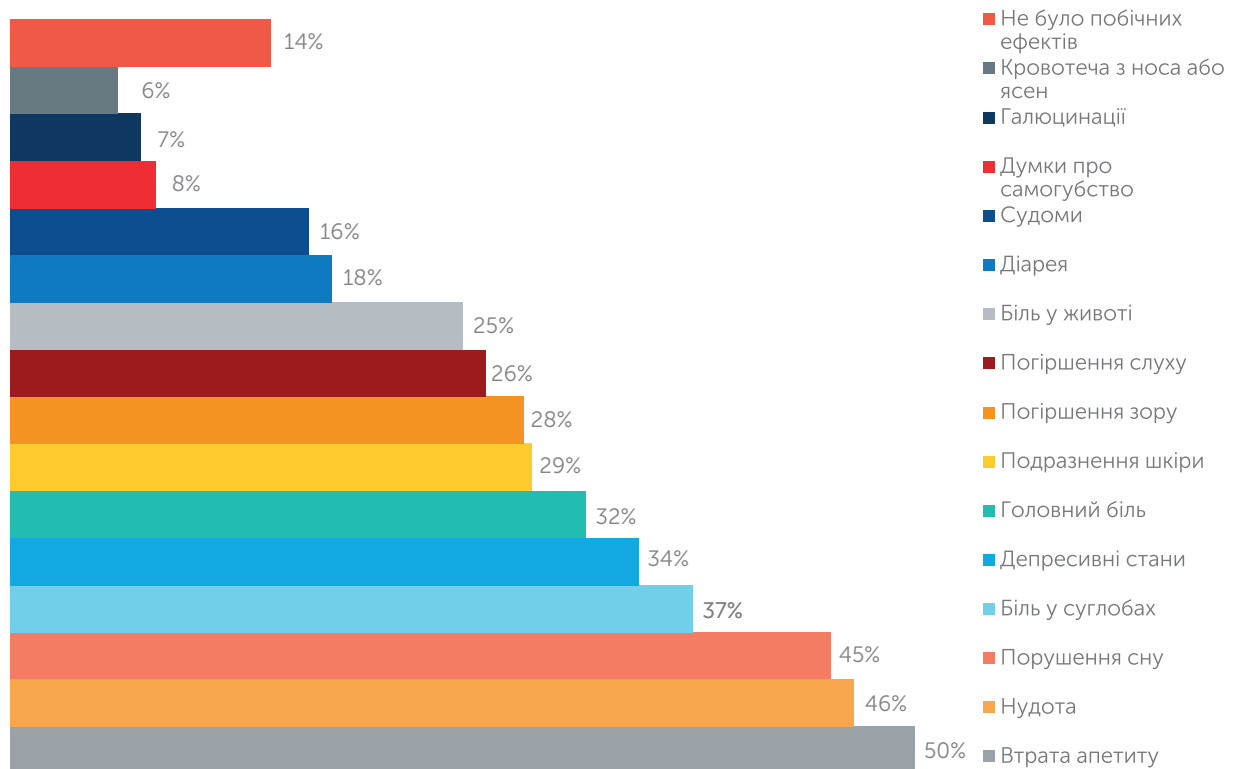
На Рисунку 17 представлено розподіл відповідей учасників на питання про те, як часто вони НЕ приймають препарати для лікування ТБ. На момент проведення опитування, з 188 учасників, які відповіли на питання про те, чи приймають вони препарати для лікування ТБ на даний момент, 124 (52%) учасника повідомили, що приймають препарати, 64 (27%) відповіли, що не приймають. Дане питання було додано після відвідання першої СТЛ (№17), тому аналізувалися дані тільки з чотирьох СТЛ. На Рисунку 17 відображено, що про відсутність досвіду пропуску прийому препаратів частіше повідомляють учасники, які відзначили, що мають чутливу форму ТБ (70%) і ті, що не пам'ятають форму ТБ, на яку хворіють (70%). Про наявність досвіду систематичного пропуску прийому препаратів частіше повідомляли учасники, які відзначили, що мають ТБ зі стійкістю до деяких і до багатьох препаратів. Серед тих, хто за самоповідомленням має стійкість до деяких препаратів, 24% відзначили, що пропускають прийом препаратів від одного до декількох разів на тиждень, а 3% відзначили, що пропускають прийом препаратів «завжди» (=не приймають). Серед тих, хто за самоповідомленням має стійкість до багатьох препаратів, 16% відзначили, що пропускають прийом препаратів від одного до декількох разів на тиждень, а 11% відзначили, що пропускають прийом препаратів «завжди» (= не приймають).

Рисунок 18. Відмова від прийому препаратів для лікування ТБ і причини



На Рисунку 18 представлено розподіл відповідей на питання про те, чи відмовлялися учасники від прийому препаратів для лікування ТБ. 53 (22%) учасника повідомили, що мали такий досвід. В якості основної причини відмови від лікування вказувалися побічні ефекти препаратів (n = 34; 14%). Також в якості причини відмови від лікування учасниками вказувалися: невпевненість в ефективності лікування (n = 18; 8%); страх побічних ефектів (n = 17; 7%); незручність прийому препаратів (n=11; 5%).

Рисунок 19. Побічні ефекти під час останнього випадку лікування ТБ



На Рисунку 19 представлений аналіз поширеності побічних ефектів, які учасники відмічали із запропонованого їм списку. Один учасник міг відмічати кілька побічних ефектів. Тільки 34 (14%) учасників відзначили, що не мали побічних ефектів під час останнього досвіду лікування ТБ.

Рисунок 20. Дії медичного персоналу у відповідь на побічні ефекти до прийому препаратів для лікування ТБ

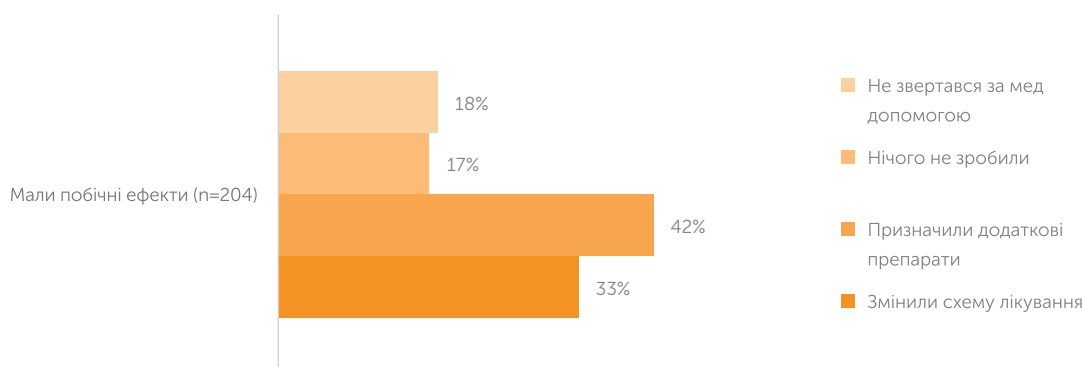
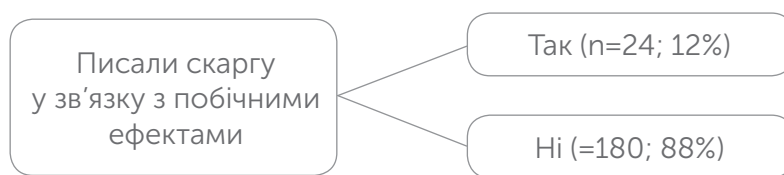


Рисунок 21. Писали скаргу у зв'язку з побічними ефектами



На Рисунку 20 представлені дії медичних працівників (за повідомленням учасників) у відповідь на побічні ефекти лікування ТБ. Серед тих учасників, які відзначили, що мали побічні ефекти в ході лікування ТБ ($n = 204$), 18% відзначили, що не зверталися за допомогою до медпрацівників. Писали скаргу у зв'язку з побічними ефектами всього 24 (12%) з тих, хто мав побічні ефекти (Рисунок 21). Серед тих учасників, які відзначили, що мали побічні ефекти в ході лікування ТБ, 42% відзначили, що медпрацівники призначили додаткові препарати, а частка тих, кому змінили схему лікування становить 33%.

Далі, на даних якісного етапу, ми більш детально розглядаємо, як відбувається моніторинг лікування ТБ і безпосереднє спостереження за прийомом препаратів з боку медпрацівників, як засуджені з ТБ сприймають ту медичну допомогу, яка їм надається, чому засуджені рідко пишуть скарги і чому трапляються відмови від лікування ТБ.

Дотримання режиму прийому препаратів і прихильність до лікування є одними з ключових вимог для досягнення позитивних результатів лікування ТБ/ХР/МР ТБ. Однак контекст здійснення контролю прийому препаратів з боку медпрацівників також може мати значення. Інформанти з числа колишніх засуджених, підтверджують, що прийом препаратів в СТЛ дійсно, в основному, здійснюється під суворим наглядом медпрацівників.

«Ні, там з цим суворо. Ти підходиш, таке віконце, вікно таке локалізоване. Виходить, що така решітка, скло і така кормушечка відкривається. Воно повністю закрите усе, тобто ми бачимо людину повністю, весь прохід закриваний. Всередині ще решітка вставлена і віконце таке. Вона дає таблетки, ти руку просовуєш, вона тобі в руку таблетку, в тебе рукавички. І вона дивиться, щоб ти пив у неї на очах, вона не відпустить. Якщо вона бачить, що ти не п'єш або забираєш, або випльовуєш їх, тоді вона буде піднімати це питання, буде лікарю говорити відразу. І буде вирішуватися питання». (ЗДВД7м, переклад з російської)

Препарати для лікування ТБ і тим більше для лікування стійких форм ТБ мають високу токсичність, тому пацієнт може не хотіти їх приймати через ті побічні ефекти, які він відчуває під час їх прийому. Як повідомляють інформантів з числа медпрацівників СТЛ, всі необхідні підтримувальні медикаменти для хворих на ТБ надаються в повній мірі. У той же час, інформанти з числа колишніх засуджених,

які проходили лікування ТБ в СТЛ, говорили про те, що додаткові препарати давали, але вони не впливали на побічні ефекти основних препаратів для лікування ТБ. Найчастіше такі скарги стосувались болісних відчуттів, які асоціювали з печінкою.

«По-перше, сильно вдарило по вухах. Печінка почала боліти. Ну, деякі приятелі там не пили всю дозу, тому що у того печінка болить, у того ще щось. Але я намагався пити все, тому що я не хотів померти на таборі від цього. Тому я намагався пити усі таблетки». (ЗРВО15м, переклад з російської)

«Я вас бажаю, Дарсил [препарат для підтримувального лікування пацієнтів із хронічними запальними захворюваннями печінки чи цирозом печінки] в кращому випадку якщо дадуть. І то, якщо з зубами там вигризеш, ходитимеш на мізки капати начальнику санчастини, так щоб ти від нього відстав. І то, якщо є». (ЗРВО15м, переклад з російської)

«Било по печінці, звичайно. Але тільки ж знаєте, що сказали? Що від печінки немає, тому що все в АТО, усі таблетки в АТО. Так. Сказали всі інші таблетки в АТО. Поки у нас Левофлокс. Ну, йому теж років 200 ...» (ЗКРВЮ9м, переклад з російської)

Багаторічний дослідницький досвід авторів даного звіту вказує на те, що «скарги на печінку» в деякому сенсі архетипічні, і є однією з найбільш поширених форм скарги в контексті здоров'я серед маргіналізованих груп – людей, що вживають ін'єкційні наркотики; окремих груп людей, які живуть з ВІЛ; людей, які звільнилися з МПВ і знаходяться в ув'язненні. Наприклад, серед учасників опитування, 35% за самоповідомленням мають гепатит С, серед 20 колишніх засуджених, які дали інтерв'ю на якісному етапі дослідження, наявність діагнозу гепатит С підтвердили всі інформанти. У цьому сенсі, «скарги на печінку» можуть бути обгрунтовані наявністю тільки цього діагнозу, не кажучи про те, що можуть бути й інші, на предмет яких учасники не обстежувалися або їм не були задані питання. Проте серед інформантів-медпрацівників посилення «на печінку» не знаходить особливого «співчуття». Частково з причини високої поширеності таких скарг, частково через пояснення такого роду скарг небажанням пацієнтів приймати препарати для лікування основного діагнозу – ТБ.

I: Як ось саме ці люди, у яких гепатит С, що для них робиться? Зрозуміло, що вони можуть говорити, що у них «печінка вистрибує». Ну, а що є фактично?

P: Ось ці слова «печінка вистрибує», або «печінка взагалі вбиває мене», або «ви мені вбиваєте печінку» - це основна мотивація для того, що ось вони коли починають брикатися і не хочуть лікуватися. Ось це основна мотивація. На сьогоднішній день, у нас 44 людини обстежені і виявлено гепатит С. Вони отримують у нас, на сьогоднішній день, лікування. Скільки ж у нас ... скільки у нас зараз отримують? По-моєму, чи то 13 осіб? Скільки по гепатиту С отримуює лікування? Я не пам'ятаю на сьогоднішній день.

I: Ну, якась кількість отримує, не має значення.

P: Так, отримують лікування. Плюс, для лікування ТБ їм же там і гепатопроектори дають, вітамінотерапія у нас там, будемо говорити. Ну, обстежуються вони постійно, біохімія. Ну, і моніторинг. Якщо припустимо щось зростає, показники якісь погані, то скасовуємо препарат, на незначний, на короткий час. Під контролем відновилися показники крові - призначаємо далі. Все, як то кажуть, під контролем. Головне лікування не кидати, головне вилікувати ТБ.

I: Зрозуміло. А ось під контролем, зрозуміло, що ув'язнені приходять в ту частину, де розташована медчастина. Медсестра дає йому таблетку, можливо дає йому запити води, так? Чи бувають такі випадки, що ув'язнені випльовують це потім?

P: Ні, вони у нас усі, скажімо так, знають, що якщо він виплюне таблетку, то на нього напишуть доповідну і будуть змушувати його випити цю дозу препарату, яку він виплюнув. Тому у нас як би за цим дивляться. Але сказати, що на 100% вони приймають це лікування, теж ніхто не може бути на 100% впевнений.

(МХВБ17м+МХВВ17м, переклад з російської)

Недотримання режиму прийому препаратів може супроводжуватися санкціями, якщо медпрацівник пише на такого пацієнта доповідну записку. Для того, щоб не потрапити під санкції,

засудженому необхідно офіційно оформити відмову від лікування, написавши офіційного листа. Написавши офіційну відмову від лікування, засуджений може потрапити вже під наступні санкції, тому кількість офіційних відмов мінімальна.

«Він же, якщо напише відмову офіційну пити ліки, тоді вже, значить, по-іншому якось будуть до нього, якісь заходи вже будуть вживати, тому що це інфекційне захворювання, то-то і то-то. Там з цим строго». (ЗДВД7м, переклад з російської)

«Відмови у нас бувають, але дуже рідко». (МОКФ15ч, переклад з російської)

«І сьогодні взагаліто якісь важелі, на нього хто може натиснути? Ну, якщо людина не хоче? Всяке буває. Ну, ми знаходимо вихід, ми залучаємо інших людей, які мають важелі». (МХВБ17м+МХВВ17м, переклад з російської)

У ситуації замкнутого кола, щоб не писати офіційну відмову від лікування і не потрапляти під санкції, деякі хворі на ТБ, у яких призначена схема лікування викликає сильні побічні дії, після того, як йдуть з поста, випльовують/викидають таблетки.

«А деякі викидають їх. Буває заходиш в туалет, дивишся – там повний туалет цих таблеток. Ну, типу дурять лікарів, що типу лікуються». (ЗКАА27м, переклад з російської)

«Є такі колонії, де видали, насипали жменю – на, їж. А мені особисто ув'язнені показували в тумбочках ну жмені, насипи таблеток нез'їдених». (НПМКВО25ж, переклад з російської)

Зокрема ця проблема стає приводом для запуску спеціальних проектів НУО, в яких, в тому числі через контроль прийому препаратів, вирішуються проблеми прихильності пацієнта до лікування ТБ.

«ось зараз у нас проект, який зайшов чийсь, по ТБ, з 1 лютого, він передбачає, як контроль за прийомом препаратів, так і [мотивацію] самих медпрацівників, і [участь] соціального працівника. Тобто, мені можуть написати, що він приймає, але я все одно викликаю до себе людину і питаю, які препарати ви приймаєте. Тому що я стикалася в своїй роботі з таким явищем, що ось людина начебто як би ... Так, я випив, поклав і я випив. За щоку сховав, вийшов і виплюнув ... І я таке особисто спостерігала, що людина просто обманює. Для чого? Щоб просто режим в тій же лікарні, і ставлення краще, ніж на здоровій зоні». (СРХВЕЗж, переклад з російської)

При обмеженому доступі до різноманітних препаратів, що знижують негативні наслідки вживання препаратів для лікування ТБ, у хворих в умовах тюремного ув'язнення залишається не так багато варіантів самодопомоги і опору до існуючих умов. Найбільш поширений варіант, озвучений різними типами інформантів – хворі просто перестають приймати препарати, приховуючи це від медпрацівників. Частина хворих розробляє «індивідуальні стратегії опору». Наприклад, один з інформантів розповідав про те, що був змушений винайти особливу форму написання офіційного листа «про тимчасову відмову від лікування до надання гепатопротекторів», щоб одночасно зберегти можливість лікування і домогтися рішення проблем з побічними ефектами.

«14 днів я пропив ще таблетки, спробував. І потім мені стало погано від них взагалі, ну, печінка. І я їм написав [відмову], підкреслив «тимчасово». У зв'язку з тим, що немає гепато-протекторів. Так вони почали бігати, ага. Тобто, вони вилікувати не можуть мене згідно цьому паперу, тому що я не відмовляюся. Ну, як я можу відмовитися? Я відмовляюся тільки через те, що вони повинні давати [гепато-протектори], наскільки я знаю». (ЗКАА27м, переклад з російської)

Буквальне розуміння медпрацівниками цілей безпосереднього контролю прийому препаратів в умовах пенітенціарної системи може трансформуватися в форму відтворення режиму тюремної установи. Здійснюючи лікування засуджених, медпрацівники можуть контролювати прийом препаратів заради застосування самого контролю, а не заради підтримки пацієнта в процесі лікування,

яке важко переноситься, для вироблення прихильності до нього.

«В умовах в'язниці, коли є лікарі, як на мене, це взагалі не проблема, поцікавитися як ти себе почуваєш. У тебе болить в правому підребер'ї, ноги болять. І є таке поняття, як «корекція побічної дії», «контроль за побічною дією». І ось я в тюремній медицині дуже рідко бачу, коли роблять біохімію, коли стежать за рівнем сечовини, коли на тлі Левофлоксацину болять суглоби, не виводиться сечова кислота. І коли це треба коригувати, цим ніхто не займається. Особливо в тюремній медицині вважають: дали тобі таблетки, рот закрив, пішов на роботу, якщо можеш. Ні - ляж й лежи, розумієте? Якби займалися корекцією побічних дій, то відмов і переривань лікування було б менше. Кажу вам про цей досвід. І тюремна медицина не повинна бути винятком. Якщо, наприклад, не може ЦОЗ ДКВС забезпечити препаратами для корекції побічної дії, то це повинні робити ... може бути родичі, може якісь благодійні організації. Цим ніхто не займається. І часто я бачу, що в пенітенціарній системі немає нормальних гепато-протекторів, та й навіть звичайних немає. Немає препаратів для корекції побічної дії. Часто через прийом препаратів породжується нудота, біль в суглобах, і за цим ніхто не стежить». (НПМКВО25ж, переклад з російської)

В результаті дії, спрямовані на те, щоб хворі на ТБ не переривали лікування, призводять до зворотнього ефекту – режим лікування порушується, але це або приховується, або визнається через відмову від лікування, і тоді пацієнта можуть перевести в категорію «паліативних» хворих.

«[Паліативні хворі] Це ті, яким призначено схему лікування, там є кілька причин - або неможливість підібрати адекватну схему лікування після кількох невдалих курсів, або відмова самого підопічного, або наявність побічних реакцій на тубпрепарати і можливість проведення лікування, але це все вирішує тільки ЦВКК. Навіть якщо підопічний відмовляється, він пише офіційну відмову або представляють ЦВКК. ЦВКК може як би вирішити питання з приводу паліативного лікування». (МОЄА16ж, переклад з російської)

Щоденне перебування медпрацівників в «рамці» виправної установи, де основною повісткою є виконання покарання за скоєні злочини, може призводити до того, що кордони між наданням допомоги та застосуванням лікування в якості покарання поступово стираються.

«І ось проблема в тому, я хочу сказати, це вказує на те, яка стигматизація від самих лікарів ЦОЗ ДКВС, саме до хворих ТБ, і взагалі до ув'язнених. Ну, або є така практика, коли ... ну, як би доктор пенітенціарної системи, не залежно від віку і фаху, він взагалі не знає, взагалі не знає ... за що сидить в'язень. І у них така позиція, що як би моя особиста до нього відраза, нелюбов, негативне ставлення були, але я знаю, що це наше суспільство. І якщо я його тут невилікую, він хворий вийде на свободу і буде заражати всіх інших, це наше суспільство. У нас, на жаль, такого підходу немає. У нас це зеки, ця стигматизація йде...

І Ну, тобто людина повинна страждати.

Р Це показує ну практично кожен візит, розумієте?»

(НПМКВО25ж, переклад з російської)

«Розумієте, от чесно, це дуже страшно, коли приходять люди з в'язниці, у яких розширена лікарська стійкість, і за реєстром, по е-ТВ менеджер він практично повністю вже отримав лікування, пацієнт говорить... а мені один ПАС давали. Ну, знаєте, що таке парааміносаліцилова кислота? Такі гранули ... ну, ладно, неважливо. Загалом ... З усіх 7-8 препаратів дають одні, в яких не доведена ефективність. Я схильна вірити пацієнтам, тому що вони у нас такі непоодинокі були. Ну, сенс цього лікування? Але при цьому заводиться, що він отримував якісь ... В реєстрі ж усе зазначено. Якщо сама в'язниця пише, що у них немає Моксіфлоксацину, якщо у них немає Клофазіміну, якісь у них перебої з Лінезолідом були. А в реєстрі вони пишуть, що це отримують всі пацієнти. Якщо напевно немає цих препаратів у в'язниці, а в схемі лікування по е-ТВ менеджеру ці препарати є і відзначено, як ніби він їх отримував. Це ж відвертий обман. Ну, і слова пацієнта. Гаразд, це вже таке, як їх перевіриш? А це перевіряємо цілком». (МГКАН27ж, переклад з російської)

Таким чином, контекст виправної установи впливає на те, як саме здійснюється контроль за прийомом препаратів для лікування ТБ з боку медпрацівників. Хоча відсутність такого контролю часто пов'язується з неуспіхами в лікуванні ТБ в цивільному секторі, необхідно враховувати специфіку взаємодій по відношенню до засуджених, домінуючу в пенітенціарній системі. Обмеженість ресурсів медпрацівників ЦОЗ у наданні широкого ряду препаратів для корекції побічних дій лікування у поєднанні з недовірою до скарг пацієнтів і необхідністю не допускати переривання лікування може не тільки не сприяти досягненню показників ефективності лікування, а й спотворювати об'єктивну картину здійснюваного контролю і кількості пацієнтів, які дійсно безперервно приймають лікування.

Оцінка забезпечення заходів щодо профілактики ТБ в установах ДКВС і при переміщенні між установами

Забезпечення інфекційного контролю за ТБ

Тема забезпечення інфекційного контролю в установах ДКВС і ЦОЗ ДКВС систематично звучала як одна з ключових проблем профілактики ТБ в контексті слабо контрольованого поширення інфекції, перехресного інфікування і захворюваності серед співробітників ДКВС. За даними ЦГЗ ДКВС про захворюваність ТБ серед медичного та немедичного персоналу ДКВС, отриманими у відповідь на офіційний запит, в 2019 р серед медичного персоналу було зареєстровано 2 випадки захворювання на ТБ, серед немедичного – 8. Згідно з Наказом №684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз», який діяв до червня 2020 р., одним з критеріїв якості інфекційного контролю була «захворюваність на туберкульоз серед медпрацівників у лікувально-профілактичних закладах (0-1 випадок на 2-3 роки)». Аналогічні заходи з оцінки якості інфекційного контролю зазначені і в новому Наказі №287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз», однак без зазначення граничної кількості випадків ТБ на певний період. Іншим критерієм оцінки якості інфекційного контролю в обох наказах є моніторинг «відсотка використання респіраторів в зонах особливого ризику».

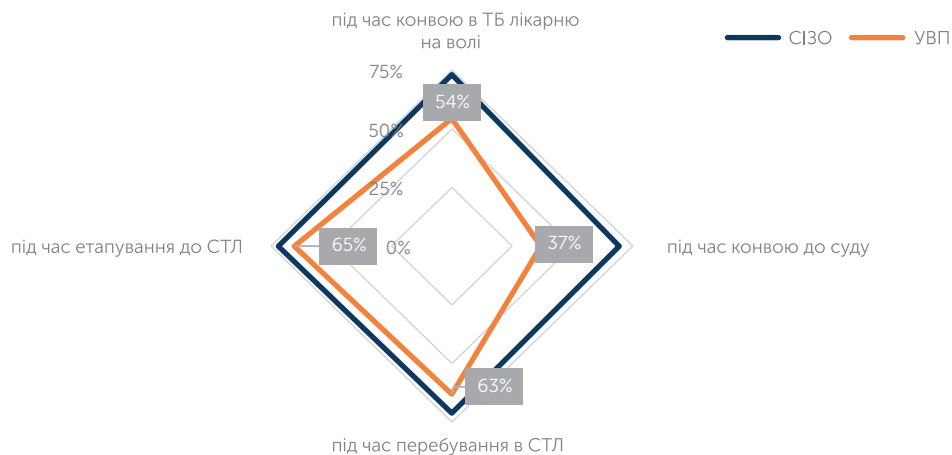
У ситуації карантинних обмежень, в яких проводилося це дослідження, коли дослідники не мали можливості зайти на територію медичних частин або відвідати територію так званої «зони», вивчення дотримання правил інфекційного контролю було скрутним. У звичайний час, отримання таких даних також проблематичне, тому що передбачає необхідність спостереження за здійсненням повсякденної діяльності як працівників ДКВС і ЦОЗ ДКВС, так і працівників тих служб, які включені в забезпечення переміщень ув'язнених/засуджених між установами, наприклад, Нацполіції і Нацгвардії. Усе це видається важкодосяжним завданням в умовах закритості пенітенціарної системи. Проте в процесі цього дослідження було отримано ряд даних, що представляють інтерес в рамках теми забезпечення інфекційного контролю в пенітенціарній системі.

Далі будуть представлені кількісні дані щодо того як сприймаються співвідношення використання/невикористання масок і респіраторів різними учасниками в різних ситуаціях, в яких опиняються ув'язнені/засуджені. Там, де це було можливо, представлені дані, зібрані аналогічним чином серед немедичного персоналу ДКВС. Під «немедичним персоналом СТЛ» маються на увазі співробітники відділень охорони, режиму, нагляду й безпеки та відділень соціально-виховної та психологічної роботи СТЛ, що у рамках своїх професійних обов'язків контактують з засудженими, хворими ТБ.

Використання 3ІЗ за версією засуджених

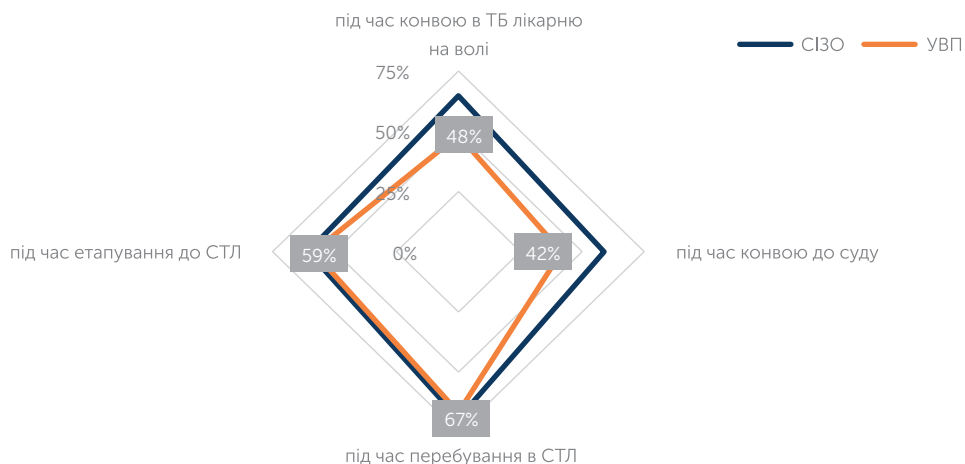
На Рисунку 22 представлено аналіз даних щодо присутності маски на засудженому після встановлення діагнозу ТБ в ситуаціях конвоювання в заклади МОЗ або в суд, етапування або перебування в СТЛ, та в залежності від місця встановлення діагнозу ТБ в установах ДКВС – СІЗО або УВП.

Рисунок 22. Маска на засудженому за місцем встановлення діагнозу та у різних ситуаціях



На більш систематичну наявність масок вказали ті учасники, які за самоповідомленням були діагностовані в СІЗО – на діаграмі видно, що майже всі сторони синього квадрату більш-менш однаково прилягають до осі 75%. Найменша кількість учасників відзначила, що на них була маска під час конвоювання до суду (69%). З тих учасників, які за самоповідомленням були діагностовані в УВП, систематичність наявності масок на учасниках нижче. Тільки 37% учасників підтвердили, що на них була маска під час конвоювання до суду, і 54% – під час конвоювання до закладу МОЗ.

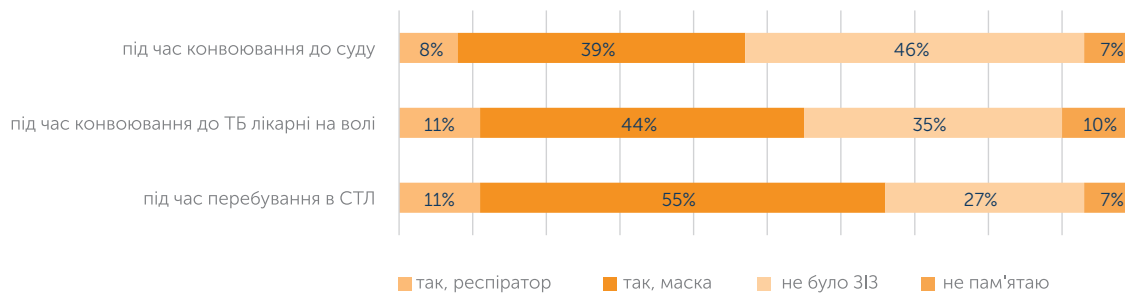
Рисунок 23. ЗІЗ на охоронцях за місцем встановлення діагнозу за версією засуджених



На Рисунку 23 представлено аналіз даних щодо присутності засобів індивідуального захисту (масок або респіраторів, далі – ЗІЗ) на охоронцях під час конвоювання ув'язнених/засуджених після встановлення діагнозу ТБ в закладах МОЗ або в суд, етапування або перебування в СТЛ. Дані наводяться відповідно із названим місцем встановлення діагнозу ТБ в установах ДКВС – СІЗО або УВП. Важливо уточнити, що під «охоронцями» в різних ситуаціях можуть матися на увазі працівники різних служб – ДКВС, Нацполіції, Нацгвардії.

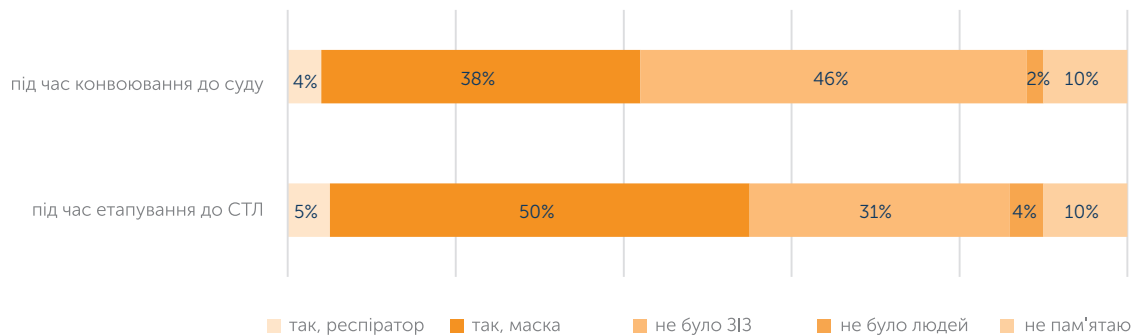
В цілому, дані на Рисунках 22 і 23 узгоджуються один з одним: співвідношення наявності масок на ув'язнених/засуджених і на охоронцях приблизно однакове. Як і на Рисунку 16, більш високу систематичність носіння ЗІЗ зі зменшенням в ситуації конвоювання в суд, але тепер уже серед охоронців, відзначають учасники, яким ТБ діагностували в СІЗО. Аналогічно учасники, яким був діагностований ТБ в УВП, вказують на меншу систематичність носіння ЗІЗ охоронцями, особливо в ситуаціях конвоювання засуджених до суду (42%) і в заклади МОЗ (48%).

Рисунок 24. Маска/респіратор на охоронцях під час різних ситуацій за версією засуджених



На Рисунку 24 представлено аналіз даних щодо присутності ЗІЗ на охоронцях в різних ситуаціях в розрізі типу ЗІЗ. Хоча охоронці на відміну від хворих на ТБ, повинні бути в респіраторах⁸, за версією засуджених систематичність присутності респіраторів на охоронцях невисока (від 8% до 11% учасників вказали на те, що на охоронцях був респіратор в різних ситуаціях). При цьому всі три ситуації можна визначити як ситуації особливого ризику інфікування ТБ.

Рисунок 25. Маска/респіратор на людях навколо під час різних ситуацій за версією засуджених



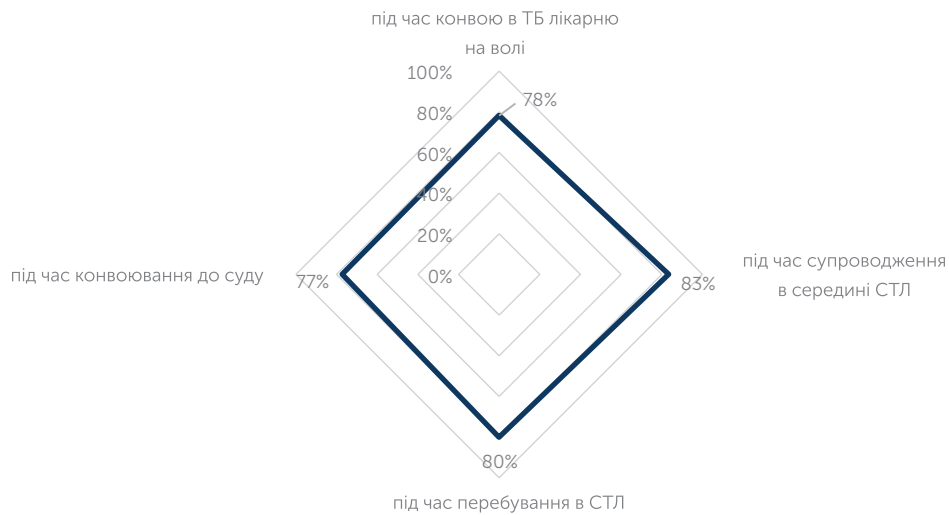
Крім охоронців, разом з ув'язненими/засудженими з діагнозом ТБ (з різними профілями резистентності) переміщуються ув'язнені/засуджені без ТБ, систематичність використання ЗІЗ цими людьми також важлива для забезпечення інфекційного контролю та попередження перехресного інфікування. На Рисунку 25 представлено аналіз даних щодо використання респіраторів/масок або їх відсутності на людях, які перебували навколо (за винятком охоронців) під час конвоювання в суд і під час етапування в СТЛ.

Використання ЗІЗ за версією немедичного персоналу СТЛ

На Рисунку 26 представлено аналіз даних щодо використання ЗІЗ серед немедичного персоналу СТЛ в різних ситуаціях за версією самого персоналу (далі – охоронців). Хоча очікувано показники поширеності використання ЗІЗ значно вище серед охоронців за версією самих охоронців.

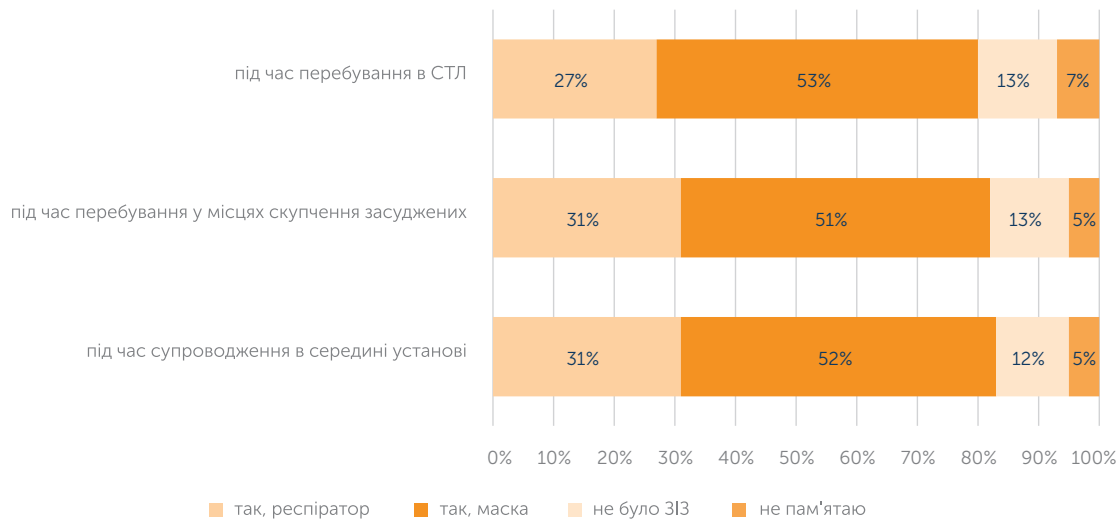
⁸ Відповідно до пункту 8 постанови Кабміну від 25 червня 2014 р. № 205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань», «Перевезення (конвоювання) хворих на туберкульоз осіб, взятих під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань, здійснюється з використанням спеціального транспорту та дотриманням вимог інфекційного контролю. Персонал ДКВС (далі — персонал), працівники органів внутрішніх справ, військовослужбовці Національної гвардії, а також хворі на туберкульоз особи, взяті під варту, засуджені до позбавлення волі на певний строк, довічного позбавлення волі або арешту, під час перевезення (конвоювання) забезпечуються засобами захисту органів дихання, а саме хворі — масками, персонал та працівники органів внутрішніх справ, військовослужбовці Національної гвардії — респіраторами».

Рисунок 26. Використання ЗІЗ серед охоронців в різних ситуаціях за версією охоронців



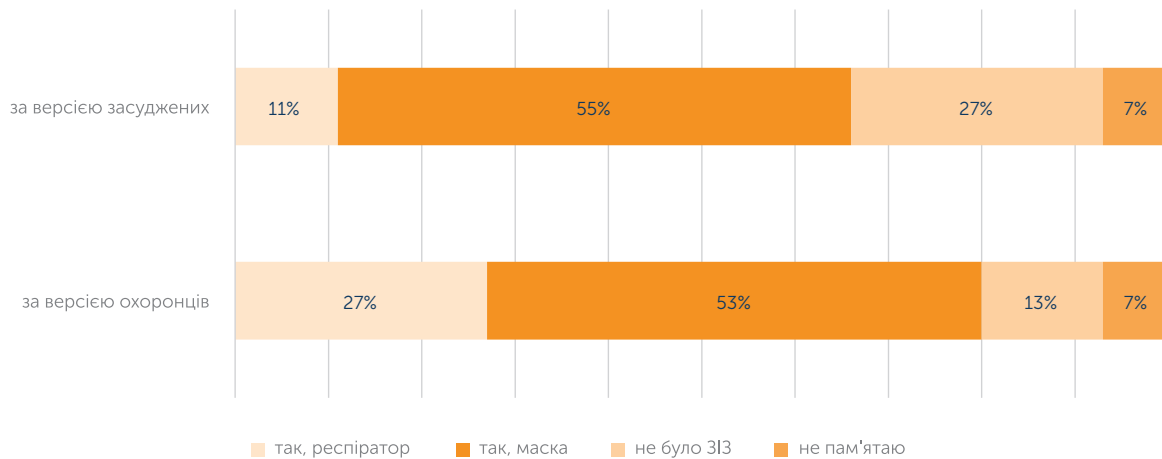
Про те, що під час конвоювання до суду або до закладу МОЗ на учасниках були ЗІЗ, повідомили 77% і 78% відповідно. Про використання ЗІЗ під час перебування в СТЛ і під час супроводу засуджених всередині СТЛ повідомили 80% і 83% відповідно. У той же час, необхідно відзначити, що в цій частині опитування брали участь тільки співробітники СТЛ, серед яких досвід конвоювання до суду або до закладу МОЗ є у меншій кількості учасників – 54% і 32% учасників відзначили, що у них не було відповідного досвіду конвоювання до суду або до закладу МОЗ.

Рисунок 27. Маска/респіратор на охоронцях під час різних ситуацій в СТЛ за версією охоронців



На Рисунку 27 представлено аналіз даних щодо використання ЗІЗ серед охоронців в СТЛ за версією самих охоронців у розрізі типу ЗІЗ. Фактично, учасникам задавалося одне й те саме питання, сформульоване в трьох різних формах. В цілому, відповіді охоронців на всі три питання узгоджені між собою і практично не відрізняються. Однак за цими даними вже видно, що переважає використання масок.

Рисунок 28. Маска/респіратор на охоронцях під час перебування в СТЛ за версією засуджених та охоронців



На Рисунку 28 представлені версії засуджених і охоронців з приводу співвідношення використання масок/респіраторів охоронцями під час перебування в СТЛ. Співвідношення використання масок практично не відрізняється, як і співвідношення тих, хто не зміг згадати, що було на охоронцях – маска, респіратор або нічого. Істотні відмінності, у співвідношенні використання респіраторів і невикористання ніяких ЗІЗ. 11% засуджених зазначили, що бачили охоронців в респіраторах в СТЛ, 27% охоронців відзначили, що носять респіратор в момент перебування в СТЛ. У той же час, 27% засуджених зазначили, що під час перебування в СТЛ, охоронці не носять ніяких ЗІЗ, серед охоронців тільки 13% підтвердили, що не носять ЗІЗ, перебуваючи в СТЛ.

Далі розглянуті результати якісної частини дослідження, в яких забезпечення дотримання заходів інфекційного контролю в різних ситуаціях описуються не тільки в контексті використання ЗІЗ, але і в контексті інших критеріїв якості інфекційного контролю, і не тільки за версією ув'язнених/засуджених та немедичного персоналу СТЛ. Як вже згадувалося, забезпечення дотримання заходів інфекційного контролю важливе не тільки для попередження поширення ТБ серед ув'язнених/засуджених, а й серед співробітників ДКВС та інших служб, які беруть участь в переміщенні цих людей і, відповідно, наражаються на особливий ризик інфікування ТБ.

Інші критерії якості інфекційного контролю

На відсутність не тільки суворого дотримання правил носіння масок/респіраторів охоронцями, а й розуміння цих правил вказували як колишні ув'язнені, так і самі охоронці. Наприклад, в основі правил використання масок/респіраторів можуть лежати принципи дотримання внутрішньої ієрархії, а не інфекційного контролю.

«Є і маски, є і респіратори. Я не знаю за якими нам їх видавали, медики ж видають у нас. Тому я навіть не скажу вам, як воно правильно, як треба їх носити. Але все в масках ходять. Хто в масці, хто в респіраторі. Я от дивлюся, керівництво у нас в респіраторах ходить, ми - в масках. Як би теж видавали ... немає обмежень, що ти сьогодні то носиш, а завтра це » (ОДАК28м, переклад з російської)

Перед тим, як ув'язнених конвоюють із СІЗО до суду, співробітники відділень нагляду спочатку повинні доставити їх до «кімнати для очікування», де ув'язнений з ТБ може перебувати разом з ув'язненим без ТБ, в очікуванні конвою.

«Смотрите... в загальному, ситуація полягає таким чином, що закладу, в якому перебуває людина, стає відомо, що вона має прибути о такій-то годині в таке-то місце. Відповідно, її починають

готувати. Як правило, рано в ранці її будять, раніше за всіх інших, для того щоб вона підготувалась і спускають так звані «стакани». Ну як би кімнати для очікування, що їх кудись перевезуть. І в цьому насправді полягає найбільша небезпека. Тому що якщо в камері ще можна виділити якось окремо людину, ну там коли в неї ТБ – забезпечити їй певні окремі умови проживання. То от власне з процесами етапування все значно гірше. От ми були в СІЗО №. То там таке враження, як прохідний двір. Тому що дуже багато людей кудись переїжджає, кудись їде. І кімнат тих відповідно не вистачає. Ми власне знайшли одну людину, яка хвора на ТБ, яка утримувалась з іншими засудженими» (НПМКВС22м).

Крім того, що СІЗО використовуються як місце утримання ув'язнених, СІЗО також мають функцію транзитних в'язниць, через які здійснюється етапування засуджених до місця відбування покарання (в тому числі і в колонії, де знаходяться тюремні лікарні). Інформантами були наведені приклади неможливості поділу потоків ув'язнених з різними формами ТБ, а також інших ув'язнених.

«Точнісінько так само можливо заразитися їдучи, перебуваючи в СІЗО, тому що усі транзитники знаходяться в СІЗО, знаходяться усі разом, знаходяться без розбору. Найчастіше може й раді їх там впорядкувати, але особисті справи усі запечатані, ніхто їх не має права розкрити, тому ніхто не може сказати, навіть якщо ТБ. Який там ТБ? Тому, безумовно, ще на шляху слідування вони можуть обмінятися цими стійкими паличками, тому, звичайно, можливо мутації відбуваються». (МДЄДч14, переклад з російської)

Питання тривалого етапування засуджених з діагнозом ТБ в умовах недотримання правил інфекційного контролю піднімалися в рамках інтерв'ю з усіма типами інформантів. Нижче наведені цитати з інтерв'ю з монітором НПМ, в робочі обов'язки якого входило здійснення моніторингових візитів до так званих «вагонзаків» – вагони для перевезення засуджених. Вагонзак не має необхідних систем вентиляції, а камери/купе відокремлені ґратами, на яку вішається табличка про те, що там знаходиться хворі з ТБ (див. Фотографія 2).

Фотографія 2. «Вагонзак»⁹



⁹ Фотографія надана з архіву монітора НПМ

«Ну дивіться, там під час транзиту взагалі печальна ситуація, якщо у вагоні вони їдуть. Тому що для хворих на ТБ, є окреме купе. Але це дуже умовно можна назвати окремим купе. Тому що ніякого там захисту як такого немає. Це звичайні ґрати, на яких просто написано «хворі на туберкульоз». І виходить, що весь вагон, він може заразитись тільки через те, що хтось один хворий їде. Бо якогось адекватного провітрювання там немає, системи вентиляції немає. Людей, знову ж таки, засобами захисту не забезпечують належним чином. І от власне така от ситуація. При чому, на таку небезпеку наражаються в тому числі працівники Нацгвардії, які там забезпечують це перевезення». (НПМКВС22м)

Ви знаєте, ні. Тому що лікарі їдуть в цих вагонах тільки за умови, що судом визначено, що там людині потрібно...Точніше не так. Якщо установа приймає рішення, що треба з кимось відправити лікаря, але це буває надзвичайно рідко. Більш того, в цьому вагоні їдуть абсолютно різні категорії людей. Може бути людина хвора на ТБ, і поруч сидіти в купе вагітна жінка. Тобто яку там перевозять. І знову ж таки, якось забезпечити безпеку тим людям, які знаходяться поруч, ніхто близько і не намагається. (НПМКВС22м)

Після того, як етап завершено, за умов, що вагони проходять дезобробку, купе, які займали хворі на ТБ, в подальшому можуть використовуватися для етапування здорових людей. За свідченням монітора НПМ, рівень здійснюваної обробки не відповідає належному.

«Є ще один момент важливий, це те, як обробляють оці вагони. Тобто там теоретично є договір з якоюсь компанією, яка має забезпечити чистоту власне в цьому вагоні, тобто після перевезення. Але методи обробки ми там дивились, вони ніяк не забезпечують того, що позбавлено буде від ТБ палички. Тобто там якесь мило і вода. Коротше щось дуже банальне таке. Знову ж таки, питання що дійсно ця обробка відбувається. І тому, одна з рекомендацій наших була переглянути методи обробки всіх вагонів, якщо вже людей ними перевозити. Загальна рекомендація була відмовитись від вагонів взагалі в принципі, тому що це економічно не вигідно, не раціонально і тільки проблеми створює» (НПМКВС22м).

На відміну від медпрацівників, які працюють в СТЛ, охоронці можуть не володіти специфічною інформацією про те, як насправді розмежовуються потоки хворих в СТЛ. Тим самим, навіть при дотриманні правил використання респіраторів/масокохоронці можуть стикатися з непередбачуваними ризиками у зв'язку із знаходженням хворих із бактеріовиділенням в інших загонах, або ж з тим, що хворий, який вже за часом повинен бути знебацильований, в результаті перехресного інфікування може мати інший статус.

«Я не бачив навіть в ТБ лікарні, щоб на 100% забезпечували усі міри інфекційного контролю. У тій же колонії «N», в бараці для тих, хто виділяє бактерії днювальним знаходиться людина, яка вже була знебацильована вже не в інтенсивній фазі проходила лікування. Я питаю, а що він у вас тут робить? «Так, а туалет ж треба комусь прибирати». Він просто з тієї категорії засуджених, які туалети прибирають». (НПМКВА17м, переклад з російської)

«Люди, які тільки знову надійшли, і ті, що вже 4 місяці пролікувалися, які вже на підтримуючій фазі, або взагалі видужали, вони всі знаходяться в одному приміщенні, вони всі користуються одними кранами». (ЗДВД7м, переклад з російської)

«Незважаючи на медичні показання, на профіль резистентності і стан пацієнта, є такі адміністративні переведення з метою збереження порядку в колоніях ... незалежно від резистентності. Ось сьогодні начальник колонії вирішив, що людина з цього барака переходить на цей барак, незалежно від її стану здоров'я. Треба тобі лікуватися, не треба лікуватися - значить людей міняють. І ось ми були в одній такій ТБ-колонії, і коли вивчаєш документацію і питаєш, чому ось цей лежить не за профілем, а цей мігрує мало не кожен день з відділення до відділення. Мало того, що людина не лікується, так вона ще й стає джерелом ... ну перехресного зараження». (НПМКВО25ж, переклад з російської)

УВП, де розташовані СТЛ, зазвичай функціонують як звичайні колонії, в яких крім лікарняних загонів є ще і виробництво, і загальні загони, в яких утримуються ув'язнені особи без захворювань. Етапування в СТЛ здійснюється в загальному автозаку, де всі ув'язнені з різними формами ТБ і без ТБ їдуть разом.

«Везуть їх усіх в одній машині і так само в №-ю ... У №-й, не тільки ТБ лікарня і вона лікарня при колонії. Так? Якщо здоровий, скажімо, сектор і до нас везуть як ТБ, так і здорових, які будуть відбувати покарання в №-й. Так? Це проблема, яку вже дуже багато років, то, звичайно, всі вони везуть однією машиною». (МДЄДч14, переклад з російської)

Таким чином, неналежне і несистематичне забезпечення заходів інфекційного контролю може створювати ситуації множинних ризиків як для ув'язнених/засуджених, так і для співробітників ДКВС і суміжних служб.

Профілактика ТБ за допомогою ізоніазиду

Вивчення поширеності практики профілактики ТБ за допомогою ізоніазиду на даних опитування засуджених, які вже мають досвід діагностики та лікування ТБ, є досить проблематичним. З урахуванням того, що багато хто з засуджених, які відбuvають покарання в СТЛ, вже мають досвід повторного діагностування та зміни схеми лікування, питання про досвід прийому препарату, який часто використовується для лікування ТБ, може бути неправильно витлумачений. Далі будуть розглянуті кількісні дані і якісні дані, які допомагають зрозуміти, що представлено в кількісних результатах. Зокрема, мотиви призначення/непризначення цього препарату з боку медпрацівників ЦОЗ ДКВС стають більш зрозумілими, слідом і сприйняття ізоніазиду як препарату для профілактики/лікування ТБ серед засуджених з діагнозом ТБ.

Рисунок 29. Досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ за ВІЛ статусом

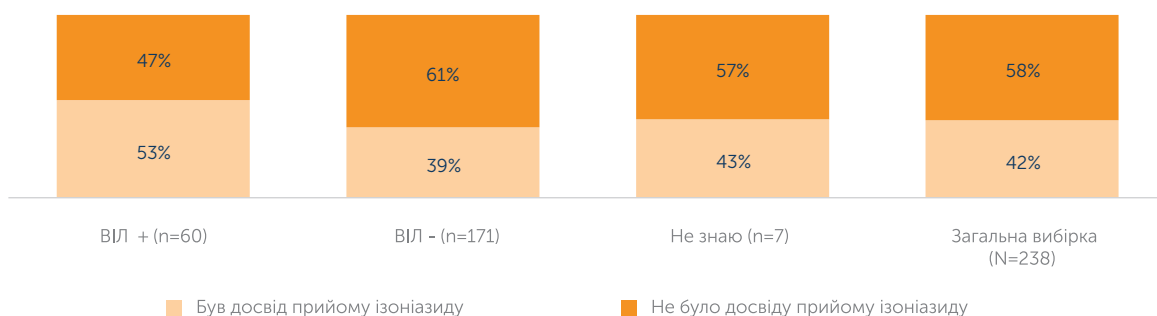
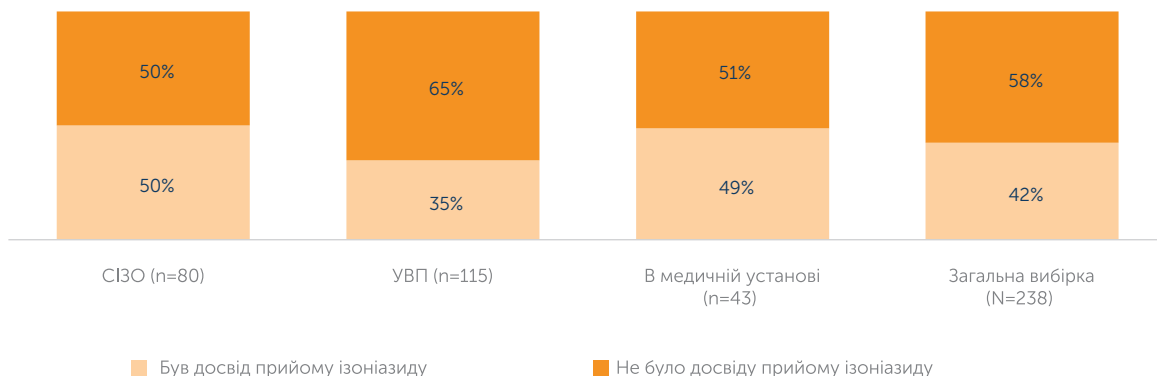


Рисунок 30. Досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ за місцем діагностування

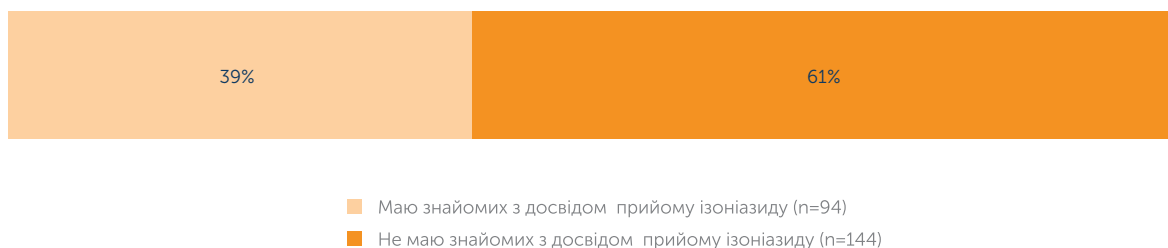


На Рисунках 29-30 представлені результати аналізу відповідей учасників на питання про те, чи був у них досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ під час арешту або відбuvання покарання в залежності від ВІЛ-статусу і місця встановлення діагнозу ТБ.

Поширеність позитивних відповідей про досвід прийому ізоніазиду для профілактики серед усіх учасників опитування (42%) викликає підозру в надійності цих даних. Принаймні частина учасників, відповідаючи на це питання позитивно, могла мати на увазі не досвід профілактики, а досвід лікування ізоніазидом. Серед учасником з ВІЛ-позитивним статусом більша частка (53%) відзначили, що у них був такий досвід, проте таке співвідношення (кожен другий) не може говорити про те, що ізоніазид систематично використовується саме для профілактики ВІЛ-асоційованого ТБ, а не як найбільш доступний препарат як для профілактики, так і для лікування ТБ в установах ДКВС.

На Рисунку 30 представлені результати аналізу відповідей учасників на питання про, те чи був у них досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ під час арешту або відбування покарання в залежності від місця встановлення діагнозу. Серед учасників, яким діагноз ТБ був поставлений в СІЗО, 50% відзначили, що мали такий досвід. Серед учасників, яким діагноз ТБ був поставлений в УВП, 39% відзначили, що мали досвід прийому ізоніазиду в якості профілактики ТБ. Менша поширеність досвіду прийому ізоніазиду в УВП може говорити про його меншу доступність для засуджених або про труднощі, з якими стикаються медпрацівники при його призначенні.

Рисунок 31. Чи знаєте когось, хто мав досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ під час арешту або відбування покарання



На Рисунку 31 представлено співвідношення відповідей на запитання про те, чи знають учасники когось, хто мав досвід прийому ізоніазиду в якості профілактики ТБ під час арешту або відбування покарання. 39% учасників відзначили, що вони знають людей, у яких був такий досвід. Цей результат схожий на показник учасників, що мали досвід прийому ізоніазиду в якості профілактики ТБ (42%). Для порівняння, тільки 1 з 47 учасників з числа немедичних працівників СТЛ підтвердив, що мав досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ, при цьому 14 (30%) учасників відзначили, що знають колег, які мали досвід прийому ізоніазиду.

Хоча профілактика ізоніазидом рекомендована всім, у кого є ВІЛ-позитивний статус, а також для тих, хто мав контакт з хворим із чутливою формою ТБ, інформанти з числа медиків ЦОЗ ДКВС говорили про те, що така практика може здійснюватися в неповному обсязі. За словами одного з начмедів СІЗО, для ув'язнених з ВІЛ-позитивним статусом профілактика ізоніазидом не надається. Можливо, в даному випадку, начальник медичної частини не знав про призначення фтизіатра, але сам факт того, що керівник медичної частини має таку думку, говорить про те, що призначення профілактики ізоніазидом для ув'язнених ВІЛ + у цьому СІЗО може бути під питанням.

І: Я просто до чого питаю, їм (ВІЛ +) дають Ізоніазид як профілактику?

Р: Ні, для профілактики Ізоніазид нікому не дається. Це серйозний препарат, профілактику Ізоніазиду отримують тільки хворі з ТБ. (МОКС15ч, переклад з російської)

Фтизіатр іншого СІЗО, говорячи про заходи інфекційного контролю, які проводяться в камері та з сусідами по камері ув'язненого, який захворів ТБ, зазначила, що справа не тільки в наявності препаратів, але і у згоді ув'язнених їх приймати.

«Тим, хто контактував з чутливими формами ТБ, призначається хіміо-профілактика, звичайно, якщо вони захочуть її приймати». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

Інформанти з числа медпрацівників медчастин УВП наводили суперечливі приклади того,

як призначається ізоніазид. Фактично препарати в УВП є, але те, як саме їх призначати і контролювати їх прийом вирішує або лікар-фтизіатр, або лікар-інфекціоніст. Далі наведено дві цитати, одна – представниці ЦГЗ ДКВС, яка працює у регіональній філії ЦОЗ ДКВС і за сумісництвом консультує хворих на ТБ в УВП, інша – фтизіатр в УВП, про одного з яких йде мова в першій цитаті.

«Так у нас хіміопрофілактику отримують ВІЛ-інфіковані. Їх завезли в достатній кількості, у нас там більше 200 тис. таблеток в N, там по 1,5 тис. В N, і, по-моєму, 2,5 на N, тому кожні півроку на профілактику питань немає. Ми Ізоніазидом забезпечені і фтизіатр консультує і призначає». (МОЄА16ж, переклад з російської)

Р: Ізоніазид дуже часто може давати нудоту, блювоту, головні болі, він може давати алергічні реакції важкі. Тому пацієнти дуже часто його кидають [приймати].

І: Він призначається як профілактика на півроку, правильно?

Р: Ну, так, я призначаю профілактику перед АРТ-терапією, звичайно. Ну можете собі уявити, якщо у нього важкий гепатит, а він ще Ізоніазид буде пити. Доводиться їх жаліти. Доводиться розуміти, що він може від цирозу, щось з ним статися. Тобто, хоча б якщо витримує 3 місяці, та й то добре. Це дуже добре.

(МОЄІ18ч, переклад з російської)

При тому, що УВП забезпечені ізоніазидом, призначення його в якості профілактики, а також прийом його у вигляді курсу лікування може здійснюватися не в повному обсязі – деякі медпрацівники відмовляються його призначати, посилаючись на неможливість проведення діагностики ТБ.

«Ізоніазид у нас є, але ми не можемо його застосовувати, з огляду на те, що у нас немає рентген-діагностики». (МДКД14ч, переклад з російської)

У той же час, інформанти з числа колишніх засуджених повідомляють про досвід, коли курс ізоніазиду призначався їм для профілактики ВІЛ-асоційованого ТБ, при цьому прийом препаратів відбувався без контролю прийому з боку лікаря – засудженого переміщали у туберкульозний загін з упаковкою ізоніазиду для самостійного прийому.

«Ізоніазид. Півроку я його пив. Я в банці їх пив. Там просто на цьому бараці немає проблем зазвичай. Що-що, а це там було. Якщо потрібно було, можна було у когось взяти. Я ж кажу, що іншого нічого немає, а це було. Я робив перерви, тому що важкі [препарати] були, дуже важкі». (ЗОВС1м, переклад з російської)

Таким чином, за представленими даними, використання ізоніазиду для профілактики ТБ після контактування з хворими на ТБ або для профілактики ВІЛ-асоційованого ТБ не виглядає систематичним.

Ізоляція по статусу ТБ як міра профілактики, яка сприяє стигматизації хворих з ТБ

Існування так званих «туберкульозних загонів» як інструменту профілактики або інфекційного контролю викликає чимало запитань. За нормами дотримання інфекційного контролю, які містяться в старому наказі № 684 і в новому наказі № 287, категорично рекомендується не допускати скупчення людей з підозрою на ТБ, в тому числі тих, у яких можуть бути підвищені ризики інфікування туберкульозом, включно з повторним. Описані раніше обмеження у можливостях забезпечення інфекційного контролю і розмежування потоків пацієнтів призводять до того, що засудженого, який вже перехворів на туберкульоз, можуть помістити в так званий «туберкульозний загін/корпус». Аналіз документів, що стосуються правил надання медичної допомоги в установах ДКВС, не виявив будь-яких згадок про туберкульозні заgonи/корпуси. Члени робочої групи стверджували, що така практика себе «віджила». Інформанти в якійсь частині дослідження описували процес розформування такого роду загонів.

«Ну ось по № N, туберкульозні загони розформували у минулому році, рівно рік тому розформували ТБ-загони. Там було 6 чоловік, вони собі на окремому загоні. Але їх розформували оскільки ... я спеціально привів інфекціоніста, тому що в ув'язнених були питання, чому така стигматизація, туберкульозників підсаджують до них. Я викликав фтизіатра, який був у проекті. Ув'язнені задавали свої питання, фтизіатр відповідав. І після цього дійсно вже такі хвилювання були заспокоєні». (СРКВА25м, переклад з російської)

У той же час, медичні працівники ЦГЗ ДКВС наводили свідчення, що такі загони продовжують існувати в установах в різних регіонах, а співробітник нагляду однієї з установ навіть назвав приблизну кількість ув'язнених, що утримуються в такому загоні в одному з УВП.

«Але ось я знаю на колонії нашої №, там у них корпус, де знаходяться люди, які перехворіли на ТБ. Вони не сидять з тими, хто не хворів. Таких там цілий корпус категорії 5.1. Вони у них навіть у цьому ... не архів, а як? Де картки стоять, окремо осередок, вони в окремих конвертах, окремий корпус, окремі конверти, окреме спостереження - вони ж теж під диспансерним обліком знаходяться. Якщо ось на свободі їх можуть знімати з обліку, то ті, які знаходяться в МПВ, які перехворіли на ТБ, вони не знімаються з обліку, фтизіатр їх постійно спостерігає». (МОЄА16ж, переклад з російської)

«Ну у нас як би хворих немає, у нас є ті, що перехворіли. У них є свій загін, вони на ньому живуть, в цілому, ось так. У загоні це сектор, що складається з 2 загонів. Там близько 70 осіб, які перехворіли, які лікували там і так далі. Не будуть же вони в загальній масі ..., простіше працювати з ними, вони всі в одному загоні». (ОДАК28м, переклад з російської)

Можливо з добрими намірами, але виключення тих, хто перехворів ТБ з правил, що діють для інших засуджених, має очевидні негативні наслідки. Зокрема, така практика призводить до стигматизації засуджених з діагнозом ТБ. Інші засуджені, медпрацівники, охоронці можуть стигматизувати таких засуджених, навіть не усвідомлюючи.

«Ось людина вже не бацилярна, але їх все одно відправляють на туб-загони. Оскільки у людей є таке поняття, як «він має захворювання, все, це туберкульоз, може передатися через чашку, повітря». Тобто їх вже дискредитують, однозначно. Тому ув'язнені не прагнуть потрапити в цю касту. Тому що сама система дискредитувала цих людей, спочатку виділила їм загін. Значить, вони є вже окремими людьми». (СРКВА25м, переклад з російської)

«Ну, засуджені всі прекрасно розуміють, що ТБ - це інфекційне захворювання. Тому можуть ставитись з якоюсь обережністю. Але сказати, щоб хтось від когось ховався, або сахався, або ... я не буду взагалі з ним знаходитись на відстані 20 метрів? Такого, звичайно, немає. Якогось такого дикунства, відвертої агресивності нема». (МДЄО15ч, переклад з російської)

«Вже порушена психіка, що вони захворіли на туберкульоз і лікуються тепер. Вони все це прекрасно розуміють. У них якісь там свої причини були, чому вони захворіли». (ОХВВ18м, переклад з російської)

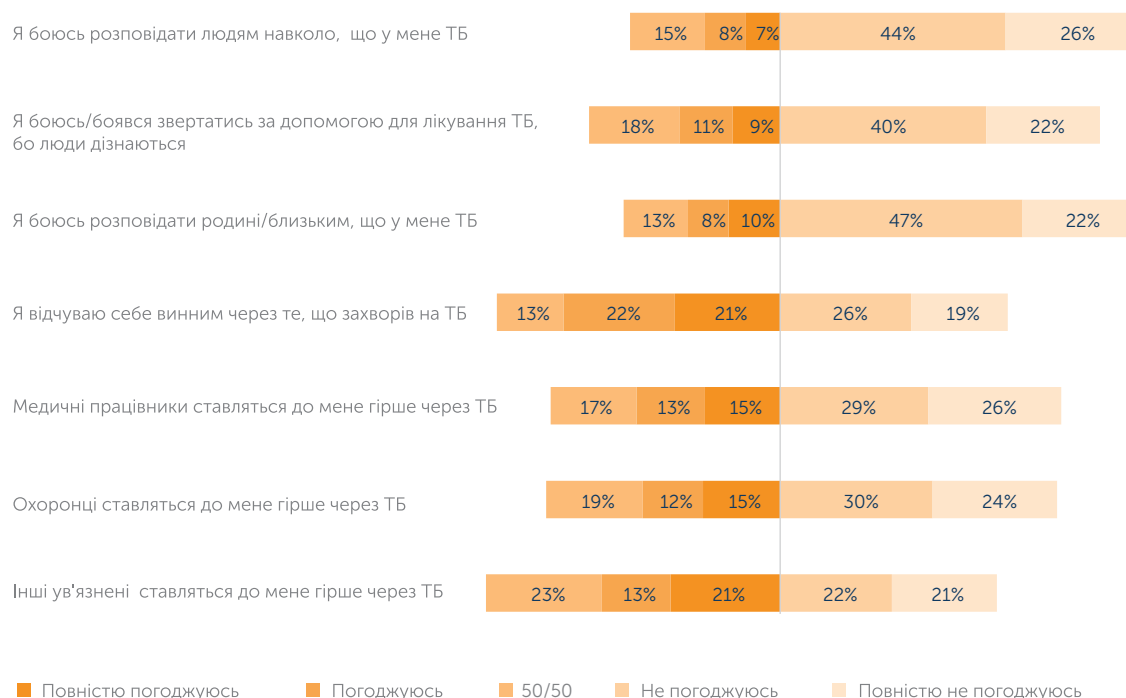
У свою чергу стигму вважають однією з так званих «фундаментальних» причин¹⁰ виникнення нерівності у здоров'ї та в доступі до послуг охорони здоров'я. В рамках даного дослідження, складно визначити те, яка саме стигма є першопричиною бар'єрів до діагностики та лікування в установах ДКВС – стигма злочинця чи стигма хворого ТБ. Однак існування навмисного розмежування житлового в'язничного простору на загони для «тих хто перехворів» і для здорових засуджених без сумніву сприяє стигматизації не тільки «тих хто перехворів», а й тим більше хворих на ТБ.

¹⁰ Див. наприклад: Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health. 2013;103(5):813-821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069).

Стигма і стигматизація як чинник, що сприяє виникненню бар'єрів до звернення за/надання медичної допомоги в установах ДКВС

На Рисунку 32 представлені дані про сприйманий рівень стигми та стигматизації ТБ серед засуджених з діагнозом ТБ.

Рисунок 32. Стигма щодо ТБ



З твердженнями про самостигматизацію (internalized stigma) та про стигматизацію з боку інших ув'язнених погодилось найбільше учасників (55% та 57% відповідно). На ці результати одночасно впливає досвід стигматизації (experienced stigma) з боку інших ув'язнених і поширеність самостигматизації (internalized stigma) серед хворих з ТБ.

З тим, що охоронці і медпрацівники ставляться гірше через ТБ так чи інакше погодилися 46% і 45% учасників відповідно. При цьому 38% учасників так чи інакше погодилися з тим, що бояться/боялися звертатися за допомогою в зв'язку з ТБ через те, що про їх захворювання стане відомо іншим людям. Ці дані можуть бути інтерпретовані як показник очікуваної (anticipated) і відчутної стигматизації хворих з ТБ з боку медпрацівників та охоронців. Боязнь звернення за допомогою в зв'язку з ТБ може впливати на поведінку хворих з ТБ щодо свого здоров'я (health-seeking behavior).

Дані, представлені на Рисунку 32, можуть говорити про необхідність включення впливу стигми та стигматизації на доступ до діагностики та лікування ТБ в повістку про можливі способи зниження рівня стигми серед медичного та немедичного персоналу установ ДКВС і інтервенціях, що сприяють формуванню поведінки, орієнтованої на звернення за допомогою і лікування серед ув'язнених/засуджених.

Оцінка ефективності взаємодії установ ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозних закладів МОЗ та НУО при звільненні з МПВ осіб, хворих на ТБ

Високий ризик втрати зв'язку з хворими, які звільняються із залу суду

За словами інформантів з числа медпрацівників ЦІЗО, якщо вони й мають можливість, то тільки із запізненням перенаправити хворого ТБ, що звільняється з залу суду, до протитуберкульозного закладу МОЗ, використовуючи електронний реєстр (ЕТВ-Manager). Це може відбуватися, наприклад, через відсутність інформації про те, коли саме ув'язненого можуть звільнити або скільки судових засідань йому належить пройти.

«в основному вони у нас звільняються із залу суду. Вони виїжджають на чергове засідання судове. Ніхто не в курсі, що їх хтось звільнить і вони кудись підуть. Тому, далі я їх в основному переводжу по електронному реєстру, за місцем проживання, до протитуберкульозного закладу. І далі вони вже їх розшукують самі». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

У той же час, медпрацівники протитуберкульозних закладів МОЗ кажуть про те, що папери/дані по таким хворим до них надходять рідко або не надходять взагалі.

«Ну ... часто так і відбувається (пацієнти губляться). Тому що там якесь положення, нібито повинні направляти листи, хтось із ЦІЗО, лист за місцем проживання пацієнта. Вони повинні щось писати, якийсь лист про те, що пацієнт такий-то у них звільнений і поїхав за такою-то адресою. На жаль, на практиці цього не відбувається». (МГКАН27ж, переклад з російської)

Буває, що тільки за допомогою особистих зв'язків і дзвінків можливо простежити шлях пацієнта з ТБ, звільненого із залу суду. В основному перенаправлення не працює і допомога хворому з ТБ може бути надана, якщо тільки сам пацієнт прийшов в цивільний тубдиспансер.

«Ну, якщо це жителі міста Києва, то ... свідомі до нас приходять, не свідомі до нас не приходять. І за великим рахунком ми не знаємо, що вони звільнилися і вони у нас є. Ми досить часто дзвонимо, зідзвонюємося з лікарем київського ЦІЗО. Іноді вона повідомляє, що пацієнт такий-то звільнився, шукайте, зустрічайте. Якщо вдається його розшукати, то це добре. Неможливо - ну, на жаль, не вдалося». (МГКАН27ж, переклад з російської)

Ті ж проблеми стосуються й обміну даними по ув'язненим, які були звільнені з УВП.

«Ні, ніяк. Взагалі ніяк. Ні формально, ні фізично, ніяк їх немає. Тобто, з ними зв'язку немає. У мене є якийсь телефон якогось доктора з N колонії, який ... іноді йому дзвоню, знаходимо цього пацієнта. Прошу внести дані, вбити ПІБ і на цьому все закінчується. Тобто, чим лікували, як лікували, до якої міри лікували? Чи лікували взагалі ...». (МГКАН27ж, переклад з російської)

На зменшення впливу цієї проблеми на доступ хворих ТБ, які звільнилися з ЦІЗО, до лікування, могли б вплинути соцпрацівники НУО через проекти із супроводу для підтримки безперервності лікування. Такий супровід був би більш ефективним, якби взаємодію було налагоджено одночасно між лікарем ЦІЗО, лікарем протитуберкульозного закладу МОЗ та соцпрацівниками НУО.

Низький рівень залученості поліції в пошук звільнених хворих з бактеріовиділенням

Згідно із законом медпрацівники протитуберкульозних закладів МОЗ можуть звертатися в поліцію для пошуку хворих на ТБ з бактеріовиділенням, в тому числі з числа тих, хто звільнився з установ ДКВС. Але на думку фтизіатрів, які працюють в різних областях, в основному така практика не приносить результатів, так як поліція або не відповідає на листи медпрацівників, або «відписується», що це не їхні проблеми або що хворого за місцем проживання не було виявлено.

«Ну, на жаль, поліція дуже мало відгукується. Вони мають це робити, але, вибачте, вони відписуються, що це не наші проблеми, у нас вистачає своїх завдань». (МГХВЛЗж, переклад з російської)

«І коли ми пишемо в поліцію прохання за допомогою, знайти пацієнта який може нести загрозу, наприклад в нього бактерієвиділення і ми його не можемо знайти, нам часто і відповіді може не прийти. Просто в мене такий один випадок був. Мені написали просто відповідь про те, що пацієнта нема вдома. І все, на тому розшук хворого припинився. (МГКВК26ж)

У той же час навіть якщо координацію між усіма зацікавленими службами налагоджено, пацієнт, якщо поліція його привозить в протитуберкульозний диспансер, може піти відразу після відходу поліції, так як примусової диспансеризації немає.

«Тому, якщо пацієнта ми знаходимо ... ну, це стосується не тільки тих, хто звільнений з МПВ, а взагаліто усіх тих, хто ухиляється. Якщо на місці служба спрацьовує, фтизіатрична я маю на увазі, і суд теж приймає швидке рішення, то цього пацієнта транспортують до нас в установу, його залучають до лікування. Навіть не залучають, а його транспортують й госпіталізують. Але у нас не існує як такого примусового лікування. Тому, пацієнта привезли, поліція зняла з нього наручники в приймальному відділенні, передала персоналу приймального відділення, після чого пацієнт може зібрати свої речі, якщо він з ними приїхав, розвернутися і піти світ за очі. І ми не маємо права його ніяк зупинити». (МГХВМЗм, переклад з російської).

Частина проблем з перенаправленням могла б бути знята, якби пацієнт, звільняючись з установ ДКВС, супроводжувався в протитуберкульозний диспансер на спецтранспорті. Але така практика в багатьох випадках відсутня, так як ні у протитуберкульозних закладах МОЗ, ні у медпрацівників ЦОЗ ДКВС немає спеціалізованого транспорту для таких пацієнтів.

«У нас немає свого транспорту забирати. Немає транспорту так само і в пенітенціарній службі, щоб вони його сюди до нас доставляли. Це питання вирішується кілька років, на більш високих рівнях. Швидка возити його не зобов'язана, тим більше зараз у них зовсім інші йдуть пріоритети. Ну не те, щоб пріоритети, а вони не є як би перевізниками. Немає такої служби, яка транспортувала б. На сьогоднішній день немає. І поки це питання вирішується, взагалі». (МГДВНбж, переклад з російської)

Низька залученість соцпрацівників НУО в супровід звільнених з МПВ

Супровід хворих ТБ, які звільнилися з установ ДКВС, міг би здійснюватися за допомогою соцпрацівників НУО. В рамках проектів з профілактики та лікування ВІЛ, співробітники НУО надають підтримку і тим, хто знаходиться в установах ДКВС і ЦОЗ ДКВС, і пацієнтам в цивільному секторі. Використання мобільних флюорографів, що надаються НУО, не раз зазначалося медпрацівниками УВП як можливість для проведення профілактичних обстежень в УВП. Однак, хоча у НУО в досліджуваних областях заявлені програми і для супроводу хворих з ТБ, які звільняються з МПВ, така взаємодія не знайшла підтвердження в отриманих даних.

«Знаєте, це все добре звучить, красиво на папері. За фактом, що б ти йому не пообіцяв, і той соціальний працівник, який працює з ним в МПВ, він залишиться в МПВ. І транспортування пацієнта до місця його призначення не забезпечує соціальний працівник. Він сказав, що поїхав до Києва, на вулицю Мілютенка або ще якусь. Але не факт, що це відбулося, і що він не поїхав абсолютно в іншому напрямку. Тим більше, ті люди, скажімо так, із специфічним підходом до життя і до бачення тієї чи іншої проблеми». (МГКВТ26ж, переклад з російської)

Деякі експерти, що брали участь у дослідженні, у різкій формі висловилися з приводу відсутності

значимих результатів у роботі проектів по супроводу.

«Тому що ми не бачимо жодного випадку доведення». (ЭКВА24м, переклад з російської)

«Це як серпентарій якийсь, так? Де усі як би приятелюють, але насправді кожен тягне ковдру на виконання індикаторів свого проекту. І це теж погано». (ЭКАС30ж, переклад з російської)

Взаємодія з супроводу хворих ТБ між співробітниками одного і того ж НУО, що реалізують проекти і в установах ДКВС, і в цивільному секторі, може здійснюватися, але поки тільки в межах однієї області. Якщо ж хворий ТБ після звільнення переміщається у сусідню область, супровід не працює, так як внутрішні зв'язки між НУО теж налагоджені недостатньо.

«Ну, те, що ще хотілося б, напевно, для поліпшення ось цієї постановки на облік, це взаємодія з соцпрацівниками з інших областей. Мені важко його відстежити, припустимо, коли він пішов з Сумської області. Іноді зв'язок з людьми втрачається. Якщо у нього взагалі немає телефону, або він його втратив – я вже не можу людину знайти і відстежити. Було б дуже зручно, якби соцпрацівник... Я кажу, у мене людина виїхала, будь ласка, зустріньте її і доведіть до тубдиспансеру. Це був би ідеальний варіант. Але, на жаль, у мене немає таких контактів, щоб комусь передавати». (СРХВА20ж, переклад з російської)

Таким чином, оцінити ефективність взаємодії між ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозною службою МОЗ та НУО досить складно. З одного боку, існуючих механізмів пошуку і виявлення хворих ТБ, які звільнилися з МПВ, недостатньо. З іншого боку, і ті механізми, які існують – працюють незадовільно. Відсутність транспорту, який міг би використовуватися для транспортування ув'язнених, що звільняються, віддаленість установ ДКВС від місць проживання ув'язнених, що звільняються, відсутність інтегрованих електронних баз даних, в яких відображаються переміщення ув'язнених/засуджених всередині системи ДКВС і між цивільними системами – всі ці проблеми вимагають спільної роботи між пенітенціарними і цивільними закладами для вироблення оптимальних рішень. Аналіз роботи системи ДКВС в екстремальних умовах карантинних обмежень може сприяти кращому розумінню найбільш проблемних зон міжсекторальної взаємодії.

Стисле резюме результатів дослідження

На кожному з етапів ведення хворого з ТБ при переміщенні між установами і всередині установ ДКВС можуть виникати чинники, які сприяють виникненню груп бар'єрів, що перешкоджають своєчасному діагностуванню, початку лікування, конвоюванню, етапуванню, зміні схеми лікування, призначенню додаткових препаратів, перенаправленню і супроводу хворих засуджених/ув'язнених з ТБ.

Чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на ТБ/ХР/МР ТБ серед осіб, узятих під варту, та засуджених

Чинник: Пріоритетність здійснення оперативно-режимної діяльності перед своєчасним наданням медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: неузгодженість дій між службами та в межах ДКВС

- Неврегульована нормативна база для надання доступу до медичної допомоги у місцях попереднього ув'язнення
- Пріоритет забезпечення нормативів утримання арештованих під вартою ставить під сумнів пріоритетність їх лікування і забезпечення норм інфекційного контролю
- Складності з забезпеченням охорони при виведенні ув'язнених з камер СІЗО до медчастини
- Проблеми із забезпеченням охорони при конвоюванні ув'язнених з бактеріовиділенням з СІЗО до протитуберкульозних закладів МОЗ
- Надмірна бюрократизація процесу перенаправлення/переміщення хворих з ТБ між установами ДКВС/ЦОЗ ДКВС

Чинник: Низька пристосованість інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: обмежене матеріально-технічне забезпечення та кадровий дефіцит

- Критичний стан інфраструктури установ ДКВС
- Мінімальні можливості для лікування пацієнтів в СІЗО
- Відсутність мотивації медпрацівників проводити додаткові діагностичні обстеження

Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: відхилення від протоколів діагностики та лікування ТБ

- Практики «відхилення від протоколів» як відповідь на загальні системні проблеми
- Діагностика ТБ шляхом виключення інших діагнозів

Чинник: Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: етапування як елемент непередбачуваності в продовженні/початку лікування ТБ

- Неврегульована нормативна база для забезпечення безперервності лікування ТБ на етапах
- Відсутність контролю стану хворого ТБ під час етапування з боку ЦОЗ ДКВС
- Тривалість етапів помітно вище, чем допустимі норми

Тривалість «надзвичайних ситуацій» і специфічність відповіді на них в установах ДКВС як чинник що сприяє систематичним негативним наслідкам

- Тривалий процес реформування пенітенціарної системи

- Неузгодженість порядку взаємодії між ЦОЗ ДКВС і МОЗ у зв'язку з переходом до другого етапу медреформи
- Обмеження або скасування етапів між установами як результат введення режиму підвищеної готовності
- Використання умов ДІЗО для ізоляції хворого ТБ

Стигма і стигматизація – чинник, що сприяє виникненню бар'єрів до звернення за/надання медичної допомоги в установах ДКВС

Бар'єри до ефективного лікування ТБ в СТЛ

Особливості реалізації контролю переносимості лікування і побічних дій препаратів в контексті виправної установи

- Відсутність доступу засуджених до якісних і різноманітних препаратів для корекції побічних дій в СТЛ
- Недовіра до скарг пацієнтів з боку медичного персоналу
- Недостатній рівень забезпечення активного моніторингу безпеки протитуберкульозних препаратів
- Контроль прийому препаратів заради застосування самого контролю, а не заради підтримки пацієнта в процесі лікування

Оцінка забезпечення заходів щодо профілактики ТБ в установах і при переміщенні між установами ДКВС

Якість інфекційного контролю

- Неможливість розподілу потоків ув'язнених з різними формами ТБ, а також інших ув'язнених в транзитних приміщеннях СІЗО
- Недотримання правил інфекційного контролю в вагонзаках/автозаках
- Недотримання правил розподілу потоків ув'язнених з різними формами ТБ в СТЛ
- Недотримання правил носіння маски/респіратору

Профілактика ТБ за допомогою ізоніазиду

- Непризначення препаратів у зв'язку з відсутністю згоди в ув'язнених – недолік заходів з консультування
- Відмова від призначення, посиляючись на неможливість проведення діагностики ТБ

Ізоляція по статусу ТБ як міра профілактики що сприяє стигматизації хворих з ТБ

- «Туберкульозні загони» - практика, що суперечить нормам дотримання інфекційного контролю та посилює стигматизацію засуджених з діагнозом ТБ

Оцінка ефективності взаємодії установ ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозних закладів МОЗ та НУО при звільненні з МПВ осіб, хворих на ТБ

- Високий ризик втрати зв'язку з хворими, які звільняються із залу суду
- Низький рівень залученості поліції в пошук звільнених хворих з бактеріовиділенням
- Низька залученість соцпрацівників НУО в супровід звільнених з МПВ

Висновки

Проблема правового та соціального статусу ув'язнених/засуджених є одним з ключових чинників виникнення бар'єрів, пов'язаних з неузгодженістю дій щодо таких хворих, як всередині установ і служб ДКВС, так і в цивільному секторі. Людина, яка скоїла правопорушення, і, в результаті судового рішення, потрапляє в установи ДКВС, є в першу чергу ув'язненим/засудженим. Хоча формально ЦОЗ відділився в окрему структуру і орендує приміщення у ДКВС, ЦОЗ є одним із багатьох акторів, включених у функціонування пенітенціарної системи. Першочерговий пріоритет статусу ув'язненого/засудженого підтримується більшістю елементів цієї системи, тому статус хворого є додатковим, менш істотним. В результаті такого становища, яке сприймається як єдиновірне за замовчуванням, надання медичної допомоги завжди повинно мати під собою детальне обґрунтування, так як воно порушує пріоритетність здійснення оперативно-режимної діяльності.

Будь-яке переміщення ув'язненого/засудженого у просторі однієї установи, або між установою ДКВС і закладами МОЗ, або між установою ДКВС і СТЛ, має супроводжуватися охороною. Для того, щоб здійснити таке переміщення необхідні вагомі причини, докладні обґрунтування і складний процес узгодження, так як в цей момент пріоритет статусу ув'язненого/засудженого опиняється під питанням. Відповідно, реалізація права ув'язненого/засудженого на еквівалентні до таких, що надаються у суспільстві, медичні послуги, видається складним, а пріоритет статусу ув'язненого/засудженого завжди буде впливати на якість і кількість наданих йому медичних послуг на базі установ ДКВС. Процес організації надання медичної допомоги в установах ДКВС припускає знаходження компромісу між різними діючими силами, формальними підзаконними актами і неформальним «здоровим глуздом» працівників установ. Це, в кінцевому результаті, завдає шкоди власне практикам надання медичної допомоги ув'язненим/засудженим.

Проблема непристосованості інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги успадковується з пенітенціарної системи СРСР – громадянин, який потрапляє під санкції системи не тільки позбавляється волі, а й обмежується в усіх базових правах. Будинки, в яких перебувають установи ДКВС, в основному, були побудовані за радянських часів або навіть раніше. Як і за радянських часів, ув'язнені/засуджені живуть там в скрутних комунальних умовах, які самі по собі сприяють поширенню інфекційних захворювань. У той же час, хоча співробітники ДКВС не відбувають покарання, їх умови праці не дуже відрізняються від умов утримання ув'язнених. Здійснення в таких умовах професійної діяльності, не спрямованої на виконання покарання, і при цьому збереження мотивації і людського ставлення до пацієнтів видається непростим завданням.

Проблеми, що виникають при підготовці засудженого до переміщення в СТЛ і в процесі етапування також пов'язані з пріоритетом статусу засудженого над статусом хворого. У той же час, така модель організації лікування ТБ – з переміщенням хворого в спеціалізований стаціонар – продовжує логіку відтворення системи охорони здоров'я радянського типу, і не відповідає ключовим принципам здійснення реформи вторинної медицини в загальній системі охорони здоров'я. В умовах пенітенціарної системи, це призводить до необхідності задіяти додаткові матеріальні і людські ресурси для охорони засуджених, в той час як їх здоров'я піддається додатковим ризикам, обумовленим тривалістю етапування, непристосованістю транспорту для перевезення хворих і відсутністю медичної допомоги в процесі.

Відсутність системних і комплексних підходів до вирішення проблеми своєчасного надання медичної допомоги при ТБ в установах ДКВС призводить до практики ручного управління на місцях. У той же час створити збалансовану медичну систему у в'язниці, коли реформується не тільки тюремна система, але і система охорони здоров'я в цілому, видається важко здійсненним. Це можливо тільки в тому випадку, якщо саме реформування тюремної медицини стане національним пріоритетом. За відсутності такого акцентування, знаходження в стані постійної «надзвичайної ситуації» буде тільки сприяти зміцненню практик ручного управління і особистих домовленостей, які супроводжуються

порушенням засадничих прав ув'язнених/засуджених.

Недовіра медичних працівників до скарг засуджених, хворих на ТБ, має ту ж природу, що і підозрілість охоронців: засуджений в рамках дискурсу тюремних працівників завжди шукає способи полегшити своє покарання, в тому числі посиляючись на хвороби і нездужання. Розраховувати на те, що медичні працівники перестануть розглядати скарги як маніпуляцію з боку засуджених, і, відповідно, або не реагувати, або відходити від детального розгляду скарг, можна лише за умов пріоритезації статусу хворого над статусом ув'язненого хоча б в рамках СТЛ, довготривалих освітніх заходів спрямованих на зміну ставлення тюремних медпрацівників до хворого і подальшого моніторингу повної відповідності наданої допомоги і лікування нормам цивільної медицини і гуманного ставлення до хворого. Наразі, те, яким чином реалізується контроль за прийомом препаратів у вигляді контролю заради контролю, лише посилює каральні практики, властиві пенітенціарній системі

Оцінка профілактичних заходів, які могли б сприяти зменшенню захворюваності ТБ у в'язницях, навпаки продемонструвала, що ті елементи профілактики, які застосовуються не завжди відповідають критеріям повноти та якості. У той самий час, недотримання норм інфекційного контролю в СТЛ ставить під сумнів ефективність надання медичної допомоги в цілому з огляду на ймовірності внутрішньолікарняного і перехресного інфікування.

Оцінити ефективність взаємодії між ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозною службою МОЗ та НУО досить складно. З одного боку, наявних механізмів пошуку і виявлення хворих ТБ, які звільнилися з МПВ, недостатньо. З іншого боку, і ті механізми, які існують – працюють незадовільно. Відсутність транспорту, який міг би використовуватися для транспортування ув'язнених, що звільняються, віддаленість установ ДКВС від місць проживання ув'язнених, що звільняються, відсутність інтегрованих електронних баз даних, в яких відображаються переміщення ув'язнених/засуджених всередині системи ДКВС і між цивільними системами – всі ці проблеми вимагають спільної роботи між пенітенціарними і цивільними закладами для вироблення оптимальних рішень.

Таким чином, здійснення заходів з профілактики, діагностики та лікування ТБ в установах ДКВС наштовхується на потужну протидію засадничого принципу організації пенітенціарної системи – виконання покарання. Надання якісної і гуманної медичної допомоги в рамках цієї логіки призводить до дисбалансу системи і, відповідно, нею відторгається.

Рекомендації

1. Виділення ЦОЗ ДКВС в окрему структуру як етап реформування тюремної медицини є важливим кроком на шляху до об'єднання пенітенціарної і цивільної медицини. Рекомендуються подальші кроки для створення єдиного медичного простору для всіх громадян України без винятку. Наприклад, це можливо в рамках розробки і затвердження національної стратегії та стратегічного плану профілактики, діагностики та лікування туберкульозу в тюрмах, про що свідчить досвід Азербайджану, який, за оцінкою ВООЗ, визнаний успішним (див. Приклади належної практики в галузі профілактики і лікування туберкульозу, в тому числі з лікарською стійкістю збудника, в виправних установах (78)).
2. Для пріоритизації дій щодо подолання туберкульозу у в'язницях рекомендується створення і наділення відповідними повноваженнями постійної міжвідомчої робочої групи з представників ЦОЗ ДКВС, ДКВС, ЦГЗ МОЗ, Мінсоцполітики, Національної поліції, Національної гвардії і НУО.
3. Рекомендується докласти зусиль для вдосконалення нормативної бази для регулювання міжвідомчої взаємодії. Зокрема, для внесення змін до чинного Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту.
4. З огляду на обмежені матеріально-технічні та кадрові можливості медичних частин УВП для проведення повних діагностичних обстежень засуджених, рекомендується розробка Порядку взаємодії медичних частин УВП з медичними установами МОЗ для надання медичної допомоги засудженим.
5. Рекомендується здійснення заходів щодо поліпшення пристосованості інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги, включаючи поліпшення забезпечення матеріально-технічної бази медичних частин, як в СІЗО, так і в УВП.
6. Рекомендується внесення змін до Закону України «Про попереднє ув'язнення» (Стаття 9. Права осіб, взятих під варту) для пріоритизації права на охорону здоров'я ув'язнених і еквівалентності стандартам МОЗ медичної допомоги, що надається у місцях попереднього ув'язнення. Зокрема, необхідність дотримання нормативів розподілу ув'язнених по камерах суперечить можливості надання адекватної медичної допомоги та дотриманню стандартів інфекційного контролю.
7. Система комунального проживання ув'язнених/засуджених в установах ДКВС неминує провокує ризики порушення стандартів інфекційного контролю. Рекомендується перегляд норм та інфраструктурних можливостей для створення умов ізолюваного розміщення. Практика використання приміщень карцерного типу для ізоляції хворих на ТБ і сегрегація засуджених по ТБ-статусу неприпустимі.
8. Для зниження впливу наявних негативних факторів на своєчасність початку лікування і ймовірність відриву від нього в процесі етапування засуджених рекомендується здійснювати кроки в наступних напрямках:
 - продовження переговорів з Національною гвардією про можливість здійснення видачі протитуберкульозних препаратів хворим ТБ в процесі етапування;
 - проведення внутрішньовідомчого узгодження для виділення міжрегіональним відділенням ЦОЗ ДКВС спеціалізованих автомобілів для транспортування/етапування хворих на ТБ без участі Національної гвардії;
 - створення відділення для лікування засуджених чоловіків з діагнозом ТБ на базі СТЛ при ДУ «Збаразька виправна колонія» (№ 63) в Тернопільській області для скорочення часу

етапування засуджених з діагнозом ТБ, які прямують із Західної України;

- удосконалення форми узгодження запитів з боку медичних частин УВП на етапування хворих з ТБ до спеціалізованих медичних установ ЦОЗ ДКВС. Зокрема, таке вдосконалення може бути досягнуто при здійсненні подальших кроків щодо децентралізації адміністративної влади шляхом наділення необхідними адміністративними повноваженнями міжрегіональних управлінь ДКВС і філій ЦОЗ ДКВС.
9. У результатах дослідження були описані проблеми, пов'язані з так званими «надзвичайними ситуаціями», які мають систематичний характер і призводять до тривалих негативних наслідків. В рамках взаємодії ЦОЗ ДКВС і ДКВС, рекомендується розробити і впровадити стандарти забезпечення своєчасного доступу до діагностики та лікування ТБ в «надзвичайних ситуаціях». Рекомендується розробка стратегії здійснення діяльності в режимі кризового управління для безперервності надання спеціалізованих медичних послуг в рамках системи ДКВС.
 10. Рекомендується впровадження системи моніторингу та оцінки якості інфекційного контролю для виконання Наказу МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я». Зокрема, в якості елементів цієї системи повинні бути використані захворюваність на ТБ серед медичного та немедичного персоналу ДКВС; кількість наданих/використаних респіраторів і кількість проведених тренінгів з навичок їх використання.
 11. Рекомендується впровадження системи моніторингу психо-емоційного стану медпрацівників ЦОЗ ДКВС для профілактики професійного вигорання. Робота в пенітенціарній системі пов'язана з підвищеними ризиками емоційного вигорання та професійної деформації. Психологічна підтримка співробітників, створення адекватних умов праці та надання можливостей для повноцінного відпочинку є важливими умовами для збереження мотивації працівників до здійснення своїх обов'язків якісно та в повному обсязі. Це стосується як немедичного персоналу, так і медпрацівників, в першу чергу тих, хто працює в системі давно. Реформування пенітенціарної системи має стосуватися не лише умов утримання ув'язнених/засуджених, а й умов праці співробітників системи. У такому випадку можуть бути досягнуті позитивні системні зміни.
 12. Рекомендується розробка заходів, спрямованих на зниження рівня стигми серед медичного та немедичного персоналу установ ДКВС до ув'язнених/засуджених, хворих на ТБ, і інтервенцій, що сприяють формуванню поведінки, орієнтованої на звернення за допомогою і лікування серед ув'язнених/засуджених.
 13. Рекомендується удосконалення програм супроводу ув'язнених і засуджених з діагнозом ТБ з боку НУО. Для підтримки прихильності до лікування ТБ зусилля можуть бути спрямовані не тільки на контроль прийому препаратів для лікування ТБ, але і на моніторинг побічних ефектів препаратів і надання своєчасної медичної допомоги для купірування цих ефектів з боку медпрацівників ЦОЗ ДКВС.
 14. Рекомендується удосконалення програм супроводу звільнених з місць обмеження та позбавлення волі шляхом налагодження більш ефективної взаємодії між усіма учасниками процесу під час перебування ув'язненого/засудженого в установах ДКВС. Зокрема, створення єдиного інформаційного простору, до якого мали б доступ і соцпрацівники НУО, і медпрацівники ЦОЗ, і медпрацівники МОЗ могло б сприяти перенаправленню людей всередині пенітенціарної системи і між цивільними службами.
 15. Рекомендується розвиток системи пенітенціарної пробації за сприяння НУО для здійснення комплексних підходів при підготовці засуджених до виходу на свободу, в тому числі для створення умов для безперервності лікування і профілактики повторного інфікування ТБ.
 16. Рекомендується передбачити можливість проведення регулярного аналізу даних, вивантажених

з реєстру ЕТБ (зокрема для виявлення часу постановки діагнозу і початку лікування ТБ відповідно до даних реєстру)¹¹.

¹¹ Однак важливо розуміти, що порівнювати дані, отримані з реєстру і за допомогою опитування засуджених, досить проблематично. Обидва типи даних в цьому випадку повинні бути деанонімізовані для підтвердження відповідності двох масивів. Такого роду дослідження можуть проводитися тільки медпрацівниками, які мають доступ до конфіденційних даних пацієнтів.

Перелік використаних джерел

1. Черенько СА. Епідемія Туберкульозу В Україні : Історичні Аспекти Та Сучасний Стан Проблеми. 2012;1(1):48–57.
2. Про Протидію Захворюванню На Туберкульоз | Від 05.07.2001 № 2586-ІІІ [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#n335>
3. Співак Н, Кондратюк С, Демченко Х, Абдулаєв Т, Лук'янова Н, Денисова К. ОЦІНКА ПРАВОВОГО СЕРЕДОВИЩА ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ Фінальний звіт. 2018.
4. GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2019. 2019.
5. ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Туберкульоз в Україні. 2019.
6. КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ. КОНЦЕПЦІЯ Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ- інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки. 2018.
7. World Health Organization. The End TB Strategy. 2015.
8. Додаток до пункту 7.2. протоколу засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ- інфекції/СНІДу від 23 травня 2019 року. Стратегія з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 року.
9. Додаток до Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 р. Стратегічний план із комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики та лікування ВІЛ та туберкульозу на 2019- 2022 рр.
10. Указ Президента України Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини | від 25.08.2015 № 501/2015 [Internet]. [cited 2019 Dec 16]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501/2015>
11. Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року | Кабінет Міністрів України, РОЗПОРЯДЖЕННЯ від 23 листопада 2015 р. № 1393-р [Internet]. [cited 2019 Dec 16]. Available from: <https://www.kmu.gov.ua/npas/248740679>
12. Про схвалення Державної страт... | від 27.11.2019 № 1415-р [Internet]. [cited 2020 Feb 4]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#n11>
13. Про схвалення Державної страт... | від 27.11.2019 № 1414-р [Internet]. [cited 2020 Feb 4]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-p>
14. Global tuberculosis report. World Health Organization; 2014.
15. Health Organization Regional Office for Europe W. Prevention, control and care of tuberculosis in Ukraine.
16. КОНЦЕПЦІЯ Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки / КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ РОЗПОРЯДЖЕННЯ від 27 грудня 2017 р. № 1011-р, Київ [Internet]. [cited 2019 Dec 4]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1011-2017-p?lang=en>
17. Engelmann L, Kehr J. Double trouble? Towards an epistemology of co-infection. Med Anthropol Theory. 2(1):1–31.
18. Aibana O, Bachmaha M, Krasiuk V, Rybak N, Flanigan TP, Petrenko V, et al. Risk factors for poor multidrug-resistant tuberculosis treatment outcomes in Kyiv Oblast, Ukraine. BMC Infect Dis. 2017 Dec 7;17(1):129.
19. Harries AD, Lawn SD, Getahun H, Zachariah R, Havlir D V. HIV and tuberculosis--science and implementation to turn the tide and reduce deaths. J Int AIDS Soc. 2012;15(2):17396.
20. Sander G. Monitoring HIV, HCV, TB and Harm Reduction in Prisons: A Human Rights-Based Tool to Prevent Ill Treatment. London; 2016.
21. Caro-Vega Y, Schultze A, W. Efsen AM, Post FA, Panteleev A, Skrahin A, et al. Differences in response to antiretroviral therapy in HIV-positive patients being treated for tuberculosis in Eastern Europe, Western Europe and Latin America. BMC Infect Dis. 2018 Dec;18(1):191.
22. Rehm J, Samokhvalov A V, Neuman MG, Room R, Parry C, Lönnroth K, et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. BMC Public Health. 2009 Dec;9:450.
23. Fernández Bessa C, Lazo GN, Sauret GV. Improving Prison Conditions by Strengthening

- the Monitoring of HIV, HCV, TB and Harm Reduction Mapping Report-Catalonia (Spain) OSPDH-Observatory of the Penal System and Human Rights (University of Barcelona). 2015.
24. Migliori GB, Sotgiu G, Gandhi NR, Falzon D, DeRiemer K, Centis R, et al. Drug resistance beyond extensively drug-resistant tuberculosis: individual patient data meta-analysis. *Eur Respir J*. 2013 Jul;42(1):169–79.
 25. Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. *Lancet*. 2012 May 26;379(9830):1975–82.
 26. Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H. Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health. 2007.
 27. Migliori GB, Dara M, de Colombani P, Kluge H, Raviglione MC. Multidrug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: still on the increase? *Eur Respir J*. 2012 Jun;39(6):1290–1.
 28. O’Grady J, Maeurer M, Atun R, Abubakar I, Mwaba P, Bates M, et al. Tuberculosis in prisons: anatomy of global neglect. *Eur Respir J*. 2011 Oct 1;38(4):752–4.
 29. Policy Guidelines for Collaborative TB and HIV Services for Injecting and Other Drug Users: An Integrated Approach. Geneva: World Health Organization; 2008.
 30. Advocacy, communication and social mobilization for TB control / A GUIDE TO DEVELOPING KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE SURVEYS. World Health Organization; 2008.
 31. Harries AD, Lin Y, Kumar AM V, Satyanarayana S, Takarinda KC, Dlodlo RA, et al. What can National TB Control Programmes in low- and middle-income countries do to end tuberculosis by 2030? *F1000Research*. 2018;7.
 32. World Health Organization. Status report on prison health in the WHO European Region. 2019.
 33. World Health Organization Regional Office for Europe. Prisons and Health. 2014.
 34. Soltan V, Henry AK, Crudu V, Zatushevski I. Increasing tuberculosis case detection: lessons from the Republic of Moldova. *Bull World Health Organ*. 2008 Jan;86(1):71–6.
 35. Ayé R, Wyss K, Abdualimova H, Saidaliev S. Household costs of illness during different phases of tuberculosis treatment in Central Asia: a patient survey in Tajikistan. *BMC Public Health*. 2010 Jan 18;10:18.
 36. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. Rylko-Bauer B, editor. *PLoS Med*. 2007 Jul 24;4(7):e238.
 37. Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *PLoS Med*. 2011 Mar;8(3):e1000423.
 38. Zaller N, Mazhnaya A, Larney S, Islam Z, Shost A, Prokhorova T, et al. Geographic variability in HIV and injection drug use in Ukraine: implications for integration and expansion of drug treatment and HIV care. *Int J Drug Policy*. 2015 Jan;26(1):37–42.
 39. Morozova O, Dvoryak S, Altice FL. Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2013;24(6).
 40. Said K, Hella J, Mhalu G, Chiryankubi M, Masika E, Maroa T, et al. Diagnostic delay and associated factors among patients with pulmonary tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *Infect Dis Poverty*. 2017 Dec 24;6(1):64.
 41. UNAIDS. Global AIDS Monitoring. 2018.
 42. Winter JR, Stagg HR, Smith CJ, Brown AE, Lalor MK, Lipman M, et al. Injecting drug use predicts active tuberculosis in a national cohort of people living with HIV. *AIDS*. 2017 Nov 13;31(17):2403–13.
 43. McShane H. Co-infection with HIV and TB: double trouble. *Int J STD AIDS*. 2005 Feb 25;16(2):95–101.
 44. Caylà JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J, Caminero JA, Vidal R, García JM, et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. *Respir Res*. 2009 Dec;10(1):121.
 45. Horsburgh CR, Goldberg S, Bethel J, Chen S, Colson PW, Hirsch-Moverman Y, et al. Latent TB Infection Treatment Acceptance and Completion in the United States and Canada. *Chest*. 2010 Feb;137(2):401–9.
 46. Lucas GM, Gebo KA, Chaisson RE, Moore RD. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *AIDS*. 2002 Mar;16(5):767–74.
 47. Palepu A, Tyndall M, Yip B, O’Shaughnessy M V., Hogg RS, Montaner JSG. Impaired Virologic Response to Highly Active Antiretroviral Therapy Associated With Ongoing Injection Drug Use. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003 Apr;32(5):522–6.

48. ЦГЗ МОЗ. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.01.2018 р.
49. Country factsheets: Ukraine | UNAIDS [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 5]. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine>
50. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 49. 2018.
51. UNAIDS. Епідеміологічна ситуація в Україні [Internet]. [cited 2019 Mar 24]. Available from: <https://unaids.org.ua/ua/hiv-epidemic-in-ukraine/epidemiologichna-situatsiya#4>
52. Altice FL et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *Lancet*. 2016 Sep 17;388(10050):1228–48.
53. Makarenko I, Mazhnaya A, Polonsky M, Marcus R, Bojko MJ, Filippovych S, et al. Determinants of willingness to enroll in opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend*. 2016;165:213–20.
54. Поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених. Аналітичний огляд за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 років.
55. Survey of client satisfaction with opioid maintenance therapy (OMT) services among patients of OMT programmes in Kyiv and the Kyiv Oblast region. Pilot study report. Vilnius; 2020.
56. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and Illicit Drug Use: Review and Update. *Clin Infect Dis*. 2009 Jan;48(1):72–82.
57. Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Rep*. 2002;117 Suppl(Suppl 1):S135–45.
58. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med*. 2009 Jun;68(12):2240–6.
59. Grenfell P, Leite RB, Garfein R, De Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: A review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129(3):180–209.
60. Kazatchkine M. Drug use, HIV, HCV and TB: major interlinked challenges in Eastern Europe and Central Asia. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(4 Suppl 3):19501.
61. Curtis M. Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine. 2010.
62. Charyeva Z, Curtis S, Mullen S, Senik T, Zaliznyak O. What works best for ensuring treatment adherence. Lessons from a social support program for people treated for tuberculosis in Ukraine. *PLoS One*. 2019;14(8):e0221688.
63. Dheda K, Gumbo T, Gandhi NR, Murray M, Theron G, Udwadia Z, et al. Global control of tuberculosis: from extensively drug-resistant to untreatable tuberculosis. *Lancet Respir Med*. 2014 Apr;2(4):321–38.
64. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;
65. de Colombani P, Banatvala N, Zaleskis R, Maher D, Aleksandrina T, Ball A, et al. European framework to decrease the burden of TB/HIV. *Eur Respir J*. 2004;
66. van Hest NA, Aldridge RW, de Vries G, Sandgren A, Hauer B, Hayward A, et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: A consensus statement. *Eurosurveillance*. 2014;
67. Banu S, Hossain A, Uddin MKM, Uddin MR, Ahmed T, Khatun R, et al. Pulmonary tuberculosis and drug resistance in Dhaka central jail, the largest prison in Bangladesh. *PLoS One*. 2010;
68. Abrahão RMCM, Nogueira PA, Malucelli MIC. Tuberculosis in county jail prisoners in the western sector of the city of São Paulo, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;
69. Jittimanee SX, Ngamtrairai N, White MC, Jittimanee S. A prevalence survey for smear-positive tuberculosis in Thai prisons. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;
70. United Nations. Millennium Development Goals Indicators: The Official United Nations site for the MDG Indicators. Off List MDG Indic. 2008;
71. Chiang CY, Hsu CJ, Hsu PK, Suo J, Lin TP. Pulmonary tuberculosis in the Taiwanese prison population. *J Formos Med Assoc*. 2002;
72. Reyes H, Coninx R. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. *British Medical Journal*. 1997.
73. World Health Organization. Xpert MTB/RIF for people living with HIV. 2014.
74. Palinkas LA, Aarons GA, Horwitz S, Chamberlain P, Hurlburt M, Landsverk J. Mixed method designs in implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Jan;38(1):44–53.

75. Berman EA. An Exploratory Sequential Mixed Methods Approach to Understanding Researchers' Data Management Practices at UVM: Integrated Findings to Develop Research Data Services. J eScience Librariansh. 2017;6(1).
76. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. Evid Based Nurs. 2017 Jul 1;20(3):74–5.
77. Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L., & Hanson WE. Advanced Mixed Methods Research Designs. In: Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage.; 2003. p. 209–240.
78. Всемирная организация здравоохранения. Примеры надлежащей практики в области профилактики и лечения туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью возбудителя, в исправительных учреждениях. 2018.

