**Эпидемия, о которой не говорят**

Владислав КОЛОМИЕЦ

**Непредвзятый взгляд на проблему пенитенциарного туберкулеза**

Проблема «пенитенциарного туберкулеза» является резонансной, причем не только для здравоохранения. В отечественной врачебной среде мало специалистов занимаются подобными вопросами. Причин несколько, главная - не акцентировать внимание на проблеме (понятно почему - из-за значения туберкулеза как своеобразного медицинского индикатора социального благополучия общества). Однако вследствие распространения и особенностей течения заболевания в пенитенциарных условиях полагаем обоснованным применять понятие «пенитенциарный туберкулез».

Проблемы туберкулеза в местах лишения свободы (МЛС) возникли давно, но информации о попытках их решения было крайне мало, иногда ее просто скрывали. Сейчас же ее можно освещать, иногда и политизируя (особенно в СМИ). В периодической печати и открытой служебной информации широко представлены данные о распространении заболевания. Это впечатляет, такое внимание отрадно, это свидетельствует о внимании общества к данной проблеме здравоохранения. В конечном итоге можно констатировать - проблема туберкулеза как социально значимого заболевания стала предметом обсуждения на разных уровнях и в различных институтах общества. Достаточно привести лишь один пример.

СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ...

По Федеральной целевой программе борьбы с социально значимыми заболеваниями на 20072011 гг. и ее подпрограмме «Защита населения Российской Федерации от туберкулеза» всего выделено 9791, 1 млн руб., из них на организацию противоэпидемических мероприятий в контингентах ФСИН - 2168, 5 млн руб. Очень дорого обходится обществу решение этой проблемы!

Конечно, следует отдать должное администрации ФСИН, которая наряду с решением целого узла социально-правовых дел уделяет постоянное внимание и туберкулезу. Но тем не менее заболеваемость пенитенциарным туберкулезом продолжает оставаться как минимум на порядок выше сравнительно с остальным населением - в 2008 г. из 120 835 впервые выявленных больных туберкулезом в РФ 12% выявлены в пенитенциарных учреждениях. Отметим - резервуар инфекции в контингентах МЛС настолько огромен, что постоянно грозит выплеснуться на всё население. Да что там грозит - выплескивается, есть отдельные «группы» больных, которые постоянно циркулируют между МЛС и нахождением в свободном обществе (непостоянно, кратковременно).

Поэтому надеемся, что освещение отдельных вопросов по проблемам пенитенциарного туберкулеза будет полезно коллегам и пенитенциарной медицинской службы, и всей службы здравоохранения.

При разработке системы противоэпидемических мероприятий в пенитенциарных контингентах необходим анализ эпидемической ситуации (ЭС). Установить, во-первых, тенденции ее формирования (прогноз, приоритетные мероприятия). Во-вторых, выявить наиболее уязвимые звенья эпидемического процесса. В-третьих - подвести материальную базу для реализации программ предупреждения распространения инфекции. Как же обстоит дело в настоящее время?

При общей оценке ЭС в пенитенциарных учреждениях, по эпидемиологическим критериям, - это эпидемия. И отношение к ней должно быть соответствующим. Однако в отличие от других (вспомним эпопею с «птичьим» и «свиным» гриппом!) здесь особых тревог почему-то не возникает. Представляется целесообразным с целью постоянного внимания к ЭС в МЛС рассматривать ее как «контролируемую эпидемию».

До настоящего времени ЭС оценивают преимущественно по заболеваемости в контингентах МЛС (далее обозначим находящихся в этих контингентах как социально-дезадаптированные лица - СДЛ). Между тем число случаев активного пенитенциарного туберкулеза именно в условиях ФСИН, исходя из которых планируются дальнейшие противоэпидемические мероприятия, характеризуется не только впервые выявленными больными. Нами в течение длительного времени отслеживается динамика ситуации в пенитенциарных условиях одного из УФСИН ЦФО. Для ее характеристики ввели специальный показатель пораженности, под которым рассматривали частоту впервые выявленных и повторно заболевших больных (рецидивы).

Таким образом, ЭС во многом формируется за счет заболеваемости среди находящихся в СИЗО, а не в исправительных колониях. Но, главное, доказано, что ее необходимо оценивать по пораженности контингентов, то есть по заболеваемости и частоте рецидивов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Объемы и качество специализированной медицинской помощи, обусловленной туберкулезом (СМП ТБ), в пенитенциарных условиях предопределяются клинической структурой и особенностями течения заболевания. Хотя до настоящего времени основное внимание уделяется впервые выявленным больным (выявление, материально-техническое и медикаментозное обеспечение), однако в СМП ТБ нуждаются и другие СДЛ. Действительно, в наших наблюдениях впервые выявленные больные составили лишь 29, 3%, с рецидивами - 7, 3%, ранее болевшие (РБ) и диагностические больные, соответственно, 25, 1 и 38, 3%.

В клинической структуре впервые выявленных преобладали больные с инфильтративным (ИТЛ) и очаговым (ОТЛ) туберкулезом легких - 46, 9 и 36, 4%. Диссеминированный туберкулез (ДТЛ) диагностирован у 11, 9%, туберкуломы - у 3, 6%. Наблюдались единичные случаи внелегочного туберкулеза, как и ФКТЛ (фиброзно-кавернозный) и КТЛ (кавернозный) - у 1, 3% больных. Последние диагностируются при поступлении в СИЗО, что связано не столько с ошибками в обследовании, сколько с проведением следствия и судебных разбирательств. Бактериовыделение у впервые заболевших обнаружено в 39, 7% случаев, деструктивные изменения - у 38, 5% больных. В итоге клиническая структура заболеваемости пенитенциарным туберкулезом существенно отличается сравнительно с заболеваемостью остального населения региона.

Структура контингентов больных с рецидивом туберкулеза имеет свои отличия. Так, достоверно реже диагностируется ОТЛ - 24, 6%, преобладают больные с ИТЛ - 62, 9% случаев, а также с ФКТЛ и туберкуломами - соответственно в 5, 6 и 6, 9% случаев. Фаза распада определялась в 58, 6% случаев (практически так же часто, как и при впервые выявленном процессе). Больные с рецидивом в клинической форме ФКТЛ выявляются в СИЗО, у них отмечаются выраженные клинические проявления. У 74, 3% больных с рецидивом обнаружено выделение МБТ. Из особенностей клинического течения рецидивов отмечается достоверно высокая частота сопутствующих заболеваний - у 15, 5% против 2, 6%, особенно сахарный диабет, психические заболевания, ИБС, а также осложнения туберкулеза.

Самый большой объем СМП ТБ в пенитенциарных учреждениях вынуждены были оказывать больным, у которых в 49, 6% случаев необходимо верифицировать диагноз туберкулеза и в 50, 4% определить его активность. Их можно условно обозначить как диагностические. Практически у всех (94, 5%) в легких определялись, как минимум, остаточные изменения различной степени выраженности.

В преобладающем большинстве случаев (89, 5%) «диагностические» больные ранее были известны медицинским работникам как «рентгенположительные» по результатам проверочных осмотров. Не исключено, что отдельные из них, по различным причинам, могли аггравировать соответствующие клинические проявления, тем более известные им в связи с перенесенным в прошлом туберкулезом или по другим источникам. С учетом наличия остаточных туберкулезных изменений и сопутствующих заболеваний проводилось дообследование, в 79, 3% случаев в течение менее месяца.

Первичные пневмонии различной этиологии, в том числе абс-цедирующие, диагностировали у 3, 5% и опухоли легких - у 1, 8%, у остальных 3, 2% больных обнаружены сахарный диабет, обострения ХОБЛ и патология хирургического профиля. У отдельных СДЛСМП этой группы выявлены наркозависимость, алкоголизм, психические заболевания, у 85, 4% табакокурение с частыми обострениями хронического обструктивного бронхита. В результате обследования у 13, 7% больных диагностированы активные формы, у 5, 1% выявлены сопутствующие заболевания на фоне неактивного процесса и в остальных 81, 2% случаев исключен активный туберкулез легких.

Среди диагностических больных имеют место и весьма специфические случаи верификации диагноза. Они обусловлены тем, что негативная социальная установка к отбыванию наказания в МЛС стимулирует отклоняющееся поведение в виде симулятивных проявлений (симуляции, аггравации, диссимуляции) и аутоагрес-сивных поступков (самоповреждение, членовредительство или самокалечение). И именно туберкулез, с учетом его распространения и значения для статуса СДЛ, может быть использован как объект симулятивных проявлений.

Фтизиатру, как и любому врачу пенитенциарной системы, необходимо различать как симуляцию (ложно изображаемое болезненное состояние), так и аггравацию (преувеличение отдельных симптомов острой фазы, в данном случае туберкулеза). Целью симуляции и аггравации является получение льгот при трудоустройстве, направление в больницу ИУ, освобождение от наказания в ШИЗО и ПКТ и т.д. Случаи диссимуляции (отрицание болезни или ее отдельных синдромов/симптомов) при заболевании туберкулезом крайне редки.

В целом обследование диагностических больных показано при:

1) наличии у СДЛ с ОТИ в легких после клинического или спонтанного излечения признаков, свидетельствующих по данным лучевого и лабораторного обследования о возможной реактивации туберкулеза;

2) выявлении у СДЛ клинических признаков заболеваний, которые необходимо дифференцировать с туберкулезом органов дыхания;

3) случаях симуляции или аггравации туберкулеза.

Как клиническую особенность у диагностических больных следует рассматривать необходимость использования определенного диагностического алгоритма выявления активного туберкулеза - обязательное углубленное клиническое обследование с использованием различных индикаторов активности процесса, различные провокационные пробы и пробную терапию.

Очевидно, что провокационные пробы в пенитенциарных условиях вследствие как недостаточного оснащения, так и особенностей личности больных, малоинформативны. Так, у больных с подтвержденной активностью процесса протеинотуберкулиновая проба была положительной в 69, 2%, гемотуберкулиновая - у 73, 1%, проба Михайлова - 30, 7%, а местная, общая и очаговая реакции на введение 20 ТЕ отмечались лишь в 9, 6% случаев.

Возможностей использования для оценки состояния клеточного и гуморального иммунитета других иммунологических индикаторов активности процесса, например, содержание отдельных цитокинов, также крайне мало по тем же причинам. Поэтому наиболее целесообразно для определения активности процесса применять тест-терапию с использованием 3-4 антибактериальных препаратов, наблюдая больных по 0А- или 0Б-группе диспансерного учета.

Группу ранее болевших составляют больные, выявленные с различными формами туберкулеза до поступления или ранее в учреждениях ФСИН и продолжающих основной курс лечения в интенсивной или поддерживающей фазе. У них в 57, 8% случаев диагностировали фазу распада, преобладали больные ДТЛ - 18, 9% и ИТЛ - 33, 1% (фаза распада у 63, 5% и 64, 5% больных), ОТЛ диагностирован лишь у 9%. Среди остальных больных, у которых процесс был выявлен значительно раньше, и неоднократно лечившихся, и в условиях УФСИН, диагностировали кавернозный туберкулез в 1, 2%, плеврит (эмпиема) - 0, 6%, цирротический - 3, 3%, туберкуломы - 12, 9% (в т.ч. в фазе распада 25, 5%) и ФКТЛ в 20, 5% случаев.

Хронический туберкулез в пенитенциарных условиях, как правило, распространенный и в большинстве с деструктивными изменениями в виде сформированных полостей. Так, у 22, 7% ранее болевших были поражены 6 и более сегментов. Из всех РБ до поступления в УФСИН лишь в 1, 5% случаев ранее применялись хирургические методы лечения, еще в 13, 1% больных с ФКТЛ, туберкуломами и ЦТЛ возможно было использовать хирургические методы, включая коллапсотерапию (в том числе и торакопластику), но согласились и оперированы только не более чем 50% больных с такими формами.

УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ - В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ

Несомненно, из противоэпидемических мероприятий в пенитенциарных условиях приоритетное значение имеет своевременное выявление больного. Активное выявление больных осуществляется путем проверочных осмотров флюорографическим методом при поступлении в учреждения УФСИН, а затем дважды в год до конца наблюдения. При качественном проведении проверочных осмотров, с двойным чтением флюорограмм и соблюдением сроков дообследования, СДЛ активно выявляется ежегодно в среднем у 85% больных. Здесь же необходимо отметить, что более чем у 40% из них такое обследование было проведено в интервале между плановыми осмотрами, то есть по назначению медицинских работников при появлении признаков, подозрительных на туберкулез. И лишь до 15% больных ежегодно выявлялись пассивно, после обращения самостоятельно за медицинской помощью и обследовании согласно выполнению клинического минимума. Таким образом, проведение проверочных осмотров в принятом режиме не гарантирует своевременность диагностики во всех случаях. Следовательно, именно в учреждениях ФСИН необходимо стимулировать своевременное обращение СДЛ при появлении подозрительных на туберкулез симптомов.

Наиболее частая причина несвоевременной диагностики - запоздалое дообследование - 85, 756, 6%. Результаты анализа постоянно учитывались при разработке противоэпидемических мероприятий, и хотя качество и время дообследования постоянно улучшаются, тем не менее вследствие административно-режимных условий УФСИН эта причина остается главной в случаях несвоевременной диагностики процесса.

По результатам длительных наблюдений доказано, что для планирования и проведения противоэпидемических мероприятий необходимо выделять отдельные группы риска среди контингентов пенитенциарных учреждений, такие как ВИЧ-инфицированные, пребывающие в экстремальных ситуация, в отдельных психофункциональных состояниях по данным психометрических исследований. В целом же группа риска (СДЛ с сочетанием нескольких факторов - различные заболевания, спонтанное или клиническое излечение, контакт, пребывание в экстремальных условиях) составляет не более 7% контингента подследственных и осужденных, и именно в ней должны приоритетно проводиться противоэпидемические мероприятия. Переболевшие туберкулезом, как рассматриваемая до настоящего времени основная группа, составляют до 17% всего контингента УФСИН, у большинства из них (90%) выявляются выраженные остаточные изменения в легких, и они нуждаются в постоянном наблюдении (как минимум на условиях бывшей 7-А ГДУ).

В ЧЕМ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ?

При выяснении факторов риска развития туберкулеза исходили из следующих предпосылок. Во-первых, влияние факторов риска самого разнообразного генеза в условиях контингентов ФСИН сравнительно с остальным населением более продолжительное и интенсивное. Во-вторых, приоритетным является влияние социально обусловленных факторов, а именно условий внешней среды (полноценность питания, бытовые условия, характер трудовой деятельности) и пребывания в условиях ФСИН (пенитенциарный стаж, пребывание в экстремальных условиях, психологическое состояние).

Установлено, что имеют значение факторы риска как в пенитенциарных условиях, и такие, как поведенческие особенности СДЛ, вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания), кастовость и клановость взаимоотношений, определяющие агрессивность поведения, интенсивное стрессовое давление и др. В наших исследованиях влияние таких факторов интегрированно оценивалось как влияние психологического состояния и особенностей психического здоровья СДЛ. Учтено и возможное влияние факторов, обусловленных инфекцией, - характер инфицирования и излечения в прошлом, остаточных изменений в легких и контакты с больным туберкулезом, а также характеризующих сам организм человека (сопутствующие заболевания, пол и возраст, не исключено - другие факторы генетического плана).

Влияние социально значимых факторов риска как условий внешней среды в пенитенциарной системе изучено путем оценки условий труда (по величине заработка СДЛ), качества питания СДЛ (по стоимости суточного рациона) и такого фактора, как соблюдение режима учреждения. Частота случаев его нарушения характеризует требования администрации, что сказывается на психологическом состоянии СДЛ.

Установлена выраженная обратная корреляционная связь между рассматриваемыми факторами и заболеваемостью туберкулезом, а также частотой возникновения рецидивов. Частота возникновения активного туберкулеза снижалась при росте затрат на питание СДЛ, их заработка (занятости), количества фиксируемых нарушений, то есть степени соблюдения режима, - коэффициенты корреляции указанных факторов составили соответственно - 0, 97, - 0, 82 и - 0, 89.

В проводимых исследованиях было впервые изучено влияние, как фактора риска психофункционального состояния СДЛ, определяемого путем психологического тестирования и психометрического обследования. Как дополнительный фактор риска рассматривали пребывание СДЛ в экстремальных ситуациях (наказание за нарушение режима с дополнительными ограничениями свободы, например, помещение в ШИЗО), ведь при этом ухудшаются психофункциональное состояние, условия быта и режима питания, повышается возможность влияния суперинфекции. Выявлена выраженная прямая корреляционная связь (зависимость, r=1, 0) между заболеваемостью и частотой пребывания СДЛ в таких психофункциональных состояниях, как раздражение, напряжение и агрессия, а также надежды на лучшее будущее (r=0, 90).

Инфицированность (по результатам определения чувствительности к туберкулину репрезентативной группы) установлена у 96, 2% СДЛ, ранее клинически излеченные от туберкулеза составили 17, 5% и у них в 90, 1% случаев были выявлены остаточные изменения в легких. С учетом этого влияние инфицирования как фактора риска возникновения туберкулеза нивелируется, и необходимо учитывать значение суперинфекции для возникновения заболевания или же его рецидива.

Количество СДЛ СМП, страдающих различными заболеваниями и переболевших туберкулезом, общавшихся в условиях содержания их в учреждениях ФСИН с больными и переболевшими туберкулезом и пребывавших в экстремальных условиях, то есть подверженных влиянию нескольких факторов риска, составило лишь 10, 1%. Количество СДЛ СМП, не подверженных влиянию хотя бы одного из указанных факторов риска, было в 2 раза больше - 19, 9%. Таким образом, на фоне влияния различных социально обусловленных факторов внешней среды (пребывание в МЛС) у 70% больных СДЛ имеет место влияние и других факторов риска возникновения туберкулеза.

Комплексный анализ влияния этих факторов в пенитенциарных условиях подтвердил, что риск развития рецидива достоверно выше риска возникновения впервые выявленного туберкулеза - 2, 6% против 1, 6% (P<0, 05). И именно в случаях рецидива при наличии сопутствующих заболеваний, пребывания в экстремальных ситуациях и общении с больными активным туберкулезом риск составил 7, 9% сравнительно с 2, 8% для впервые заболевших (P<0, 05).

«СЕКРЕТЫ» ЭФФЕКТИВНОСТИ

Эффективность реабилитации больных СДЛ в условиях ФСИН является одним из важнейших показателей формирования ЭС в пенитенциарных учреждениях. В основе лежит повышение эффективности клинической (медицинской) реабилитации. Однако учитывать достижение только клинического излечения, по аналогии с остальным населением, малопродуктивно, так как вне анализа остается оказание СМП значительным контингентам СДЛ в условиях ФСИН.

Отметим, что в условиях ЛПУ УФСИН в преобладающем большинстве случаев лечение всех категорий больных проводится по индивидуализированным режимам (разумеется, вначале исходя из положений известных приказов № 109 и № 50, которые в чистом виде зачастую просто невозможно выполнить именно в условиях УФСИН). На наш взгляд, при оценке эффективности лечения целесообразно учитывать достижение не только клинического излечения. Эффективность СМП характеризуют также достижение клинического улучшения, стабилизация процесса, прогрессирование или смерть.

При когортном анализе частота клинического излечения повышалась в течение 5 лет наблюдения с 34 до 60, 3%, закрытие полостей распада - с 63, 5 до 71, 8%, а прекращение бактериовыделения с 74, 1 до 75, 5% больных. В условиях здравоохранения удалось достичь показателей, аналогичных приведенным, не более чем у 22-27%, 59, 9-63, 4% и 64, 8-71, 2% случаев. Анализ же эффективности оказания СМП по группам больных позволил установить, что в итоге клинически эффективным проводимое обследование и лечение можно считать у 60, 3% впервые выявленных СДЛ, 35, 1% больных с рецидивами и лишь у 34, 3% ранее заболевших СДЛ СМП. Верификация диагноза после дополнительного обследования и превентивное или пробное лечение были эффективными у 88% диагностических СДЛ СМП.

У 33, 2% наблюдаемых удалось достичь стабилизации процесса в результате лечения. Такие результаты, с учетом других условий, могут быть обнадеживающими. Несомненно, отсутствие эффекта при обследовании и лечении всех активных больных лишь в 7, 6% случаев является доказательством достаточно эффективной клинической реабилитации СДЛ СМП в условиях ФСИН.

Установлено, что эффективность реабилитации неодинакова при различном характере процесса и длительности основного курса лечения. Так, если эффективность среди всех активных больных с деструктивными формами достигнута в 18, 8% случаев, то среди болевших различными клиническими формами без деструкции - в 48, 8%. Влияние продолжительности лечения было также неоднозначным. Если из 376 СДЛ с активным процессом, принимавших лечение не более 3 месяцев, эффективным оно было у 14, 9%, то при основном курсе в течение 4-6 месяцев - 54, 8%, 7-9 - 76% и при продолжительности в 10-12 месяцев - у 76, 8%.

Разная эффективность и при различной устойчивости МБТ: при моноустойчивости лечение было эффективным у 29, 8% больных, устойчивости к двум АБП (преимущественно S+H или S/H+АБП основной группы) - 25%, у выделителей полирезистентных МБТ - 26, 7% и при наличии МЛУ - 25%.

В то же время среди бактериовыделителей лекарственно-чувствительных МБТ эффективность достигнута у 51, 6% СДЛ (P<0, 05).

Таким образом, эффективность клинической реабилитации больных пенитенциарным туберкулезом достоверно предопределялась тремя факторами - характером процесса, продолжительностью основного курса лечения и характером чувствительности МБТ к антибактериальным препаратам. Эти полученные впервые данные о качестве реабилитации и объемах оказания СМП трудно оценить в сравнении, так как в целом по ФСИН приводятся зачастую результаты лишь выборочных исследований по эффективности впервые выявленных больных. Более того, отсутствуют аналогичные данных при лечении и в условиях здравоохранения.

Отметим еще одно обстоятельство. В период внедрения стандартных режимов антибактериальной терапии и мониторинга лечения как основной курс, так и превентивное лечение в группе диагностических больных начинали (или продолжали) в соответствии с рекомендуемыми режимами этиотропной терапии. Однако в процессе ее проведения у 71, 3% впервые выявленных СДЛ, 84, 5% больных с рецидивом и у 94, 3% принимавших основной курс ранее заболевших были использованы, если точнее - вынуждены были использовать, индивидуальные режимы антибактериальной терапии. Основными причинами были дефицит показанных антибактериальных препаратов, плохая переносимость, лекарственная устойчивость МБТ и режимные условия содержания больных. Особенности индивидуализированных режимов этиотропной терапии у СДЛ заключались в применении АБП не в соответствии со спектром устойчивости МБТ, сокращении или удлинении интенсивной фазы, применении 3 препаратов в течение всей поддерживающей фазы основного курса лечения. В связи с этим принципиальное значение имеет централизованное обеспечение учреждений ФСИН препаратами для этиотропной и патогенетической терапии. Особенно речь идет о последней, так как опять-таки именно в условиях ФСИН во многих случаях нельзя ограничиться только антибактериальной терапией.

КАК ОСТАВИТЬ ВРАЧА «ЗА КОЛЮЧКОЙ»?

Следует остановиться еще на одной проблеме пенитенциарного туберкулеза - подготовке кадров фтизиатров для ведомственной медицинской службы и их последипломном образовании. Она далеко не простая. Насколько известно, ее решение в настоящее время становится не только злободневным, но для некоторых регионов страны просто угрожающим. Так, по данным А.Ко-нонца, только в 2006-2007 гг. из учреждений уголовно-исполнительной системы уволилось около 300 фтизиатров. Престиж профессии падает, в интернатуре трудно подготовить качественную замену уходящим специалистам. В ЛПУ пенитенциарных учреждений, обслуживающих малое количество СДЛ, по штатному расписанию нет ставок фтизиатров. В какой-то степени это оправданно, если исходить из требований и норм функциональной нагрузки врача в настоящее время. Но ведь больные туберкулезом есть, и противоэпидемические мероприятия проводить необходимо. В этих случаях можно интегрировать работу фтизиатра с работой врачей других специальностей, прежде всего пульмонолога, ведь и сама фтизиатрия является в большей степени фтизиопульмо-нологией. Но тогда опять-таки необходима специализация этих врачей.

На кафедре фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета накоплен достаточный опыт разрешения этой проблемы. Мы сотрудничаем с медицинскими работниками службы ФСИН области с конца 70-х годов XX века и первыми в открытой печати опубликовали в 1991 г. результаты исследований по пенитенциарному туберкулезу и реализуемых предложений. В последние 4 года туберкулезное отделение областной больницы УФСИН стало филиалом клинической базы кафедры, здесь с учетом особенностей режима УФСИН проводятся отдельные практические занятия студентов. Отметим, что студенты наряду с профессиональной подготовкой получают представление не только о пенитенциарной медицине, но и по вопросам, скажем так, воспитательного, правового характера.

В этой интегрированной работе важнейшим разделом является подготовка кадров. Используется своеобразная форма неклинической интернатуры, когда интерны сразу зачисляются в кадровый состав, а затем в течение года проходят очно-заочную подготовку на кафедре с элементами дистанционного обучения. Более того, нередко уже на этапе додипломного обучения приходится вести профессиональную ориентацию выпускников к работе в системе ФСИН. Именно таким путем подготовлено большинство фтизиатров УФСИН области. Последипломное образование проводится путем проведения при кафедре сертификационных циклов тематического усовершенствования, с последующей аттестацией на врачебные категории.

Оказывается и конкретная лечебно-диагностическая помощь больным, так как фтизиатры учреждений ФСИН запредельно загружены, очень часто нуждаются в квалифицированной консультативной помощи. Все сложные случаи верификации диагноза, обоснования плана лечения и реабилитации рассматриваются на заседаниях ЦВКК, сотрудники кафедры по приказу являются ее членами. В плановом порядке, в фиксированные дни, проводятся консилиумы и клинические разборы с привлечением фтизиатров МСЧ других подразделений системы УФСИН. Консультации в других учреждениях УФСИН осуществляются по вызову, а также во время плановых выездов для курации этих ИК. В среднем в течение года консультируется более 350 больных.

В организационно-методической работе приоритетным является внедрение методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных и переболевших среди подследственных и осужденных применительно к условиям работы ведомственной медицинской службы и с учетом нормативных положений ФСИН. При этом зачастую осуществляется своеобразный арбитраж с выбором наиболее приемлемых вариантов медицинской тактики и учетом инструкций, приказов, указаний и просто бюрократической переписки. Конечно же, важнейшим разделом для сотрудников кафедры является научно-исследовательская работа, выполняемая интегрированно с работниками ЛПУ ФСИН и направленная на предупреждение распространения туберкулеза.

Внедрение результатов проводимых исследований с предлагаемыми решениями проблем в целом имеет положительные последствия. Эпидемическая ситуация продолжает оставаться на уровне контролируемой эпидемии, однако заболеваемость хотя и превышает таковую среди всего населения области почти в 5 раз, но значительно ниже сравнительно с федеральными показателями. Так, в учреждениях УФСИН области она снизилась за последние 7 лет на 64, 1%, в то время как по ФСИН - на 29, 4%.

В заключение необходимо отметить, что вопросы по проблеме туберкулеза в пенитенциарных учреждениях значительно шире рассматриваемых в статье.

Владислав КОЛОМИЕЦ, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета, профессор.

**Список литературы**

Медицинская газета № 72 (7002) 22 сентября 2010