



Обеспечение эффективного лечения туберкулеза у наркозависимых ВИЧ- ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Фонд содействия защите здоровья и социальной справедливости им. Андрея Рылькова

2011

Авторы отчета:

Аня Саранг¹, Анастасия Мейлахс², Евгения Марон³, Татьяна Иванова¹, Михаил Торбан⁴

1. Фонд содействия защите здоровья и социальной справедливости им. Андрея Рылькова.
2. Центр Независимых Социологических Исследований, г. Санкт-Петербург.
3. Благотворительный женский фонд «Астра», г. Санкт-Петербург, проект «Симона+».
4. Центр междисциплинарных исследований СПИД, Университет Йель, США.

Благодарность:

Авторы выражают искреннюю признательность Ольге Петровне Фроловой (Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации) за помощь и совет в ходе подготовки, проведения и анализа исследования. Мы очень благодарны участникам исследования, которые поделились с нами своим временем и опытом жизни с ВИЧ и туберкулезом или предоставления медицинской и социальной помощи в этой области. Мы благодарны партнерам из проекта «Симона+» - всем региональным корреспондентам проекта за сбор данных в туберкулезных диспансерах России, которые зачастую очень тяжело доступны, а также сотрудникам диспансеров за кропотливый сбор и предоставление данных для исследования. Мы также благодарны партнерским неправительственным организациям в трех городах, где проводились глубинные интервью: Благотворительному Фонду «Гуманитарное действие», Санкт-Петербург (и лично Марии Харченко и Андрею Цветкову), КРОО «Мельница», Курск (и лично Максиму Шмелеву), и Благотворительному Фонду защиты прав и интересов людей, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, «Ремиссанс», Пермь (и лично Елене Ереминой), за помощь в организации интервью. Мы также благодарны нашим рецензентам за очень внимательное прочтение отчета и ценные комментарии: Смильке Де Люсиньи (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Маше Голованевской (Международная программа снижения вреда Фонда «Открытое общество»), а также Саше Левину за помощь в расшифровке интервью и редактировании отчета. Мы благодарны нашим партнерам из офиса Коалиции по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ITPC.ru) за поддержку во время реализации исследовательского проекта, а также за веру в нас – ведь грант на проведение исследовательского проекта стал первой финансовой поддержкой для нашей молодой организации.

Исследование было проведено:

Фондом содействия защите здоровья и социальной справедливости им. Андрея Рылькова (Москва) при финансовой поддержке Коалиции по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ITPC.ru) и Фонда Тайдс. Сбор количественных данных проводился в рамках проекта мониторинга и адвокации доступности лечения «Симона+» при поддержке Международной программы снижения вреда Института «Открытое общество».

Содержание:

Резюме	4
Введение. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ, туберкулезу и потреблению инъекционных наркотиков в Российской Федерации.....	9
Цели и методология исследования	12
1. Результаты анализа количественных данных проекта	13
1.1 Сочетанная инфекция ВИЧ и туберкулез во фтизиатрических учреждениях в 2009 г.	14
1.2 Выпадение пациентов из программ лечения туберкулеза в 2009 г.	15
1.3 Наркологическая помощь пациентам с наркозависимостью во фтизиатрических учреждениях в 2009 г.	16
1.4 Развитие лекарственной устойчивости к двум и более препаратам	16
1.5 Смертность во фтизиатрических стационарах в 2009 г.	17
2. Причины выпадения пациентов с сочетанной инфекцией из системы туберкулезного лечения.....	19
2.1. Выпадение на этапе выявления пациентов	19
2.2. Выпадение пациентов на этапе стационарного лечения туберкулеза	21
2.2.1 Отсутствие специализированной помощи для пациентов с наркозависимостью	22
2.2.2 Затянутое стационарное лечение	27
2.2.3 Низкий уровень интеграции фтизиатрической и инфекционной служб	30
2.3. Выпадение пациентов на «переходных» этапах – например, перехода со стационарного лечения в амбулаторное, освобождение из мест лишения свободы ..	31
Заключение.....	34
Приложение.....	35

Резюме

Люди с сочетанными заболеваниями, такими как ВИЧ-инфекция, наркозависимость и туберкулез, являются одной из самых уязвимых групп в плане риска инфицирования, доступа к своевременной диагностике и эффективному лечению. Уязвимость этой группы связана с рядом факторов. Высокая стигма наркопотребления и маргинализация наркопотребителей приводит к тому, что уровень доступа к здравоохранению этой группы крайне низок. В силу репрессивного законодательства и судебной практики в области наркотиков данная группа является высоко криминализированной, что приводит к большой концентрации наркопотребителей в местах лишения свободы, представляющих собой один из основных источников распространения туберкулеза в нашей стране. Законодательный запрет на использование современных форм наркологического лечения, таких как заместительная терапия метадонотерапией и бупренорфином, снижает эффективность профилактики и своевременного выявления ВИЧ-инфекции и туберкулеза в данной группе, а также приводит к снижению уровня удержания в лечении, как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза.

Пробелы в организации выявления, диагностики и лечения туберкулеза, отсутствие обоснованных, позволяющих добиться высоких результатов стандартов лечения, отвечающих специальным потребностям пациентов, ведут к низкому уровню привлечения в лечение и высокому уровню выпадения из него у пациентов с сочетанными заболеваниями. Это существенно снижает эффективность лечения простого туберкулеза и ведет к развитию лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также высокой смертности в данной группе пациентов.

Данный отчет обобщает результаты исследования, направленного на изучение особенностей предоставления лечения людям с сочетанными заболеваниями туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Исследование было проведено Фондом содействия защите здоровья и социальной справедливости им. Андрея Рылькова совместно с партнерским проектом «Симона+» в марте-ноябре 2010 г. Оно включало в себя сбор количественных данных в 13 городах России о ситуации с предоставлением стационарного лечения туберкулеза, а также проведение глубинных интервью с пациентами с сочетанной инфекцией, имеющих опыт лечения туберкулеза, и сотрудников здравоохранения, имеющих опыт предоставления такого лечения, из трех городов (Курск, Пермь, Санкт-Петербург). В результате исследования были получены новые данные, освещающие ситуацию в противотуберкулезных стационарах и улучшающие наше понимание основных барьеров, с которыми сталкиваются пациенты с сочетанными заболеваниями при получении лечения туберкулеза. На основе анализа интервью были выработаны рекомендации по конкретным шагам для увеличения доступности и эффективности лечения туберкулеза для пациентов с сочетанными заболеваниями.

Основные результаты:

- **Наркозависимые пациенты с ВИЧ являются наиболее уязвимой группой в плане лечения туберкулеза**

В группе пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ и туберкулеза крайне высок уровень смертности во время прохождения лечения туберкулеза: *в 3 городах доля умерших пациентов с сочетанным заболеванием среди всех больных туберкулезом составила почти 100%.*

Подавляющее большинство (78%) пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ+ТБ являются наркозависимыми (доля наркозависимых пациентов с сочетанным заболеванием варьировалась от 50 до 86%, только в одном городе этот показатель был равен 10%).

Уровень выпадения пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ+ТБ из программ стационарного лечения очень высок и составляет в среднем 30%. Особенно высок уровень выпадения среди пациентов с наркозависимостью, который в среднем составляет 41%. В ряде городов процент выпадения из лечения наркозависимых пациентов с сочетанным заболеванием достигал 100%.

У пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ+ТБ лекарственная устойчивость к двум и более препаратам развивалась гораздо чаще, чем у пациентов без ВИЧ (в среднем, у каждого третьего пациента).

➤ **Уровень профилактической работы и диагностики туберкулеза и ВИЧ-инфекции в группе наркозависимых крайне низок**

В исследовании отмечена проблема недостаточной профилактической работы среди наркозависимых как по ВИЧ-инфекции, так и по туберкулезу. Одной из основных сложностей эффективного лечения сочетанного заболевания ВИЧ+ТБ является позднее выявление ВИЧ в данной группе, а также поздняя обращаемость за лечением ВИЧ. Это связано с плохим контактом здравоохранения с группой наркопотребителей и недостаточной профилактической работой. Хотя проекты снижения вреда и аутрич-работы, позволяющие установить регулярный контакт с наркозависимыми, работали в тех трех городах, где проводился опрос, уровень их охвата очень незначителен в силу слабой финансовой и организационной поддержки этих программ и невысокой интегрированностью с другими службами здравоохранения.

Специалисты отметили низкую эффективность работы по диагностике туберкулеза среди ВИЧ-позитивных людей. Неэффективность ранней диагностики связана с отсутствием современных диагностических возможностей как в программах снижения вреда, так и в медицинских учреждениях, являющихся для труднодоступных пациентов точками входа в систему здравоохранения (таких как поликлиники, инфекционные больницы и т.д.). Дополнительным фактором была названа длительность процесса диагностирования, которое осложняется тем, что проявления туберкулеза у ВИЧ-позитивных людей часто носят атипичный характер. Системы, позволяющие проводить ускоренное диагностирование туберкулеза и устойчивости к препаратам, в Российской Федерации не закупаются.

➤ **Слабая связь фтизиатрических учреждений с инфекционными службами**

В половине городов проекта примерно каждый пятый (а в некоторых городах - каждый второй) пациент противотуберкулезного стационара являлся ВИЧ-позитивным. Однако уровень взаимодействия между фтизиатрическими и инфекционными службами, как правило, крайне низок. Основными проблемами в области взаимодействия служб были названы: отсутствие у фтизиатров специальной подготовки и опыта ведения ВИЧ-позитивных пациентов и отсутствие у инфекционистов специальных знаний по туберкулезу; сложности в проведении диагностики иммунного статуса и вирусной нагрузки, назначения и получения антиретровирусных (АРВ) препаратов для пациентов, проходящих стационарное лечение туберкулеза; ограничение возможностей проведения химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-позитивных пациентов в Центрах СПИДа.

➤ **Отсутствие действенной наркологической помощи для пациентов с сочетанными заболеваниями**

Самым серьезным структурным барьером к эффективному лечению в стационарах для пациентов с сочетанным заболеванием является отсутствие эффективной наркологической помощи пациентам как в рамках противотуберкулезных стационаров, так и за их пределами. Большинство наркозависимых пациентов с туберкулезом выпадают из лечения: *в некоторых городах уровень выпадения из стационарного лечения в этой группе достигал 100%*. Неспособность системы здравоохранения предоставить адекватное наркологическое лечение ведет к созданию институциональной «ловушки» для пациентов, когда де-факто пациенты с наркозависимостью исключаются из стабильного лечения туберкулеза. Ключевыми барьерами к эффективному лечению наркозависимых пациентов с сочетанным заболеванием стали: законодательный запрет на использование программ заместительной терапии наркозависимости при помощи метадона и бупренорфина, являющихся неотъемлемой частью лечебных протоколов ВОЗ для ведения пациентов с сочетанными заболеваниями туберкулеза, ВИЧ-инфекции и наркозависимости; неотлаженность системы назначения препаратов, которые могли бы использоваться для оказания наркологической помощи при синдроме отмены в противотуберкулезных диспансерах в рамках существующего законодательства; отсутствие работы по психологической и социальной реабилитации пациентов, проходящих лечение в туберкулезных стационарах; слабая подготовка специалистов противотуберкулезной службы в вопросах наркозависимости.

➤ **Акцент на стационарном лечении и неразвитость системы DOTs в сообществе**

Система лечения туберкулеза в России ориентирована на максимальную длительность лечения в стационаре. Наши интервью показали, что длительное стационарное лечение связано с рядом проблем — затратность для системы здравоохранения, плохие условия пребывания пациентов, сложности в удержании пациентов в стационаре, синдром «усталости от лечения», возникающий после длительного, порой многомесячного, пребывания в больнице. Все эти факторы способствуют преждевременному выпадению пациентов из лечения и снижению мотивации на его дальнейшее продолжение. Мировая практика и передовой опыт в России показали, что эффективность стационарного лечения не выше, а порой ниже хорошо организованного амбулаторного лечения так называемой терапии под прямым наблюдением (DOTs) в сообществе, когда уход и лечение пациентов проводится по месту их жительства, а лекарства предоставляются ежедневно под прямым наблюдением социального работника или младшего медицинского работника, привозящего лекарства на дом пациенту. В целом мировая практика стремится к минимизации времени, проводимого пациентом в стационаре. Однако в городах-участниках проекта подобная модальность работы отсутствовала. Сокращение стационарного пребывания затруднено и тем, что имеющиеся в наличии диагностические системы не позволяют проводить диагностику туберкулеза и лекарственной устойчивости в максимально сжатые сроки.

➤ **Выпадение пациентов в транзитные периоды лечения**

Отсутствие налаженного взаимодействия внутри фтизиатрической службы проявляется в следующих проблемах: отсутствии системы сопровождения пациента при переводе из одного фтизиатрического учреждения в другое; отсутствии единой регистрационной базы данных о пациентах, позволяющей пациентам продолжать лечение туберкулеза при необходимости территориальных перемещений (в ситуации освобождения из мест

лишения свободы, внутренней миграции); отсутствии мотивации специалистов амбулаторного звена на работу с ВИЧ-позитивными пациентами.

➤ **Низкая подготовка специалистов в области работы с наркозависимыми пациентами**

Слабая профессиональная подготовка специалистов фтизиатрической службы по вопросам наркозависимости и царящие в их среде бытовые представления об этом заболевании снижают мотивацию специалистов к работе с наркозависимыми и улучшению условий для их удержания в лечении.

Основные рекомендации

Профилактика

- Расширять и поддерживать профилактические программы (программы снижения вреда, связанного с наркотиками) для труднодоступных групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции и туберкулезу, в частности программы, построенные на активной аутрич-работе и выходе в сообщество наркопотребителей. Программы снижения вреда снижают риск, связанный с туберкулезом, среди потребителей наркотиков, увеличивая доступ к профилактике, информированию и ранней диагностике.

Диагностика

- Увеличить доступность тестирования и консультирования при ВИЧ для «скрытых» групп населения, таких как потребители наркотиков, в том числе через программы уличной социальной работы, посредством использования экспресс-тестов, а также направления на тестирование в низкопороговых центрах.
- Расширять доступность современных диагностических систем, позволяющих диагностировать туберкулез и лекарственную устойчивость в максимально короткие сроки, и их доступность через широкую сеть медицинских организаций и сервисов.

Лечение

- Рассмотреть возможности сокращения времени стационарного лечения и развития социально-медицинских служб лечения под прямым наблюдением в сообществе (в местах проживания пациентов). Данные службы могут осуществляться при взаимодействии медицинских учреждений и программ, оказывающих услуги наркопотребителям, в частности программ снижения вреда, а также через родственников, социальных работников или младший медицинский персонал.
- Устранить законодательные барьеры к реализации в Российской Федерации программ заместительной терапии метадон и бупренорфином, рекомендованных ВОЗ и представляющих собой ключевой механизм профилактики ВИЧ и туберкулеза, менеджмента наркозависимости, а также удержания в лечении (как стационарном, так и амбулаторном лечении ВИЧ и туберкулеза) пациентов с наркозависимостью.
- Развивать работу по дополнительному обучению медицинских специалистов (как лечащих врачей и медперсонала, так и организаторов здравоохранения) по вопросам лечения сочетанных заболеваний и особенностей ведения пациентов с сочетанными заболеваниями, таких как ВИЧ, туберкулез и наркозависимость.

Интеграция сервисов

- Интенсифицировать работу по удержанию пациента в программах лечения в транзитные периоды - при переходе из одних учреждений в другие (например, из стационарного в амбулаторный диспансер), при освобождении пациентов с туберкулезом из мест лишения свободы и перехода в гражданское здравоохранение: усилить взаимодействие служб и подготовку специалистов, обеспечить тщательное социальное сопровождение, улучшить систему передачи данных о состоянии здоровья и лечении пациента.
- Укреплять взаимодействие фтизиатрической и инфекционной служб и повышать интегрированность услуг для пациентов на всех участках работы: программ снижения вреда, диагностики и профилактики туберкулеза в рамках работы центров СПИД, улучшать работу по профилактике, диагностике, мониторингу и лечению ВИЧ для пациентов, проходящих лечение в туберкулезной службе.

Мониторинг и доступность данных

- Проводить систематический сбор данных и анализ ситуации и качества лечения пациентов с сочетанными заболеваниями. Сделать эти данные доступными для общества и использовать их для разработки политики в области здравоохранения.
- В частности, система здравоохранения должна наладить систематическое изучение факторов, которые могут вынудить пациентов прервать или прекратить лечение, а также принимать меры, направленные на их преодоление.

Введение. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ, туберкулезу и потреблению инъекционных наркотиков в Российской Федерации

Ситуация с туберкулезом в Российской Федерации продолжает ухудшаться. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в 2009 году Россия занимала 11-ое место среди 22 стран с наиболее высокими показателями распространенности туберкулеза, а в европейском регионе ВОЗ российский «вклад» в общую численность всех выявленных впервые людей, больных туберкулезом в регионе, составил 36%¹.

По данным Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации к концу 2009 года количество людей с впервые выявленным диагнозом «активный туберкулез» составляло 117,2 тыс. человек (82,6 чел. на 100 тыс. населения). При этом на учете во фтизиатрических учреждениях состояло около 262,7 тыс. человек (185,1 чел. на 100 тыс. населения)².

Характерными чертами проблемы туберкулеза в России за последние годы стали: тенденция к увеличению численности больных с лекарственной устойчивостью к двум и более противотуберкулезным препаратам, высокая смертность пациентов с туберкулезом в структуре летальных исходов от инфекционных заболеваний (и особенно смертность пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ+ТБ), рост количества выявленных случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, высокая заболеваемость туберкулезом в пенитенциарной системе³.

В последние годы Российская Федерация стала одним из трех мировых лидеров по заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)⁴, в 2007 г. было зафиксировано 43 000 таких случаев⁵. Распространенность МЛУ-ТБ выросла за один год на 10,2% (18,6 на 100 тыс. населения в 2008 году, 20,5 на 100 тыс. населения в 2009 году). Смертность среди пациентов с МЛУ-ТБ продолжает расти, достигнув в 2009 г. 3,2 на 100 тыс. населения⁶. По состоянию на 2008 г. Россия также являлась мировым лидером по проценту МЛУ-ТБ среди вновь выявленных случаев ТБ.

В то же время в России продолжает нарастать эпидемия ВИЧ-инфекции⁷. По официальным данным, на конец 2009 года было зарегистрировано 529 828 случаев ВИЧ. В

¹ WHO (2010). Global Tuberculosis Control. Geneva. Доступно в Интернете: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf

² ФГУ ЦНИИ ОИЗ МЗСР РФ (2010). Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года. Доступно в Интернете: http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/TB.pdf

³ Фролова О.П., Белиловский Е.М., Якубовяк В. и др. (2008). «ВИЧ-инфекция в РФ и ее влияние на заболеваемость туберкулезом». Туберкулез в РФ, 2007 г. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в РФ. Под ред. Перельмана М.И., Михайловой Ю.В. Стр. 87-97.

⁴ МЛУ ТБ — форма туберкулеза, которая не поддается стандартной шестимесячной терапии препаратами первой линии. МЛУ-ТБ развивается либо в результате первичного инфицирования устойчивыми бактериями, либо в силу не успешного лечения пациента.

⁵ WHO (2010). Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Доступно в Интернете: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598866_eng.pdf

⁶ ФГУ ЦНИИ ОИЗ МЗСР РФ (2010). Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года. Доступно в Интернете: http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/TB.pdf

⁷ Так, согласно данным Роспотребнадзора, за первые 6 месяцев 2010 года было выявлено 25,5 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции, в то время как в период с возникновения первых случаев ВИЧ-инфекции в 1987 г. до 2010 г. в России всего зарегистрировано 544 тыс. ВИЧ-позитивных людей (380 чел. на 100 тыс. населения). Электронный информационный бюллетень Российского Странового Координационного

2009 году было зарегистрировано 58 448 новых случаев, что на 8% больше по сравнению с 2008 годом.⁸ По официальным данным, с 1987 по 2008 г. около 80% случаев инфицирования ВИЧ было связано с употреблением инъекционных наркотиков⁹. В среднем по стране 37,2% людей, употребляющих наркотики инъекционно, живут с ВИЧ¹⁰, в некоторых регионах распространенность ВИЧ в этой группе достигает 60-75%¹¹. Работа по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков не поддерживается государством. Так, по сообщению самого Минздравсоцразвития РФ: «Рост инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков связан с недостаточной профилактической работой среди уязвимых групп... Около 80% из выделенных в 2008 г. ассигнований на борьбу с ВИЧ-инфекцией были направлены на лечение и уход. Выделенные финансовые ресурсы на профилактику направлялись в основном на обеспечение безопасности донорской крови, добровольное консультирование и тестирование, профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции».¹²

В связи с нарастанием эпидемии ВИЧ-инфекции с каждым годом усугубляется и эпидемия сочетанного заболевания ВИЧ+ТБ. Это связано с тем, что туберкулез является ведущим оппортунистическим заболеванием при развитии иммунодефицита¹³, и проявление туберкулеза у ВИЧ-позитивных людей зачастую атипично, трудно диагностируемо и развивается в среднем через 4-5 лет после инфицирования ВИЧ¹⁴.

По данным Федерального Центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ, в течение 2009 года было зарегистрировано 7387 новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ. Общее число случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, составило 27,4 тыс.¹⁵. Прогрессирование туберкулеза стало непосредственной

Механизма по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД и туберкулеза. Выпуск 10, июль 2010 г. Доступно в Интернет: <http://hivrussia.ru/files/skm/bulletin10.pdf>

⁸ Роспотребнадзор (2010). «Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2008 года - декабрь 2009 года».

⁹ Роспотребнадзор (2010). «Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2008 года - декабрь 2009 года».

¹⁰ Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al., (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*: Nov 15; 372(9651): 1733-45.

¹¹ Роспотребнадзор (2010). «Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2008 года - декабрь 2009 года».

¹² Роспотребнадзор (2010). «Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2008 года - декабрь 2009 года».

Москва. Стр. 12.

¹³ Среди ВИЧ-позитивных людей более распространенными «вторичными» заболеваниями являются только два: кандидоз (26%), ВПГ-инфекция (15%), затем туберкулез (14%). «Состояние контингента больных ВИЧ-инфекцией», 2007 г. Нарышкина С.Л., Фролова О.П. Презентация «Проблемы диагностики туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции». Доступно в Интернете:

<http://tbpolicy.ru/news/index.php?year=2009&month=05&count=100&id=227>

¹⁴ Пантелеев Д.М. «Оказание фтизиатрической помощи для ВИЧ-инфицированных городской туберкулезной больницы». Доступно в Интернете:

<http://ostrov.socspb.ru/articles/tuberculosis/tubercules08.phtml>

¹⁵ ФГУ ЦНИИ ОИЗ МЗСР РФ (2010). Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года. Доступно в Интернете:

http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/TB.pdf

причиной смерти в 66,5% случаев среди умерших от ВИЧ-инфекции¹⁶. По данным 2008 года, 75% мужчин и 54% женщин, которые имеют сочетанную инфекцию ВИЧ+ТБ, были инфицированы ВИЧ во время потребления наркотиков¹⁷.

Особенно высок уровень распространения туберкулеза в местах лишения свободы (МЛС). Так, по данным за 2009 год, 40,7 тыс. случаев туберкулеза (1306 на 100 тыс. чел.) было зарегистрировано именно там¹⁸, и места лишения свободы называются основным источником туберкулеза в России¹⁹. На сегодняшний день Россия является второй страной мира по уровню содержания населения в пенитенциарных учреждениях. Число заключенных на протяжении последних десятилетий варьировалось от 850 000 до более 1 000 000 человек ежегодно²⁰. Российские места лишения свободы критически переполнены, в связи с чем соблюдение норм проживания, санитарно-гигиенических норм и норм инфекционного контроля находится на крайне низком уровне²¹. Переполненность МЛС связана с высокой криминализацией населения и репрессивными правоохранительными практиками, характеризующимися предпочтением лишения свободы над альтернативными методами наказания. Это особенно относится к наркозависимым людям, уровень криминализации которых крайне велик. Исследования показывают, что в разных городах от 28 до 65% наркопотребителей имели опыт тюремного заключения²². Высокий уровень лишения свободы среди потребителей наркотиков связан с репрессивным законодательством и судебной практикой в Российской Федерации.

С учетом вышеописанной эпидемиологической ситуации очевидно, что на данный момент остро стоит проблема эффективного лечения туберкулеза у такой группы, как ВИЧ-позитивные наркозависимые люди, 50-80% из которых, по экспертным оценкам^{23,24} выпадают из лечения, что ведет к хроникализации заболевания, развитию лекарственной устойчивости, увеличению смертности среди пациентов с сочетанными заболеваниями и впоследствии к усугублению эпидемий ВИЧ и туберкулеза в России²⁵.

¹⁶ ФРЗ (2010). Круглый стол «Опыт взаимодействия региональных противотуберкулезных служб и центров СПИД по привлечению к обследованию больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией». Доступно в Интернете: <http://hivpolicy.ru/news/?id=3917&word=7387&logic=OR>

¹⁷ Фролова О.П. (2009). Презентация «Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией». Доступна в Интернете: <http://www.tbpolicy.ru/news/index.php?id=227&file=201>
ФГУ ЦНИИ ОИЗ МЗСР РФ (2010). Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года. Доступен в Интернете: http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/TB.pdf

¹⁹ Sarang, A. (2011). Russian prisons as a source of tuberculosis. British Medical Journal Blog. Доступно в Интернете: <http://blogs.bmj.com/bmj/2011/04/28/anya-sarang-russian-prisons-as-a-source-of-tuberculosis/>

²⁰ International Centre for Prison Studies (2009). World Prison Population List, 8th ed by R. Walmsley. Доступно в Интернете: http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/wpp1-8th_41.pdf

²¹ Bobrik A., Danishevski K., Eroshina K., McKee M. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *J Public Health Policy*; 26: 30-59.

²² Sarang, A., Rhodes, T., Platt, L., Kirzhanova, V., Shelkownikova, O., Volnov, V., et al. (2006). Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions. *Addiction*, 101: 1787–1796.

²³ Фролова О.П., Батыров Ф.А., Новоселова О.А. (2009). Рекомендации по ограничению распространения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, среди лиц, употребляющих психоактивные вещества. Материалы 3 Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Туберкулез с лекарственной устойчивостью микобактерий у больных ВИЧ-инфекцией». Бюллетень №7. Под общей ред. Фроловой О.П. М., стр. 61-64.

²⁴ Конончук О.Н. Презентация «Оценка эффективности и ранних исходов лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией». Доступно в Интернете: <http://tbpolicy.ru/news/index.php?year=2009&month=05&count=100&id=227>

²⁵ Конончук О.Н. Презентация «Оценка эффективности и ранних исходов лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией». Доступно в Интернете: <http://tbpolicy.ru/news/index.php?year=2009&month=05&count=100&id=227>

Высокий процент выпадения пациентов с сочетанным заболеванием из программ лечения на разных этапах требует изучения и глубокого понимания барьеров к эффективному лечению и выработке приверженности к лечению.

Цели и методология исследования

Основной целью данного исследования являлось выявление барьеров к привлечению и удержанию в лечении туберкулеза людей, с сочетанными заболеваниями, такими как наркозависимость, ВИЧ и туберкулез, и разработка рекомендаций по их преодолению.

Службы по лечению туберкулеза должны определять факторы, которые могут вынудить пациента прервать или прекратить лечение, и принимать соответствующие меры.

Методология проекта включала в себя количественный и качественный компоненты. Количественный компонент представлял собой стандартизированный опрос врачей-фтизиатров туберкулезных стационаров в 12 регионах Российской Федерации: Зима, Златоуст, Калининград, Красноярск, Курск, Набережные Челны, Новороссийск, Оренбург, Орск, Санкт-Петербург, Уфа, Хабаровск. Анкеты из 26 вопросов, в том числе об общем количестве пациентов за прошедший год, о количестве пациентов, прервавших лечение, а также количественные данные относительно числа пациентов с сочетанным заболеванием, наркотической зависимостью, основных причин выписки из стационара и т.п., заполнялись во время личного интервью со специалистами. Опрос был проведен в рамках тематического исследования о доступе к лечению ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркозависимости проекта «Симона+»²⁶.

ВОЗ. Проведение политики расширения и улучшения высококачественного лечения туберкулеза ДOTS.

Качественный компонент проекта включал глубинные интервью с медицинскими специалистами инфекционной и фтизиатрической служб, а также с пациентами с сочетанными заболеваниями. Помощь в поиске и наборе респондентов были оказаны партнерскими неправительственными СПИД-сервисными организациями в трех городах. Всего было проведено 16 интервью в трех городах России: Курск, Санкт-Петербург, Пермь (см. табл. 1). Все собранные интервью были транскрибированы дословно и закодированы с помощью программного обеспечения для обработки качественных данных NVivo.

Таблица 1. Распределение респондентов (качественный компонент) по группам и региональной принадлежности.

Город	Медицинские специалисты (врачи)	Средний медперсонал	Пациенты		ИТОГО:
			ВИЧ+ТБ	ВИЧ-отрицательные с ТБ	
Санкт-Петербург	2	-	3	-	5
Курск	3	1	4	-	8

²⁶ Подробнее о проекте «Симона+» можно прочитать здесь: <http://www.itpcorg.ru/info/484.html>

Пермь	1	-	-	2	3
ИТОГО:	6	1	7	2	16

Глубинные интервью проводились сотрудниками Фонда им. Андрея Рылькова, которые имеют богатый опыт проведения качественных исследований. Уровень квалификации и подготовки интервьюеров был высоким, что отразилось на хорошем качестве полученных данных. В то же время качество заполнения опросников не всегда было удовлетворительным, что можно объяснить неготовностью медицинских специалистов предоставить статистическую информацию и отсутствием практики ведения статистического учета в опрашиваемом медучреждении по большинству вопросов. По этим причинам большая часть опросников не была включена в анализ (из 19 опросников пригодными для анализа оказались только 12).

Исследовательские проблемы. Региональные корреспонденты проекта «Симона+» столкнулись со сложностями в сборе статистических данных. Основной проблемой в доступе к информации стало отсутствие систематических данных учета пациентов по разным категориям. В отдельных регионах проблема сбора данных заключалась в сложных взаимоотношениях местных НГО, представителями которых являлись региональные корреспонденты, с государственными медицинскими учреждениями. Таким образом, уже на этапе сбора данных была выявлена проблема доступа к информации и качества данных не только для сообщества и общего населения, но и для самих специалистов туберкулезной службы. Региональные корреспонденты из нескольких городов получили отказ в предоставлении данных о положении дел во фтизиатрической службе и даже общих цифр о ситуации с туберкулезом в регионе.

Ограничения при анализе. Анализ был сфокусирован на тех проблемах, которые, по мнению всех респондентов, являлись стержневыми с точки зрения организации эффективного бесперебойного лечения туберкулеза у пациентов с сочетанными заболеваниями на разных этапах. Интервью, проведенные с пациентами и специалистами, предоставили большой материал и широчайшую проблематику для анализа, однако, в связи с ограничениями ресурсов (финансовых и временных), данный отчет не смог включить в себя все проблемные темы. В частности, в отчете не были затронуты такие важнейшие аспекты, как влияние условий современной наркополитики в России на распространение туберкулеза, места лишения свободы в качестве одного из основных источников туберкулеза, социальные условия, влияющие на качество лечения, медицинские аспекты проблемы, качество информирования и консультирования пациентов, качество препаратов и организация лекарственного обеспечения, проблема сочетанной инфекции гепатита С и доступа к лечению гепатита С в России и т.д. Все эти темы крайне важны для понимания контекста, в котором осуществляется реализация работы по лечению туберкулеза в России. Также следует обратить внимание на то, что количественные данные собирались только в отношении ситуации в стационарах, поэтому анализу современных форм амбулаторного лечения пациентов в данном отчете уделяется меньше внимания, что ни в коей мере не означает, что мы умаляем важность этого компонента работы.

1. Результаты анализа количественных данных проекта

Анализ количественных данных проекта (см. Таблицы 2-5) позволил получить информацию об общем количестве пациентов за 2009 г., количественном и качественном составе группы пациентов, выпавших по тем или иным причинам из лечения ТБ. Мы также смогли сравнить уровень выпадения из лечения в разных группах пациентов. В

результате анализа данных были выявлены основные проблемы пациентов, проходящих стационарное лечение:

- подавляющее большинство (78%) пациентов с сочетанным заболеванием ТБ и ВИЧ, проходящих стационарное лечение, являются наркозависимыми;
- очень высок процент (30%) выпадения пациентов с сочетанным заболеванием из программ лечения, особенно среди пациентов с наркозависимостью (41%);
- высокая численность (63%) случаев впервые выявленного сочетанного заболевания среди пациентов с сочетанным заболеванием, проходивших лечение во фтизиатрических учреждениях;
- у пациентов с сочетанным заболеванием лекарственная устойчивость к двум и более препаратам развивалась гораздо чаще, чем у других пациентов (30% против 19%);
- очень высока доля умерших пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ+ТБ среди всех умерших в стационарах в 2009 г. (34%), в 3 городах доля умерших пациентов с сочетанным заболеванием среди всех больных туберкулезом составила почти 100%.

1.1 Сочетанная инфекция ВИЧ и туберкулез во фтизиатрических учреждениях в 2009 г.

Доля пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ среди общего числа пациентов туберкулезных стационаров достаточно велика. В среднем она составляет 10%, но варьируется от города к городу. Так, в 5 городах (Хабаровск, Набережные Челны, Курск, Красноярск, Златоуст) доля ВИЧ-позитивных пациентов среди общего числа пациентов туберкулезных стационаров составила менее 10%. В Санкт-Петербурге, Зиме, Оренбурге и Уфе процент пациентов с сочетанной инфекцией варьировался от 14 до 23%. В Орске доля пациентов с ВИЧ и туберкулезом составила почти 50%, а в Новороссийске, с более поздней стадией эпидемии ВИЧ по сравнению с другими городами, - все 100%.

Данные опроса свидетельствуют о высоком уровне впервые выявленных случаев сочетанной инфекции в рамках туберкулезных стационаров. В среднем по городам этот процент составил 63%. Однако в Зиме (Иркутская область), Курске, Набережных Челнах (Татарстан) в 2009 году в стационаре все пациенты с сочетанным заболеванием были выявлены впервые (100%). В Златоусте (Челябинская обл.) и Оренбурге сочетанное заболевание было впервые выявлено примерно в половине случаев, а в Хабаровске количество впервые выявленных случаев составило 39%. В остальных городах впервые выявленные случаи ВИЧ+ТБ составили более 70%.

Таблица 2а. Число пациентов в стационарах, число пациентов с впервые выявленным туберкулезом, число пациентов с сочетанной инфекцией, число пациентов с впервые выявленной сочетанной инфекцией (2009 г.).

Город (n (%))	Число пациентов, получивших стационарное лечение в вашем учреждении в 2009 г.	Число пациентов с впервые выявленным туберкулезом в 2009 г.*	Число пациентов с сочетанной инфекцией в 2009 г.*	Из них сочетанная инфекция была выявлена впервые в 2009 г.**
Зима	28	8 (29%)	4 (14,5%)	4 (100%)
Златоуст	320	87 (27%)	24 (7,5%)	12 (50%)

Калининград	1000	800 (80%)	-	-
Красноярск	1541	740 (48%)	65 (4%)	-
Курск	1800	800 (44%)	10 (0,5%)	10 (100%)
Набережные Челны	1500	204 (14%)	24 (2%)	24 (100%)
Новороссийск	61	22 (36%)	61 (100%)	-
Оренбург	689	398 (58%)	138 (20%)	69 (50%)
Орск	200	160 (80%)	98 (49%)	80 (82%)
Санкт- Петербург	2500	1250 (50%)	350 (14%)	250 (71%)
Уфа	3000	500 (17%)	700 (23%)	500 (71%)
Хабаровск	2700	1150 (43%)	66 (2,4%)	26 (39%)
Итого: сумма значений по всем городам	15339	6119 (40%)	1540 (10%)	975 (63%)

* По отношению к общему числу пациентов, получавших лечение во фтизиатрическом стационаре в 2009 году.

**По отношению к общему числу пациентов с сочетанным заболеванием в 2009 году.

1.2 Выпадение пациентов из программ лечения туберкулеза в 2009 г.

По результатам опроса, процент выпадения всех пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ+ТБ из лечения в среднем составил 30%. Почти во всех городах процент выпадения из лечения не был меньше 20%, и в ряде городов достигал 100%. Так, в Златоусте, Оренбурге, Орске и Уфе лечение не закончили около 20%, в Курске и Новороссийске - 30%, в Санкт-Петербурге - 50%, в Зиме - 75%, в Красноярске - 92%, а в Набережных Челнах - 100%.

Особенно высок был процент выпадения из лечения среди пациентов с наркозависимостью: в среднем он составил 41%: в Златоусте, Набережных Челнах и Орске - 100%, в Санкт-Петербурге - 70%, в Красноярске - 77%, в Курске - 60% (см. Таблица 4).

Таблица 2b. Пациенты с сочетанным заболеванием: общее число, число впервые выявленных случаев сочетанного заболевания, число выпавших пациентов, число наркозависимых пациентов, число выпавших наркозависимых пациентов в 2009 г.

Город (n (%))	Число пациентов с сочетанной инфекцией в 2009 г.	Число пациентов с сочетанной инфекцией, не завершивших курс стационарного лечения в 2009 г.*	Число наркозависимых пациентов с сочетанной инфекцией в 2009 г.*	Число наркозависимых пациентов с сочетанной инфекцией, не завершивших курс стационарного лечения в 2009 г.**
Зима	4	3 (75%)	-	2
Златоуст	24	5 (21%)	12 (50%)	12 (100%)
Красноярск	65	60 (92%)	52 (80%)	40 (77%)
Курск	10	3 (30%)	5 (50%)	3 (60%)
Набережные Челны	24	24 (100%)	20 (83%)	20 (100%)

Новороссийск	61	18 (29,5%)	-	-
Оренбург	139	28 (20%)	125 (90%)	13 (10%)
Орск	98	21 (21%)	10 (10%)	10 (100%)
Санкт-Петербург	350	175 (50%)	273 (78%)	245 (70%)
Уфа	700	125 (18%)	600 (86%)	125 (21%)
Хабаровск	66	-	-	-
Итого: сумма значений по всем городам	1540	462 (30%)	1096 (78%)*	450 (41%)

* По отношению к общему числу пациентов с сочетанным заболеванием в 2009 г.

** По отношению к общему числу пациентов с сочетанной инфекцией в 2009 г.

*** С учетом пропущенных значений.

1.3 Наркологическая помощь пациентам с наркозависимостью во фтизиатрических учреждениях в 2009 г.

Опрос показал, что большинство пациентов с сочетанным заболеванием, проходящих лечение во фтизиатрических стационарах (78%), являются наркозависимыми (см. Таблица 2б). Так, в городе Златоуст из 24 пациентов с ВИЧ и туберкулезом в 2009 г. ровно половина имели сочетанное заболевание наркозависимостью. Та же самая ситуация характерна для Курска. В других городах наркозависимость имели около 80% всех пациентов с сочетанным заболеванием. Доля числа наркозависимых среди всех пациентов с ВИЧ и туберкулезом: в Красноярске – 52/65 (80%), в Набережных Челнах – 20/24 (83%), в Оренбурге – 124/138 (90%), в Санкт-Петербурге – 273/350 (78%), в Уфе – 600/700 (86%).

Опрос ясно показал, что пациенты, страдающие наркозависимостью, выпадают из программ лечения туберкулеза чаще остальных. Именно наркозависимые, имеющие сочетанное заболевание, почти никогда не завершают курс стационарного лечения.

Тем не менее, в ответ на вопрос «Оказывается ли в вашем учреждении наркологическая помощь?», утвердительно ответили только специалисты из 4 городов (Красноярск, Курск, Санкт-Петербург, Хабаровск), остальные 9 ответили отрицательно. В рамках открытого вопроса «Какая наркологическая помощь оказывается пациентам с наркозависимостью» ими были не очень четко перечислены определенные виды помощи, такие как «консультации», «уменьшение явлений абстиненции», «поддержание ремиссии». Однако даже в тех 4 стационарах, где оказывалась хотя бы какая-то наркологическая помощь, все четыре респондента-медика оценили ее как «неэффективную». Ситуация, когда наркологическая помощь для пациентов, больных туберкулезом в сочетании с наркозависимостью, недоступна в принципе, а если и доступна, то неэффективна, недвусмысленно указывает на проблему организации здравоохранения в этой области.

1.4 Развитие лекарственной устойчивости к двум и более препаратам

Одним из серьезных последствий неэффективно организованного лечения является развитие лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Они были выявлены в среднем у 19% пациентов, проходивших стационарное лечение туберкулеза в 2009 г. В Златоусте и Набережных Челнах лекарственная устойчивость к двум и более препаратам среди *общего числа* пациентов отмечалась менее чем у 2% пациентов, в Курске и Санкт-Петербурге - примерно у 8%, в Хабаровске и Зиме - до 14%, в Калининграде - у 18%, в Уфе - у 33%, в Новороссийске - у 36%, а в Красноярске и Оренбурге - у 42% и 45% соответственно.

Однако в группе пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ и туберкулез уровень выявленной лекарственной устойчивости был гораздо выше, и в среднем составил 30%: в Хабаровске - у 8%, в Златоусте - у 17%, в Оренбурге и Уфе - примерно у 30%, в Новороссийске и Санкт-Петербурге - примерно у 40%, а в Курске - у 50% (см. Таблица 3).

Таблица 3. Число пациентов в стационарах, число пациентов с установленной лекарственной устойчивостью (2009 г.).

Город (n (%))	Число пациентов, получивших стационарное лечение в вашем учреждении в 2009 г.	Число пациентов, у которых была установлена лекарственная устойчивость к двум и более препаратам в 2009 г.*	Число пациентов с сочетанной инфекцией в 2009 г.	Число пациентов с сочетанным заболеванием, у которых была установлена лекарственная устойчивость к двум и более препаратам в 2009 г.**
Зима	28	4 (14%)	4	-
Златоуст	320	5 (1,6%)	24	4 (17%)
Калининград	1000	175 (17,5%)	-	-
Красноярск	1541	653 (42%)	65	-
Курск	1800	130 (7%)	10	5 (50%)
Набережные Челны	1500	21 (1,4%)	24	0 (0%)
Новороссийск	61	22 (36%)	61	22 (36%)
Оренбург	689	310 (45%)	138	41 (30%)
Орск	200	-	98	-
Санкт-Петербург	2500	200 (8%)	350	140 (40%)
Уфа	3000	1000 (33%)	700	200 (29%)
Хабаровск	2700	350 (13%)	66	5 (7,6%)
Итого: сумма значений по всем городам	15339	2870 (19%)***	1540	417 (30%)***

* По отношению к общему числу пациентов, получивших стационарное лечение в 2009 г.

** По отношению к общему числу пациентов с сочетанным заболеванием в 2009 г.

*** С учетом пропущенных значений.

1.5 Смертность во фтизиатрических стационарах в 2009 г.

Исследование указывает на высокий уровень смертности внутри стационаров, особенно среди пациентов с сочетанной инфекцией. Так, в Зиме и Новороссийске все умершие пациенты имели сочетанное заболевание, в Набережных Челнах среди умерших 92% имели сочетанное заболевание, в Орске – 51%, в Санкт-Петербурге – 57,5%, в Уфе – 38,4%, в Златоусте - 33%, а в Красноярске – 23% (см. Таблица 4).

Таблица 4. Летальные исходы в стационарах в 2009 г.

Город (n (%))	Число пациентов, получивших стационарное лечение в вашем учреждении в 2009 г.	Оценочное количество всех умерших пациентов в стационаре в 2009 г.*	Число умерших пациентов в стационаре в 2009 г., имевших сочетанное заболевание**
Зима	28	1 (3,6%)	1 (100%)
Златоуст	320	12 (4%)	4 (33%)
Красноярск	1541	89 (6%)	20 (23%)
Курск	1800	50 (3%)	4 (8%)
Набережные Челны	1500	24 (2%)	22 (92%)
Новороссийск	61	24 (40%)	24 (100%)
Оренбург	689	87 (13%)	17 (20%)
Орск	200	67 (33,5%)	34 (51%)
Санкт-Петербург	2500	200 (8%)	115 (57,5%)
Уфа	3000	250 (8,3%)	96 (38,4%)
Хабаровск	2700	194 (7,2%)	1 (0,5%)
Итого: сумма значений по всем городам	14339	998 (7%)	338 (34%)

* По отношению к общему числу пациентов, получивших стационарное лечение в 2009 г. (см. Таблицу 3).

** По отношению к общему числу пациентов, умерших в стационаре в 2009 г.

2. *Причины выпадения пациентов с сочетанной инфекцией из системы туберкулезного лечения*

В ходе структурированного опроса специалисты фтизиатрических служб на открытый вопрос «Каковы основные причины выпадения пациентов из лечения в вашем учреждении?» называли в основном такие причины, как «самовольный уход пациента из учреждения», «нарушение больничного режима», «употребление психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков)», «отказ от лечения», «смерть». Проведенные в дополнение к количественному опросу глубинные интервью как с пациентами, так и со специалистами были направлены именно на то, чтобы глубже разобраться, почему же именно пациенты «уходят» или «отказываются» от лечения, так и не завершив его, каковы причины снижения их мотивации и возможности успешного завершения лечения.

В результате анализа и обобщения полученных данных мы вывели основные этапы, на которых наиболее высок риск выпадения пациентов с сочетанной инфекцией:

- Этап выявления пациентов с сочетанной инфекцией и направления на лечение ВИЧ и/или туберкулеза.
- Прохождение стационарного лечения.
- «Переходные» этапы – переход со стационарного лечения в амбулаторное, освобождение из мест лишения свободы.

Выпадение пациентов из программы лечения туберкулеза приводит к возникновению таких негативных последствий, как:

- возникновение лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам;
- циклично повторяющиеся, с каждым разом усугубляющие состояние пациента, госпитализации и хроникализация заболевания (рецидивы туберкулезной инфекции);
- непреднамеренное заражение туберкулезом ближайшего окружения и других людей;
- смерть.

В этом отчете проанализированы наиболее актуальные причины выпадения наркозависимых пациентов с сочетанным заболеванием на разных этапах лечения туберкулеза.

2.1. *Выпадение на этапе выявления пациентов*

Одной из самых распространенных проблем является позднее выявление и начало лечения ВИЧ-инфекции, а также позднее выявление туберкулеза у пациентов с ВИЧ, когда пациенту помимо лечения противотуберкулезной химиотерапии необходимо одновременно назначать еще и препараты АРТ. Поздняя выявляемость сочетанной инфекции обусловлена:

- низким уровнем доступа медицинских специалистов к целевым группам высокого риска, таким как наркопотребители;
- низким уровнем контакта людей с выявленным статусом ВИЧ с Центрами СПИД, большое число людей, живущих с ВИЧ, не проходят регулярный мониторинг своего здоровья;

- отсутствием диагностических возможностей по туберкулезу в медицинских учреждениях, контактирующих с наркопотребителями (таких, как инфекционные больницы, районные поликлиники и т.п.);
- сложным лабиринтом перенаправлений пациента из службы в службу, дезинтеграция служб;
- длительностью процесса диагностики туберкулеза.

Проблема позднего диагностирования ВИЧ-инфекции, туберкулеза, а также проблема плохого контакта медицинских специалистов с труднодоступными целевыми группами, такими как наркопотребители, для своевременного начала лечения озвучивалась медицинскими специалистами как наиболее актуальная:

«Остальные 90% остаются за бортом: они не знают, что можно делать, что нужно делать. И как их разыскать? Где они? Они по подвалам, по притонам... На нашу сорокатысячную армию, как минимум, [ВИЧ] инфицированных это только зарегистрированные, это верхушка айсберга. Нереально такую нагрузку выполнить и таких больных разыскать или что-то с ними сделать.» (Врач-фтизиатр, Санкт-Петербург).

Многие специалисты указывали на то, что большинство ВИЧ-положительных либо не знали о своем ВИЧ-статусе, либо не состояли на учете в центре СПИД до того, как у них был выявлен туберкулез, и не проходили регулярное обследование иммунной системы:

«Можно говорить с уверенностью о том, что практически 90% больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ, по крайней мере, у нас здесь, ранее на учете в центре СПИД или инфекционном центре не состояли. Зная о своем ВИЧ-статусе, они нигде не наблюдались. И основная часть наших пациентов - с крайней степенью иммуносупрессии. Соответственно, в связи с этим неблагоприятные исходы. С очень высоким уровнем летальности.» (Врач-фтизиатр, Санкт-Петербург).

Многие специалисты говорили о том, что из-за того, что пациенты поступают к ним на

Рекомендации российских специалистов соответствуют рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения:

«Уход в программах до назначения антиретровирусной терапии включает в себя программы снижения вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики (поддерживающее окружение, опиоидная заместительная терапия и предоставление чистых шприцев и игл). Это не только снижает передачу ВИЧ, но способствует стабилизации жизни человека, за счет сокращения активного потребления наркотиков на этапе подготовки к началу лечения АРВ».

ВОЗ. Антиретровирусная терапия для лечения ВИЧ у взрослых и подростков. Рекомендации для общественного здравоохранения, 2010 г.

очень поздних этапах с низким иммунным статусом, начало лечения у них затруднено, и прогноз лечения неблагоприятный. Специалисты отмечали необходимость проведения более активной работы по налаживанию контактов с наиболее пораженными группами, в частности усиленной работы по снижению вреда, равному консультированию по вопросам готовности к лечению ВИЧ и диагностики туберкулеза, а также по другим вопросам

здоровья.

Несмотря на то, что в городах, где проводился опрос, программы снижения вреда

работали, их объем и охват были крайне ограничены, в силу ограниченности финансирования, поступающего из зарубежных источников, таких как Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Для территорий, географически удаленных от крупных центров, также оказалась актуальной проблема отсутствия элементарных диагностических возможностей туберкулеза. Так, в Курске специалист Центра СПИД отметил, что в районах, отдаленных от города, невозможно поставить даже реакцию Манту, поэтому жители этих районов вынуждены находить несколько дней в неделю, чтобы приехать (за свой счет) в город и делать анализы. В некоторых городах специалисты указывали на то, что скрининговая система в Центрах СПИД не давала высокой эффективности при раннем выявлении пациентов с туберкулезом. Так, специалист в Курске отмечает, что при регламенте, требующем проверки пациентов Центра СПИД два раза в год, в самом Центре не существует никаких возможностей осуществить эту проверку (хотя ставка фтизиатра в Центр СПИД номинально существует):

«[А сейчас в СПИД-Центре проводится какая-то диагностика?] На данном этапе никак. Там ни флюорографа нет, ни реакции Манту, ни обученного персонала. Ни отдельной комнаты. Это проблема многих. [А почему ее нет?] А это очень большая финансовая [проблема].» (Врач-инфекционист, Курск).

Сложный лабиринт перенаправлений из службы в службу в момент прохождения диагностики и начала лечения для пациентов зачастую становится одной из критических точек выпадения из лечения. Нижеприведенный случай иллюстрирует степень риска выпадения из лечения и отсутствия налаженного взаимодействия между фтизиатрической и инфекционной службами:

«Она [лечащий врач-инфекционист] мне делает направление [в туберкулезный стационар]. Я еду. Отказывают: на каком основании я буду вас лечить. Хотя черным по белому было написано, что меня надо обследовать и госпитализировать. Я был больным. Они проигнорировали это, мотивируя тем, что нет у меня на руках снимков легочных. Я не считаю это мотивацией. Потому что можно было, это стационар туберкулезный, можно было сделать непосредственно там. Сделать какие-то анализы там. Они проигнорировали меня. Мне пришлось вообще на улице ночевать там.» (Пациент, муж., Курск).

Перенаправление как процесс требует больших временных затрат и усилий пациентов, вынужденных передвигаться между учреждениями, с каждым разом теряя надежду. Между первичным подозрением на туберкулез и постановкой диагноза может пройти очень много времени. Кроме того, пациенты могут и вовсе «потеряться» для системы здравоохранения на этом этапе, не выдержав бюрократического «пинг-понга» между учреждениями.

2.2. Выпадение пациентов на этапе стационарного лечения туберкулеза

Данные количественного опроса в туберкулезных стационарах показали, что в некоторых городах уровень выпадения пациентов из лечения на данном этапе был очень высок – иногда он достигал 100%, особенно в группе наркозависимых пациентов. В наших интервью мы постарались выявить основные проблемы, ведущие к этой ситуации. Ключевыми проблемами, обозначенными как самими пациентами, так и специалистами здравоохранения, оказались:

- отсутствие специализированной помощи для пациентов с наркозависимостью;
- затянутое стационарное лечение и плохие условия содержания в стационарах;
- низкий уровень интеграции фтизиатрической и инфекционной служб.

2.2.1 Отсутствие специализированной помощи для пациентов с наркозависимостью

Как показали данные количественного опроса, почти 80% пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулез, проходивших лечение в стационарах в 2009 г., были люди с наркотической зависимостью. Наркозависимые пациенты выпадают из программ лечения туберкулеза гораздо чаще всех остальных (см. Таблица 4). В некоторых стационарах уровень выпадения пациентов с сочетанными инфекциями и наркозависимостью достигал 100%. Самым серьезным структурным барьером к эффективному лечению таких пациентов и их удержания в лечении является отсутствие эффективной наркологической помощи.

В то время как пациенты с туберкулезом не могут проходить лечение наркозависимости в наркологических стационарах, в туберкулезных стационарах также нет условий для снятия или облегчения синдрома отмены и, тем более, лечения зависимости. Таким образом, пациенты с наркозависимостью заведомо ставятся в ситуацию, в которой они не могут получить стабильное лечение туберкулеза:

«Если больной выделяет палочки туберкулезные, его не возьмет наркодиспансер, чтобы снять абстинентный синдром - не имеет право взять. Его не возьмет специализированное инфекционное отделение для ВИЧ-инфицированных с наркоманией, тоже не имеют право, потому что он заразный. А мы не можем снять ему абстинентный синдром, потому что у нас нечем и некому этим заниматься».
(Специалист туберкулезного стационара, Пермь)

Ключевыми барьерами к эффективному лечению наркозависимых пациентов с сочетанным заболеванием стали:

- Недоступность наркологической помощи в рамках туберкулезных стационаров в большинстве городов и неэффективность этой помощи там, где она доступна;
- Отсутствие правовых механизмов обеспечения эффективного лечения наркозависимости (недоступность в Российской Федерации программ заместительной терапии метадон и бупренорфином);
- Отсутствие материально-технической базы для оказания помощи при снятии синдрома отмены в рамках действующего законодательства (отсутствие системы назначения опиоидных анальгетиков в стационарах);
- Бытовые представления врачей по поводу наркозависимости и отсутствие достаточной подготовки и мотивации в работе с данной группой пациентов.

В большинстве туберкулезных стационаров (девять из двенадцати), принявших участие в исследовании, наркологическая помощь пациентам не предусматривалась вообще. Пациенты, поступившие на лечение с сопутствующей наркозависимостью, были предоставлены сами себе для «решения» проблем, связанных с абстинентным синдромом.

Среди врачей распространено скорее «бытовое» представление о наркозависимости и стигма по отношению к данной группе пациентов. Зачастую медицинские специалисты склонны к тому, чтобы обвинять самих пациентов в их заболевании. Выпадение

пациентов из лечения чаще всего рассматривается не как структурная проблема здравоохранения, выражающаяся в невозможности предоставлять адекватную наркологическую помощь пациентам, а как «каприз» самих пациентов или их «наплевательское отношение к

ВОЗ классифицирует наркозависимость в целом и синдром отмены в частности как заболевание, требующее специальных вмешательств и оказания специализированной медицинской помощи пациенту.

«Синдром отмены — это ряд симптомов различных групп и различной степени тяжести, которые возникают в связи с прекращением или снижением употребления психоактивных веществ, которые употреблялись повторно, обычно продолжительный период и /или в высоких дозах, сопровождаемый психологическим беспокойством. Отмена опиатов сопровождается ринореей, лакримацией, болью в мышцах, ознобом, гусиной кожей, и после 24-48 часов - спазмами мышц и живота. Поведение, направленное на поиск наркотиков, является выраженным, и продолжается после ослабления физических симптомов».

Всемирная Организация Здравоохранения

собственному здоровью». Типичные проявления заболевания наркозависимости порой вызывают у специалистов удивление, что свидетельствует об их полной неосведомленности в области данной медицинской проблематики:

«В основном я сталкиваюсь с тем, что пациенты по собственной воле не хотят лечиться. То есть плохо себя ведут. Употребляют алкоголь. Нарушают режим. Уходят из отделения. Наркотики колют. Или нюхают, я не знаю. Или самовольно уходят просто-напросто вообще, и все.» (Специалист противотуберкулезного стационара, Курск)

Типичным было толкование зависимости от наркотиков как прихоти пациентов или проявления их нежелания лечить туберкулез:

«[В туберкулезном стационаре] все торчат, никто не перекумаривает. Я даже поражаюсь, некоторых привозят, и врачи говорят, доживет ли он до завтра. При мне был случай, что я сам помогал врачам занести человека. Молодого человека привезли, его за три дня поставили на ноги, он стал ходить, и первое, что он попросил: «Дайте мне уколиться!». Я с заведующей разговаривал, она говорит: «Я делаю все возможное из того, что имею, назначаю все возможное, но если человек не хочет лечиться, я ведь не могу его заставить!» (Пациент, Пермь)

В истории ниже симптоматическое лечение абстиненции с помощью слабо действующих обезболивающих препаратов по задумке специалистов должно было привести не просто к исчезновению симптомов (болей, связанных с абстиненцией), но и к исчезновению зависимости. Неспособность пациента соответствовать необоснованным ожиданиям нарколога привела к его отказу заниматься лечением пациента сразу после первой медицинской неудачи. Закономерным итогом стало выпадение этого пациента из лечения туберкулеза:

«А он [пациент, страдающий наркозависимостью] начал жаловаться и говорить, что у него все болит, и все-все-все. Поначалу назначали препараты, которые обезболивают. А потом это все продолжается и продолжается, и поняли потом, что это должно

прекращаться. То есть врач смотрит его и говорит, у него это должно быть 3-5 дней. Но так у него ничего это и не прекращалось. Потом уже стал говорить: дайте мне наркотики какие-то. Видимо, эта зависимость у него сохранилась. Мы не смогли ничего сделать. А потом он ушел, или мы его выписали. Не помню даже.» (Врач-фтизиатр, Курск)

Однако даже там, где в стационаре работал врач-нарколог, его работа оценивалась пациентами и специалистами как слабо эффективная, в силу того, что предлагаемые вмешательства не могли оказать действенной помощи пациентам:

«У нас есть свой нарколог, у нас есть свой социальный работник, у нас есть свой психотерапевт. Но, тем не менее, даже такой комплект дает очень мало, потому что реально недостаточно такого количества специалистов и методик, условий и возможностей и средств для проведения как раз адекватного лечения. И удержания больных там. Выведения в ремиссию наркологическую.» (Врач-фтизиатр, Санкт-Петербург)

По сути, наличие наркологов в туберкулезных стационарах является символической формальностью при отсутствии реальной возможности оказывать действенную помощь пациентам:

«Мы можем только релашку покапать, гентральчика дать.» (Врач-инфекционист, Курск)

*«Инт: У вас же есть здесь нарколог какой-то?
Инф: Есть. У нас препаратов нету. Потому что мы не имеем право.
Инт: То есть, если человек поступает на ломках, что с ним происходит?
Инф: Ничего. Аминазинчик, галоперидольчик, феназепамчик. Такой вот лайт. То есть, нету наркологической помощи. Пытались несколько человек переломать. И под контролем один у нас 24 часа находился, и все равно убежал. У нас специальные медсестры, они его не выпускали никуда с отделения. Он реально был закрыт. Ну не выйти человеку с отделения. Его специально оставили у нас попробовать, потому что больше на тот момент у нас на отделении не кололся. И препараты где-то надыбали более-менее нормальные. Он все равно, зараза, на четвертый день пришел убитый. Извернулся. Бесплезно.» (Социальный работник, Санкт-Петербург)*

«Я вот сначала пришел [к наркологу], он говорит: ну, хочешь, я тебе уколы выпишу - куб димедрола на ночь? И потом приходит: чего, спишь, чего, спишь? Я говорю: не сплю, мне это как слону дробинка.» (Пациент, муж., Санкт-Петербург)

Ответы респондентов показывают, что основная функция нарколога в стационарах на данный момент – номинальная: сам факт присутствия нарколога в учреждении должен свидетельствовать о том, что работа по решению одного из самых проблемных вопросов ведется; наличие ставки нарколога подчеркивает, что взаимодействие между службами хоть как-то, но налажено; присутствие нарколога в туберкулезном стационаре имеет еще и положительный психологический эффект для всех сотрудников: выполняя роль буфера между наркозависимыми пациентами и фтизиатрами, наркологи символически разделяют ответственность за выпадение пациентов из лечения (ведь если даже нарколог не может справиться с такими пациентами, то что могут сделать специалисты другого профиля).

Однако наличие специалистов-наркологов создает и дополнительную «моральную

нагрузку» на пациентов и возможность обвинять их в неэффективности лечения – в этой ситуации врачам еще проще сказать, что для пациента делается все возможное, но он/она просто не заинтересованы в сохранении своего здоровья. Таким образом, система здравоохранения, не предлагая структурного решения проблемы помощи людям с наркозависимостью, провоцирует возникновение конфликта и напряженных отношений между пациентами и медицинскими работниками, когда одни обвиняют других за провал в лечении. Нахождение конструктивного решения данной проблемы в рамках существующей организации здравоохранения невозможно в силу очевидной институциональной ловушки: система здравоохранения делает невозможным для пациента прохождение лечения, при этом вина за это возлагается на самого пациента.

В условиях, когда наркологическая помощь неэффективна, медики и пациенты пытаются найти свои подходы к решению проблемы. Зачастую пациенты приобретают наркотики, находясь на лечении. При этом медицинский персонал всех опрошенных нами учреждений знал о том, что пациенты употребляют наркотики. В условиях, когда система здравоохранения не предлагает никаких других решений, подобное решение проблемы устраивало и пациентов, и персонал:

«Вообще я поддерживаю, можно колоться, [но] только для поддержания организма. На это закрывают глаза. Если тихий и спокойный человек, и он только ночью при этом «поправляется» [употребляет наркотики], и только для того, чтобы поддержать здоровье.» (Специалист туберкулезного стационара, Санкт-Петербург)

Пациенты вырабатывают различные стратегии, которые помогли бы им удержаться в туберкулезном лечении, например, организуют предварительную детоксикацию – самостоятельно или с помощью специалистов:

«Я лежал в наркологии перед тем, как первый раз лечь, ну просто чтобы перекумарить, там дозу может скинуть. У меня [туберкулез] в закрытой форме был, и там рядом здание находится, и врачи постоянно созваниваются там, ну и согласились, что положат меня к себе в наркологию, чтобы я полежал перекумарил, все, я перекумарил, но сил не хватило, и снова начал употреблять.» (Пациент, муж., Пермь)

Другой стратегией было изменение модели потребления наркотиков на то, что было бы более приемлемо для пациента на стационарном лечении. Например, один респондент рассказал о том, что специально для прохождения лечения в стационаре он приобретал уличный метадон – препарат более длительного действия, чем героин:

«Ну, его надо [употреблять] раз в двое суток. Он заменяет [героин] на этот период. На неделю растягиваешь, и без героина получается.» (Пациент, муж., Санкт-Петербург)

Однако, как было показано выше, подобные «решения» чреватые выпиской из туберкулезного лечения за нарушение дисциплины:

«Пошел, употребил где-то и вернулся. Первое предупреждение делают, а второго уже не будет. Просто подойдут и при мне выписывают: все, собирайся. За что? За употребление наркотиков. Ничего не слушает, не объяснит. Просить не катит. И никто не задумывается, что ты не долеченный пойдешь опять куда-то.» (Пациент, муж., Санкт-Петербург)

Таким образом, в решении проблем наркозависимости пациенты предоставлены сами

себе:

«Если кто так в состоянии переламываться, они переламываются дома. Те, кому нужны условия, мы их предоставить не можем.» (Специалист туберкулезного стационара, Санкт-Петербург)

Выписка из стационара является наиболее часто применяемым дисциплинарным наказанием для тех людей, которые не могут самостоятельно излечиться от своего заболевания. Формально, в отношении лечения туберкулеза, система здравоохранения создала себе великолепное алиби – ведь именно пациент несет ответственность за ухудшение своего состояния, за «нежелание лечиться», за нарушение дисциплины и правил нахождения в стационаре. Но, фактически, не получая помощи в преодолении своего заболевания наркозависимостью, пациент оказывается загнан в ловушку, выбраться из которой большинство просто не в силах:

«Насчет тех, кто умирает, здесь получается хорошо накатанная схема. У нас пациент выписывается в основном за нарушение режима. Амбулаторно он не лечится. Приезжает еще раз к нам в тяжелом уже состоянии. Снова выгоняют, либо сам уходит. В третий раз он приезжает умирать. Его уже в таком состоянии привозят, что мы сделать ничего не можем. Это основная схема.» (Специалист туберкулезного стационара, Санкт-Петербург)

Во всем мире для удержания в стационарном и амбулаторном лечении пациентов с наркозависимостью применяется заместительная поддерживающая терапия метадон или бупренорфином²⁷. В соответствии с протоколами по ведению пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ, туберкулез и сопутствующей наркозависимостью, рекомендованными Всемирной Организацией Здравоохранения, предоставление заместительных препаратов является залогом успешного ведения пациентов с тройным диагнозом. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) рекомендована Генеральной ассамблеей ООН, Комиссией по наркотическим средствам, Экономическим и социальным советом ООН, Международным советом по контролю над наркотическими средствами. ВОЗ отмечает, что из всех изученных вариантов наркологического лечения ОЗТ в сочетании с психологической помощью была признана наиболее эффективным. Метадон и бупренорфин внесены в список жизненно-необходимых лекарственных средств ВОЗ. Однако в России использование заместительной терапии на сегодняшний день запрещено законом²⁸.

Возможность использования заместительной терапии в рамках стационаров рассматривается специалистами, прежде всего, как способ удержать наркозависимых пациентов на время лечения:

«Она [заместительная терапия] сильно бы привязала человека. И я не хочу ерничать, но если бы люди, которые лежат дома и думают: «А стоит ли мне идти в диспансер за этими таблетками, от которых меня тошнит?» - и вот если бы было место, где бы они

²⁷ См.: П.20 Политической Декларации по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков (Резолюция Ген. Ассамблеи ООН A/RES/64/182); см. также Резолюцию 53/9, принятую Комиссией ООН по наркотическим средствам, 2010; Резолюция ЭКОСОС ООН, Resolution 2004/40; Доклад МККН за 2008 год, п. 24, 25; Руководство по психосоциальной поддержке медикаментозного лечения при опиоидной зависимости, ВОЗ, 2009.

²⁸ Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», ст. 31(6) (от 8 янв. 1998 года).

снимали свои проблемы в виде вот этой поддерживающей терапии, то этот маятник качнулся бы в сторону: соберусь-ка я с силами и доберусь до этой точки». (Врач-инфекционист, Санкт-Петербург)

«Нам необходима просто [заместительная терапия]. Я смотрю на ребят - им деваться некуда. И для них это единственный выход. Не для всех тоже, для кого-то. А сейчас я за заместительную терапию! Естественно, не массово. Естественно, очень сильно отборочно. Но она уже нужна просто обязательно.» (Социальный работник, Санкт-Петербург)

В условиях законодательного запрета на использование метадона и бупренорфина, входящих в список жизненно-необходимых лекарственных средств для лечения наркозависимости, в рамках стационарного и амбулаторного лечения на сегодняшний день можно было бы использовать другие препараты-агонисты или агонисты-антагонисты опиатов, разрешенные для использования в Российской Федерации, в частности трамадол и налбуфин. Использование данных препаратов позволило бы частично решить проблему выпадения хотя бы для некоторых наркозависимых пациентов, страдающих от синдрома отмены опиатов (см. аналитическую справку по возможностям применения этих препаратов в Приложении).

2.2.2 Затянутое стационарное лечение

Еще одним барьером к успешному лечению туберкулеза у пациентов с сочетанными заболеваниями является требование необоснованно-длительного пребывания в стационаре и неотлаженная система амбулаторной помощи, в частности отсутствие применяемой во всем мире системы предоставления противотуберкулезных препаратов под прямым наблюдением на дому (DOTs в сообществе). Пациенты вынуждены проводить в стационарах несколько месяцев, а некоторые задерживаются на год и даже больше:

«Сроки [стационарного] лечения - это 12, 18 и 24 месяца. Если сталкиваешься с лекарственной устойчивостью, сроки удлиняются. Стараемся эти сроки выдержать, но выдержит ли больной? На полгода уйти из семьи, а тем более когда такие ребята, с наркоманией, им особенно сложно, конечно. То есть, у них, как правило, многократная госпитализация: полежал, ушел, снова его госпитализируем, снова продолжаем лечить.» (Врач, Пермь)

Наличие наркозависимости, естественно, еще больше усугубляет ситуацию:

«Вроде начал сначала лежать в больнице, но так как зависим, долго не пролежал, полежал, наверное, где-то около двух месяцев, даже двух месяцев не пролежал, ну, и прекратил лечение. Состояние стало ухудшаться, появилась температура, где-то месяцев через пять снова обратился в стационар, меня сразу положили. И в процессе лечения лекарства перестали вообще как-то помогать, я в это время тоже употреблял [наркотики], мне говорили тоже, что это плюсом не будет как бы, но я все равно продолжал, потому что не мог без этого. Лекарства вообще не помогали, все хуже и хуже становилось, он перешел в открытую форму, я вот так периодически то лежал, то уходил из больницы. Такое состояние было, не мог найти как бы определенную цель, так вот метался из угла в угол.» (Пациент, муж., Пермь)

Немаловажным фактором являются и бедность стационаров, и плохие условия, в которых содержатся пациенты. Во многих городах стационары располагаются в старых зданиях, иногда в аварийном состоянии. Условия содержания пациентов в стационарах крайне плохие. Среди бытовых проблем пребывания в стационарах респондентами были названы: переполненность палат, отсутствие прачечных, отсутствие ремонта, сырость помещений, скудное питание, нехватка непрофильных лекарственных препаратов, отсутствие организации досуга и т.п.:

«У нас в палате 8 человек. Надо было бы, чтобы было человека по 3-4. Во-первых, больные конечно слабенькие. С ними тяжело лежать. У них температура, проветривать часто не будешь. Условия чтобы были получше. Больница у нас ремонта требует, все старое. Чтобы лекарствами их получше снабжали.» (Медсестра, Курск).

Очень актуальной и пациентами, и медицинскими специалистами была признана проблема качества питания пациентов, которая возникла в последние годы в связи с урезанием бюджета:

«Раньше было лучше, сейчас похуже. Сейчас везде все урезают. [А когда это изменилось?] Может, года 3-4 назад. Раньше, конечно, очень хорошо кормили.» (Медсестра, Курск)

«Я вот месяц пролежал, ни разу не было, чтобы давали фрукты. Там просто в больнице висит приказ или статья из какой-то газеты, что урезать питание. Подробностей точно не могу сказать, я обратил внимание, что на сутки выделяется то ли из федерального бюджета, то ли откуда, 50 рублей для пациентов на еду. Даже шокировало меня, что там на 50 рублей можно поесть?» (Пациент, муж., Пермь)

Специалисты и пациенты говорили о том, что затянутость стационарного лечения приводит к «госпитализму», то есть «синдрому усталости от лечения» у пациентов. Усталость от лечения и от пребывания в замкнутом пространстве была констатирована даже теми, кто, по мнению медицинских работников, являлся «добросовестными» пациентами, настроенными на полное выздоровление. Судя по их высказываниям, усталость от стационара являлась одной из немаловажных причин для преждевременного ухода:

«Ты чувствуешь в себе силы, что можешь что-то делать, куда-то съездить. А тебя ограничивают. Ну, для меня это проблема. Я не могла усидеть, не знала, чем заняться. Чтение, разгадывание кроссвордов. Замкнутое пространство. У меня было ощущение, что я все время была на зоне. И я приехала домой. И потом опять в больницу. Я, если честно, думала, что [врач] меня выпишет. Но, тем не менее, он меня не выписывал. И на следующие выходные я уехала. И не приехала.» (Пациент, жен., Санкт-Петербург)

Для многих женщин проблема также усугубляется наличием детей, необходимостью заботиться о них – обязанность, которая на время пребывания в стационаре ложится на плечи других родственников.

Специалисты фтизиатрических служб обосновывают длительное пребывание пациентов в стационарах разными причинами: тяжелым состоянием больного, незавершившимся процессом бактериовыделения, необходимостью инъекционного введения препаратов, важностью контроля приема препаратов и проведения скрининга течения болезни. Специалисты указали также на такой фактор, как отсутствие в стационарах современных систем экспресс-диагностики, позволяющих в максимально сжатые сроки поставить диагноз, определить бактериовыделение, устойчивость к препаратам

ВОЗ рекомендует, чтобы лечение больных туберкулезом проводилось преимущественно амбулаторно.

В соответствии с передовой практикой в мире госпитализация пациентов с туберкулезом производится только в крайних случаях, например в случаях, таких как:

А) Тяжелое клиническое состояние больного, требующее проведения интенсивной химиотерапии и лечения дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной и печеночной недостаточности, купирования тяжелых побочных эффектов, остановки массивных кровотечений и т.д.

Б) Тяжелое социальное положение больного (отсутствие жилья, необходимость в уходе, обеспечение питания, выраженная стигматизация и др.

Азербайджан. Протоколы ведения пациентов с туберкулезом

(современные системы позволяют сделать это за несколько часов). Системы, используемые в России, удлиняют сроки диагностики порой до нескольких месяцев.

Еще одной причиной, по которой медики боятся переводить больных из стационаров, является их опасение «потерять» пациента в силу неотлаженности амбулаторной службы. В городах, где проводилось исследование, амбулаторная служба сталкивалась с рядом серьезных сложностей в плане удержания пациентов, анализ которых выходит за рамки данного отчета и требует отдельного детального изучения. Наиболее очевидной проблемой является крайнее неудобство организации службы для самих пациентов. Работа амбулаторной службы в настоящее время организована таким образом, что для получения терапии пациенты должны ежедневно посещать диспансер. Порой это связано с большими временными, а часто и материальными затратами на транспорт.

В то же время в городах-участниках исследования полностью отсутствовала модель предоставления

лечения туберкулеза на дому, которая уже зарекомендовала свою высокую

эффективность по сравнению с

«традиционной» моделью

амбулаторного лечения не только в других странах мира, но и в ряде городов России, таких как Томск и Калининград. Подобная работа

требует реорганизации системы лечения, большего акцента на обучение среднего медперсонала, социальных работников, родственников, которые могли бы осуществлять

Расширение предоставления ухода в сообществе – доступного, приемлемого для пациентов, значительно улучшает приверженность лечению. ВОЗ признает, что “уход, организованный в сообществе, предоставляемый обученным не-медицинским персоналом и представителями сообществ, достигает результатов лечения, сопоставимых с лечением в больнице. При этом значительно снижается уровень нозокомиальной инфекции и распространения” Кроме того, уход, организованный на базе сообщества, снижает нагрузку на учреждения здравоохранения и является более экономически-обоснованным, чем лечение в больницах, помогая достигать наибольшее число людей, в условиях ограниченных ресурсов.

Всемирная Организация Здравоохранения. [Руководство по этике при организации программ профилактики, ухода и контроля туберкулеза.](#)

лечение пациентов на дому. Отдельного внимания заслуживает проблема пилотирования подобной работы в больших городах с большим числом пациентов. Однако при всех сложностях подобная модель помогает избежать широкого ряда проблем, связанного с длительным пребыванием в стационаре – начиная от финансовой стороны вопроса и заканчивая психологической составляющей «синдрома усталости» от лечения. Для пациентов, страдающих наркозависимостью, эта модель в сочетании с доступом к программам заместительной терапии и социальной поддержки также облегчила бы доступ к непрерывному лечению.

2.2.3 Низкий уровень интеграции фтизиатрической и инфекционной служб

В ряде городов проблемным оказался вопрос взаимодействия со специалистами инфекционных служб. Респонденты-медики отмечали, что попытки налаживания этого взаимодействия существуют, и в ряде городов они были очень успешны. Модели взаимодействия могут заключаться либо в привлечении консультантов из инфекционных учреждений, либо в выделении отдельной ставки инфекциониста в туберкулезных стационарах. Тем не менее, многие проблемы во взаимодействии этих двух медицинских служб остаются нерешенными на системном уровне. Среди них:

- отсутствие у фтизиатров специальной подготовки и опыта ведения ВИЧ-позитивных пациентов;
- сложности в организации анализов иммунного статуса и вирусной нагрузки, назначения и получения АРВ-препаратов в рамках фтизиатрических стационаров;
- ограничение возможностей проведения химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-позитивных пациентов в рамках инфекционных учреждений.

Недостаточность системного взаимодействия и обмена информацией между врачами-инфекционистами и фтизиатрами была названа специалистами как одна из ключевых системных проблем. Так, врач-фтизиатр из Курска подчеркнула острую необходимость тесного и стабильного сотрудничества специалистов разного профиля и проблемы в обмене информацией:

«Они [инфекционисты] приезжают [в туберкулезный стационар], мы берем эти анализы [по ВИЧ], а они увозят туда и там делают. Анализы мы не имеем возможности часто посмотреть... Проводится антиретровирусная терапия, проводится химиотерапия. Мы должны контактировать ежедневно. У них свои осложнения бывают на фоне их лечения. У меня - свои бывают. Я же не инфекционист. Мне бывает сложно все понять». (Врач-фтизиатр, Курск)

Во многих фтизиатрических стационарах вообще не была отлажена регулярная работа с инфекционистами. Пациенты были вынуждены самостоятельно организовывать диагностику по ВИЧ-инфекции, так как в туберкулезном стационаре им не предоставлялась такая возможность:

«В нашем стационаре нет врача-инфекциониста, но у нас есть консультант, у нас есть договор с Центром СПИДа, и по этому договору консультант приходит к нашим больным. Если они не бактериовыделители, то мы направляем в Центр СПИДа, чтобы своевременно была информация о состоянии иммунного статуса у них». (Специалист фтизиатрической службы, Пермь)

Другой проблемой эффективного взаимодействия является отсутствие официально прописанного механизма перевода препаратов между службами. Из бюджета (федерального или местного) фтизиатрических служб закупаются противотуберкулезные препараты, из бюджета инфекционных служб закупаются антиретровирусные препараты. Это приводит к тому, что инфекционисты вынуждены возить АРВ-препараты в туберкулезные стационары, а инфекционисты прибегают к личным связям с фтизиатрами по поводу каждого пациента, у которого возможен туберкулез. В связи с этим в инфекционных больницах зачастую нет возможности назначения профилактической терапии для людей с ВИЧ:

«Если у человека подозреваем туберкулез, он лежит в [инфекционной больнице]. Но нет бюджета, в этой больнице нет противотуберкулезных препаратов... Противотуберкулезный не может им передать: нет механизмов, которые обуславливали бы передачу таких препаратов с одного места на другое. Вот все, что имеем. Такое взаимодействие». (Врач-инфекционист, Курск)

Специалисты указывали на то, что для обеспечения взаимодействия необходимо введение нормативных документов на федеральном уровне, в которых были бы описаны механизмы взаимодействия между службами. Несмотря на то, что подобные документы уже несколько лет находятся на обсуждении, их внедрение постоянно откладывается, и специалистам приходится искать пути решения на местном уровне. Эффективность этих решений может обуславливаться личными отношениями между специалистами, ресурсами медицинских учреждений, активностью руководства и специалистов. Однако необходимо системное решение этих вопросов.

2.3. Выпадение пациентов на «переходных» этапах – например, перехода со стационарного лечения в амбулаторное, освобождение из мест лишения свободы

Еще одним проблемным периодом ведения пациентов, на котором особенно велик риск их «выпадения», был назван период передачи пациентов из одной службы в другую – как внутри самой туберкулезной службы, так и при взаимодействии с другими учреждениями. Так, специалисты амбулаторной и стационарной служб говорили о том, что барьером к эффективному лечению является отсутствие налаженного взаимодействия между самими фтизиатрическими службами, которое проявляется в следующих проблемах:

- отсутствие четкой системы взаимодействия и передачи данных между службами (в ситуации освобождения из МЛС, внутренней миграции);
- отсутствие системы сопровождения пациента при переводе из одного фтизиатрического учреждения в другое;
- отсутствие подготовки и мотивации специалистов амбулаторного звена на работу с ВИЧ-позитивными и наркозависимыми пациентами.

Индикатором отсутствия налаженного взаимодействия являются проблема, связанная с «выписками». Существующий режим «выписок» - документов, которые оформляются на пациента при его выписке из стационара (и после лечения в местах лишения свободы в том числе), и которые высылаются, как правило, по почте, позволяет свести взаимодействие почти на нет. Сложности появляются, в первую очередь, если пациент был выписан не по причине успешного излечения, а, например, за нарушение режима. В этом случае недолечившийся пациент может и не узнать подробности, связанные с его лечением в стационаре и течением заболевания. Еще больше ситуация усугубляется, если

пациент живет не на территории того диспансера, в который выслали выписку: связь с такими пациентами теряется. При последующем обращении пациента во фтизиатрические учреждения история его болезни зачастую снова становится чистым листом. Сам по себе режим выписок не вызывает особых проблем, однако при отсутствии единого реестра пациентов, больных туберкулезом, общение посредством выписок приводит к тому, что многие пациенты просто исчезают из поля зрения специалистов фтизиатрических служб:

«Большая проблема во взаимодействии у нас стационаров с амбулаторными службами. То есть, его вообще нету. Если амбулаторные еще как-то звонят и просят поставить на очередь, и хоть какая-то связь есть, то в обратную сторону никакой связи нету.» (Специалист, Санкт-Петербург)

Отсутствие системы сопровождения пациента при переводе из одного фтизиатрического учреждения в другое является значительным фактором, способствующим выпадению пациентов из лечения. Действие этого фактора особенно ощутимо в ситуациях перевода пациентов из фтизиатрической службы мест лишения свободы в гражданские фтизиатрические службы и обратно. Освобождающиеся из МЛС люди с сочетанной инфекцией должны сами обращаться в противотуберкулезные учреждения:

«Отправляется выписка по месту жительства этого пациента с ним вместе, и он обязан прийти и встать на учет. У нас же в районах тоже есть тубкабинеты, фтизиатры. И он должен там приходиться и наблюдаться.» (Врач-фтизиатр, Курск)

Проблема обуславливается тем, что многие пациенты в силу разных причин (социальной дезадаптации после длительного заключения, проблем с наркозависимостью и т.п.) не обращаются во фтизиатрические учреждения и выпадают из лечения. В случае не обращения освободившегося пациента должен действовать механизм выписки из фтизиатрической службы Управления федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН), передающейся в гражданские фтизиатрические службы. Однако такой способ «односторонней связи» крайне неэффективен: в лабиринте перенаправлений теряются либо выписки, либо пациенты:

«[А когда ты освободился, ты здесь не ходил проверяться?] Нет. У меня была выписка с медкарты, и там было написано фтизиатром с тюрьмы, я эту бумагу потерял. Или украли у меня, не знаю.» (Пациент, муж., Курск)

«Ну, кто знает, куда он [пациент] уедет? Единственно, если они с охраной нормально [глядят], то им выписку на руки дают. Что он пролечился и что он нуждается в дальнейшем лечении. Тогда он может прийти, а здесь мы уже определяемся. У меня, например, на участке много таких, которые освободились и приходят. Есть, выписки лежат, и они по этому адресу не проживают. Зависли, не дошли.» (Специалист фтизиатрической службы, Курск)

Еще одной проблемой, названной специалистами, являлась проблема обеспечения лекарственными препаратами на переходных этапах между стационаром и амбулаторной службой:

«И достаточно еще большая проблема – это получение лекарств пациентов, которые выписываются. Потому что лекарства – это у нас федеральная программа, льготная. И когда пациент выписывается, на него отправляется запрос через Москву. Так как это федеральная программа. И поэтому можно ждать до двух, трех, четырех недель эти

лекарства». (Специалист, Санкт-Петербург)

Помимо организационных проблем остро стоит проблема подготовки специалистов амбулаторной службы к работе с пациентами с ВИЧ и наркозависимостью. Недоработки системы здравоохранения зачастую ведут к скрытому конфликту между специалистами стационарной и амбулаторной служб, который сказывается на самих пациентах:

«Конечно, на амбулаторном звене проблемы есть, и они большие. Там отношение к ВИЧ-инфицированным гораздо хуже. Не то что там отказывают, но всякими путями потом пытаются куда-то отправить. Вот, чтобы не давать ему лекарства, чтобы не наблюдать его. В общем, всяческими путями его направить сюда в больницу, хотя оснований нету». (Врач-фтизиатр, Санкт-Петербург)

К сожалению, очень часто, нежелание работать с пациентами приводит к прогрессированию заболевания и смерти:

«Вот недавно, не помню, откуда только приехал пациент, его не лечили в диспансере. Вообще не лечили. [А чего говорили? Жди?] Да, жди больницы. [Из-за того, что ВИЧ был?] Я не знаю, какие причины были. Пациент уже умер, к сожалению. Естественно, его привезли сюда, и все, бесполезно что-либо делать». (Специалист, Санкт-Петербург)

Заключение

Анализ данных глубинных интервью и опроса специалистов позволил описать основные барьеры, препятствующие эффективному лечению туберкулеза у пациентов с сочетанными заболеваниями ВИЧ и наркозависимостью, провоцирующие выпадение пациентов из лечения на разных его этапах. Наиболее важными и требующими незамедлительного решения стали следующие проблемы:

На этапе выявления пациентов основные проблемы были связаны с низким уровнем доступа медицинских специалистов к труднодоступным целевым группам, таким как наркопотребители; низким уровнем контакта людей с выявленным статусом ВИЧ и Центров СПИД; отсутствием диагностических возможностей по туберкулезу в медицинских учреждениях, контактирующих с наркопотребителями (такими, как инфекционные больницы, районные поликлиники и т.п.); сложным лабиринтом перенаправлений пациента из службы в службу, дезинтеграция служб, ведущая к выпадению пациентов на этапе диагностики; длительностью процесса диагностики туберкулеза.

На этапе стационарного лечения туберкулеза ключевыми проблемами были названы: отсутствие специализированной помощи для пациентов с наркозависимостью, в частности программ заместительной терапии метадонотерапией и бупренорфином; необоснованная затянутость стационарного лечения и плохие условия содержания в стационарах; низкий уровень интеграции фтизиатрической и инфекционной служб.

На этапе перехода из службы в службу актуальными оказались такие проблемы, как отсутствие четкой системы взаимодействия и передачи данных между службами (в ситуации освобождения из МЛС, внутренней миграции); отсутствие системы сопровождения пациента при переводе из одного фтизиатрического учреждения в другое; отсутствие подготовки и мотивации специалистов амбулаторного звена на работу с ВИЧ-позитивными и наркозависимыми пациентами.

В целом, данное исследование четко показывает, что во время прохождения лечения пациенты сталкиваются с многочисленными трудностями, многие из которых не под силу разрешить самим. Большинство из этих трудностей не могут разрешить и сами специалисты, так как они связаны с более серьезными структурными проблемами организации здравоохранения. Данные структурные проблемы должны быть тщательно проанализированы руководителями здравоохранения России. Наш отчет предлагает не только описание проблем и барьеров, но и некоторые ключевые решения, внедрение которых позволило бы улучшить условия, в которых медицинские работники борются за жизнь своих пациентов, а также сохранить здоровье и жизни людей, страдающих заболеваниями ВИЧ, туберкулез и наркозависимостью.

Приложение

Справка: возможности применения препаратов Трамал (Трамадол) и Налбуфин для оказания помощи больным наркоманией в рамках туберкулезной службы.

Применение препарата Трамал (Трамадол) для облегчения синдрома отмены у больных наркоманией в рамках туберкулезных служб законно и возможно в рамках существующего законодательства. В соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», п.6 ст.31, в Российской Федерации запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II «Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (напр., промедол, кодеин, омнопон). Трамал (Трамадол) в этот список не входит. Таким образом, *использование препарата Трамал (Трамадол) для лечения наркозависимых является совершенно законным.*

Российские стандарты лечения опиатной зависимости в части купирования опиоидного абстинентного синдрома рекомендуют применение препарата Трамал (Трамадол) (Приказ МЗ РФ от 28 апреля 1998 г. №140 Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных, п.15.3- 15.5).

Согласно исследованию, проведенному в 2008-09 гг.²⁹, использование трамала для детоксикации широко распространено – 83% опрошенных наркологов пользовались этим методом и высоко оценили его эффективность. Некоторые из них признали, что без Трамала детоксикация была бы крайне затруднена.

Не существует законодательства, ограничивающего ареал применения препарата Трамал (Трамадол) лишь наркологическими учреждениями. По показаниям препарат может быть назначен наркологом и применен как в стенах наркологического стационара, так и в любом другом лечебном учреждении (например, туберкулезном стационаре), при условии наличия у стационара лицензии на оказание наркологической помощи.

Единственное значимое ограничение, накладываемое законодательством на применение Трамала, заключается в том, что он подлежит предметно-количественному учету (Приказ МЗ и СР РФ №109 от 12.02.2007 «О внесении изменений в порядок отпуска лекарственных средств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и №785», п.3 Приложения 1.). Хранение, учет и списание Трамала (Трамадола) производится согласно приложению 5 к Приказу МЗРФ 330 от 12.11.1997.

Подробный механизм назначения, хранения и списания, со слов нарколога, включает в себя:

«По приказам мы имеем право хранить в отделении 3-х суточный запас трамала, который хранится в сейфе отделения. Врач, обосновав необходимость применения данного лекарственного средства в истории болезни (для обоснования назначения трамала в наркологическом отделении достаточно диагноза F11.30, т.е. синдрома отмены опиатов и описания в жалобах алгических расстройств; более развернуто можно не писать; если есть желание развернуть, то можно написать, например, так: «учитывая данные анамнеза - длительное систематическое употребление опиатов,

²⁹ Торбан М.Н., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Хаймер Р. (2010). Исследование представлений врачей-наркологов РФ о работе наркологической службы. Изд. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Стр. 59.

перенесенные абстинентные расстройства в прошлом; жалобы на влечение к наркотику, потливость, чихание, жидкий стул, костно-суставные боли; данные объективного осмотра - влажность кожных покровов, неусидчивость, расширенные зрачки, дисфория и т.д. пациент нуждается в назначении трамала для купирования вышеперечисленных расстройств»), делает запись в листе назначений, под которой ставит подпись сам врач, назначивший препарат, и зав. отделения.

Медсестра, снимая назначения, ставит подпись в листе назначений истории болезни. Затем, во время раздачи препарата, на каждого пациента заводится отдельный листок списания, в котором указана фамилия пациента, дата выдачи препарата, время выдачи, дозировка лекарственной формы (таблетки, капсулы или раствора) и количество выданного препарата (таблеток, капсул или мл. раствора), затем ставится подпись медсестры и зав. Отделения. И так за каждую выдачу лекарств (обычно медсестра подписывается после каждой выдачи, а зав. отделением ставит свои подписи 1 раз в день, но за каждую раздачу). Листок списания ведется все время, пока больной получает данный препарат, затем вклеивается в историю болезни.

После каждой раздачи лекарств заполняется журнал учета препарата, в котором указывается дата, время, фамилия больного, дозировка лекарственной формы, количество выданного пациенту препарата, и ставится подпись медсестры. И так после каждой раздачи на каждого больного, после чего по данному журналу подводится итог: сколько было потрачено препарата на данное время данного числа и сколько осталось в отделении.

Трамадол закупается централизованно аптекой больницы на деньги, отпущенные бюджетом больницы на лекарственное обеспечение. Закупка происходит через оптовые компании. Хранить учетные препараты пациентов в отделении мы не имеем права, т.к. совершенно не понятно, как их учитывать.»

Одним из неудобств применения Трамала вне наркологического стационара является необходимость централизованной закупки препарата лечебным учреждением в связи с необходимостью выполнять требования по хранению, учету и списанию препарата.

Еще одной возможностью является применение в рамках туберкулезного стационара для облегчения синдрома отмены препарата Налбуфин. Данный препарат является агонистом-антагонистом опиатов короткого действия (его назначают для применения 2 раза в сутки). Налбуфин не входит в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» и не подлежит предметно-количественному учету.

Применение Трамала и Налбуфина в практике ведения больных с сочетанными заболеваниями ВИЧ и туберкулез могут облегчить страдания пациентов в существующих условиях законодательства, однако оно не имеет под собой обширной научной базы, в отличие от применения метадона и бупренорфина.