



Бюллетень № 6

ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ



Москва 2008

**Бюллетень подготовлен к изданию Центром противотуберкулезной помощи
больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России**

**Бюллетень подготовлен и издан при поддержке Всемирной организации
здравоохранения**

**Электронная версия всех выпусков бюллетеня для специалистов
доступна в интернете:**

http://www.srtb.mednet.ru/open/index_lib.php



**Бюллетень подготовлен и издан при финансовой поддержке
Фонда «Российское здравоохранение» в рамках программы
«Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации,
уязвимого к туберкулезу» (донор – Глобальный фонд для
борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией)
www.srtb.mednet.ru и www.srhiv.mednet.ru**

Содержание

РАЗДЕЛ 1

Лечебно-диагностическая помощь больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации

Анализ статистических данных о реализации лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации

О.П. Фролова, И.Г. Шинкарева 2

Информация о реализации Фондом «Российское здравоохранение» программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимо к туберкулезу»

Д.А. Голяев, М.Е. Бионышев 9

Мероприятия противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, реализованные в рамках программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимо к туберкулезу»

В.А. Лофицкая 11

РАЗДЕЛ 2

Опыт работы в субъектах Федерации

Мониторинг больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Удмуртской Республике

В.В. Данилова, Л.Г. Красноперова, М.В. Михайлов 14

Организация помощи больным ВИЧ-инфекцией в условиях района, не имеющего центра СПИД

С.И. Каргаева 15

РАЗДЕЛ 3

Вопросы врачей 18

РАЗДЕЛ 4

Мероприятия, реализуемые ВОЗ, по борьбе с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

У. ван Гемерт, Е. Юрасова, В. Якубовяк 25

РАЗДЕЛ 1

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ О РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О.П. Фролова, И.Г. Шинкарева

Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России

Анализ работы с контингентом больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в России показал следующее.

Всего в России в 2007 году, по данным отчетной формы государственного статистического наблюдения № 61, состояло на учете 14 293 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, из них впервые зарегистрированных в отчетном году – 5985.

При обследовании или лечении по поводу туберкулеза в России в 2007 году ВИЧ-инфекция впервые выявлена в 1771 случае, что составляет 3,5% от числа всех новых случаев ВИЧ-инфекции и 30 % – от сочетанной инфекции. Таким образом,

распространенность сочетанной инфекции нельзя оценивать только по данным отчетных форм противотуберкулезной службы, как это было дано в ряде публикаций. Основная часть новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, регистрируется инфекционистами, также их устанавливают патологоанатомы. Общее число случаев сочетанной инфекции определяется фтизиатрами, отвечающими за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъектах Федерации, на основании учетных форм 263/у-ТВ (приказ МЗ СР РФ от 13.11.2003). Они подают данные сведения в отчетную форму ГСН № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией».

Рис. 1. Частота выявления ВИЧ-инфекции при обследовании по поводу вторичного заболевания (2007 г., %)

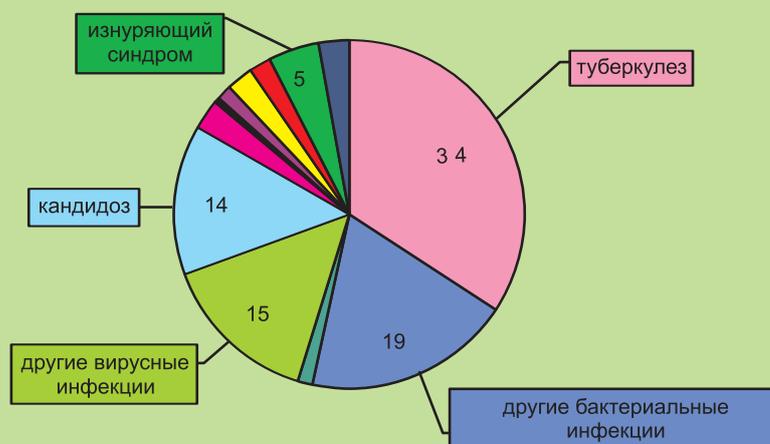


Рис. 2. Частота выявления ВИЧ-инфекции при обследовании по поводу вторичного заболевания в различных возрастных группах (2007 г., показан удельный вес)

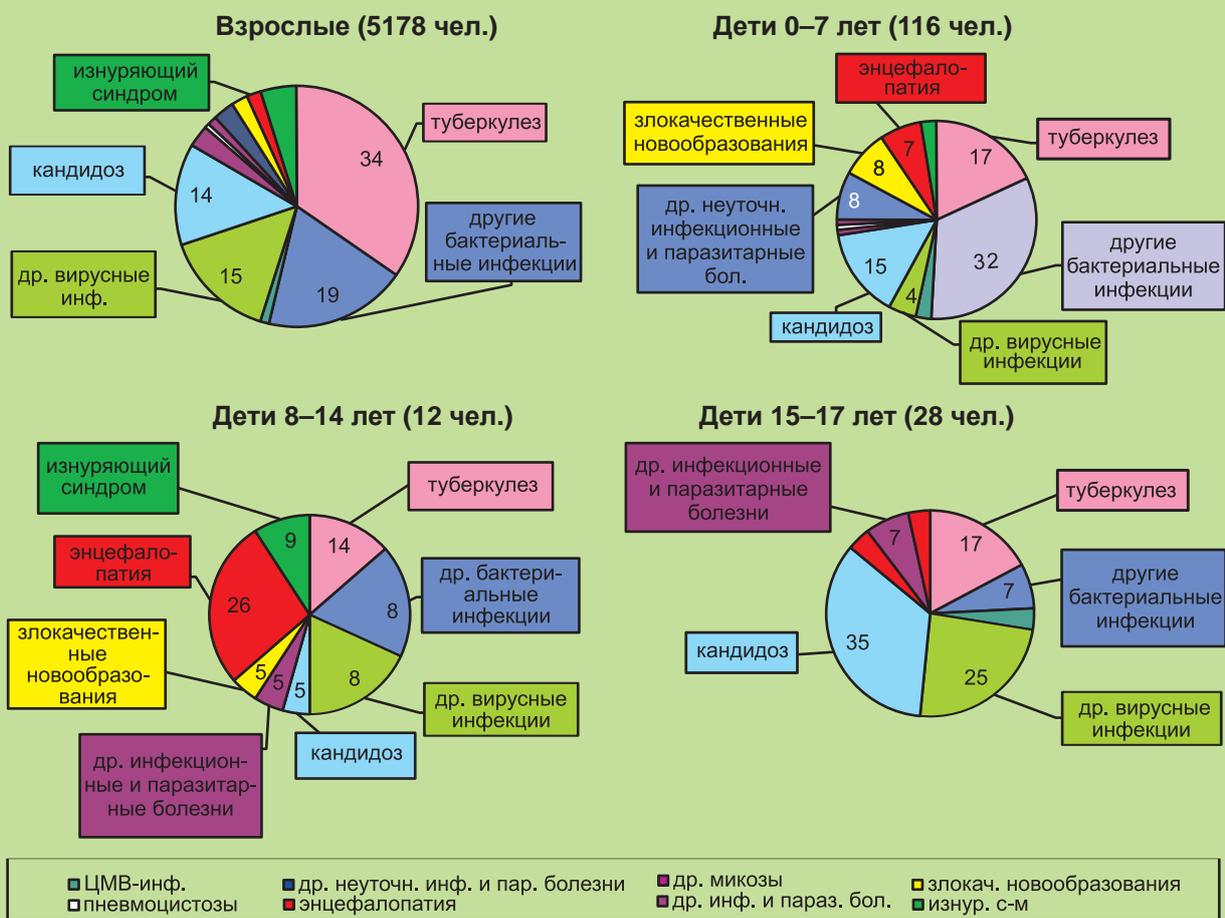


Рис. 3. Обследовано больных ВИЧ-инфекцией на вторичные заболевания в 2007 году (абс. число)

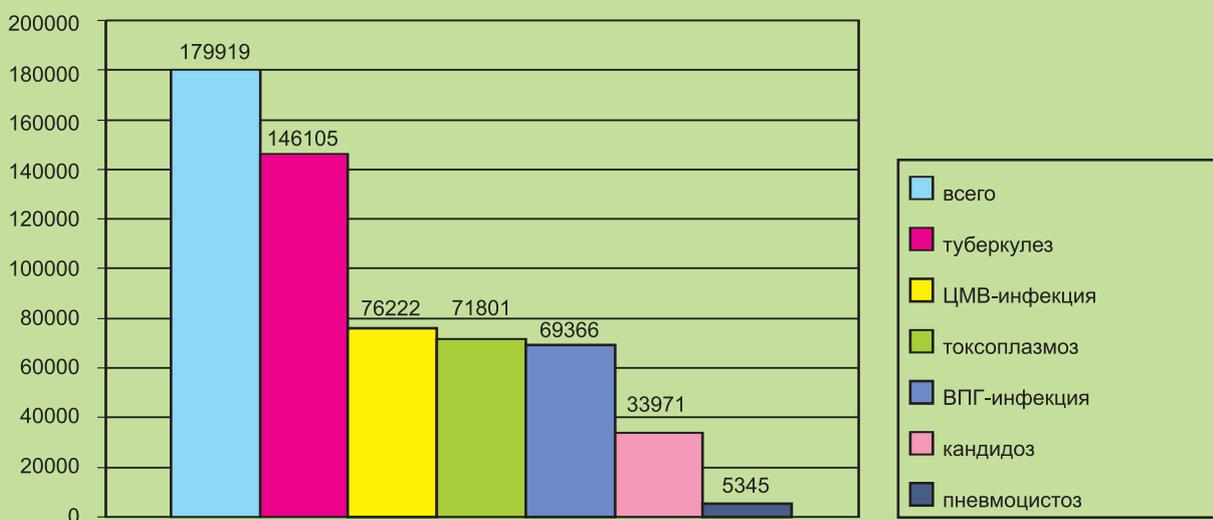
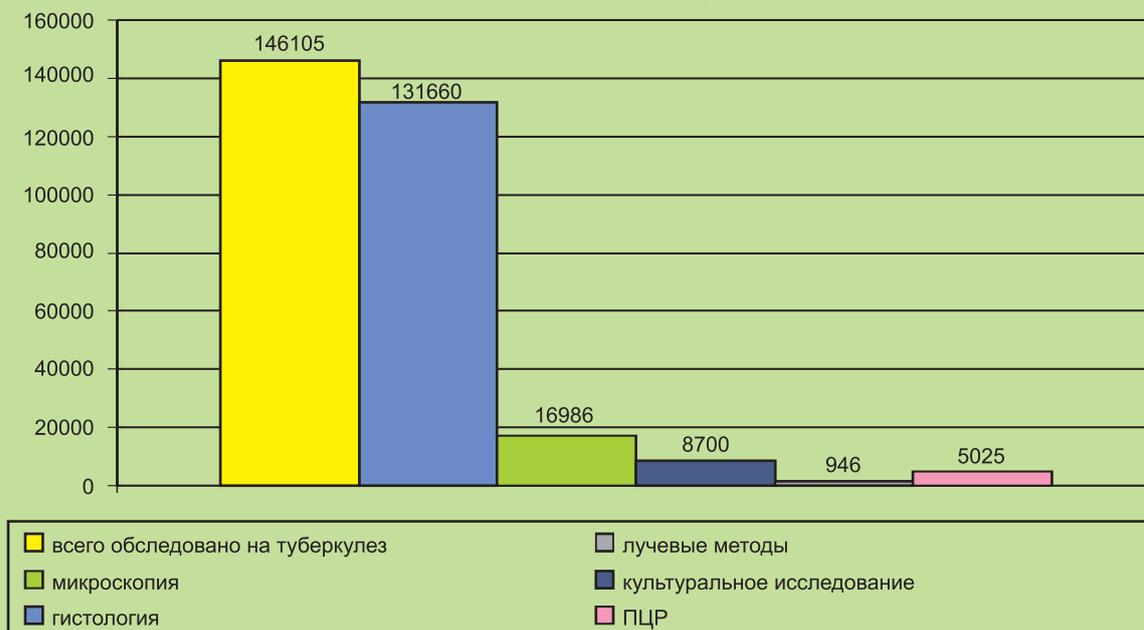


Рис. 4. Методы обследования на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией в России в 2007 году



Другие вторичные заболевания ВИЧ-инфекции в 2007 году значительно реже являлись поводом для обследования, в результате которого выявляли ВИЧ-инфекцию (рис. 1.). На рис. 2 показана частота выявления ВИЧ-инфекции при обследовании и лечении по поводу вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции в различных возрастных группах.

Обследование на туберкулез за 2007 год прошли 146 105 больных ВИЧ-инфекцией (всего в России зарегистрировали 397 тыс. больных ВИЧ-инфекцией). Из числа обследований на вторичные заболевания ВИЧ-инфекции туберкулез занимает

ведущее место (рис. 3). Несмотря на это, данный показатель нельзя рассматривать как удовлетворительный, так как больные ВИЧ-инфекцией должны быть обследованы на туберкулез в 100% случаев, а лабораторные исследования материалов от больных ВИЧ-инфекцией на другие вторичные заболевания осуществляются только по мере развития иммунодефицита с диагностической целью.

Основным методом обследования на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией является лучевая диагностика. На рис. 4 показано, что из числа пациентов, обследованных на туберкулез, бактериологическая и гистологическая диагностика используются крайне редко (соответственно 5,9% и 0,6%). Хотя именно сочетание этих методов диагностики на поздних стадиях ВИЧ-инфекции становится наиболее информативным.

Превентивное лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проведено в течение 2007 года в 5768 случаях. О неудовлетворительном охвате им больных ВИЧ-инфекцией можно судить по следующим оценочным данным. На рис. 5 показано, что даже от числа лиц, имеющих поздние стадии ВИЧ-инфекции (основное показание к его назначению), превентивную терапию получали только 26 % пациентов. Но нужно учесть, что на самом деле это число (5768) включает еще и лиц на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, которым ее могли проводить по общепринятым во фтизиатрии рекомендациям (например, контакт с больными туберкулезом).

Рис. 5. Получали химиопрофилактику туберкулеза из числа лиц, имеющих поздние стадии ВИЧ-инфекции, в России (из 21 тыс.)

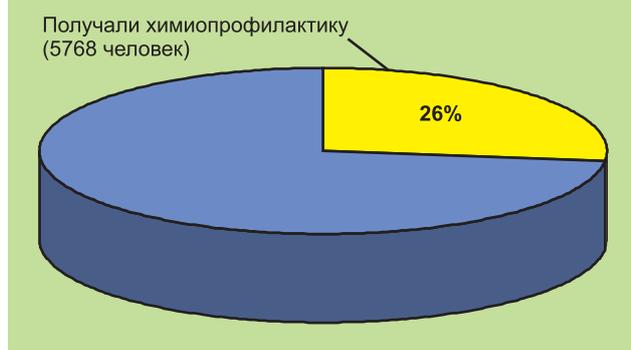


Рис. 6. Лечение ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами в России в 2007 году (всего больных ВИЧ-инфекцией в России 397 тыс.)

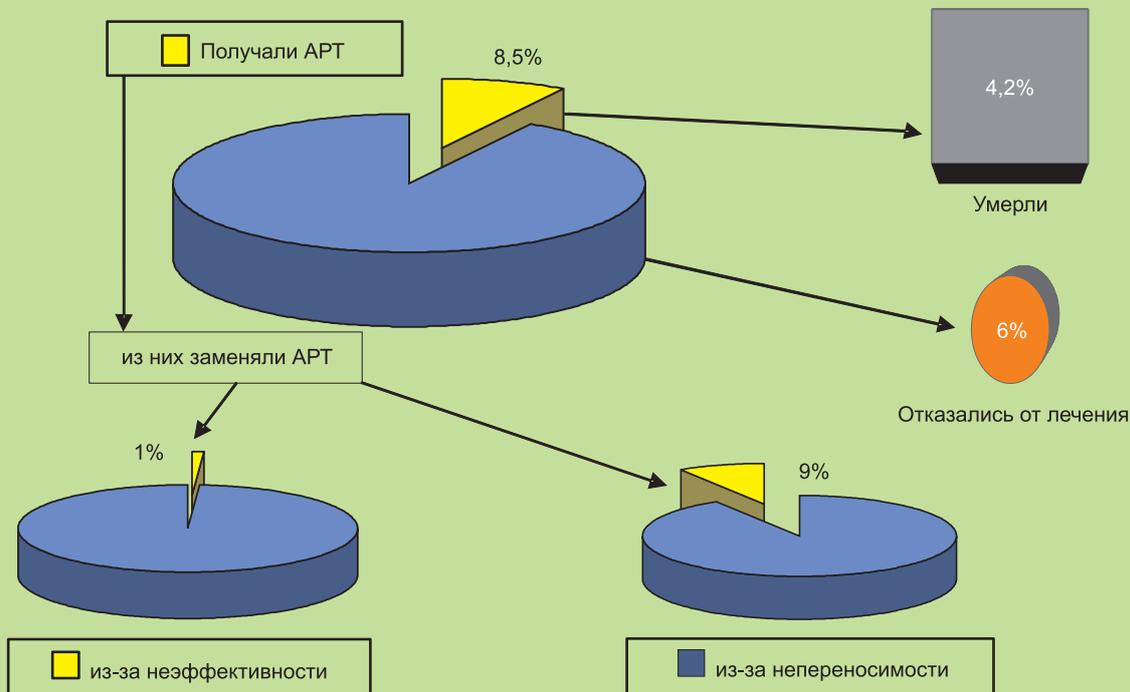


Рис. 7. Лечение больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, противотуберкулезными и антиретровирусными препаратами

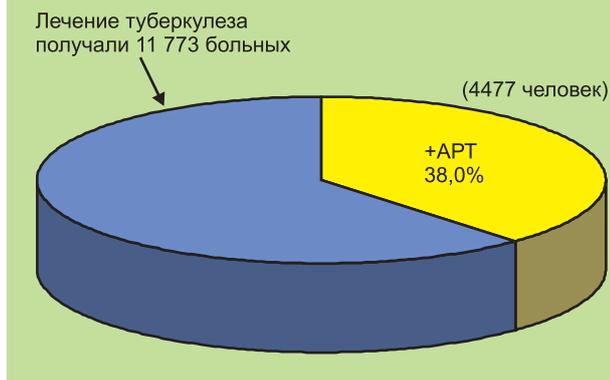


Рис. 8. Частота регистрации смертей больных сочетанной инфекцией в 2007 году (всего больных 14 293)



В связи с тем, что в России в последние годы обеспечена возможность проведения всем нуждающимся бесплатного лечения ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами в соответствии с рекомендациями Минздравсоцразвития России, с 2007 года в отчетную форму государственного статистического наблюдения № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией» внесены дополнения, позволяющие анализировать его итоги.

На рис. 6 показаны первые результаты широкомасштабного применения антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией в России. Всего ее получали в стране 31 056 человек, что составляет 8,5% от всего контингента больных ВИЧ-инфекцией.

Из общего числа лиц, получавших антиретровирусную терапию, схему лечения приходилось заменять в 10% случаев, из них у 90% больных это было обусловлено непереносимостью и у

10% – неэффективностью терапии. Всего лечение антиретровирусными препаратами оказалось неэффективным в 4,2% случаев, что послужило причиной смерти.

Лечение туберкулеза в 2007 году получали 11 773 больных ВИЧ-инфекцией. Одновременно с противотуберкулезными антиретровирусные препараты получали 4477 пациентов (рис. 7).

Если учесть, что поздние стадии ВИЧ-инфекции являются показанием для назначения антиретровирусной терапии, то это число свидетель-

ствует о неудовлетворительном охвате данной терапией больных сочетанной инфекцией, так как оно составляет менее 50% среди пациентов, имеющих туберкулез на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Несвоевременная диагностика или неэффективность лечения туберкулеза у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции привели к летальному исходу в 2194 случаях. Это составляет 15,4% от числа всех больных активным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (рис. 8).

Обсуждения наиболее актуальных аспектов туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

Обычно первый вопрос слушателей на семинарах по проблеме туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией касается определения непосредственной причины их смерти.

Для единого подхода к определению причины смерти больных сочетанной инфекцией (от туберкулеза или от ВИЧ-инфекции) подготовлены примеры в проект нового приказа Минздравсоцразвития России «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» (пример 1 и 2).

На совещании для главных врачей и ведущих научно-организационными отделами противотуберкулезных учреждений Российской Федерации, состоявшемся в Москве 1 июля 2008 года, представлен доклад о рекомендуемой системе организации стационарной помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Он получил одобрение участников совещания.

В данном докладе было дано обоснование рекомендаций по организации стационарной лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. В частности, в связи с тем, что на ранних стадиях ВИЧ-инфекции отсутствуют вторичные заболевания ВИЧ-инфекции (в 2В-стадии они не имеют тяжелого и длительного течения) и назначения антиретровирусной терапии, как правило, не требуется, лечение туберкулеза рекомендуется проводить по общепринятым во фтизиатрии правилам в противотуберкулезных учреждениях (при ежемесячных консультациях инфекциониста).

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции показана антиретровирусная терапия, которую имеет право назначать только врач-инфекционист. Кроме того,

начинают развиваться другие вторичные заболевания. Их своевременная и адекватная диагностика с последующим лечением необходимы для сохранения жизни пациентов. У 70% больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, одновременно диагностируются гепатиты. В связи с этим рекомендуется на поздних стадиях ВИЧ-инфекции больных сочетанной инфекцией лечить инфекционистам (при консультативной помощи фтизиатров).

Место лечения больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции целесообразно определять в зависимости от числа больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации.

При низкой распространенности ВИЧ-инфекции в регионе больных сочетанной патологией на поздних ее стадиях рекомендуется лечить в боксированных палатах инфекционных стационаров. Важно, чтобы этих пациентов вели подготовленные по ВИЧ-инфекции врачи, так как только они обычно распознают нетипично протекающий туберкулез (при отсутствии изменений на рентгенограммах и бактериовыделения) и тем самым спасают пациенту жизнь. В отсутствие таких специалистов диагноз ставится при аутопсии.

При большом числе больных ВИЧ-инфекцией в субъекте Федерации рекомендуется создание специализированных стационарных отделений для оказания помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. В этих отделениях должны работать как инфекционисты, так и фтизиатры. При определении врачебной нагрузки этих специалистов важно учитывать их участие в большой консультативной работе и подготовке кадров.

В связи с тем, что в настоящее время большинство центров СПИД не имеют коечного фонда,

Пример 1. Мужчина 30 лет, болен ВИЧ-инфекцией 7 лет. Месяц назад его состояние резко ухудшилось. Умер от туберкулеза, развившегося на фоне иммунодефицита, вызванного ВИЧ-инфекцией

Причина смерти		Приблизительный интервал между началом болезни и смертью	Коды по МКБ-10
Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	а) Туберкулез _____ вызванная (или явившаяся следствием)	1 месяц	B20.0
Предшествовавшие причины	б) Иммунодефицит _____ вызванная (или явившаяся следствием)		
Патологические состояния, если таковые имели место, которые привели к возникновению вышеуказанной причины	в) ВИЧ-инфекция _____ основная причина указывается последней	7 лет	

Пример 2. Мужчина 35 лет, болен ВИЧ-инфекцией 2 года. Иммунитет не снижен. Клинических проявлений ВИЧ-инфекции нет. Доставлен в клинику с массивным легочным кровотечением. Умер в тот же день. Патологоанатомы не установили характерных признаков иммунодефицита. Смерть наступила от асфиксии, вызванной массивным кровотечением, обусловленным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Причина смерти		Приблизительный интервал между началом болезни и смертью	Коды по МКБ-10
Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	а) Асфиксия _____ вызванная (или явившаяся следствием)	1 день	A15.2
Предшествовавшие причины	б) Легочное кровотечение вызванная (или явившаяся следствием)	1 день	
Патологические состояния, если таковые имели место, которые привели к возникновению вышеуказанной причины	в) Фиброзно-кавернозный туберкулез легких _____ основная причина указывается последней	Не установлено	

целесообразно всех больных с подозрением на нетипичное течение туберкулеза (длительная лихорадка и другие явления интоксикации) по жизненным показаниям направлять в данные отделения, на диагностические койки.

Обоснованием для последних рекомендаций служит то, что в России при широком распростране-

нии туберкулезной инфекции основным вторичным заболеванием ВИЧ-инфекции является туберкулез (42%). Темпы распространения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в России, начиная с 1999 года, показаны на рис. 9, 10.

Таким образом, проблемы лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, соче-

Рис. 9. Абсолютное число случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации с 1999 по 2007 гг.

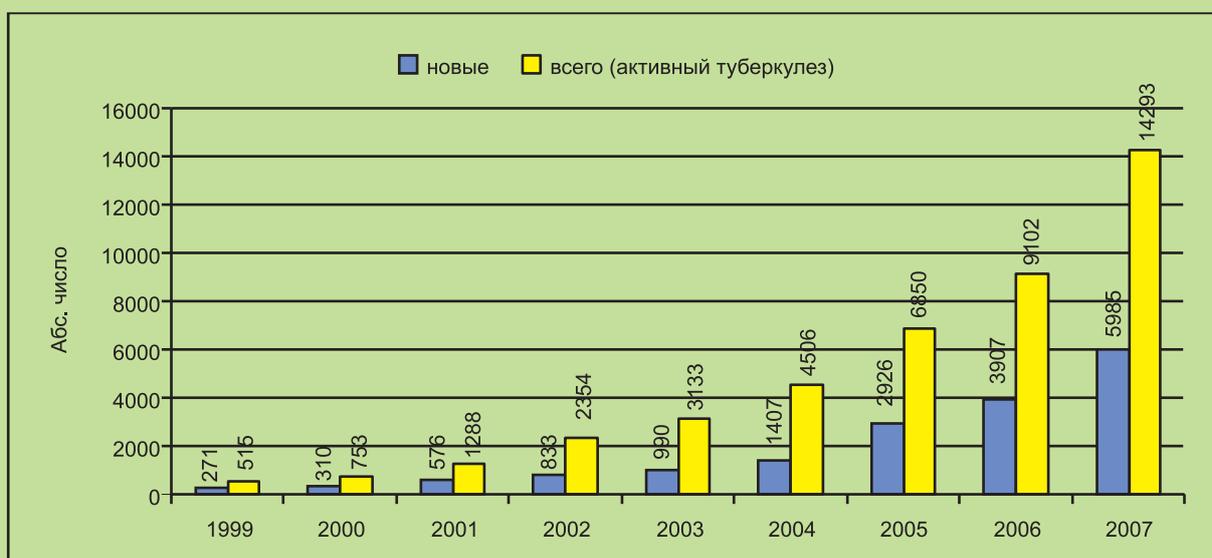
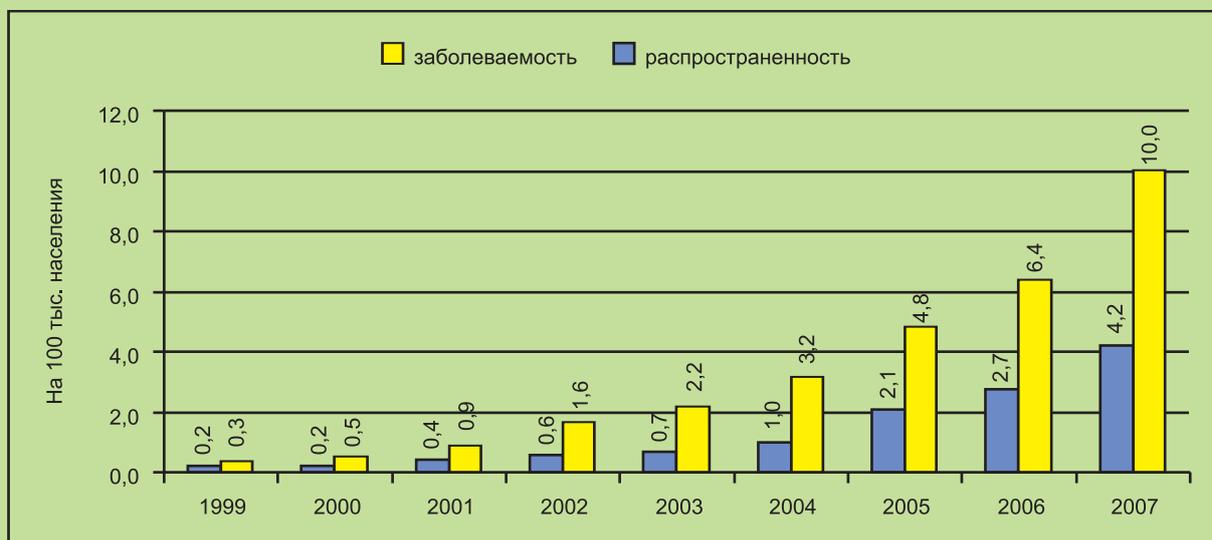


Рис. 10. Показатели заболеваемости и распространенности случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации с 1999 по 2007 гг.



танним с ВИЧ-инфекцией, в России приобретают все большее значение, при этом важна полная взаимосвязь фтизиатров и инфекционистов, работающих с данным контингентом больных. Только четкая координация и своевременное оказание этой помощи позволяют сохранить пациентам жизнь.

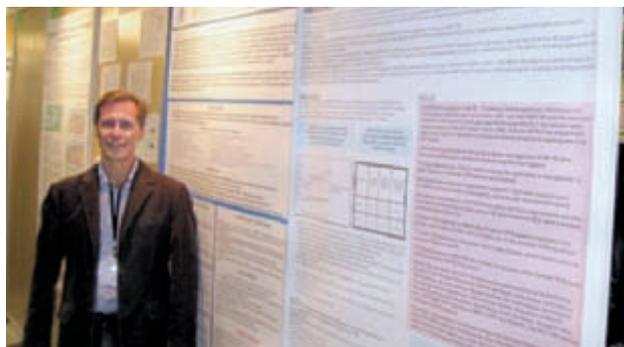
Основным источником финансирования мероприятий, лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации является программа «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу», реализуемая Фондом «Российское здравоохранение».

**ИНФОРМАЦИЯ О РЕАЛИЗАЦИИ ФОНДОМ «РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»
ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ, УЯЗВИМОГО К ТУБЕРКУЛЕЗУ»**

Д.А. Голяев, М.Е. Бионышев



Голяев Дмитрий Аркадьевич (директор проекта) вручает памятный знак «Партнер Фонда «Российское здравоохранение» директору Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, академику Покровскому Валентину Ивановичу



Бионышев Михаил Евгеньевич (заместитель директора проекта) у стенда Фонда «Российское здравоохранение» на 39-й Международной конференции по борьбе с заболеваниями легких, Париж, 2008 г.

Цель Программы – снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза в Российской Федерации и проблем, с ними связанных, путем повышения уровня и качества оказания медицинской помощи населению с акцентом на малоимущие и социально уязвимые группы.

Деятельность Программы направлена на выполнение основных задач:

- Повышение эффективности раннего выявления и лечения туберкулеза в гражданском секторе.
- Повышение эффективности выявления, качества диагностики и лечения больных туберкулезом, с устойчивостью возбудителей к противотуберкулезным препаратам.
- Повышение эффективности раннего выявления и лечения туберкулеза в пенитенциарных учреждениях.
- Повышение потенциала и развитие партнерства для борьбы с туберкулезом.
- Развитие системы профилактики и лечения туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией на федеральном и региональном уровнях.

Программа разработана рабочей группой «Странового координационного комитета Российской Федерации (СКК)», в которую вошли представители государственных учреждений и организаций, в том числе вузов, НИИ, академических учреждений, лица с ВИЧ-инфекцией, НКО, из других структур и институтов гражданского общества, бизнес-сообществ,

иностранных и международных организаций, работающих в России, других структур/организаций, частные лица, заинтересованные в поддержке этой работы.

Высшим органом СКК является собрание его членов. Председателем СКК был избран президент РАМН, академик В.И. Покровский, а заместителем председателя – заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ, академик РАМН В.И. Стародубов. Среди членов СКК руководители Федерального научно-методического центра по борьбе со СПИД, Центрального НИИ туберкулеза РАМН, НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова, руководящие сотрудники Минздравсоцразвития и Минюста России, ЮНЭЙДС, ВОЗ, Всемирного банка и других международных организаций, представители федеральных и региональных НКО, лица с ВИЧ-инфекцией.

Программа реализуется с 1 декабря 2005 года в тесном сотрудничестве с федеральными НИИ и региональными лечебно-профилактическими учреждениями противотуберкулезного профиля, Министерством здравоохранения и социального развития, Министерством юстиции.

Мероприятия Программы выполняются в 88 регионах Российской Федерации. Разработчиками предусмотрена поэтапная реализация всех компонентов в течение 5 лет. Завершение Программы запланировано на 30 ноября 2010 года. На ее реализацию в целом выделено 88 млн долл. США.

Основные итоги реализации Программы по состоянию на 31 декабря 2007 года :

1. Ремонт и оборудование лечебных учреждений:

- 1.1. Произведена закупка и доставка 225 региональным учреждениям автотранспорта, оргтехники, лабораторного оборудования, медицинской техники и расходных материалов для выполнения микробиологических исследований. Бюджет этих компонентов составил 20,7 млн долл. США.
- 1.2. Выполнены ремонтные работы микробиологических лабораторий – 45 лечебных учреждений.
- 1.3. Созданы и оснащены подразделения для работы с больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в 41 противотуберкулезном диспансере.
- 1.4. Созданы 2 обучающих центра для подготовки кадров по аспектам борьбы с туберкулезом на базе Орловского противотуберкулезного диспансера и Центрального НИИ туберкулеза РАМН.
- 1.5. Проведены работы по реконструкции отделений для лечения пациентов, страдающих туберкулезом, вызванным возбудителями, устойчивыми к противотуберкулезным препаратам, на базе 9 лечебных учреждений.

Расходы по ремонтным работам составили 5,1 млн долл. США.

2. Изданы и распространены новые руководства для специалистов:

- 2.1. Пособие для врачей «Краткое руководство по организации борьбы с туберкулезом для врачей общей практики (семейных врачей) и участковых терапевтов».
- 2.2. Пособие «Краткое руководство по организации борьбы с туберкулезом для фельдшеров первичной медико-санитарной помощи».
- 2.3. Пособие для врачей «Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией».
- 2.4. Тезисы конференции «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией».
Учебное пособие «Борьба с туберкулезом на уровне района».
- 2.6. Учебный модуль «Системы мер профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией».
- 2.7. Бюллетень № 1 «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией».

2.8. Бюллетень № 2 «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией».

2.9. Бюллетень № 3 «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией».

3. Проведены тренинги 9 946 специалистов и медицинских сестер из региональных лечебных учреждений по следующим темам:

- Общий менеджмент и логистика
- Лекарственный менеджмент противотуберкулезных препаратов
- Формирование приверженности к лечению у больных туберкулезом
- Лечение и мониторинг больных туберкулезом
- Организация лечения туберкулеза, вызванного возбудителями с множественной лекарственной устойчивостью, включая вопросы организации инфекционного контроля в отделениях для данного контингента больных
- Организация борьбы с туберкулезом на уровне лечебных учреждений первичного звена (общей лечебной сети)
- Культуральная диагностика туберкулеза и методы определения лекарственной чувствительности возбудителей
- Мониторинг и оценка проектов/программ
- Профилактика и лечение туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

Расходы по обучению персонала и издание руководств составили 2,3 млн долларов США.

4. Программы формирования приверженности пациентов к лечению, в которые были вовлечены более 40 000 пациентов, осуществлялись в 80 регионах Российской Федерации.

Расходы на программы социальной поддержки составили 1,6 млн долларов США.



Голяев Д.А. и участники пресс-конференции перед автопробегом «СПИД-STOP», 2008 г.

Мероприятия, запланированные на 2008–2010 годы

1. Закупка и поставка в лечебные учреждения автотранспорта, оргтехники, расходных материалов для проведения лабораторных исследований, лабораторной мебели.

Бюджет компонента – 17 млн долл. США.

2. Закупка и поставка в лечебные учреждения противотуберкулезных препаратов 2-го ряда для 7 500 человек.

Бюджет компонента – 19 млн долл. США.

3. Подготовка кадров:

– обучение медицинского персонала,

– издание новых руководств и учебных пособий.

Бюджет компонента – 2,5 млн долл. США.

Подробную информацию о Программе можно получить на сайте www.srtb.mednet.ru

Справка о Фонде «Российское здравоохранение»

Постановлением от 31 октября 1996 года № 1295 Правительство Российской Федерации одобрило предложение Минфина России, Минэкономки России и Минздрава России о создании Фонда «Российское здравоохранение» – некоммерческой организации, осуществляющей работу по реализации проекта «Медицинское оборудование», и поручило перечисленным министерствам выступить в качестве его участников.

Фонд создан с целью подготовки и реализации программ и проектов в области здравоохранения и социальной сферы учредительным договором от 10 ноября 1996 года между ЗАО «Федеральный центр проектного финансирования», Государственным лечебно-профилактическим учреждением «Московская клиническая центральная бассейновая больница» и Национальным фондом жилищной реформы (свидетельство о регистрации № ЮР-33 от 28 ноября 1996 года).

Участники фонда – Министерство финансов Российской Федерации, Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В соответствии с уставом Фонд «Российское здравоохранение» является некоммерческой организацией, финансируемой за счет взносов учредителей (участников) фонда, средств, выделяемых Российской Федерации международными финансовыми организациями на подготовку и реализацию проектов, грантов, средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

За прошедшие годы фонд успешно реализовал ряд проектов, финансируемых за счет займов Всемирного банка, на сумму около 350 млн долларов США.

МЕРОПРИЯТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, РЕАЛИЗОВАННЫЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЯЗВИМОГО К ТУБЕРКУЛЕЗУ»

В.А. Лофицкая

Фонд «Российское здравоохранение»

Рост числа случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации потребовал активизации работы противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. В связи с этим один из пяти проектов программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД и туберкулезу», утвержденной в 2006 году, предусматривал мероприятия, направленные

на профилактику и лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации.

Целью данного проекта является совершенствование организации и координации оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Основными направлениями деятельности были определены:

1. Создание и оборудование кабинетов для организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.
2. Обеспечение мониторинга больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.
3. Обеспечение консультирования по поводу ВИЧ-инфекции больных туберкулезом.
4. Подготовка обучающих материалов для медицинских работников.
5. Подготовка обучающих материалов для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и лиц из групп риска заболевания.
6. Подготовка медицинских работников.

Третий год реализации Фондом «Российское здравоохранение» проекта «Совершенствование противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией» показал его востребованность и своевременность.

На средства, полученные Фондом «Российское здравоохранение» по гранту Глобального фонда, успешно осуществляется техническое обеспечение учреждений регионального и федерального уровня, на базе которых реализуются проекты.

Для совершенствования обеспечения специализированной медицинской помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, на базе противотуберкулезных учреждений созданы кабинеты референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, до- и послетестового консультирования больных туберкулезом по вопросам ВИЧ-инфекции.

Для работы этих кабинетов предусматривалось проведение ремонта помещений, приобретение медицинского оборудования, компьютеров, офисной и медицинской мебели, канцелярских товаров, технических средств и материалов для ведения информационной работы.



В.А. Лофицкая, Фонд «Российское здравоохранение»

В ходе реализации проекта нам пришлось столкнуться с целым рядом проблем, да и не только нам. Главным врачам диспансеров, при ограниченных площадях, приходилось решать вопросы о выделении помещений, согласования документов на выполнение ремонтных работ и перепланировки. В некоторых городах здания диспансеров оказались настолько старыми и ветхими, что косметического ремонта кабинетов было бы недостаточно, а сумма гранта ограничена. К примеру, в Чеченской Республике противотуберкулезный диспансер разместился в здании бывшего детского интерната, и для его переоборудования под специализированный стационар потребовалось значительное софинансирование. К сожалению, не в каждом регионе нашлась такая возможность для выполнения капитального ремонта. В связи с этим в 2008 году мы вынуждены были отказаться от ремонтных работ и сделали акцент на оснащении. Особое значение при организации кабинетов референсной диагностики туберкулеза у больных с иммунодефицитными состояниями приобретают мероприятия по обеспечению мер профилактики внутрибольничного инфицирования микобактериями туберкулеза. Для этих целей



Кабинет референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Республика Якутия





Кабинет референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Республика Татарстан



Семинар по вопросам туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для врачей УФСИН, г. Москва, 24.01.2008

диспансеры получили кабины для сбора мокроты, рециркуляторы для обеззараживания воздуха, противоаэрозольные маски.

За три года работы проекта «Совершенствование противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией» Фонду «Российское здравоохранение» удалось вовлечь в работу 68 регионов. Причем в некоторых регионах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (Свердловская область, Приморский край, Кемеровская область, Челябинская область) участие в проекте приняли сразу несколько противотуберкулезных учреждений.

Таким образом, за 3 года работы проекта создано 79 кабинетов до- и послетестового консультирования больных туберкулезом по вопросам ВИЧ-инфекции и референсной диагностики туберкулеза. В 2008 году получателями гранта стали не только противотуберкулезные диспансеры, но и Центры профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями. Это касалось регионов, в которых в силу сложившихся обстоятельств (например, Вологодская, Оренбургская области) кабинеты референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, в которых ведут прием врач-фтизиатры, созданы на базе центров СПИД. При этом сохранены принципы организации этих кабинетов – минимизация контакта больных с иммунодефицитом, обусловленным ВИЧ-инфекцией, с больным туберкулезом. Каждый из таких кабинетов оснащен всем необходимым: мебелью, оргтехником, негатоскопом, холодильником, теле/видеоаппаратурой (для ведения просветительской

работы среди больных и их родственников), сейфом (для хранения медицинской документации). Координацию мероприятий по борьбе с сочетанной инфекцией в регионе, а также мониторинг больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, осуществляет врач фтизиатр-координатор, назначенный приказом местного/регионального органа управления здравоохранением.

За весь период работы проекта было организовано и проведено более 50 семинаров и тренингов по проблеме сочетанной инфекции, в процессе которых прошли обучение свыше 6500 специалистов (врачей-фтизиатров, инфекционистов, эпидемиологов, патоморфологов, руководителей противотуберкулезных учреждений и др.). Кроме того, были организованы две конференции: в 2007 году российская с международным участием «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией», в 2008 году – «Туберкулез и ВИЧ-инфекция» для специалистов Южного федерального округа.



Участники научно-практической конференции с международным участием «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией» 18–19 апреля 2007 года

РАЗДЕЛ 2

ОПЫТ РАБОТЫ В СУБЪЕКТАХ ФЕДЕРАЦИИ

МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В.В. Данилова, Л.Г. Красноперова, М.В. Михайлов

*Республиканская противотуберкулезная клиническая больница,
Республиканский центр СПИД, УФСИН по Республике Удмуртия*



Специалисты, осуществляющие мониторинг больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Республике Удмуртия: В.В. Данилова – фтизиатр, отвечающий за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в республике, Республиканская клиническая туберкулезная больница, Л.Г. Красноперова – заведующая консультативной поликлиникой Республиканского центра СПИД, М.В. Михайлов – врач-фтизиатр УФСИН

В Удмуртской Республике с 2004 года начат централизованный персонифицированный учет больных, у которых выявлен туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией, среди контингентов гражданского населения и УФСИН.

В настоящее время четко отработана система взаимосвязи между Республиканской клинической туберкулезной больницей (РКТБ), Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (РП СПИД) и УФСИН по республике.

Для своевременного выявления туберкулеза у больных, состоящих на учете в центре СПИД, в соответствии с картотекой на больных проводится лучевая диагностика (формируется рентгенологический архив) и динамическое наблюдение за чувствительностью к туберкулину. Проба ставится 2 раза в год специально обученной медсестрой центра. Для ее оценки в центр приходит фтизиатр. На основании объективных данных и результатов обследования он проводит отбор больных для

более глубокого обследования на туберкулез и дополнительного наблюдения.

При подозрении на туберкулез фтизиатр представляет материалы на больного на фтизиатрической ЦВКК. На ее заседании присутствует фтизиатр, отвечающий за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. В случае подтверждения диагноза на больного заполняется форма 089/у и часть (паспортная и фтизиатрическая) «Карты персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (далее КАРТА) – учетная форма № 263/у-ТВ.

После ЦВКК все КАРТЫ поступают к фтизиатру, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в республике. Он их проверяет и подписывает.

Для выявления ВИЧ-инфекции в противотуберкулезных учреждениях у пациентов перед госпитализацией исследуют кровь на антитела к ВИЧ. В случае положительного лабораторного результата больного осматривает инфекционист центра СПИД.

При подтверждении ВИЧ-инфекции у больного туберкулезом также заполняется КАРТА. Лечащий фтизиатр вносит известные ему данные, после чего КАРТА передается фтизиатру, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в республике.

Данный специалист КАРТЫ проверяет и в запечатанном конверте направляет с курьером в РЦ СПИД, где им присваивается код и вносятся данные, касающиеся ВИЧ-инфекции.

В полностью заполненном виде КАРТЫ с курьером возвращаются фтизиатру, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Он их окончательно проверяет, подписывает и заводит копии.

Один раз в квартал копии КАРТ отправляются в Центр противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ.

Специалисты РЦ СПИД и РКТБ периодически (по договоренности, но не реже, чем 1 раз в квартал) проводят сверку данных о больных сочетанной инфекцией.

В случае констатации смерти у больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, копия протокола аутопсии направляется с курьером специалисту, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Это позволяет проанализировать причины неэффективного лечения, снять больного с учета, скоординированно и своевременно подать учетную документацию.

Если при летальном исходе аутопсия не проводилась, информацию о смерти пациента специалисту, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, направляет врач, оформлявший посмертный эпикриз.

Копии КАРТ о случаях смерти от сочетанной инфекции также направляются в Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России.

У всех лиц, содержащихся в СИЗО УФСИН по республике, при их согласии исследуется кровь на антитела к ВИЧ.

При подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции больных ставят на диспансерный учет в УФСИН по республике. При положительном результате скринингового исследования она направляется в референсную лабораторию РЦ СПИД.

В УФСИН по республике больные ВИЧ-инфекцией ставятся на диспансерный учет. При освобождении из мест лишения свободы списки на этих пациентов передаются в РЦ СПИД.

При подозрении на туберкулез у больного ВИЧ-инфекцией проводится диагностическое обследование в полном объеме. При установлении у него фтизиатром УФСИН по республике туберкулеза врач для подтверждения диагноза представляет материалы на больного на фтизиатрическую ЦВКК. Больные активным туберкулезом из УФСИН по республике централизованно учитываются в противотуберкулезной службе республики.

Во всех случаях подтверждения диагноза фтизиатр УФСИН по республике на заседании фтизиатрической ЦВКК заполняет и передает КАРТЫ специалисту, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в республике. Копии КАРТ передаются в Центр гигиены и эпидемиологии УФСИН по республике.

Таким образом, все больные туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в республике известны специалисту, отвечающему за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в республике. Это способствует четкости в работе между различными учреждениями при лечении и диспансерном наблюдении за больными двумя инфекциями.

Централизованный учет больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в республике позволяет вести соответствующую требованиям достоверную статистическую учетность и отчетность.

Постоянная работа врача с данным контингентом больных способствует накоплению опыта в диагностике и лечении нетипично протекающего туберкулеза у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и, следовательно, оказанию высококвалифицированной помощи им.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ РАЙОНА, НЕ ИМЕЮЩЕГО ЦЕНТРА СПИД

С.И. Каргаева

Врач-инфекционист поликлиники ЦРБ Гайского района Оренбургской области

В Гайском районе Оренбургской области проживают 52 228 человек. За весь период регистрации ВИЧ-инфекции в России в Гайском районе она была установлена в 1083 случаях.

По состоянию на конец 2007 года диспансерному наблюдению по поводу ВИЧ-инфекции подлежали 668 жителей района, прошли его – 549, медицинская помощь в течение года оказывалась 447 больным.

Координацию и оказание инфекционной помощи этим больным осуществляет врач-инфекционист поликлиники ЦРБ.

Основные задачи инфекциониста ЦРБ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в районе:

- обеспечение диспансерного наблюдения всех пациентов, у которых выявлена ВИЧ-инфекция,



С.И. Каргаева – врач-инфекционист поликлиники ЦРБ Гайского района Оренбургской области делает доклад об опыте работы

- выявление и обследование контактных,
- лечение ВИЧ-инфекции и выдача антиретровирусных препаратов пациентам,
- диагностика и лечение вторичных заболеваний,
- работа с пациентами, которые хотят обследоваться на ВИЧ-инфекцию,
- работа с беременными, у которых установлена ВИЧ-инфекция,
- координация работы с другими службами.

1. Работа по диспансеризации больных ВИЧ-инфекцией в кабинете инфекционных заболеваний.

1.1. При выявлении нового больного ВИЧ-инфекцией – осмотр инфекциониста и обследование в объеме, регламентированном приказом МЗ РФ №170 от 16.08.94 г.: направление пациентов к показанным специалистам-консультантам, в том числе к фтизиатру, эпидрасследование.

1.2. Все пациенты района, состоящие на учете по поводу ВИЧ-инфекции, согласно приказу МЗ РФ №170 от 16.08.94 г., проходят диспансерное обследование: в течение года двукратно осмотр инфекциониста, лучевая диагностика и лабораторное обследование, направление к специалистам-консультантам, в том числе к фтизиатру.

1.3. В показанных случаях всем пациентам оказывается психологическая поддержка.

Основными проблемами при работе с больными ВИЧ-инфекцией являются:

- страх больных перед нарушением конфиденциальности врачами об их заболевании,

- алкогольная или наркотическая зависимость,
- отдаленность проживания больного.

При трудностях, связанных с проездом на прием к врачу-инфекционисту ЦРБ, больной передается (при согласии) под наблюдение участкового врача с рекомендациями по ведению пациента.

2. Работа с беременными женщинами, больными ВИЧ-инфекцией.

Данная работа ведется в тесном контакте с гинекологами женской консультации и родильного отделения.

В случае выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины гинекологи направляют ее в кабинет инфекционных заболеваний, где с пациенткой проводится следующая работа.

2.1. Осмотр и обследование больной, которое обычно проводят при выявлении ВИЧ-инфекции (приказ МЗ РФ №170 от 16.08.94 г.).

2.2. В карте беременной делается запись о результатах обследования, рекомендуемой схеме антиретровирусных препаратов с целью химио-профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и начале их приема.

2.3. Во время каждого посещения врача пациента информируется о ВИЧ-инфекции:

- профилактике ее передачи ребенку, близким,
- необходимости отказа от грудного вскармливания с целью снижения риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией,
- состояниях, требующих срочного внеочередного посещения врача,
- важности своевременного начала лечения антиретровирусными препаратами и регулярности их приема.

3. Работа по профилактике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Проблема туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для Гайского района очень значимая. С каждым годом растет число случаев сочетанной инфекции. В 2006 году данная патология выявлена у 35 больных, а в 2007 – у 41.

Основные разделы работы.

3.1. При первичном осмотре больного консультируют:

- о туберкулезе, особенностях его течения на поздних стадиях ВИЧ-инфекции,
- рассказывают о показаниях к срочному обращению к врачу для исключения нетипично протекающего туберкулеза,
- мерах профилактики туберкулеза.

3.2. При подозрении на туберкулез больного обследует фтизиатр (обследование больного согласуется с принципами минимизации контакта больных туберкулезом и лиц с иммунодефицитом).

3.3. При выявлении туберкулеза совместно с фтизиатром решается вопрос о месте госпитализации и назначается лечение сочетанной инфекции.

3.4. Превентивное лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией назначает консультант-фтизиатр, а контролирует инфекционист ЦРБ, в отдельных случаях участковый врач.

Проведение превентивного лечения туберкулеза вызывает большие трудности из-за особенностей поведения многих больных ВИЧ-инфекцией, относящихся к группе высокого риска заболевания туберкулезом.

4. Лечение ВИЧ-инфекции.

В настоящее время на базе ЦРБ Гайского района получают антиретровирусную терапию 102 пациента, из них 38 человек начали ее получать в последние 5 месяцев. Кроме того, 11 больных, получавших лечение, в 2007 году умерли. Отказались от лечения в течение года, несмотря на систематически проводившуюся работу с целью выработки приверженности к терапии, 6 человек.

При лечении ВИЧ-инфекции врач-инфекционист:

- выдает лекарственные препараты,
- определяет схему лечения (подбирает индивидуально, но в соответствии с рекомендациями МЗ СР РФ),
- работает с пациентом над выработкой осознанной приверженности к лечению.

Выработка приверженности к лечению ВИЧ-инфекции реализуется с помощью создания доверительного отношения к медработнику. Для обеспечения взаимопонимания во время каждого посещения проводится индивидуальная беседа с больным. При осведомленности друзей и/или семьи о наличии ВИЧ-инфекции у пациента с ними также проводятся беседы. Поддержка в последующем со стороны родственников или близких положительно влияет на правильный прием препаратов.

5. Взаимодействие с социальной службой.

Ежемесячно в районе проводится консилиум, в котором участвуют все заинтересованные спе-

циалисты (заведующие женской консультацией, родильным отделением, детской поликлиникой, врач кабинета инфекционных заболеваний и социальные работники города и района). В ходе его специалисты сообщают о лицах (с их согласия), попавших в трудное положение. Социальная служба берет их на учет для обеспечения им необходимой помощи, в частности:

- профилактики социального сиротства,
- оформления документов,
- материальной помощи,
- психологической поддержки.

6. Работа с пациентами, которые хотят обследоваться на ВИЧ-инфекцию.

В ЦРБ на ВИЧ-инфекцию может обследоваться любой житель Гайского района. Как правило, на ВИЧ-инфекцию обследуются лица, имеющие моменты повышенного риска заболевания ВИЧ-инфекцией. Поэтому беседа с пациентом, пришедшим для обследования на ВИЧ-инфекцию (независимо от того, выявлена ВИЧ-инфекция или нет), используется для проведения индивидуальной профилактики у пациента из группы повышенного риска заболевания ВИЧ-инфекцией.

В ходе беседы:

- дается информация о ВИЧ-инфекции,
- определяются факторы риска заражения,
- объясняются пути наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

Проблемы, требующие решения

На уровне ЦРБ для работы с больными ВИЧ-инфекцией, кроме инфекциониста, нужен эпидемиолог и психотерапевт, так как инфекционист ограничен во времени для осуществления этой работы (он выполняет основные функции общего инфекциониста ЦРБ).

Отсутствие взаимодействия с паспортно-визовой службой и с учреждениями Федеральной службы исполнения наказаний не позволяет идентифицировать пациентов.

Учитывая вышеуказанные проблемы, считаем необходимым подготовку документа, четко регламентирующего работу с УФСИН и паспортно-визовой службой.

Недостаточная осведомленность части медработников по поводу оказания помощи больным ВИЧ-инфекцией требует подготовки врачей по аспектам ВИЧ-инфекции в соответствии с системой медицинской помощи в России.

РАЗДЕЛ 3

ВОПРОСЫ ВРАЧЕЙ

Вопрос М.И. Захарьиной

Как нужно было поступить в нижеописанной ситуации?

В отделение для больных туберкулезом, сочтанным с ВИЧ-инфекцией, был госпитализирован пациент, у которого диагноз туберкулеза органов дыхания подтвержден обнаружением микобактерий туберкулеза в мокроте культуральным методом. Чувствительность к противотуберкулезным препаратам у выделенных возбудителей сохранена. В течение месяца пациент получал специфическую противотуберкулезную терапию амбулаторно (отказ от госпитализации). После кратковременного улучшения температура тела вновь поднялась до 40 °С и сохранялась около месяца, больного убедили в необходимости госпитализации. В стационаре планировалось обследование и лечение больного по поводу еще и других вторичных заболеваний, которые, по-видимому, давали клиническую картину интоксикации. Уровень Т-лимфоцитов, несущих рецептор CD4, составлял 13 мм³.

На следующий день после госпитализации пациент категорически отказался от стационарного лечения на основании большой занятости и ушел домой. При беседе с ним было очевидно, что у пациента критичное отношение к собственному состоянию отсутствует (как известно, ВИЧ поражает не только иммунную систему, но и клетки нейроглии).

На фоне тяжелого иммунодефицита в отсутствие лечения через неделю наступила смерть, что и следовало ожидать в данной ситуации. Выявление причины интоксикации и специфическая терапия в стационаре спасли бы пациенту жизнь.

Можно ли было врачу отпускать пациента домой? Что в такой ситуации следует делать? Возможно ли принудительно начать лечение пациента в стационаре?

На вопрос отвечает доктор медицинских наук, психиатр-психотерапевт, ведущий научный сотрудник Федерального центра профилактики и борьбы со СПИД В.В. Беляева

Согласно действующему в Российской Федерации законодательству, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральные законы от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ).

Гражданин имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, оговоренных в ст. 34 (ст. 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральные законы от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ). Статья 34 гласит, что оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных



Доктор медицинских наук, психиатр-психотерапевт, ведущий научный сотрудник Федерального центра профилактики и борьбы со СПИД В.В. Беляева

законодательством Российской Федерации. Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством. Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Причины для недобровольной госпитализации в России обсуждаются в статье 29 (Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке) Закона «О психиатрической помощи...». Для проведения недобровольной госпитализации требуется наличие следующих признаков:

- обследование или лечение пациента возможны только в стационарных условиях;
- психическое расстройство, от которого страдает больной, является тяжелым;
- именно это психическое расстройство обуславливает одно или больше из непосредственных оснований для госпитализации.

Непосредственными основаниями для госпитализации являются:

- непосредственная опасность пациента для себя или окружающих, или
- «его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Необходимо учитывать первые три вводных обстоятельства. Без них непосредственные основания не действуют. Если больной маниакально-депрессивным психозом в состоянии ремиссии опасен для окружающих, он находится в поле действия Уголовного права. Если больная обнаруживает умеренно выраженную деменцию и перелом шейки бедра, не способна обслуживать себя (но была способна делать это до перелома) – помощь ей должна осуществляться социальной службой. Если психически здоровая совершеннолетняя девушка-подросток от разрыва романтических отношений предпринимает попытку отравиться – даже

по настоянию родителей госпитализировать ее не представляется возможным.

В России начальной стадией недобровольной госпитализации является проводимая в добровольном или недобровольном порядке психиатрическая экспертиза (статьи 25–36 Закона РФ «О психиатрической помощи»). Решение относительно недобровольной психиатрической экспертизы изначально принимается психиатром на основе письменного заявления и подтверждается судом. Заявление может быть представлено родственником, врачом, должностными лицами или другими гражданами и должно содержать основания для проведения экспертизы, аналогичные основаниям для самой недобровольной госпитализации, и то, что добровольно больной лечиться не желает. Судебное решение должно быть вынесено в течение трех дней после получения всех материалов. При опасности больного для себя или других заявление может быть сделано устно. Тогда решение относительно психиатрической экспертизы должно быть сделано психиатром немедленно.

Просим коллег сообщить свой опыт по данному вопросу.

Письма можно направлять в наш адрес:

ТВ-HIV@mail.ru или по адресу: 107014, Москва, ул. Барболина, дом 3. Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Вопрос Ю.Н. Хартикова, г. Иркутск

Где можно пройти фтизиатрам курсы подготовки по ВИЧ-инфекции?

Отвечает руководитель Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ О.П. Фролова

Проблема подготовки кадров на сертификационных курсах по вопросам туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в настоящее время стоит очень остро. Число случаев ВИЧ-инфекции в России с каждым годом увеличивается. Все чаще у больных регистрируются поздние стадии ВИЧ-инфекции и вторичные заболевания, развившиеся на фоне иммунодефицита. Таким образом, растет число пациентов, нуждающихся в высококвалифицированной медицинской помощи.

В то же время анализ существующей учебной литературы, нормативных документов по ВИЧ-инфекции не соответствуют предъявляемым к ним требованиям. Определения, имеющиеся в них, противоречат базисным понятиям, которые студенты медицинских заведений изучают на занятиях патологической физиологии, патологической морфологии и пр.

В настоящее время на конференциях, семинарах по ВИЧ-инфекции очень много говорится о стигме в отношении ВИЧ-инфекции и борьбе с ней. Обычно человек, в том числе и медицинский работник, больше всего боится непонятого, не вписывающегося в обычную систему его понятий, знаний. По-видимому, именно выведение проблемы ВИЧ-инфекции из системы медицинских знаний и является основной причиной стигмы. При появлении новой болезни врач, узнав ее характеристики, встраивает их в систему своих базисных медицинских знаний и осуществляет адекватные действия в отношении пациента. Для этого и требуется высшее медицинское образование.

В отношении ВИЧ-инфекции этого сделать невозможно. В нормативных документах, медицинской литературе постоянно используются сленговые выражения, введенные политиками и другими гражданами, не имеющими медицинского образования, полностью противоречащие базисным понятиям в системе медицинских знаний. Приводим примеры.

1. «ВИЧ-инфицированный больной» – инфицированность и болезнь в системе медицинских знаний несут различный смысл, человек может быть либо инфицированным, либо больным. «Эпидемия ВИЧ» быть не может, поскольку ВИЧ – это возбудитель, а не болезнь. «Лечить ВИЧ» нельзя, лечат болезнь, а не ее возбудителей. По той же причине невозможно болеть «ВИЧ». Что такое «ВИЧ/СПИД», не может объяснить никто, такой нозологической единицы нет в Международной статистической классификации болезней и клинических классификациях, рекомендованных ВОЗ и Минздравсоцразвития России (они прилагаются).

Клинические классификации отражают патогенез ВИЧ-инфекции. Как известно, в классификациях Минздравсоцразвития России и ВОЗ первая стадия болезни начинается с момента проникновения вируса в организм. Поэтому термин «ВИЧ-инфицированный» в медицинской литературе применять нельзя.

2. Формулировки диагнозов очень часто не соответствуют утвержденной министерством классификации. В ней нет стадии СПИД. Клиническими критериями иммунодефицита (показание к назначению антиретровирусной терапии) в официальных медицинских документах почему-то объявляются инфекции, которые никак таковыми быть не могут, например туберкулез. Известно, что в России более 190 тыс. больных туберкулезом. И что, это все случаи иммунодефицита? Конечно, нет.

3. Как можно туберкулез относить к группе оппортунистических инфекций?! Любой человек, имеющий высшее медицинское образование, должен знать, что оппортунистическими называются инфекции, вызванные условно-патогенными возбудителями, а возбудители туберкулеза – патогенные микобактерии.

Оценка состояния контингента больных ВИЧ-инфекцией также в настоящее время затруднена из-за отсутствия четких определений учитываемых случаев. Нередко одним и тем же терминам в официальных документах даются противоречивые определения. Нельзя сосчитать то, что не имеет ясного определения. В результате сопоставляются несопоставимые величины, делаются некорректные оценки, а на их основе государство осуществляет серьезные финансовые вложения.

С целью повышения эффективности профилактики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова разрабатывается программа подготовки кадров по данной проблеме в соответствии с системой медицинских знаний. Проведение 2-недельных курсов по ВИЧ-инфекции для фтизиатров планируется начать в 2009 году. Заявки можно направить в адрес Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравсоцразвития России: 107014, Москва, ул. Барболина, дом 3. Подготовка цикла усовершенствования для фтизиатров по ВИЧ-инфекции с расширенной программой по ВИЧ-инфекции и гепатитам на кафедре фтизиатрии в настоящее время обсуждается.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ (ДЕСЯТЫЙ ПЕРЕСМОТР)

Часть B20-B24

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека

B20 *Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней*

Исключения: острый инфекционный синдром, вызванный ВИЧ (B23.0)

B20.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции

Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями туберкулеза

B20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций

- V20.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания
- V20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций
- V20.4 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза
- V20.5 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов
- V20.6 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии *Pneumocystis carinii*
- V20.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций
- V20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней
- V20.9 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных инфекционных и паразитарных болезней
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями инфекции БДУ
- V21 *Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокачественных новообразований***
- V21.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши
- V21.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта
- V21.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом
- V21.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований, лимфатической, кроветворной и родственных им тканей
- V21.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных заболеваний
- V21.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований
- V21.9 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований
- V22 *Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других уточненных болезней***
- V22.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии
Вызванное ВИЧ слабоумие
- V22.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита
- V22.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома
Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями угасания жизни
Истошающая болезнь [синдром резкого похудения]
- V22.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках
Примечание. При использовании этой рубрики должна быть сделана ссылка на соответствующие инструкции по кодированию заболеваемости и смертности в т. 2.
- V23 *Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний***
- V23.0 Острый ВИЧ-инфекционный синдром
- V23.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии
- V23.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках
- V23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний
- V24 *Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная***
Синдром приобретенного иммунодефицита [СПИД] БДУ, СПИД-ассоциированный комплекс [САК] БДУ

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (приказ Минздравсоцразвития России № 166 от 17.03.2006)

1. Стадия инкубации

2. Стадия первичных проявлений

Варианты течения:

- A Бессимптомное
- Б Острая инфекция без вторичных заболеваний
- В Острая инфекция с вторичными заболеваниями

3. Субклиническая стадия

4. Стадия вторичных заболеваний

- 4А Потеря массы тела менее 10%, грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, повторные фарингиты, синуситы, опоясывающий лишай.

Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии;

ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

- 4Б Потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более месяца, повторные стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, локализованная саркома Капоши, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай.

Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии;

ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

- 4В Кахексия. Генерализованные вирусные, бактериальные, микобактериальные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, в том числе: кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких; пневмоцистная пневмония; злокачественные опухоли; поражения центральной нервной системы.

Фазы: прогрессирование в отсутствие антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии;

ремиссия (спонтанная, после антиретровирусной терапии, на фоне антиретровирусной терапии).

5. Терминальная стадия

Пояснения к клинической классификации ВИЧ-инфекции:

Стадия 1 – «Стадия инкубации» – период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3 недель до 3 месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет и антитела к ВИЧ еще не выявляются. Следовательно, на данной стадии диагноз ВИЧ-инфекции, заподозренный на основании эпидемиологических данных, традиционным лабораторным методом (обнаружение антител к ВИЧ) подтвердить нельзя. Для этого необходимо использовать методики, позволяющие обнаружить вирус иммунодефицита человека либо его фрагменты (антигены, нуклеиновые кислоты) в сыворотке.

Стадия 2 – «Стадия первичных проявлений» – это первичный ответ организма на внедрение и репликацию ВИЧ в виде клинических проявлений и/или выработки антител. Данная стадия может иметь несколько вариантов течения.

2А «Бессимптомная» – характеризуется отсутствием каких-либо клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется лишь выработкой антител (сероконверсией).

2Б «Острая инфекция без вторичных заболеваний» – проявляется разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто регистрируются лихорадка, высыпания на коже и слизистых (уртикарные, папулезные, петехиальные), увеличение лимфатических узлов, фарингит. Может отмечаться увеличение печени, селезенки, диарея. Иногда развивается «асептический менингит», проявляющийся менингеальным синдромом. В этом случае при люмбальной пункции обычно получают неизменный ликвор, вытекающий под повышенным давлением, изредка в нем отмечается небольшой лимфоцитоз. Подобная клиническая симптоматика может отмечаться при многих инфекционных болезнях, особенно так называемых «детских инфекциях». Иногда такой вариант течения называют «моноклеозоподобный» или «краснухоподобный» синдром. В крови больных в этот период могут обнаруживаться широкоплазменные лимфоциты-моноклеары, что еще больше усиливает сходство такого варианта

течения ВИЧ-инфекции с инфекционным мононуклеозом. Яркая мононуклеозоподобная или краснухоподобная симптоматика выявляется у 15–30% больных, у остальных имеет место 1–2 из вышеперечисленных симптомов в любых сочетаниях. У отдельных пациентов могут отмечаться поражения аутоиммунной природы. При таком течении стадии первичных проявлений часто регистрируется транзиторное снижение уровня CD4-лимфоцитов.

2В «Острая инфекция с вторичными заболеваниями» – характеризуется значительным снижением уровня CD4-лимфоцитов. В результате на фоне иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (кандидозы, герпетическая инфекция и т. д.). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония), в редких случаях возможен даже смертельный исход.

В целом стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б и 2В), регистрируется у 50–90% больных ВИЧ-инфекцией. Начало стадии первичных проявлений, протекающей в форме острой инфекции, как правило, отмечается в первые 3 месяца после заражения. Она может опережать сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ. Поэтому при первых клинических симптомах в сыворотке больного антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ можно не обнаружить.

Продолжительность клинических проявлений во второй стадии может варьироваться от нескольких дней до нескольких месяцев, однако обычно они регистрируются в течение 2–3 недель. Клиническая симптоматика стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции может рецидивировать.

В целом продолжительность стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции составляет один год с момента появления симптомов острой инфекции или сероконверсии.

В прогностическом плане бессимптомное течение стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции является более благоприятным. Чем тяжелее и дольше (более 14 дней) протекает эта стадия, тем больше вероятность быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых – минуя ее – сразу развивается стадия вторичных заболеваний.

Стадия 3 – «Субклиническая стадия» – характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита, что связано с компенсацией иммунного ответа за счет модификации и избыточного воспроизводства CD4-клеток. Скорость репликации ВИЧ в этот период по сравнению со стадией первичных проявлений замедляется.

Основным клиническим проявлением субклинической стадии является «персистирующая генерализованная лимфоаденопатия» (ПГЛ). Для нее характерно увеличение не менее двух лимфоузлов не менее чем в двух, не связанных между собой группах (не считая паховых), у взрослых – до размера в диаметре более 1 см, у детей – более 0,5 см, сохраняющихся в течение не менее 3 месяцев. При осмотре лимфатические узлы обычно бывают эластичными, безболезненными, не спаянными с окружающей тканью, кожа над ними не изменена.

Увеличение лимфоузлов в этой стадии может и не соответствовать критериям персистирующей генерализованной лимфоаденопатии (ПГЛ) или вообще не регистрироваться. С другой стороны, такие изменения со стороны лимфатических узлов могут отмечаться и на более поздних стадиях ВИЧ-инфекции. В отдельных случаях они имеют место на протяжении всего заболевания, но в субклинической стадии увеличенные лимфатические узлы являются единственным клиническим проявлением.

Длительность субклинической стадии варьируется от 2–3 до 20 и более лет, но в среднем она продолжается 6–7 лет.

Стадия 4 – «Стадия вторичных заболеваний» – связана с истощением популяции CD4-клеток за счет продолжающейся репликации ВИЧ. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания. Их наличие обуславливает клиническую картину стадии вторичных заболеваний.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

4А Обычно развивается через 6–10 лет с момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

4Б Чаще возникает через 7–10 лет с момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Начинают развиваться поражения внутренних органов и периферической нервной системы, локализованная саркома Капоши.

4В Преимущественно проявляется через 10–12 лет с момента заражения. Она характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы.

Несмотря на то что переход ВИЧ-инфекции в стадию вторичных заболеваний связан с истощением защитных резервов макроорганизма, этот процесс имеет обратимый характер (по крайней мере, на какое-то время). Спонтанно или вследствие прово-

димой терапии клинические проявления вторичных заболеваний могут исчезать. Поэтому в этой стадии выделяют фазы прогрессирования (в отсутствие антиретровирусной терапии или на фоне антиретровирусной терапии) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой антиретровирусной терапии или на фоне антиретровирусной терапии).

Стадия 5 – «Терминальная стадия» – проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ (ВОЗ)

Стадия I

Бессимптомная ВИЧ-инфекция.

Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

И/или индекс активности 1: отсутствие симптомов, активность в норме.

Стадия II

Потеря менее 10% массы тела. Небольшие кожные проявления (себорейный дерматит, пруриго, грибковое поражение ногтевых пластинок, ангулярный хейлит, повторные язвы слизистой полости рта). Опоясывающий лишай в течение последних 5 лет. Повторные инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальные синуситы).

И/или индекс активности 2: наличие симптомов, активность в норме.

Стадия III

Потеря более 10% массы тела. Необъяснимая хроническая диарея длительностью более 1 месяца. Необъяснимая длительная лихорадка постоянного или интермиттирующего характера более 1 месяца. Кандидоз слизистых полости рта. Волосистая лейкоплакия слизистых полости рта. Туберкулез легких в течение последнего года. Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония).

И/или индекс активности 3: постельный режим менее 50% в день в течение последнего месяца.

Стадия IV

Синдром истощения, обусловленный ВИЧ. Пневмоцистная пневмония. Токсоплазмоз головного мозга. Криптоспоридиоз с диареей более 1 месяца. Внелегочный криптококкоз. Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов). Инфекции, обусловленные вирусом простого герпеса с поражением кожи и слизистых длительностью более 1 месяца или с поражением внутренних органов любой продолжительности. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия. Любые диссеминированные микозы (например, гистиоцитоз, кокцидиомикоз). Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких. Диссеминированный микобактериоз. Септицимии, вызванные сальмонеллами (кроме *S/typhi*). Внелегочный (полиорганный) туберкулез. Лимфома. Саркома Капоши. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ.

И/или индекс активности 4: постельный режим более 50% в день в течение последнего месяца.

РАЗДЕЛ 4

МЕРОПРИЯТИЯ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ ВОЗ, ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Мероприятия, реализуемые ВОЗ, по борьбе с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

У. ван Гемерт, Е. Юрасова, В. Якубовяк

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) активно работает в направлении укрепления сотрудничества между программами по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, а также способствует установлению связей, обмену знаниями и опытом между партнерами по всему миру. Для этого ВОЗ регулярно организует конференции и обучающие курсы, а также готовит и публикует материалы по данной проблеме.

События, конференции и обучающие курсы

Всемирный форум лидеров по вопросам борьбы с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией



Впервые в истории главы правительств, органов здравоохранения, влиятельные бизнесмены, руководители агентств и активисты ООН собрались 9 июня 2008 г. в штаб-квартире Организации Объединенных Наций, чтобы усилить борьбу с двойной эпидемией. Форум открыли Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун и д-р Срджан Керим, Председа-



тель Генеральной Ассамблеи ООН, а также бывший Президент США Уильям (Билл) Дж. Клинтон.

Каждый год туберкулез уносит порядка четверти миллиона жизней больных ВИЧ-инфекцией и является основной причиной их смерти в Африке. В докладе ВОЗ за 2006 г. говорится о том, что только 1% от общего оценочного числа больных ВИЧ-инфекцией в мире прошли обследование на туберкулез.

На встрече были разъяснены специальные меры, рекомендованные ВОЗ, в том числе «Три «И» в борьбе с сочетанной инфекцией»: изониазидная превентивная терапия, интенсивное выявление больных туберкулезом, инфекционный контроль.

Текущий форум был поддержан ЮНЭЙДС, Всемирным банком, ВОЗ, Глобальным фондом для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией и партнером «Остановить ТБ».



С 16 по 20 октября 2008 г. в Париже, во Дворце конгрессов (Франция) пройдет 39-я Всемирная конференция Международного союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями. Тема конференции – «Глобальные угрозы здоровью легких: важность реагирования систем здравоохранения».

Во время конференции запланировано проведение ряда мероприятий, посвященных туберкулезу в сочетании с ВИЧ-инфекцией. В частности, подготовлен курс последипломного образования по лечению больных ВИЧ-инфекцией при ограниченных материальных ресурсах, семинар по интегрированным

программам по лечению больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в тюрьмах, а также симпозиум по различным вопросам укрепления систем здравоохранения в области лечения больных ВИЧ-инфекцией, синдрома восстановления

иммунитета, предотвращения распространения ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом, здоровья матери и ребенка.

Более подробную информацию можно получить на сайте <http://www.worldlunghealth.org>



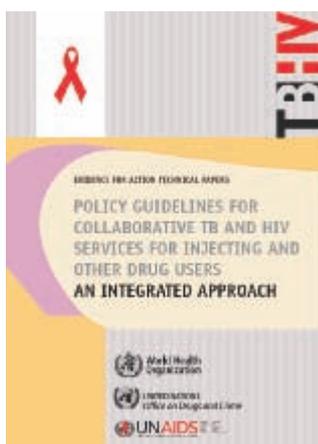
3–8 августа 2008 года состоялась XVII Международная конференция по проблеме ВИЧ/СПИД в Мехико. На конференции обсуждались вопросы борьбы с туберкулезом у больных с ВИЧ-инфекцией. Согласно докладу, основанному на статистике ВОЗ, из 33 миллионов лиц с ВИЧ-инфекцией во всем мире только 314 394 были обследованы на туберкулез. И у каждого четвертого из всех обследованных был обнаружен активный туберкулез. У лиц с ВИЧ-инфекцией в 50 раз чаще развивается туберкулез, и, согласно данным ВОЗ, без надлежащего лечения в 90% случаев они умирают в течение месяца.

В выступлениях отмечалось, что столь низкий уровень скрининга на туберкулез является «неприемлемым». Рекомендовался скрининг на туберкулез для всех лиц с ВИЧ-инфекцией, а также доступ к трем «И» в борьбе с сочетанной инфекцией»: изониазидная профилактическая терапия, интенсивное выявление больных туберкулезом, инфекционный контроль.

Одна из обсуждавшихся тем – проблемы лечения туберкулеза. Акцент был сделан на то, что «туберкулез – очень даже излечимая болезнь», даже с широкой устойчивостью к противотуберкулезным препаратам (XDR-TB) можно излечить, согласно исследованию, проведенному в Перу.

Участники конференции призвали мировых лидеров обеспечить всеобщий доступ к качественной помощи больным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией к 2015 году.

НОВЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ВОЗ



ВОЗ, ЮНЭЙДС и Управление ООН по наркотикам и преступности совместно с неправительственными организациями опубликовали «Руководство по оказанию совместной помощи лицам, употребляющим инъекционные и другие виды наркотиков, в сфере борьбы с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией: комплексный подход».

Во всем мире около 2,5 миллиона лиц, употребляющих инъекционные наркотики, живут с ВИЧ-инфекцией. Списки стран, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции, в основном, распространяется за счет потребителей инъекционных наркотиков, и стран с высоким уровнем множественной лекарственной устойчивости к туберкулезу частично совпадают.

Люди, принимающие наркотики, как правило, принадлежат к маргинальным группам с особыми потребностями и не имеют должного доступа к мероприятиям по охране здоровья. Помощь этим лицам должна носить более скоординированный характер с учетом их потребностей, с целью обеспечения всеобщего доступа к мероприятиям по профилактике и лечению на всех этапах. Это требует совместного планирования деятельности служб, вовлеченных в борьбу с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, специалистов-наркологов и органов правопорядка.

Основные рекомендации заключаются в следующем:

Совместное планирование

* Следует сформировать систему многоотраслевой координации на местном и федеральном уровнях в целях планирования и осуществления мероприятий по контролю туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики. По возможности, это должно быть осуществлено с помощью существующих механизмов.

* Национальные стратегические планы по борьбе с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и злоупотреблением наркотическими веществами должны четко определять функции и обязанности всех служб, оказывающих услуги лицам, употребляющим наркотики, и обеспечивать комплекс мер по мониторингу и оценке мероприятий по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией для лиц, употребляющих наркотики, включающий и оценку результатов лечения.

* При планировании кадровой политики следует учитывать количество и подготовку персонала. Образовательные программы должны быть нацелены на формирование устойчивых эффективных команд, где весь персонал, вступающий в контакт с лицами, употребляющими наркотики, имеет соответствующий уровень квалификации для работы с больными туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, а также лицами, употребляющими наркотики.

* Все стороны, участвующие в совместной борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией среди лиц, употребляющих наркотики, должны поддерживать и поощрять оперативные исследования по разработке доказательной базы для эффективной и действенной работы.

Основные мероприятия

* Все учреждения закрытого типа и стационары в службах здравоохранения и правоохранительных органах должны иметь план инфекционного контроля за распространением туберкулеза, поддержанный всеми заинтересованными сторонами, включая административные и меры индивидуальной защиты.

* Все службы, работающие с лицами, употребляющими наркотики, должны вести протоколы выявления случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции, информировать персонал о симптомах туберкулеза и ВИЧ-инфекции и обеспечивать доступ лиц, употребляющих наркотики, к необходимым исследованиям и консультациям, предпочтительно по месту их пребывания.

* Службы по борьбе с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и наркотической зависимостью должны обеспечить доступ к соответствующему лечению лицам, употребляющим наркотики, с учетом глобальных, региональных и национальных руководств. При этом взаимно осуществлять контроль за лечением и оказанием медицинских услуг пациентам.

* Все медицинские учреждения после обособленного исключения активного туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией, употребляющих наркотики, должны обеспечить им доступ к превентивному лечению изониазидом.

* Медицинский персонал учреждений противотуберкулезных, инфекционных и наркологических должны знать о факторах риска и передачи ВИЧ-инфекции и предоставлять пациентам всеобъемлющую информацию о профилактике ВИЧ-инфекции, владеть информацией для предупреждения профессионального заражения ВИЧ-инфекцией и туберкулезом.

Преодоление барьеров

* Все службы, задействованные в работе с лицами, употребляющими наркотики, должны сотрудничать на местном уровне с партнерами в целях обеспечения доступа к исчерпывающей информации о профилактике туберкулеза и ВИЧ-инфекции, лечении и уходе за больными этими инфекциями, наркологической помощи им. Организация такой информационной поддержки целесообразна в единых специализированных центрах для максимального обеспечения помощи в одном учреждении.

* Лицам, употребляющим наркотики, прибывшим из мест лишения свободы, при взятии на учет должно быть обеспечено медицинское обследование и лечение в соответствии с международными стандартами, гарантия врачебной тайны. Заключение должны получать помощь наравне с гражданским населением, лечение должно быть непрерывным, включая периоды транспортировки в места (из мест) лишения свободы.

* Предоставление лицам, употребляющим наркотики, специальной поддержки, обеспечивающей строгое соблюдение ими лечебных процедур, снижение риска развития устойчивости к лекарственным препаратам и передачи инфекции.

* Наличие у лиц, принимающих наркотические вещества, сопутствующих заболеваний, включая вирусные гепатиты, алкогольную зависимость, психические расстройства, не должно являться причиной для отказа в лечении.

Полный текст рекомендаций доступен на английском языке в сети Интернет:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf

Дополнительную информацию по вопросам, связанным с деятельностью Всемирной организации здравоохранения в области борьбы с туберкулезом, можно получить по адресу: Москва, Остоженка, 28; тел. (495) 787-2116; факс (495) 787-2149, эл. почта w.jakubowiak@who.org.ru, интернет-сайты: www.who.int/tb, www.euro.who.int

НАША БЛАГОДАРНОСТЬ



Доктор Виеслав Якубовяк, с которым мы разрабатывали и реализовывали Программу противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в России, уехал в Женеву. С декабря 2008 г. он присоединился к команде отдела по борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом в штаб-квартире ВОЗ.

В Российской Федерации доктор Виеслав Якубовяк возглавлял Программу ВОЗ по борьбе с туберкулезом со времени ее основания (1999 г). Неоценим его вклад в подготовку и реализацию Проекта по компоненту «Туберкулез» в рамках 4-го раунда заявок в Глобальный фонд. Благодаря

этому проекту появилась возможность оснащения кабинетов противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъектах Федерации, а также публикация учебных материалов, проведение семинаров и конференций по данной тематике.

Мы от всей души благодарим доктора Виеслава Якубовяка за оказанную нам помощь и поддержку, желаем ему дальнейших успехов.

*Редакция бюллетеня
«Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией»,*

*Тематическая рабочая группа РГВУ
«Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией»*

На первой странице обложки: Участники семинара «Совершенствование мониторинга за больными туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» для специалистов ПТД, центров СПИД и УФСИН из Республик Чувашия, Марий Эл, Татарстан, Мордовия и Нижегородской, Пензенской, Самарской, Саратовской, Ульяновской областей в г. Ульяновске 16–18 сентября 2008 года

На последней странице обложки: Республика Марий Эл. 21.10.08. Министр здравоохранения В.В. Шишкин проводит круглый стол по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, совместно со специалистами Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Минздравооцразвития России

Участники семинара для специалистов Республики Марий Эл по проблеме туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, 22.10.08

Подписано к печати 12.12.2008 г.
Гарнитура Arial. Печать офсетная. Бумага мелованная. Формат 62×94 1/8.
Усл. печ. л. 3,5. Тираж 999 экз.

ООО «Издательство «Триада». ИД № 06059 от 16 октября 2001 г.
170034, г. Тверь, пр. Чайковского, д. 9, оф. 504, тел./факс: (4822) 42-90-22, 35-41-30. E-mail: triada@stels.tver.ru
<http://www.triada.tver.ru>

Отпечатано в ООО «Тверская фабрика печати» (г. Тверь, Беляковский пер., д. 46). Заказ № 4348.



Москва 2008