

*Развитие услуг по диагностике,
лечению и профилактике
туберкулеза для людей,
употребляющих наркотики*

Руководство для тренеров
Октябрь 2013 г.

Grant agreement 2008 52 02
Work package 6



Funded by
the Health Programme
of the European Union

EURASIAN HARM REDUCTION NETWORK
HARM REDUCTION KNOWLEDGE HUB



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Благодарность:

Подготовка тренингового модуля стала возможной благодаря финансовой поддержке Европейского офиса ВОЗ в рамках совместного проекта с Исполнительным агентством по здравоохранению и правам потребителей (Executive Agency for Health and Consumers) «Повышение доступа к высококачественным услугам снижения вреда и ухода для потребителей инъекционных наркотиков в Европейском регионе» (Контракт 2008 52 02, 6-ой компонент проекта «Разработка и улучшение тренингов по снижению вреда»). Позиция, изложенная в данном документе, ни в коем случае не должна приниматься как официальная позиция Европейского союза или ВОЗ.

Тренинговый модуль был подготовлен Нонной Турусбековой (независимым консультантом, «TBC Consult/HRM forHealth», Голландия) и Машей Тварадзе (независимым консультантом и тренером по вопросам ВИЧ и снижения вреда, Россия). Андриус Лошакевичюс (ЕССВ) координировал процесс подготовки модуля, а также подготовил вводную часть. Научное редактирование было осуществлено Дамиром Бикмухаметовым и др. Алберто Маттеелли (AlbertoMatteelli, ВОЗ). Авторы модуля признательны всем экспертам и активистам, которые помогли в его разработке: Андрей Сасаров (Россия), Вера Коваленко (Россия), Инна Вышемирская (Россия), Максим Демченко (Украина), Наталия Сидоренко (Россия) и другие.

ЕССВ и авторы также признательны за техническую помощь, оказанную Европейским офисом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), особенно Смилке де Люссини (Smiljka de Lussigny), Перпаоло де Коломбани (Pierpaolo de Colombani), Бренде Хосе Ван ден Берг (Brenda José Van den Bergh), Ирине Ерамове (Irina Eramova), Христиану Гуннебергу (Christian Gunneberg) и Анабель Бадделей (Anabel Baddeley).

Редактирование: Джон Стейси (Jon Stacey), Нази Арутюнян (Nazee Arutyunyan)

Евразийская сеть снижения вреда

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ) – региональная сеть, объединяющая программы снижения вреда, сообщество потребителей наркотиков и их союзников из 29 стран Центральной, Восточной Европы и Центральной Азии. Наша совместная работа направлена на защиту фундаментальных прав людей, употребляющих наркотики, и активизацию усилий по охране их жизни и здоровья. Миссия ЕССВ заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

НПО со специальным статусом в Экономическом и Социальном Совете Организации Объединенных Наций (ЭКОСОС ООН)

Адрес: ул. Svitrigailos 11-B, Вильнюс 03228, Литва

Тел.: +370 5 2609007

Факс: +370 5 2691601

Эл. почта: info@harm-reduction.org

Веб-сайт: www.harm-reduction.org

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВГС	Вирусный гепатит С
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЕССВ	Евразийская сеть снижения вреда
КУМ	Кислотоустойчивые бактерии
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
МЛУ ТБ	Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (как минимум, к изониазиду и рифампицину)
НКО	Некоммерческие организации
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация объединенных наций
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПТИ	Профилактическая терапия изониазидом
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
ТБ	Туберкулез
ТКП	Туберкулиновая кожная проба
ТЛЧ	Тест на лекарственную чувствительность
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации объединенных наций по ВИЧ/СПИДу
ШЛУ ТБ	Туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ, в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам, и, как минимум, одному из инъекционных препаратов второго ряда: амикацину, канамицину и/или капреомицину)
IGRA	Анализ высвобождения гамма-интерферона лимфоцитами
DOT	Лечение под непосредственным наблюдением

Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2011 году 8,7 миллионов человек заболели туберкулезом (ТБ) и 1,4 миллиона человек умерли от этой болезни. И хотя нет подтвержденной информации о том, что употребление какого-либо наркотика повышает риск заболевания туберкулезом, тем ни менее люди, употребляющие наркотики (ЛУН), часто относятся к наиболее уязвимым и социально исключенным группам населения, и, вследствие этого, сталкиваются с факторами, повышающими риск заболевания туберкулезом, такими как пребывание в местах лишения свободы, бедность и нищета. Высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков также увеличивает риск заболевания туберкулезом. Туберкулез является основной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), употребляющих наркотики, и смертность в этой группе, как по причине туберкулеза, так и по любым другим причинам, в несколько раз выше, чем среди ЛЖВ в целом. Уровень заболеваемости туберкулезом среди людей, употребляющих наркотики, в последнее время снижается во многих индустриальных странах, но в странах ВЕЦА этого не происходит.

Цель модуля – внести вклад в решение проблемы распространения ко-инфекции ВИЧ и туберкулеза среди потребителей наркотиков и способствовать развитию устойчивых связей между профилактикой ВИЧ, мероприятиями ТБ контроля, программами снижения вреда в Восточной Европе и Центральной Азии. Клиническая и программная информация о ТБ, ВИЧ и употреблении наркотиков здесь представлена в свете новейших нормативных руководств ВОЗ.

Целевая аудитория модуля – люди и организации, предоставляющие услуги ЛУН, через программы снижения вреда, лечения наркозависимости и другие социальные услуги и услуги здравоохранения. Модуль предназначен для того, чтобы повысить их знания и навыки в сфере предоставления услуг, связанных с туберкулезом, людям, употребляющим наркотики. Модуль также поможет активистам (из гражданского общества или сообщества потребителей наркотиков) больше узнать о туберкулезе и лучше понять тенденции развития эпидемии ко-инфекции ТБ и ВИЧ, и ее связь с ВИЧ и потреблением наркотиков.

Модуль послужит источником информации всем заинтересованным в вопросах ТБ и снижения вреда, но в первую очередь он предназначен для тренеров, которые разрабатывают и проводят тренинги для представителей гражданского общества, сообщества потребителей наркотиков и сообщества ЛЖВ, работников здравоохранения, вовлеченных в сферу снижения вреда, ТБ и ВИЧ.

Тренинговое руководство

Данный документ является руководством для тренеров по проведению трехдневной учебной программы и содержит следующие модули: основные сведения о туберкулезе; низкопороговые услуги в сфере ТБ для людей, употребляющих наркотики; адвокация в сфере ТБ. В программе также предлагается обсуждение ряда ключевых организационных, практических и политических моментов, влияющих на предоставление лечения и помощи при ТБ для потребителей наркотиков.

Хотя программа и рассчитана на три дня, составляющие ее модули можно адаптировать к потребностям слушателей, местным особенностям, а также к имеющимся возможностям и ресурсам. Например, программу можно проводить три дня подряд или по одному модулю в неделю, чтобы не отрывать участников от работы на несколько дней подряд. Также разделы программы можно использовать избирательно, например, провести небольшое информационное занятие о диагностике туберкулеза для команды, которая начинает внедрять услуги по выявлению туберкулеза.

Материалы тренинга можно адаптировать для людей, которые только начинают работать с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) и/или ТБ; либо использовать для повышения квалификации и систематизации знаний у тех, кто уже имеет опыт в работы в этой сфере. Для ведения занятий предлагаются различные интерактивные методики и тренинговые техники, предполагающие наибольшее вовлечение аудитории. Использование различных методов преподавания позволяет участникам обмениваться вопросами, выражать сомнения и делиться опытом.

Тренинговое руководство содержит дополнительную информацию, которая может быть полезна фасилитатору или тренеру для ответов на вопросы участников. Однако необходимо помнить, что национальные руководства и другие документы, регламентирующие оказание помощи людям, инфицированным или больным туберкулезом, могут существенно различаться в разных странах. В некоторых странах люди, употребляющие наркотики, имеют доступ к широкому спектру услуг, связанных с туберкулезом, включая новейшие методы лечения диагностики, тогда как в других странах этот доступ сильно ограничен. Тренеру необходимо иметь достаточные знания о распространении туберкулеза, специфических факторах риска, регламенте предоставления помощи и барьерах в доступе к ней, чтобы максимально удовлетворить запросы участников каждой конкретной группы.

Ответственность за адаптацию тренинга к местным особенностям лежит на преподавателе (тренере), а данное руководство содержит рекомендации, как подготовить тренинг, учитывая потребности аудитории. Вспомогательные материалы содержат дополнительную информацию, которая позволяет рассмотреть каждую тему углубленно.

Как пользоваться руководством

Предполагается, что люди, использующие данное руководство, имеют опыт проведения тренингов, а также базовые знания в сфере туберкулеза.

Курс обучения рассчитан на 3 дня - по 7-8 часов обучения, включая два перерыва на кофе и обед. Перед каждым разделом (темой) указана его продолжительность, и авторы советуют придерживаться этого расписания, но это может меняться с учетом знаний, опыта и потребностей группы.

Учебную программу можно свободно использовать в соответствии с конкретными учебными задачами, способностями слушателей и потребностями аудитории. Не забывайте постоянно искать местные примеры, иллюстрации и статистические данные для обновления слайдов и расширения предоставленных материалов. Настоятельно рекомендуем всегда учитывать практические и обучающие потребности людей употребляющих наркотики.

Учебное руководство подразумевает, что в каждом тренинге принимает участие около 20, в идеале – 14-16 слушателей. Если группа намного больше (или меньше), то могут потребоваться изменения программы, в частности – потребуются больше (или меньше) времени на работу в группах, проведение упражнений и обратную связь от участников.

Подготовка к тренингу

Ознакомьтесь с руководством до тренинга, прочитайте модули и соответствующие слайды и материалы. Ознакомьтесь с новейшими международно-признанными рекомендациями. Дополните учебный материал местными примерами, иллюстрациями и статистическими данными для обновления слайдов и расширения предоставленных материалов.

Место проведения

Оно должно быть удобным и подходящим по площади для работы, как в большой группе, так и в малых группах. Надо предусмотреть, чтобы участникам было легко добираться на место встречи каждый день. Особое внимание следует уделить участникам с ограниченными физическими возможностями или особыми потребностями. Возможно, Вам нужно будет дать специальные инструкции по поводу того, как добраться до места, информацию о месте парковки автомобилей и об общественном транспорте.

Участники

Убедитесь в том, что все участники оповещены о тренинге, и заранее ознакомлены с задачами обучения. При желании можно ознакомить их с учебными материалами, чтобы помочь подготовиться к модулям.

Участие в тренинге людей, употребляющих наркотики, может потребовать специального планирования и обсуждения. Подумайте о том, как обеспечить получение ОЗТ тем, кому она необходима, а также какие услуги снижения вреда могут быть необходимы в ходе тренинга. Надо также учитывать специфические потребности участников в диете/ еде, например, для участников, которые в настоящее время получают лечение, требующее определенной диеты, или для вегетарианцев.

Тренеры/ преподаватели

В идеале, программу должны проводить несколько преподавателей. Такой метод считается наиболее эффективным для постоянного обеспечения качества обучения и проведения различных групповых занятий. Если группа будет больше 20 человек, возможно, понадобится вовлечение и дополнительных преподавателей. Если есть возможность, свяжитесь с местными экспертами в сфере ТБ, сообществом людей употребляющих наркотики или организациями, предоставляющими услуги в сфере ТБ, которые могут поделиться опытом и моделями работы.

Организируйте встречу преподавателей тренинга заранее, согласуйте функции и обязанности при проведении тренинга. Во время тренинга преподаватели должны совещаться после каждого модуля, чтобы разрешить любые возникшие проблемы (например, вовлечение пассивных участников).

Наличие нескольких преподавателей обычно позволяет легче делать заметки во время важных обсуждений и записывать вопросы по мере их появления, что может послужить основой для дальнейшей деятельности.

Работа с материалами

Модуль включает полный набор материалов для проведения тренинга. Но вы можете интегрировать их и с другими упражнениями и методами, например, разработанными для специфических ситуаций и регионов/ стран. Обратитесь в местные организации и институты (например, министерства, полиция, ООН, ВОЗ, неправительственные организации и т.д.) и запросите у них новейшую информацию и данные.

Раздаточный материал – подготовьте достаточное количество экземпляров раздаточных и вспомогательных материалов для всех участников тренинга и держите их под рукой для раздачи перед началом занятий.

Сертификат об изучении модуля – вместе с учреждением, отвечающим за проведение тренинга, подумайте о выдаче сертификатов, подтверждающих участие в тренинге. Они могут пригодиться

людям, которые должны представлять документы о постоянном повышении квалификации. Для некоторых такой сертификат является стимулом для участия в тренинге и последующего использования приобретенных знаний.

Проведение тренинга

Перед началом тренинга – подумайте о времени и месте, в котором будет работать каждая группа. Удобно ли оно? Расставлены ли стулья таким образом, чтобы все видели других членов группы? Знают ли участники, где находятся туалеты и на какое время запланировано начало и конец работы? Знакомы ли Вы с оборудованием, которое будете использовать, и работает ли оно? Все ли подготовлено с обеспечением питания? В первый день следует приехать на место заблаговременно, чтобы проконтролировать все вышеупомянутое.

Начало тренинга – когда участники приехали и собрались перед тренингом, начинайте его в оговоренное время. Вначале обратитесь к слушателям с приветственным словом, представьтесь сами и представьте второго преподавателя. Тренинг всегда следует начинать со знакомства; обычно каждый член группы по очереди называет свое имя, место работы и, при желании, рассказывает что-то о себе. Участники не должны этого стесняться, поскольку это делает обстановку в группе более доверительной и безопасной, а также стимулирует участников делиться друг с другом своим опытом и интересной информацией.

Групповые правила – четко огласите правила группового взаимодействия, и убедитесь, что все участники согласны с ними. Лучше всего это сделать сразу после знакомства и обсуждения ожиданий. Попросите членов группы самих предложить правила, которые они считают полезными. Записывайте предложенные правила на флипчарте и вывесите этот лист на стене, чтобы участники могли видеть его на протяжении всего тренинга.

В зависимости от особенностей группы и индивидуальных характеристик участников Вы можете ввести следующие правила:

- Приезжать вовремя к началу каждого модуля и вовремя возвращаться после каждого перерыва.
- Стараться откровенно высказывать свои мнения, чтобы получить наибольшую пользу от откровенных обсуждений.
- Свободно и в любое время задавать вопросы.
- Говорить по одному, в особенности при наличии перевода.
- Высказывать комментарии перед всей группой, а не вести разговоры между собой.
- Полностью выслушивать точку зрения или идеи каждого, и уважительно относиться к любой точке зрения. Критику высказывать конструктивно, избегать оценочных суждений.
- Стараться разрешать конфликты, и занимать, по возможности, гибкую позицию.
- Обсуждать идеи и мнения, но не давать характеристик людям, которые их высказывают.
- Выключить мобильные телефоны и компьютеры во время занятий.
- Не курить, не употреблять наркотики и алкоголь в учебных комнатах.

- Никакого насилия (вербального или физического); люди должны свободно высказывать мнения, которые могут быть и непопулярными, чтобы мы могли использовать их в учебных целях.

Конфиденциальность – следует договориться о соблюдении конфиденциальности во время тренинга. Обычно ожидается, что участники не должны делиться ни с кем никакой личной информацией, раскрытой во время тренинга, например, о вызывающих или компрометирующих аспектах практики, настоящем или прошлом опыте потребления наркотиков или любыми другими сведениями, которые другие участники рассказывают о себе. Однако следует подчеркнуть, что каждый участник индивидуально принимает решение о том, какой информацией он считает возможным поделиться с другими, так как конфиденциальность ограничена и не абсолютна.

Ожидания от тренинга – полезно иметь представление об индивидуальных и коллективных ожиданиях. Предоставьте участникам возможность сообщить, чего они хотят достичь в ходе тренинга, и чему научиться. Для сбора и анализа ожиданий можно применить различные тренинговые техники. Если чьи-либо ожидания очень сильно отличаются от целей тренинга, следует сразу же обсудить, каким образом тренинг может отвечать ожиданиям участника.

Завершение модулей и тренинга – в конце любого модуля, сообщите группе о том, что выделенное время истекает. Это поможет завершить обсуждение и сделать выводы. В конце каждого модуля подводите итоги и общий итог в конце тренинга.

Методология проведения тренинга

Данный тренинг был разработан таким образом, чтобы в нем использовались разные техники и методы преподавания. Это сделано для того, чтобы можно было подобрать наиболее оптимальный для группы вариант.

«Ледокол» - перед началом тренинга иногда полезно провести упражнение «ледокол» (айсбрейкер), чтобы помочь участникам более комфортно себя почувствовать друг с другом и с преподавателями. В некоторых группах хватает представиться каждому участнику. Упражнения «ледокол» также можно использовать для снятия напряжения в группе и/или вначале каждого рабочего дня.

Групповое обсуждение – наиболее удобно делать это, когда участники сидят в кругу. Тренеры также могут участвовать в обсуждениях, однако следите, чтобы ваше мнение не было для участников определяющим. Если Вы тоже сидите в кругу при обсуждении темы, в особенности, если Вы хотите, чтобы его вели слушатели без ваших указаний, это дает им невербальный сигнал о том, что Вы на некоторое время отказываетесь от своей «власти», чтобы обсуждение было более открытым.

Лекция/дидактическая презентация – читая лекцию, Вы можете стоять, поскольку это обратит на вас внимание. Это может выглядеть более «авторитетно», хотя это вопрос личных предпочтений и стиля преподавания. Лекции или дидактические презентации могут быть менее увлекательной формой проведения тренинга, однако, они важны для сообщения ключевой информации. Лекции можно читать по-разному. Вместо того, чтобы просто читать вслух каждый слайд, попробуйте перефразировать ключевые моменты в виде «наводящих вопросов» и вовлекать аудиторию в обсуждение.

Чтобы сделать перерыв в лекции, задавайте вопросы – в особенности, если чувствуете, что слушатели утратили интерес, – а также для проверки своих предположений. Иногда Вы можете предполагать, что слушатели знают очень много или очень мало, имеют большой или

незначительный опыт. Задавайте вопросы, чтобы выяснить, у всех ли одинаковый уровень базовых знаний, перед тем, как переходить к новой информации или практическим навыкам. Спросите, что слушатели знают или думают по определенной теме. Это поможет Вам выяснить, есть ли у них какой-либо опыт по обсуждаемым вопросам.

Работа в малых группах/упражнения – очень важно четко определить задачи работы в малых группах перед тем, как они формируются. Определите одного человека в каждой группе, который будет презентовать всем результаты работы группы. Каждый член группы должен иметь ту же цель – иначе группа не будет работать как команда. Роль тренеров – обеспечить участие каждого в работе групп. После завершения работы в группах каждая группа обсуждает процесс внутри, потом группы представляют результаты работы всем участникам (на это надо оставить достаточно времени).

Ролевые игры – обычно являются очень ценной частью тренинга. Часто слушатели запоминают свои ощущения в момент исполнения конкретной роли или участия в игре лучше, чем другую сообщенную им информацию. Эти методики особенно полезны для отработки практических навыков. В то время как другие методики позволяют улучшать знания, навыки обычно совершенствуются на практике. Ролевые игры могут помочь участникам, например, поставить себя на место потребителя инъекционных наркотиков, узнавшего о том, что у него ВИЧ, или задумавшегося о возможностях лечения. Они могут помочь участникам задуматься о своем отношении к потребителям инъекционных наркотиков и другим уязвимым людям. Упражнения с движением особенно полезны после обеда, когда уровень энергии у людей снижается.

Мозговой штурм – мозговым штурмом называется метод, используемый для быстрого сбора мнений и информации, генерирования идей и творческого решения проблем. Мозговой штурм может помочь Вам выбрать тему, выработать подход к теме или углубить ваше понимание темы. Проводя мозговой штурм:

- Четко формулируйте вопрос.
- Дайте участникам несколько минут на обдумывание перед тем, как предложить им ответить, прокомментировать услышанное или высказать идеи.
- Все должны участвовать.
- Нельзя сразу же критиковать или обсуждать высказанные идеи.
- Идеи записываются на флипчарте (обычно это делает преподаватель, в то время как второй преподаватель вычленяет ключевые слова или фразы, высказываемые участниками).
- Процесс должен идти быстро.
- Следует установить предел времени.

Обсуждение конкретного опыта – один из самых мощных методов в проведении тренингов, когда обсуждается реальная ситуация и люди. Реальные ситуации из жизни, особенно если об их рассказывают сами участники, дают очень сильный обучающий эффект. Подготовьте нужное количество копий описанных ситуаций для этого упражнения.

Оценка тренинга

Оценка является важной частью процесса обучения, поскольку со временем тренинги органически развиваются по мере изменения знаний и понимания. Процесс оценки помогает Вам оценить реакцию участников на тренинг и определить его эффективность. Всегда полезно подготовить итоговый отчет на основании результатов оценки, что поможет Вам или другим тренерам в проведении подобных тренингов или курсов в будущем. Отчет должен содержать:

- Название тренинга, место и время его проведения.
- Данные обо всех организаторах семинара.
- ФИО преподавателя и организации, где уместно.
- ФИО участников и краткую информацию о них (например, должность, место работы и проживания).
- Комментарии тренеров об основных проблемах, возникших во время семинара.
- Результаты оценки тренинга/курса, обращая особое внимание на особенно важные замечания.
- Рекомендации по изменению материалов курса, методов и подбора участников.

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

Согласно данным ВОЗ, в 2011 году 8.7 миллионов человек заболели туберкулезом (ТБ), и 1.4 миллиона человек умерли от этой болезни.^{1,2} Около 430 000 людей, умерших от туберкулеза в 2010 году были ВИЧ-инфицированы. Снижение смертности от туберкулеза среди ЛЖВ на 50% с 2004 по 2015 год является совместной целью ВОЗ, ЮНЭЙДС и Партнерства СТОП ТБ.³

В 2008 году ВОЗ опубликовала *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с Туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: интегрированный подход*⁴, а в 2012 – еще один документ: «*Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон*».⁵ В 2013 году был обновлен *Клинический протокол для Европейского Региона ВОЗ ВИЧ и Туберкулез: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией*. Эти и некоторые другие документы в настоящее время основными источниками рекомендаций по профилактике и лечению ВИЧ и ТБ у людей, употребляющих наркотики (ЛУН).

Данный тренинговый модуль совмещает существующие клинические данные и информацию об организации программ в сфере ТБ, ВИЧ и употребления наркотиков. Его целью является предоставление информации в форме, доступной для сотрудников и координаторов программ, не имеющих специального медицинского образования, чтобы помочь им планировать эффективные ответные меры для борьбы с распространением туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики.

Общая информация о Туберкулезе

Туберкулез – это инфекционное заболевание, возбудителем которого является *микобактерия туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)*. Микобактерия размножается только в живом организме, и очень медленно, но может неделями сохраняться в сухой среде. В основном, *M. tuberculosis* поражает легкие, однако может поразить и любые другие органы. Источником инфекции является человек, имеющий активный туберкулез органов дыхания, который не был своевременно диагностирован и излечен, или лечение оказалось недостаточным, чтобы человек перестал быть источником инфекции. При кашле, чихании или отхаркивании, разговоре или пении такие люди выделяют в воздух *микобактерии туберкулеза*. Без лечения, каждый человек с легочной формой туберкулеза заражает, в среднем, от 10 до 15 человек в год.⁶ Риск инфицирования зависит от продолжительности контакта и количества бактерий, которые человек, являющийся источником инфекции, выделяет в окружающую среду.

Люди, которые имели контакт с *M.tuberculosis*, могут инфицироваться туберкулезом, однако в большинстве случаев заболевание не развивается, так как иммунная система своевременно убивает, или нейтрализует *микобактерии туберкулеза*. Случаи, когда инфицирование произошло, но болезнь не развилась, называются латентной туберкулезной инфекцией (ЛТБИ). Одна треть населения Земли имеет ЛТБИ;¹ но активный туберкулез (заболевание туберкулезом) в течение жизни развивается лишь у 10% инфицированных.⁷ Риск развития заболевания наиболее высок в течение первых двух – пяти лет с момента инфицирования, или в случаях, когда есть нарушения в работе иммунной системы. Например, у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), инфицированных туберкулезом (имеющих ЛТБИ), риск развития заболевания туберкулезом в 21-34 раза выше, чем у людей, которые не инфицированы ВИЧ.

Туберкулез у людей, употребляющих наркотики

Люди, употребляющие наркотики, имеют повышенный риск инфицирования и заболевания туберкулезом, независимо от того, есть ли у них ВИЧ инфекция. Нет никаких подтвержденных данных о том, что употребление какого-либо наркотика связано с риском заболевания туберкулезом, однако люди, употребляющие наркотики, часто подвержены другим факторам риска развития туберкулеза – таким как бедность, бездомность, скученность и пребывание в местах лишения свободы.⁴ В среде потребителей наркотиков туберкулез может быстрее распространяться, так как доступ к медицинской помощи ограничен – и, следовательно, возрастает число людей, не проходящих лечения, из-за чего болезнь может перейти в более активные и заразные формы. Среди потребителей наркотиков также выше процент незавершенных случаев лечения – из-за низкой приверженности и отсутствия специализированных услуг.

Наличие ВИЧ инфекции значительно повышает риск развития туберкулеза у людей, употребляющих наркотики.⁸ В отсутствие медицинского контроля над обоими инфекциями (ТБ и ВИЧ), риск развития заболевания туберкулезом у ЛЖВ составляет 7-10% в год.⁹

Во многих индустриальных странах распространенность ТБ среди потребителей наркотиков снижается, или стабилизируется, однако в странах Восточной Европы и Центральной Азии этого не происходит.^{7,10} Частично, это может быть связано с тем обстоятельством, что эпидемия ВИЧ инфекции в этом регионе также продолжает развиваться¹¹, и небезопасные практики употребления наркотиков (совместное использование инъекционного инструментария) являются двигателем этой эпидемии.¹² Пути передачи ВИЧ среди потребителей не инъекционных наркотиков значительно менее изучены, чем среди инъекционных потребителей,¹³ хотя, вероятно, и в этих группах уровень рискованного поведения выше, чем в целом в популяции, но далеко не в такой степени, как среди потребителей инъекционных наркотиков.¹³

В настоящее время именно туберкулез является основной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ, в том числе и среди тех, кто употребляет наркотики.¹⁴

Лекарственно-устойчивый туберкулез

Лекарственная устойчивость – феномен, возникающий вследствие неправильного применения лекарств против изначально чувствительного к лекарствам штамма *M.tuberculosis*. Это может произойти в случаях, если препараты были неправильно назначены, или лечение было прервано.¹⁵ Пациенты, имеющие лекарственно устойчивый туберкулез органов дыхания, могут заражать других этой формой заболевания – таком случае лекарственная устойчивость проявится у тех, кто ранее не лечился от туберкулеза.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) – заболевание, которое вызывается *M.tuberculosis* устойчивой, как минимум, к двум наиболее важным препаратам «первого ряда»: изониазиду и рифампицину. Оно может быть успешно излечено с помощью препаратов «второго ряда», таких как фторхинолоны, аминогликозиды и другие инъекционные препараты¹⁶. По сравнению с препаратами первого ряда они более дорогие, имеют больше побочных эффектов и во многих странах мира к ним отсутствует доступ. Лечение МЛУ ТБ более длительное, по сравнению с лечением чувствительного к лекарствам туберкулеза, и может длиться 20 или более месяцев.

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ) вызывается *M.tuberculosis*, устойчивой к изониазиду и рифампицину, а также к наиболее значимым препаратам «второго

ряда»: фторхинолонам и, как минимум, к одному из инъекционных препаратов: амикацину, канамицину, и/или капреомицину.

Согласно Докладу ВОЗ о Глобальной Борьбе с Туберкулезом от 2012 года, диагностика и соответствующее лечение МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ остаются основными проблемами контроля над туберкулезом: эти формы туберкулеза вызывают наибольшие трудности в диагностике и лечении, и представляют огромную нагрузку для системы здравоохранения.²

Бактерия с множественной или широкой лекарственной устойчивостью может передаваться от одного человека к другому, и тогда впервые инфицированный, и никогда ранее не получавший лечения от туберкулеза человек сразу получает устойчивую к лекарствам форму заболевания ТБ.

Люди, употребляющие наркотики, имеют повышенный риск развития МЛУ ТБ.^{17,18,19} В Европейском регионе ВОЗ зафиксирована наиболее высокая распространенность МЛУ ТБ в мире,²⁰ и, в то же время, наибольшее количество людей, употребляющих инъекционные наркотики.

В ответ на проблему лекарственной устойчивости туберкулеза в 2011 году был принят Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг.²¹

Этот план уделяет особое внимание экспресс-диагностике, равноправному доступу к лечению и поддержке, системному подходу, вовлечению организаций гражданского общества (НГО), социальным факторам, развитию партнерства, мониторингу и отчетности и разработке новых препаратов для диагностики и лечения ТБ.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование

Знание своего ВИЧ статуса является фундаментальным условием для получения своевременного лечения, поддержки и жизнесохраняющей профилактики. Тестирование на ВИЧ по инициативе сотрудников учреждений и программ здравоохранения, и соответствующее консультирование должно быть обязательным компонентом работы всех учреждений и организаций, предоставляющих здравоохранения людям, уязвимым к ВИЧ. Это особенно касается организаций, предоставляющие услуги потребителям наркотиков.

Тестирование на ВИЧ должно проводиться с информированного согласия клиента, и с предоставлением ему полной свободы отказаться от тестирования, с надлежащим консультированием до и после теста, обеспечением конфиденциальности и доступа к лечению и профилактике, если необходимо. Решение о том, использовать экспресс-тесты, или традиционные методы анализа, должно быть принято с учетом всех преимуществ и недостатков обоих методов, в том числе их стоимости, наличия необходимого оборудования, персонала, ресурсов, инфраструктуры, возможностей лаборатории, а также количества тестов, которое необходимо будет провести, возможность хранения и транспортировки образцов, и возможность повторного визита клиентов за результатами теста. Для потребителей наркотиков знание своего ВИЧ статуса – один из важнейших инструментов профилактики туберкулеза, в том числе когда принимается решение о необходимости профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции (см. Латентная туберкулезная инфекция).

Выявление и диагностика Туберкулеза у людей, употребляющих наркотики

Наиболее эффективный метод предупреждения распространения туберкулеза – это раннее выявление, и надлежащее лечение пациентов с заразными формами туберкулеза.

Принимая во внимание высокий риск заболевания туберкулезом у людей, употребляющих наркотики, необходимо проводить для них регулярный скрининг при каждом обращении в медицинское учреждение, или контакте с медицинскими работниками. Для людей, которые имели контакт с пациентами с положительным анализом мокроты, необходимо применять методы активного выявления туберкулеза, так как у них риск инфицирования туберкулезом и развития заболевания особенно высок.

Скрининг на туберкулез должен начинаться с проверки наличия четырех следующих симптомов:

- Продолжительный кашель
- Лихорадка (незначительное повышение температуры)
- Потеря веса
- Ночная потливость

Наличие одного или более из этих симптомов означает риск наличия развивающегося туберкулеза и предполагает направление на дальнейшую диагностику.

Диагностика туберкулеза у людей, употребляющих наркотики, с подозрением на туберкулез

Люди, у которых подозревается туберкулез (то есть, имеющие один и более симптомов из перечисленных выше) должны пройти обследование, чтобы подтвердить, или опровергнуть наличие заболевания. Для этого предпринимают следующие шаги:

- **Медицинский осмотр**, для выявления симптомов и признаков легочного, или внелегочного туберкулеза
- **Микроскопия** двух мазков мокроты, которые могут быть взяты даже в один день. В настоящее время именно микроскопия рекомендована как наиболее эффективный диагностический метод, хотя его чувствительность не всегда достаточна, и зависит от разрешающей способности аппаратуры и человеческого фактора (квалификации и внимания того, кто исследует мазок).
- **Бактериологический посев** - выращивание живой бактерии туберкулеза в лабораторных условиях. Посев обладает значительно более высокой чувствительностью, чем микроскопия, и позволяет с высокой вероятностью выявить как легочный, так и внелегочный туберкулез. Посев также остается основным способом определения чувствительности бактерий к лекарственным препаратам (тест на лекарственную чувствительность – ТЛЧ).

Тест на лекарственную чувствительность должен проводиться для всех пациентов с туберкулезом, так как его результаты позволяют определить, какие препараты нужно использовать для лечения, с учетом лекарственной устойчивости туберкулезных бактерий. Это особенно важно для Европейского региона, где зафиксирована наиболее высокая распространенность МЛУ ТБ. В тех случаях, когда нет возможности проводить ТЛЧ для всех вновь выявленных пациентов, по крайней мере все ранее лечившиеся пациенты, и пациенты с подозрением на МЛУ ТБ должны проходить ТЛЧ.²² По сравнению с микроскопией, посев мокроты является более дорогим, требует больше времени (от 4 до 7 недель) и более сложного лабораторного оборудования.²³

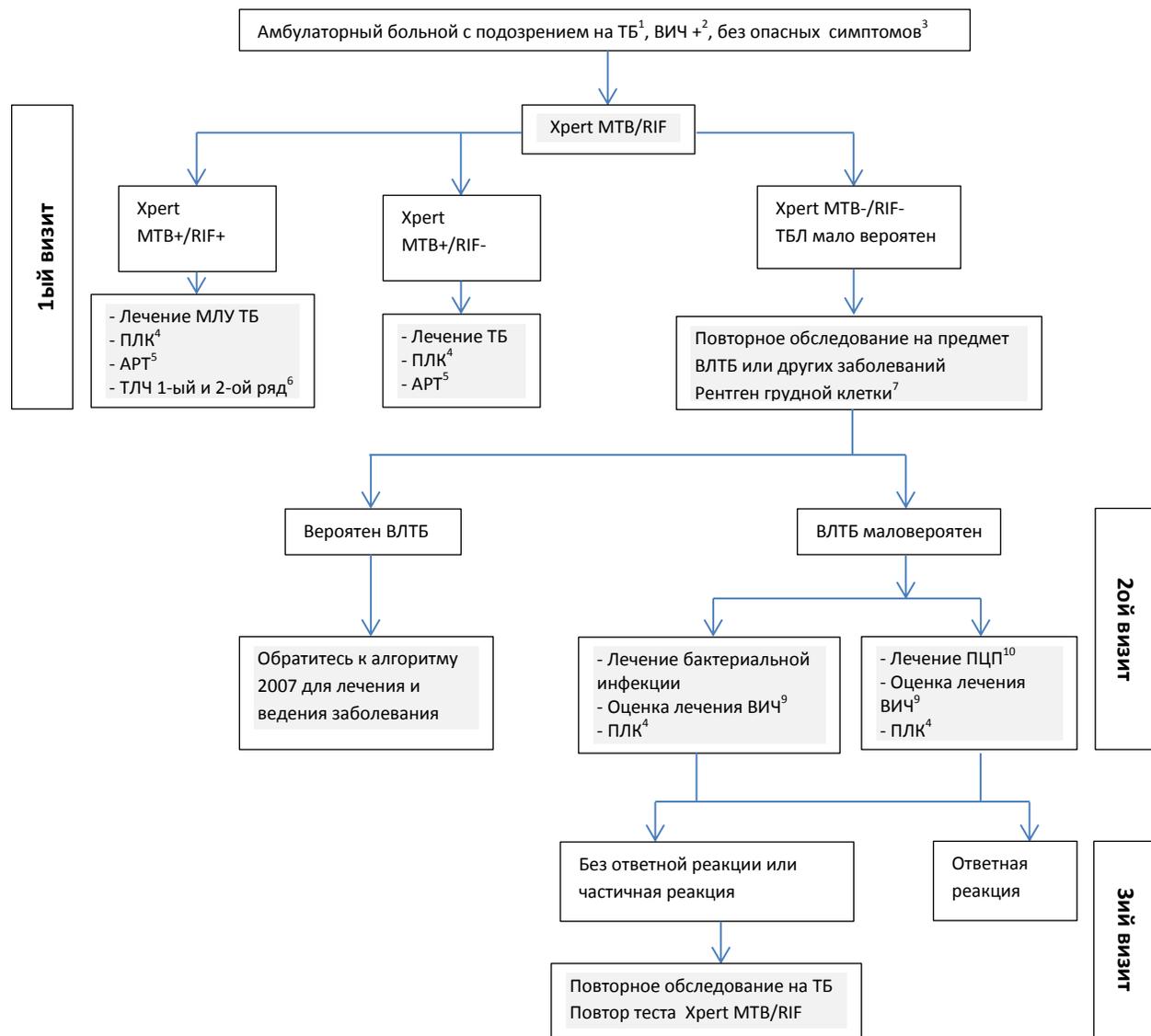
- **Тест Xpert MTB/RIF**, для которого достаточно одного образца мокроты, и для проведения которого необходимо менее трех часов, основан на методе амплификации нуклеиновых кислот. Этот тест одобрен ВОЗ, и особенно рекомендуется как средство диагностики – так как совмещает высокую чувствительность²⁴, скорость, и возможность одновременно диагностировать туберкулез и лекарственную устойчивость к рифампицину. Xpert MTB/RIF особенно полезен для использования среди людей, живущих с ВИЧ, а также в странах с высоким бременем ВИЧ инфекции. ВОЗ рекомендует использовать диагностические алгоритмы с применением Xpert MTB/RIF в качестве средства первичной диагностики у людей, живущих с ВИЧ, и имеющих подозрение на туберкулез²⁵ (см. схемы 1, 2). Для диагностики пациентов с признаками внелегочного туберкулеза должны проводиться микробиологические исследования тканей, взятых с помощью биопсии или пункции (с использованием Xpert MTB/RIF биологического посева).
- **Рентгенография органов грудной клетки** может быть особенно важна для пациентов с отрицательным результатом микроскопии мокроты, так как позволяет с высокой вероятностью выявить наличие пневмонии и других легочных заболеваний. Однако эффективность рентгенографии для диагностики туберкулеза довольно низкая, так как не существует рентгенологических признаков, абсолютно специфичных для туберкулеза (классические признаки туберкулеза, такие как кальцификаты, каверны, уплотнение легочной ткани и признаки фиброза могут отсутствовать, особенно у людей, живущих с ВИЧ). Также многое зависит от квалификации и опыта специалиста, который проводит обследование и описывает результаты.
- В случае подозрения на внелегочный туберкулез могут проводиться любые дополнительные обследования, включая компьютерную томограмму и другие доступные исследования.
- Если диагноз легочного туберкулеза не удастся подтвердить, может быть проведен курс лечения антибиотиками широкого спектра, чтобы исключить неспецифические бактериальные инфекции. Препараты первого ряда для лечения туберкулеза и фторхинолоны (препараты второго ряда) не должны использоваться для такого лечения.

Общие сведения о различных тестах, применяемых в процессе диагностики туберкулеза приводятся в Таблице 1.

Таблица 1. Тесты применяемые для диагностики туберкулеза^{26,27}

Название теста	Преимущества теста	Недостатки /Ограничения в применении
ТКП Туберкулиновая кожная проба (проба Манту)	Определяет наличие латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ)	Имеет довольно низкую специфичность и может давать ложно-положительный результат в ответ на нетуберкулезные бактерии, а также на вакцинацию БСЖ в прошлом. Может быть ложно-негативна у ЛЖВ, при низком количестве CD4 клеток. Для определения результата требуется повторный визит
Тест IGRA	Определяет наличие латентной ТБ инфекции за один визит. Лучше подходит для диагностики ЛТБИ у ПИН, чем ТКП.	Вероятность ложно-положительного результата в ответ на нетуберкулезные бактерии и вакцинацию БЦЖ значительно ниже, чем при ТКП, однако присутствует. По сравнению с ТКП – более дорогой.
Рентгенография органов грудной клетки	Важное дополнительное исследование в диагностике пациентов с негативной микроскопией мокроты на ТБ	Не существует рентгенологических признаков, абсолютно специфичных для туберкулеза
Микроскопия мазков мокроты	Практически в любых клинических ситуациях, в условиях высокого распространения ТБ, обнаружение кислотоустойчивых бактерий (КУБ) методом микроскопии, подтверждает наличие заболевания туберкулезом	Непосредственная микроскопия мокроты сравнительно низко чувствительна, так как для получения «положительного» результата требуется концентрация, как минимум, 5000 бактерий в одном миллилитре мокроты. Чувствительность данного теста также резко снижается у пациентов с внелегочным туберкулезом, и пациентов с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Микроскопия также не может отличить M. Tuberculosis от других кислотоустойчивых бактерий, жизнеспособные бактерии от нежизнеспособных, и лекарственно-чувствительные штаммы от лекарственно-устойчивых.
Посев мокроты на питательные среды (культуральное исследование)	Дает возможность определенно диагностировать ТБ; в том числе на ранней стадии. Позволяет получить образцы, необходимые для теста на лекарственную чувствительность.	Более сложный и дорогостоящий тест по сравнению с микроскопией. Требует от 4 до 6 недель для получения результата
ТЛЧ (Тест не лекарственную чувствительность)	Позволяет определенно диагностировать лекарственно-устойчивый туберкулез и определить препараты, наиболее эффективные против конкретного штамма ТБ.	Необходима хорошо оснащенная лаборатория, подготовленный персонал, и система контроля качества
Молекулярный тест Line Probe Assay (LPA)	Стандартизированный тест, который в течение короткого времени определяет МЛУ ТБ или ВИЧ-ассоциированный ТБ; имеет высокую производительность и низкие требования к биологической безопасности	Не отменяет необходимости проведения культуральных исследований и ТЛЧ. На данный момент LPA зарегистрированы исключительно для тестирования образцов, полученных в результате посева мокроты, микроскопия которой была отрицательной. LPAs обычно доступны для использования в центральных референс-лабораториях странового уровня, и могут быть распространены на региональный уровень, если для этого есть необходимые ресурсы и инфраструктура.
Молекулярный тест Xpert MTB/RIF assay	В одном тесте определяется наличие ТБ и устойчивости к рифампицину. В регионах высокого распространения МЛУ ТБ устойчивость к рифампицину является серьезным основанием предполагать МЛУ ТБ.	Не отменяет необходимости проведения общепринятого бактериологического посева и теста на лекарственную чувствительность. Требует стабильного, бесперебойного электрического питания, и ежегодной калибровки картриджей. Положительная прогностическая ценность данного теста довольно низка в странах, где редко встречается устойчивость к рифампицину, поэтому его результаты необходимо подтверждать с помощью ТЛЧ или LPA.

Схема 1: Алгоритм амбулаторной диагностики пациентов, живущих с ВИЧ, у которых подозревают туберкулез²³



¹ Среди взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, больной с подозрением на ТБ - это человек, у которого наблюдается один из следующих симптомов: кашель, жар, потеря веса или ночные поты. Среди детей, живущих с ВИЧ, больной с подозрением на ТБ – это ребенок, у которого отмечают один из следующих симптомов: плохое прибавление в весе, жар, кашель или история контакта с больным ТБ.

² Всем людям с неизвестным статусом ВИЧ тестирование на ВИЧ следует проводить в соответствии с национальными руководствами. У пациентов с отрицательным или неизвестным статусом ВИЧ (в случае отказа от тестирования) больной с подозрением на ТБ определяется в соответствии с определениями случаев, принятыми на национальном уровне. Человек с неизвестным статусом ВИЧ еще может быть классифицирован как ВИЧ-положительный в случае убедительных клинических данных, говорящих в пользу наличия ВИЧ-инфекции.

³ Опасные проявления включают в себя любые из следующих: частота дыхательных движений > 30/мин, температура тела > 39°C, частота сердечных сокращений > 120/мин. и неспособность ходить без посторонней помощи.

⁴ ПЛК = профилактическое лечение котримоксазолом

⁵ АРТ = антиретровирусная терапия. Все больные ТБ, живущие с ВИЧ, отвечают критериям получения АРТ независимо от уровня CD4. Сначала следует начинать лечение ТБ, к которому как можно раньше подключают АРТ в течение первых 8 недель лечения ТБ. Смотрите руководство по АРТ.

⁶ В условиях с низкой распространенностью МЛУ-ТБ необходимо проводить тест, подтверждающий устойчивость к рифампицину. Смотрите алгоритм МЛУ-ТБ теста Xpert MTB/RIF.

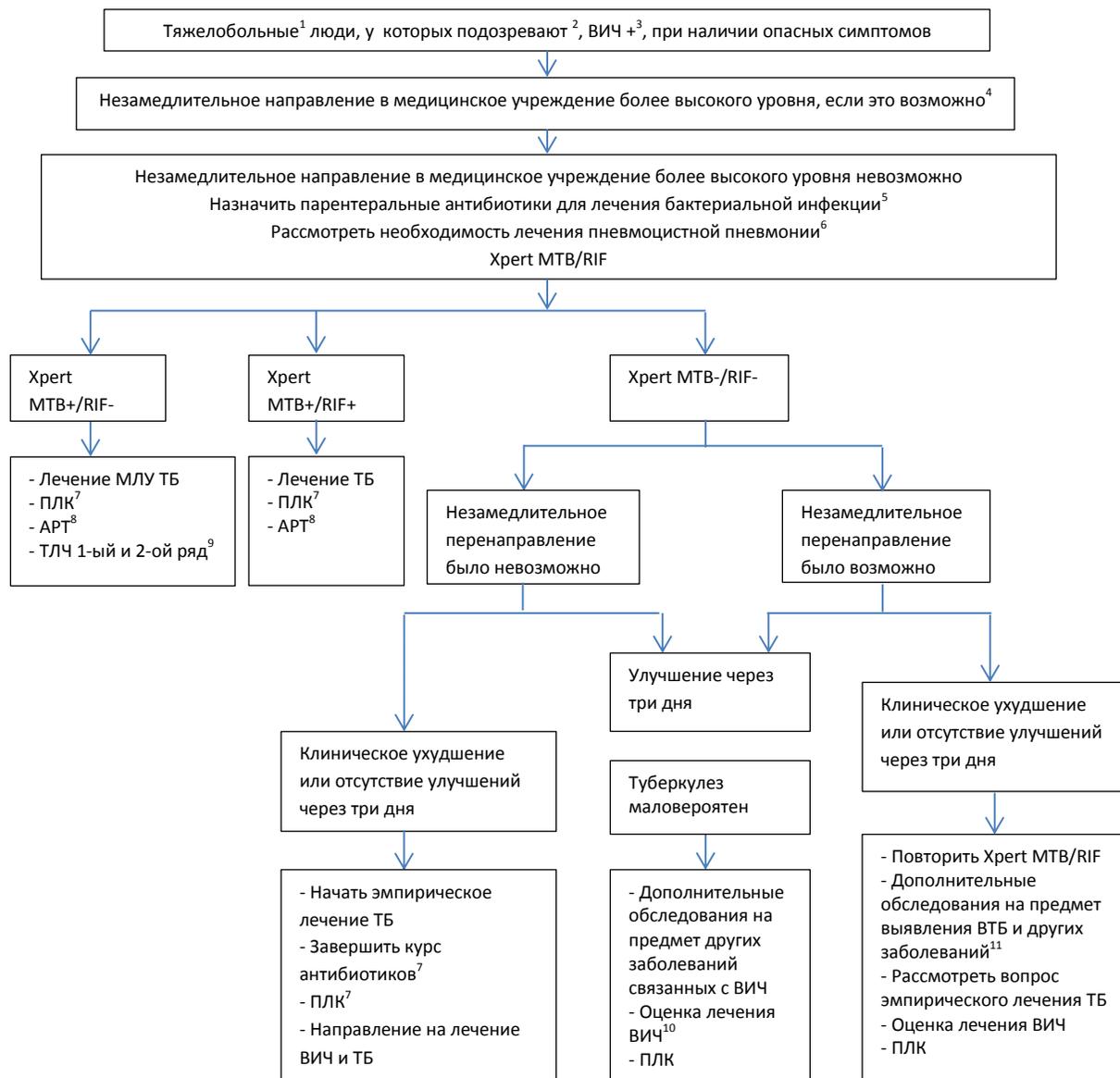
⁷ Рентгенологическое обследование грудной клетки может помочь в установлении диагноза внегочного туберкулеза (например, плевральный ТБ, перикардиальный ТБ) и определить другие причины возникновения респираторного заболевания. Рентгенологическое обследование грудной клетки следует проводить только там, где гарантировано качество пленки и интерпретации результата.

⁸ Необходимо рассмотреть вопрос об использовании антибиотиков (за исключением фторхинолонов) для воздействия как на типичные, так и на атипичные бактерии.

⁹ Оценка лечения ВИЧ включает в себя определение клинических стадий, установленных ВОЗ, и/или уровня CD4 для определения соответствия критериям проведения антиретровирусной терапии.

¹⁰ ПЦП= пневмоцистная пневмония

Схема 2: Алгоритм ведения тяжелобольных пациентов, живущих с ВИЧ, с подозрением на туберкулез



¹Тяжелое состояние пациента – это наличие опасных проявлений, включающих в себя следующие: частота дыхательных движений > 30/мин, температура тела > 39°C, частота сердечных сокращений > 120/мин. и неспособность ходить без посторонней помощи.

² Среди взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, больной с подозрением на ТБ - это человек, у которого наблюдается один из следующих симптомов: кашель, жар, потеря веса или ночные поты. Среди детей, живущих с ВИЧ, больной с подозрением на ТБ – это ребенок, у которого отмечают один из следующих симптомов: плохое прибавление в весе, жар, кашель или история контакта с больным ТБ

³ Всем людям с неизвестным статусом ВИЧ тестирование на ВИЧ следует проводить в соответствии с национальными руководствами. В условиях с высокой распространенностью ВИЧ тяжелобольные пациенты должны пройти тестирование при помощи Xpert MTB/RIF в качестве основного диагностического теста, независимо от статуса ВИЧ.

⁴ Наибольший приоритет следует отдавать пациентам, получающим вспомогательную терапию, поддерживающую их жизнь, например, получающих кислород и парентеральные антибиотики. Если в учреждении, в которое обратился больной, нет возможности проводить такую терапию, пациента безотлагательно следует перевести в медицинское учреждение более высокого уровня до проведения дальнейших диагностических тестов.

⁵ Необходимо рассмотреть вопрос об использовании антибиотиков (за исключением фторхинолонов) для воздействия как на типичные, так и на атипичные бактерии.

⁶ ПЦП - пневмоцистная пневмония

⁷ ПЛК =профилактическое лечение котримоксазолом

⁸ АРТ = антиретровирусная терапия. Все больные ТБ, живущие с ВИЧ, отвечают критериям получения АРТ независимо от уровня CD4. Сначала следует начинать лечение ТБ, к которому как можно раньше подключают АРТ в течение первых 8 недель лечения ТБ. Смотрите руководство по АРТ.

⁹ В условиях с низкой распространенностью МЛУ-ТБ необходимо проводить тест, подтверждающий устойчивость к рифампицину. Смотрите алгоритм МЛУ-ТБ теста Xpert MTB/RIF.

¹⁰ Оценка лечения ВИЧ включает в себя определение клинических стадий, установленных ВОЗ, и/или уровня CD4 для определения соответствия критериям проведения антиретровирусной терапии.

¹¹ Дополнительные действия могут включать в себя рентгенологическое обследование грудной клетки, проведение посева на жидких средах, пункцию лимфатического узла для микроскопии КУМ и посева, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При проведении дифференциальной диагностики у пациентов с отрицательным результатом Xpert MTB/RIF, но при наличии КУМ в образце мокроты или во внелегочном образце следует рассмотреть вероятность наличия нетуберкулезной микобактериальной инфекции.

Лечение туберкулеза

Целью системы здравоохранения является излечение всех пациентов, у которых туберкулез был диагностирован микробиологически или клинически.

Лечение туберкулеза требует полной приверженности, и должно проводиться под непосредственным наблюдением, с обеспечением поддержки пациентов, и в соответствии с международными стандартами. Каждый пациент, у которого впервые диагностирован туберкулез, должен в течение двух месяцев ежедневно получать лечение четырьмя препаратами «первого ряда» (интенсивная фаза лечения): рифампицин, изониазид, этамбутол и пиразинамид (HRZE). Затем следует поддерживающая фаза лечения, основанная на применении рифампицина и изониазида, ежедневно в течение четырех месяцев. Прием изониазида и рифампицина трижды в неделю в поддерживающей фазе лечения является приемлемой альтернативой, если нет возможности обеспечить ежедневный прием.

Препараты для лечения туберкулеза традиционно обозначают буквами:

H – Изониазид
R – Рифампицин
Z – Пиразинамид
E – Этамбутол

Возможные режимы лечения туберкулеза приведены в нижеследующей таблице 2.

Таблица 2. Возможные режимы лечения туберкулеза

Режим лечения	Комментарии
2 H+R+Z+E 4 (H+R)	Стандартный режим лечения для вновь диагностированных пациентов
2 H+Rfb+Z+E 4 H+Rfb	Альтернативный стандартный режим лечения для вновь диагностированных пациентов
2 H+R+Z+E 4 H ₃ +R ₃	Альтернативный стандартный режим лечения для пациентов, для которых затруднительно обеспечить ежедневный прием препаратов
2 H+R+Z+E 4 (H+R)+E	Альтернативный режим лечения для вновь диагностированных пациентов в условиях высокой распространенности устойчивости к изониазиду, и при отсутствии результатов теста на лекарственную чувствительность
2 H + R + Z + E + S 1 (H + R) + Z + E 5 (H + R) + E	Предпочтительный режим лечения для пациентов, прервавших в прошлом лечение туберкулеза, или чье предыдущее лечение было неэффективным, в условиях низкого или умеренного уровня устойчивости к изониазиду
Эмпирический режим лечения МЛУ ТБ	В условиях низкой или умеренной устойчивости к изониазиду, эмпирический режим лечения основывается на профиле лекарственной устойчивости, определенном для конкретной страны, и применяется для пациентов, чье предыдущее лечение туберкулеза было прервано. В условиях высокой распространенности устойчивости к изониазиду эмпирический режим лечения применяется ко всем пациентам ранее лечившим туберкулез, и в случае если отсутствуют результаты теста на лекарственную чувствительность.

Приверженность лечению ТБ

Приверженность - это критически важное условие успеха в лечении туберкулеза. Пациенты с низкой приверженностью имеют очень высокий риск развития лекарственно-устойчивых штаммов *M.tuberculosis*. Туберкулез, вызываемый такими штаммами, значительно труднее лечится, препараты для его лечения значительно дороже, и такие штаммы могут передаваться другим людям.

Лечение под непосредственным наблюдением (ДОТ), с учетом специфических особенностей ситуации каждого пациента, и при предоставлении необходимой поддержки – является настоятельной рекомендацией для обеспечения приверженности лечению ТБ. Реализация стратегии ДОТ предъявляет очень высокие требования к системе здравоохранения, однако именно она должна рассматриваться как наиболее приоритетная для организации лечения туберкулеза, особенно в группах высокого риска и среди пациентов с МЛУ ТБ.

В некоторых группах, обеспечение приверженности лечению может быть особенно сложным, например, среди людей, употребляющих наркотики. Препятствия к достижению приверженности очень могут быть различными в разных странах, поэтому организации, предоставляющие услуги, должны координировать свои действия с представителями сообщества, чтобы вместе найти наиболее приемлемые решения. В целом, отказ в предоставлении лечения ТБ для потребителей наркотиков, из за возможных проблем с приверженностью, не является обоснованным. При адекватной стабильной поддержке специально обученного персонала потребители наркотиков могут достичь такого же уровня приверженности и клинических показателей, как и люди, которые не употребляют наркотиков. Исследования подтверждают эффективность системы напоминаний, консультирования по вопросам приверженности, терапии под наблюдением, непосредственного сопровождения и вспомогательных сервисов. Возможность предоставлять лечение туберкулеза в программах опиоидной заместительной терапии метадоном и бупренорфином играет очень важную роль в обеспечении приверженности лечению у потребителей наркотиков. Наличие нескольких медицинских и социальных сервисов в одном месте и организация социального сопровождения в программах ДОТ также продемонстрировали свою эффективность для улучшения приверженности.

Побочные эффекты лечения туберкулеза и возможности их устранения

В процессе лечения туберкулеза могут возникать различные побочные эффекты, и это может стать причиной снижения приверженности лечению.

Лечение туберкулеза может вызывать гепатотоксические побочные эффекты, особенно у пациентов, которые одновременно принимают АРВ терапию, инфицированы гепатитами В или С, (ВГВ/ВГС), или употребляют большое количество алкоголя. Прием изониазида, рифампицина и пиразинамида может вызвать лекарственный гепатит – поэтому впервые 2-4 недели после начала лечения полное клиническое обследование должно проводиться как минимум, еженедельно. Активность АлАТ (аланинаминотрансферазы) необходимо определить хотя бы один раз к концу первого месяца лечения. В случае наличия симптомов тяжелого поражения печени (уровень АлАТ в пять раз выше, чем верхняя граница нормы для данного теста), необходимо прекратить прием всех противотуберкулезных препаратов, до тех пор, пока результаты теста не улучшатся, и клинические симптомы поражения печени (тошнота и боль в животе) не пройдут. Когда лекарственный гепатит будет устранен, необходимо снова начать прием противотуберкулезных препаратов, но вводить их по одному, под постоянным контролем функции печени. Если уровень

АЛТ снова станет сильно повышенным, и симптомы вернутся – последний назначенный препарат противотуберкулезной терапии нужно отменить.

Рифампицин вызывает гепатотоксичность реже, чем изониазид или пиразинамид, и в то же время является наиболее эффективным препаратом для лечения туберкулеза, поэтому он должен присутствовать в курсе лечения как можно дольше.

В случае, если пациент находится в тяжелом состоянии из-за туберкулеза, и прерывание лечения может быть опасно для него, необходимо рассмотреть возможность изменения режима лечения на менее гепатотоксичный, включающий стрептомицин, этамбутол и фторхинолоны.

Препараты «второго ряда» имеют больше побочных эффектов, по сравнению с препаратами «первого ряда», но даже в условиях ограниченных ресурсов с этими эффектами возможно бороться. Постоянный мониторинг и своевременное реагирование на появление побочных эффектов является важным условием обеспечения приверженности лечению МЛУ ТБ. Для пациентов, находящихся на лечении туберкулеза, очень важно знать о возможных побочных эффектах, и иметь доступ к лабораторным и клиническим обследованиям, чтобы эти эффекты были своевременно выявлены, и необходимым медикаментам, чтобы с ними справиться.²⁸

Лекарственные взаимодействия

Лекарственные взаимодействия могут существенно осложнить лечение туберкулеза, поэтому следующие факторы должны быть учтены при ведении пациентов, употребляющих наркотики, и находящихся на лечении туберкулеза:

- Взаимодействие наркотиков, а также препаратов заместительной терапии с препаратами для лечения ТБ может повысить их гепатотоксичность последних.²⁹ Поэтому в таких случаях требуется внимательный выбор дозировки препаратов для лечения туберкулеза, и постоянный мониторинг функций печени. Применение циклосерина с высокой вероятностью вызывает побочные эффекты, в том числе судороги, у людей, употребляющих алкоголь или наркотические вещества, и поэтому должен быть, по возможности, исключен из режима лечения МЛУ ТБ для таких пациентов.
- Рифампицин снижает концентрацию метадона в крови и его эффект. Для пациентов, находящихся на заместительной терапии метадонем, может потребоваться увеличение дозы метадона²². В качестве альтернативы, рифампицин может быть заменен на рифабутин, так как взаимодействие между рифабутином и метадонем зафиксировано не было.
- Одновременный прием антиретровирусных препаратов и препаратов для лечения туберкулеза также может вызывать лекарственные взаимодействия, которые осложняют лечение обоих заболеваний. Это в особенности касается рифампицина, который снижает уровень ННИОТ (Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы), и ИП (ингибиторов протеазы).

Клинический протокол по лечению взрослых пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ для Европейского региона ВОЗ, был обновлен в 2013 году, и содержит новые рекомендации по ведению обоих заболеваний в соответствии с последними научными данными.

Лечение МЛУ ТБ

Туберкулез является излечимым заболеванием – при благоприятных условиях уровень излечиваемости лекарственно чувствительного туберкулеза приближается к 100%, хотя для МЛУ ТБ эта цифра составляет только 70-90% в странах с наиболее развитой системой здравоохранения, а для ШЛУ ТБ – 30%, при условии отсутствия ВИЧ инфекции.³⁰

Лечение МЛУ ТБ составляет, как минимум, 8 месяцев в интенсивной фазе, и не менее 12 месяцев – в поддерживающей. Подробные рекомендации по организации лечения можно найти в соответствующих руководствах.^{22,28} Пациентам, ожидающим результатов теста на лекарственную чувствительность, может быть начато лечение туберкулеза в эмпирическом режиме, в зависимости от форм лекарственной устойчивости, наиболее распространенной в данной стране. Кандидатами для эмпирического лечения являются пациенты, у которых стандартный режим лечения не дает результатов, особенно если их самочувствие тяжелое. Более детальное описание лечения МЛУ ТБ можно найти в соответствующих руководствах ВОЗ.

Как только получены результаты теста на лекарственную чувствительность пациенту назначается индивидуальный режим лечения МЛУ ТБ, который, тем ни менее, должен соответствовать нескольким базовым принципам: как минимум четыре эффективных препарата второго ряда необходимо принимать ежедневно и под непосредственным наблюдением (DOT). Пиразинамид, препарат первого ряда, тоже должен быть включен в эту схему.

Для того, чтобы адекватно оценить безопасность и токсичность лекарств для лечения МЛУ ТБ и выбирать наиболее эффективные дозировки требуются дополнительные исследования, и практически отсутствуют данные о взаимодействии этих препаратов с препаратами, применяемыми в рамках опиодной заместительной терапии.

Коинфекция ВИЧ и Туберкулез у людей, употребляющих наркотики

ВИЧ инфекция широко распространена среди людей, употребляющих наркотики³¹, и кроме того, они имеют повышенный риск заболевания туберкулезом. В 2008 году ВОЗ опубликовала *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с Туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков*⁴. Одной из важнейших рекомендаций является утверждение, что алкогольная зависимость, активное употребление наркотиков и проблему в области психического здоровья не являются основанием для отказа в предоставлении лечения от ВИЧ и туберкулеза.

У людей, живущих с ВИЧ, наличие активного туберкулеза означает необходимость начала АРВТ, независимо от уровня CD4 клеток и вирусной нагрузки. В основном, лечение туберкулеза является приоритетным, и назначается как можно скорее, после постановки диагноза. АРВ терапия должна быть назначена в течение 8 недель после начала противотуберкулезного лечения. Пациенты, живущие с ВИЧ, и имеющие глубокую иммуносупрессию (CD 4 ниже 50 кл/мл³) должны начинать АРВТ через две недели после начала противотуберкулезной терапии.

Рекомендации по ведению пациентов с коинфекцией ВИЧ и туберкулез были недавно обновлены для европейского региона ВОЗ.³²

Следующие специфические факторы необходимо учитывать при ведении пациентов, употребляющих наркотики, и имеющих коинфекцию ВИЧ/ТБ:

- Лекарственные взаимодействия между препаратами АРВТ и метадоном встречаются достаточно часто. Следствием таких взаимодействий может быть снижение эффективности обоих видов терапии, вследствие возникновения синдромов отмены или передозировок,

повышения токсичности метадона при одновременном приеме с АРВТ, а также снижения эффективности АРВ. Прием эфавиренца, невирапина и лопинавира/ритонавира существенно снижает уровень метадона в крови.

Пациенты, находящиеся на лечении наркозависимости, также как и организации, предоставляющие такое лечение, должны быть проинформированы о возможных лекарственных взаимодействиях. Клинические проявления эффектов, описанных выше, обычно наступают через неделю после начала одновременного приема препаратов, и могут быть сняты повышением дозы метадона, обычно на 5-10 мг ежедневно, пока эффект не будет достигнут.³³

- Объем информации о возможном взаимодействии между бупренорфином и препаратами АРВ весьма ограничен. Выводы некоторых исследований демонстрируют, что бупренорфин более благоприятен в смысле отсутствия взаимодействия с АРВТ, чем метадон³⁴.
- Налтрексон не взаимодействует с ННИОТ (Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы), и ИП (ингибиторов протеазы).³⁵
- У пациентов часто встречаются коинфекции с гепатитом В и/или гепатитом С, что может влиять на ход лечения ТБ и ВИЧ.^{36,37,38} Наличие вирусного гепатита не является противопоказанием для назначения лечения ТБ и ВИЧ, но требует постоянного мониторинга функций печени. В целом, лечение гепатита С целесообразнее отложить до завершения противотуберкулезного лечения, хотя в случае наличия тяжелого фиброза или цирроза печени решение о начале лечения гепатита должно приниматься индивидуально.
- Для обеспечения приверженности лечению необходима дополнительная поддержка пациентов^{39,40}. Наличие опиоидной заместительной терапии поддерживает приверженность пациентов лечению ВИЧ и ТБ^{41,42}. Предоставление опиоидной заместительной терапии должно быть интегрировано в систему стационарной и амбулаторной помощи при ВИЧ и туберкулезе.
- Потребители наркотиков имеют ограниченный доступ к услугам системы здравоохранения. Сотрудничество с программами снижения вреда критически важно для предоставления необходимых сервисов, таких как информирование, тестирование на ВИЧ, скрининг на туберкулез, профилактическая терапия, предоставление лечения ТБ под непосредственным наблюдением и отслеживание пациентов, не закончивших лечения.^{43,44}

Выявление латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ)

Нет никаких данных, которые свидетельствовали бы о том, что люди, употребляющие наркотики, могут получить какую-то пользу от профилактического лечения ЛТБИ. Поэтому проведение тестов на выявление ЛТБИ (включая пробу Манту и тест IGRA) в этой группе не рекомендовано.

Людам, употребляющим наркотики и живущим с ВИЧ, после того как активный туберкулез у них исключен, работники здравоохранения должны предлагать дальнейшее исследование на наличие латентной туберкулезной инфекции (см. Схему 3). В регионах с высоким распространением ЛТБИ в общей популяции (выше 30%) все люди, живущие с ВИЧ, являются кандидатами на профилактическое лечение туберкулеза, если только у них нет противопоказаний. То же самое относится к ЛЖВ, у которых был контакт с туберкулезной инфекцией.

В регионах, где распространенность ЛТБИ в общей популяции низкая (ниже 30%), при условии достаточных ресурсов, должны применяться диагностические тесты на выявление ЛТБИ.

Стандартным тестом для выявления латентной туберкулезной инфекции является туберкулиновая кожная проба (ТКП), ее еще называют пробой Манту. Информацию о том, как проводится этот тест, можно легко найти во многих руководствах. Положительный результат этого теста означает, что пациент инфицирован туберкулезом в прошлом, или недавно. Для того, чтобы прочесть результаты теста (измерить размер папулы на руке), пациент должен повторно посетить медицинское через 48–72 часа после постановки теста. Это может быть существенным препятствием для завершения процедуры тестирования, особенно для людей, чья жизнь осложнена ежедневным употреблением наркотиков. Так или иначе, чувствительность пробы Манту довольно низкая: часто у людей со сниженным иммунитетом получаются ложно-отрицательные результаты (и это особенно важно для людей, живущих с ВИЧ). Специфичность этого теста тоже не слишком высокая: ложно-положительный результат может быть получен как реакция на вакцинацию БЦЖ в детстве.

Новая технология, использующая тестирование образцов крови, называется *Анализ высвобождения гамма-интерферона (IGRA)*. Такой анализ может быть проведен за одно посещение и не требует повторного визита пациента. Есть обнадеживающие данные, которые свидетельствуют о том, что IGRA обладает большей, чем ТКП, чувствительностью у ЛЖВ, включая людей с низким уровнем CD4²². Однако для подтверждения этого факта нужно больше доказательств. В целом, в условиях ограниченных ресурсов, полная замена ТКП на тест IGRA пока не рекомендуется. В Европейском регионе выбор наиболее оптимального метода тестирования на наличие латентной туберкулезной инфекции должен производиться с учетом:

А) контекста тестирования. Можно ли ожидать, что пациенты вернуться для проверки результатов теста? Проводится ли массовая вакцинация БЦЖ и распространены ли в регионе нетуберкулезные бактерии (инфицирование которыми тоже может повлиять на результат теста)

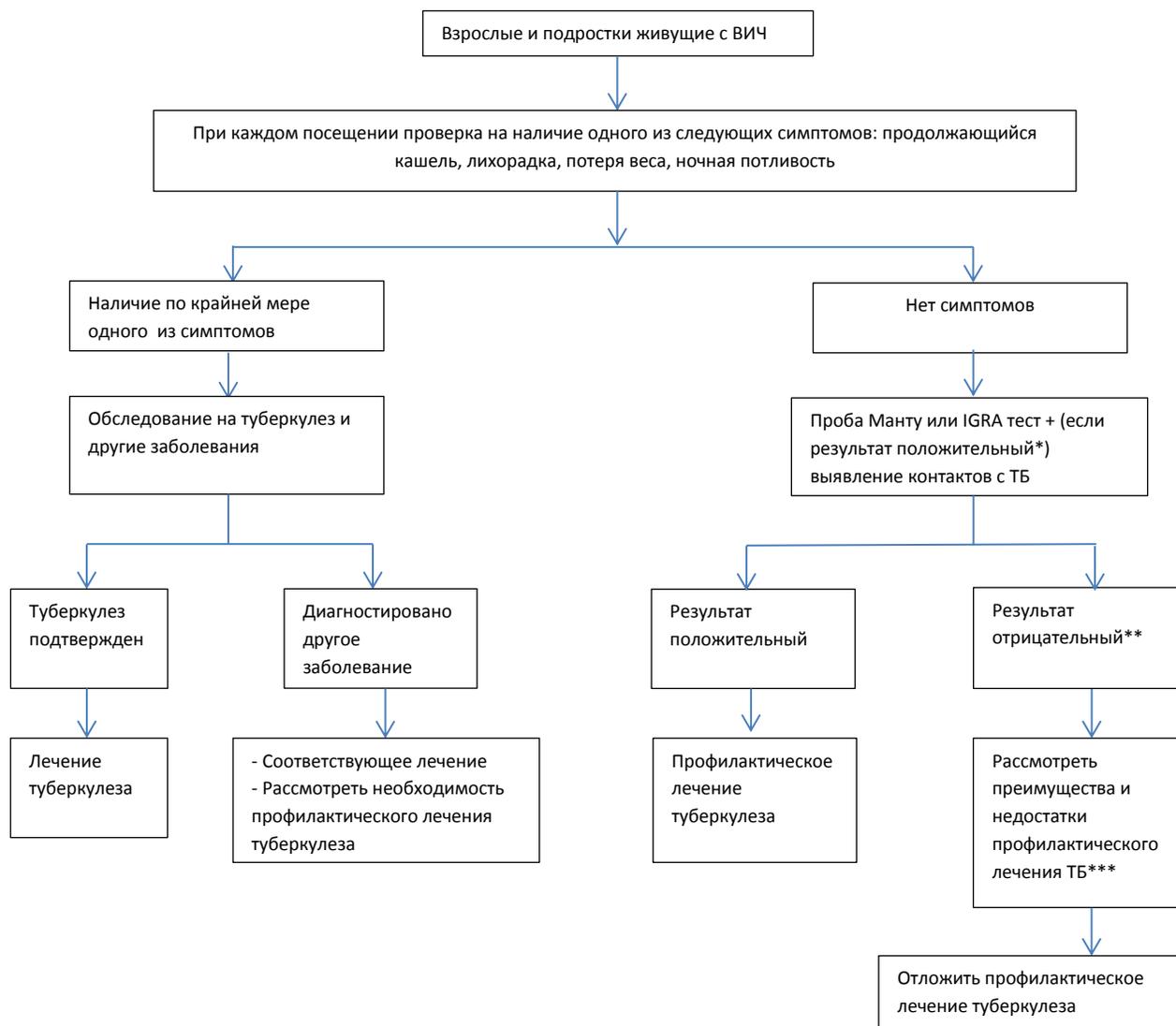
Б) потенциал работников здравоохранения для работы с обоими видами тестов

В) наличие финансирования

Диагностика латентной туберкулезной инфекции у ЛЖВ, как с помощью ТКП, так и IGRA, представляет сложности, так как оба теста основаны на измерении защитных реакций организма, а у ЛЖВ, у которых снижено количество CD4 клеток, такие реакции также снижены.⁷

Оба метода используются в соответствии с национальными клиническими руководствами и при условии наличия ресурсов.

Схема 3: Алгоритм оценки риска возникновения, или наличия заболевания туберкулезом у ВИЧ инфицированных пациентов



* В районах , где распространенность ЛТБИ выше 30% тестирование не рекомендуется: все пациенты, живущие с ВИЧ, являются кандидатами для профилактического лечения , если нет особых противопоказаний.

** В дополнение к скринингу на основе четырех симптомов, рекомендуется проводить ежегодное тестирование на ЛТБИ для всех людей, живущих с ВИЧ, и находящихся в группе высокого риска: людей, употребляющих наркотики, заключенных и др.

*** В районах, где распространенность ЛТБИ среди ЛЖВ ниже 30%, люди, живущие с ВИЧ, у которых не подтверждена ЛТБИ, или контакт с ТБ инфекцией, все равно могут получить пользу от ПТИ, например в случае, если принадлежат к группам наибольшего риска (например, заключенные).

Источник: Туберкулез и ВИЧ инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ.

Лечение латентной туберкулезной инфекции

Профилактическое лечение туберкулеза должно назначаться всем людям, живущим с ВИЧ, у кого подтверждено отсутствие активного туберкулеза, и у кого подозревается, или подтверждена латентная туберкулезная инфекция. Основным компонентом профилактического лечения является изониазид (Профилактическая терапия изониазидом – ПТИ). Существующие данные подтверждают, что применение ПТИ снижает риск заболевания активным туберкулезом среди ЛЖВ на 33% среди всех ЛЖВ, и на 64% среди тех, кто имеет положительный результат пробы Манту.⁴⁵

Опасения, что применение ПТИ может повысить существующий уровень распространенности устойчивости к изониазиду, не подтверждаются. Исследования демонстрируют, что применение ПТИ не приводит к распространению устойчивости к изониазиду.^{46,47,48,49} Предоставление ПТИ людям, живущим с ВИЧ, даже в условиях высокой распространенности лекарственной устойчивости к изониазиду, все равно принесет пользу значительному количеству людей, и поэтому настоятельно рекомендуется.

Рекомендованная доза изониазида для профилактики развития туберкулеза составляет 5 мг/кг (максимальная доза 300 мг) один раз в день. Изониазид не имеет клинически существенных взаимодействий с препаратами АРВТ. Продолжительность курса лечения должна составлять минимум шесть месяцев⁵⁰.

Риск возникновения побочных эффектов при приеме изониазида относительно невелик.⁵¹ Изониазид может вызывать лекарственный гепатит, чаще легкой или средней интенсивности, и периферическую невропатию. Регулярный мониторинг функций печени обычно не требуется, за исключением случаев лечения людей, живущих с ВИЧ, и имеющих дополнительный риск повреждения печени (например, сопутствующий вирусный гепатит, зависимость от алкоголя или наркотиков или другие факторы). Так или иначе, все пациенты, получающие лечение изониазидом, должны получить консультацию обо всех возможных побочных эффектах, и клинических симптомах поражения печени (тошнота, рвота, боли в животе и другие). В случае возникновения подобных симптомов пациентам необходимо срочно обратиться к врачу.

ПТИ для людей, употребляющих наркотики, а также для тех, кто живет с ВИЧ, должна предоставляться как часть интегрированного пакета услуг – таких как лечение ВИЧ, предоставление заместительной терапии, в тех случаях, когда она предоставляется, и при сопровождении социальных или аутрич-работников.¹³ Недостаток приверженности лечению ПТИ не приводит к формированию лекарственной устойчивости, и поэтому лечение под непосредственным наблюдением в таких случаях не проводится. Но тем ни менее, приверженность ПТИ все равно очень важна, так как от нее зависит успех лечения, и поэтому консультирование по вопросам приверженности могут проводить сотрудники других организаций, где пациенты получают помощь: например программ снижения вреда, ВИЧ-сервисов и программ лечения зависимости. Поэтому необходимо, чтобы эти сотрудники обладали базовой информацией о ПТИ. Значительную роль в обеспечении приверженности ПТИ среди людей, употребляющих наркотики, могут играть аутрич-работники и сотрудники программ снижения вреда. В целом, сомнения в том, что пациент сможет быть приверженным лечению ПТИ, не должны быть препятствием к ее назначению.

Инфекционный контроль

Инфекционный контроль должен осуществляться на национальном и местном уровнях, и включать меры административного контроля, контроля окружающей среды и индивидуальные защитные меры. Особенно важно обеспечить контроль за распространением инфекции в учреждениях здравоохранения и местах большого скопления людей. В частности, необходимо следить за уровнем заболеваемости туберкулезом среди сотрудников, не допускать контакта с туберкулезной инфекцией людей, живущих с ВИЧ, и своевременно обеспечивать для них доступ к АРВ и ПТИ.

Доступ к лечению

Необходимо, чтобы программы профилактики и лечения ВИЧ и контроля над туберкулезом тесно сотрудничали с программами снижения вреда, чтобы обеспечить универсальный доступ к полному пакету услуг по ВИЧ и туберкулезу, включая диагностику, профилактику, лечение, а также необходимые услуги лечения наркозависимости, такие как ОЗТ для тех, кто употребляет наркотики. При этом необходимо использовать клиент-ориентированный подход, и интегрированные сервисы, чтобы добиться максимальной приверженности лечению.³

Основное лечение ВИЧ и туберкулеза должно осуществляться мульти-дисциплинарной командой, состоящей из терапевта/ов (в некоторых странах один специалист занимается ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями, и другой – пульманологией и туберкулезом), медицинская сестра и социальный работник. Услуги, которые предоставляет каждый из этих специалистов, должны дополнять друг друга и согласовываться. Необходимо, чтобы члены команды регулярно встречались для обсуждения процесса лечения, социальных аспектов лечения и возникающих трудностей. Сеть групп взаимопомощи и другие услуги для наркозависимых людей должна быть доступны для людей с ВИЧ и ТБ, включая предоставление опиоидной заместительной терапии.

Госпитализация бывает крайне необходима пациентам, которые находятся в тяжелом состоянии, или если есть другие причины, из за которых они должны находиться под постоянным наблюдением. Тем ни менее, во всех случаях госпитализации необходимо удостовериться, что все те услуги, которые получает пациент, будут предоставлены ему в больнице (включая ОЗТ и АРВ людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики, которые находятся на лечении туберкулеза) Решение о том, как пациент должен проходить лечение после выписки из больницы, должно приниматься с учетом всех особенностей жизни пациента, чтобы лечение было максимально удобно для него, потому что только в этом случае можно обеспечить хорошую приверженность. Участие аутрич-работников, социальных работников, сообщества и негосударственных организаций в организации лечения туберкулеза позволит расширить возможности для предоставления лечения под непосредственным наблюдением, что критически важно для обеспечения непрерывности лечения и, следовательно, предотвращения формирования лекарственной устойчивости.

Наконец, взаимодействие между противотуберкулезными службами, ВИЧ-сервисом и программами снижения вреда, необходимо чтобы организовать эффективные аутрич-сервисы, включая обучение, информирование, скрининг, предоставление профилактической противотуберкулезной терапии, отслеживание контактов и выявление тех, кто прервал лечение. Все эти меры повышают эффективность лечения туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики, способствуют сохранению их жизни и здоровья и снижению распространенности туберкулеза в сообществе.³²

Особый подход к людям, употребляющим наркотики

Для организации скрининга и выявления латентной туберкулезной инфекции, или активного ТБ, поддержки приверженности и профилактики туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики, требуется особый подход, учитывающий их специфические потребности, что крайне редко учитывается в странах региона ВЕЦА.

- Большинство используемых подходов к диагностике и лечению не отвечают потребностям людей, употребляющих наркотики, а их доступ к необходимым сервисам сильно затруднен из-за стигматизации и недостатка клиент-ориентированных сервисов.
- Сотрудники медицинских учреждений не всегда хорошо подготовлены для работы с потребителями наркотиков, как в смысле навыков взаимодействия, так и в смысле медицинских знаний.
- В некоторых странах пациенты вынуждены оплачивать диагностику и лечение ТБ.
- Лечение от ТБ, ВИЧ и заместительная терапия обычно предоставляются в разных учреждениях, что существенно осложняет получение одновременного лечения.

В сообществах, затронутых проблемой ТБ, в том числе в сообществах ЛУН, их семей и близкого окружения, и НГО, работающих с ними, для улучшения ситуации могут быть предприняты следующие действия:

- Участие в процессе анализа ситуации, реализации проектов и программ, а также их мониторинга и оценки;
- Предоставление консультирования и помощи равный-равному;
- Проведение информационных кампаний, мобилизация сообщества и адвокация. Цели и стратегия адвокации должны определяться в ходе оценки ситуации. Адвокация может быть направлена как на лиц, принимающих решения, так и на провайдеров услуг и/или сообщества. Адвокация в регионе ВЕЦА обычно направлена на изменение региональной политики и законодательства, укрепление сетевого взаимодействия и построение сотрудничества с заинтересованными организациями регионального и международного уровня в регионе (Европарламент, ВОЗ, агентства ООН и международные НГО). Тренинг, основной для которого служит данный обзор, раскрывает, в том числе, вопросы проведения оценки ситуации, разработки и планирования адвокационных кампаний и построения партнерств.

Ссылки

- ¹ ВОЗ (2012) *ВОЗ Информационный бюллетень №104*. Женева, ВОЗ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/index.html>
- ² ВОЗ (2012) *Доклад о глобальной борьбе с Туберкулезом*. Женева, ВОЗ http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/ru/
- ³ ЮНЭЙДС (2011) *В направлении цели ноль. Стратегия на 2011–2015 годы*. Женева, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_ru.pdf
- ⁴ ВОЗ, УНПООН, ЮНЭЙДС (2008) *Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с Туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков*. Женева, ВОЗ, УНПООН, ЮНЭЙДС http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789214330622_rus.pdf
- ⁵ ВОЗ (2012) *Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ: Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон*. Женева, ВОЗ http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/ru/index.html
- ⁷ Comstock, G. W., Livesay, V. T. & Woolpert, S. F. (1974) *The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescents*, *American Journal of Epidemiology*, 99, 131–138.
- ⁸ Altice FL et al. *Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs*. *The Lancet*, 2010, 376(9738):367-387
- ⁹ Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. *A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection*. *N Engl J Med*. 1989 Mar 2;320(9):545-5
- ¹⁰ WHO (2008) *Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing 2008*. Geneva, WHO.
- ¹¹ ЮНЭЙДС (2012) *Глобальный доклад, Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2012*. ЮНЭЙДС
- ¹² Friedland, G. (2010) *Infectious Disease Comorbidities Adversely Affecting Substance Users With HIV: Hepatitis C and Tuberculosis*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1 December 2010, Volume 55: S37–S42.
- ¹³ WHO (2012) *Tuberculosis Advocacy Handbook for People Who Use Drugs*. Geneva, WHO.
- ¹⁴ Oeltmann, J. E., Kammerer, J. S., Pevzner, E. S. et al. (2009) *Tuberculosis and substance abuse in the United States, 1997–2006*. *Archives of Internal Medicine*, 169:189–197.
- ¹⁵ WHO. *Multi-Drug Resistant Tuberculosis*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/tb/challenges/mdr/en/> accessed on 12 June 2012).
- ¹⁶ Falzon D, Jaramillo E, Schünemann HJ, Arentz M, Bauer M, Bayona J, et al. (2011) *WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: 2011 update*. *Eur Respir J* 2011;38:516-28.
- ¹⁷ Jones, J. L., Burwen, D. R., Fleming, P. L. & Ward, J. W. (1996) *Tuberculosis among AIDS patients in the United States 1993*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 12:293–297.
- ¹⁸ Morozova, I. R. V., Sture, G., Wells, C. & Leimane, V. (2003) *Impact of the growing HIV-1 epidemic on multidrug-resistant tuberculosis control in Latvia*, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 7 (9): 903–906.
- ¹⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010) *Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users*. EMCDDA Manuals. Lisbon, EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines>, accessed on 10 May 2012).

-
- ²⁰ WHO (2008) *Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World: Fourth Global Report*. Geneva, WHO (http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf, accessed on 12 September 2012).
- ²¹ ВОЗ (2011). Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015гг. Копенгаген, ВОЗ Европейское региональное бюро
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147738/wd15R_TB_111391_lko.pdf
- ²² ВОЗ (2011) *Лечение туберкулеза. Рекомендации. Четвертое издание*. Женева, ВОЗ
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244547830_rus.pdf
- ²³ ВОЗ (2011) *Быстрое внедрение диагностического теста Xpert MTB/RIF: технические и операционные рекомендации; вопросы практического применения*. Женева, ВОЗ
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_rus.pdf
- ²⁴ WHO (2011) *Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF system. Policy statement*. Geneva: WHO, 2011.
- ²⁵ Xpert MTB/RIF increases timely TB detection among people living with HIV and saves lives. Information note. Available at: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/Xpert_TBHIV_Information_Note_final.pdf
- ²⁶ WHO. *TB Diagnostics and Laboratory Services. Information note*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/tb/dots/lab.pdf>, accessed on 13 June 2012).
- ²⁷ EMCDDA (2010), *Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users*, EMCDDA Manuals, Lisbon.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines>
- ²⁸ ВОЗ (2007) *Руководство по программному ведению лекарственно устойчивого туберкулеза*. Женева, ВОЗ
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244546956_rus.pdf
- ²⁹ Hallinan R et al. (2005) *Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy*. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2005, 20:1082–1086.
- ³⁰ Treatment Action Group Online Toolkit
(<http://www.treatmentactiongroup.org/sites/tagone.drupalgardens.com/files/M3%20TBxFacNotes.pdf>, assessed on 5 August 2012).
- ³¹ Mathers, B.M., et al. (2008) *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. *Lancet*, 2008. 372(9651): p. 1733-45.
- ³² ВОЗ (2013) *Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ*. Копенгаген, ВОЗ
- ³³ Gruber VA, McCance-Katz EF. (2010) *Methadone, buprenorphine, and street drug interactions with antiretroviral medications*. *Curr HIV/AIDS Rep*. Aug 2010;7(3):152-160.
- ³⁴ Bruce RD, McCance-Katz E, Kharasch ED, Moody DE, Morse GD. *Pharmacokinetic interactions between buprenorphine and antiretroviral medications*. *Clin Infect Dis*. Dec 15 2006;43(Suppl 4):S216-223.
- ³⁵ *Food and Drug Administration (FDA)*. Vivitrol (package insert). October 2010.
http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/021897s015lbl.pdf.
- ³⁶ Oliveira ML et al. *Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil*. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1999, 32:1107–1114.
- ³⁷ Zhang C et al. *High prevalence of HIV-1 and hepatitis C virus coinfection among injection drug users in the southeastern region of Yunnan, China*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 2002, 29:191–196.

-
- ³⁸ Wood E et al. *Prevalence and correlates of hepatitis C infection among users of North America's first medically supervised safer injection facility*. *Public Health*, 2005, 119:1111–1115.
- ³⁹ Craig, G.M., et al., *The impact of social factors on tuberculosis management*. *Journal of Advanced Nursing*, 2007. 58(5): p. 418-24.
- ⁴⁰ Altice FL et al. *Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program Replication*. *Clinical and Infectious Diseases*, 2004, 38(Suppl 5):S376–S387.
- ⁴¹ Sambamoorthi, U., et al. *Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS*. *Drug & Alcohol Dependence*, 2000. 60(1): p. 77-89.
- ⁴² Palepu, A., et al., *Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy*. *Drug & Alcohol Dependence*, 2006. 84(2): p. 188-94.)
- ⁴³ Malotte CK, Rhodes F, Mais KE. Tuberculosis screening and compliance with return for skin test reading among active drug users. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:792–796.
- ⁴⁴ WHO HIV/AIDS. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/ AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO, 2004.
- ⁴⁵ Akolo C et al. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, 1:CD000171.
- ⁴⁶ Balcells ME et al. Isoniazid preventive therapy and risk for resistant tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:744–751.
- ⁴⁷ Van Halsema CL et al. Tuberculosis outcomes and drug susceptibility in individuals exposed to isoniazid preventive therapy in a high HIV prevalence setting. *AIDS*, 2010, 24:1051–1055.
- ⁴⁸ Souza CT et al. Effectiveness and safety of isoniazid chemoprophylaxis for HIV-1 infected patients from Rio de Janeiro. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 2009, 104:462–467.
- ⁴⁹ Hawken MP et al. Isoniazid preventive therapy for tuberculosis in HIV-1-infected adults: results of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997, 11:875–882.
- ⁵⁰ Akolo C et al. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, 1:CD000171.
- ⁵¹ Grant AD.et al. Adverse events with isoniazid preventive therapy: experience from a large trial. *AIDS*, 2010 Nov; 24 Suppl 5:S29-36.

Приложение 1

Принципы снижения вреда

<http://www.harm-reduction.org/ru/harm-reduction.html> (Сайт ECCB)

- **Определенный уровень употребления наркотиков в обществе неизбежен** и колеблется в зависимости от культуры, доступности наркотиков, а также социальных, экономических и иных факторов.
- Понятие «употребление наркотиков» предполагает широкий спектр поведения: от интенсивного, проблемного употребления до полного воздержания. Подход снижения вреда признает, что **одни способы употребления наркотиков более опасны, чем другие**.
- Подход снижения вреда не пытается приуменьшать или игнорировать вред и риски, связанные с употреблением наркотиков.
- Самые высокие расходы и наибольший вред для общества и каждого конкретного человека связан с **проблемным употреблением наркотиков**, которое, согласно определению Европейского центра по контролю за наркотиками и наркозависимостью (EMCDDA), заключается в «инъекционном или долгосрочном/регулярном употреблении опиоидов, кокаина и/или амфетаминов», характерном для относительно небольшой части потребителей наркотиков. Работа в этой сфере должна быть приоритетной для программ снижения вреда.
- Согласно конвенции о правах человека (например, требующих всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию), **потребители наркотиков являются полноправными членами общества**.
- Необходим **прагматичный подход к организации мероприятий** (программы рассчитаны на достижение практических и краткосрочных целей, а не долгосрочных и вряд ли достижимых – как, например, мир без наркотиков).
- Используются только **научно-обоснованные подходы**.
- Критерием успешности мероприятий и политики должно быть **достижение индивидуального и общественного благосостояния**, а не только прекращение употребления наркотиков.
- Программы должны быть **комплексными**, и при их разработке необходимо принимать во внимание негативные последствия, связанные с употреблением наркотиков и требующие различных мер противодействия.
- Программы следует планировать с учетом **экономической эффективности** для извлечения максимальной пользы в условиях ограниченных ресурсов.
- Программы должны быть **ориентированы на клиентов**, быть полезны и привлекательны для клиентов, соответствовать их потребностям и предпочтениям.
- Необходимо активно **привлекать потребителей наркотиков к планированию, осуществлению и оценке программ и стратегий снижения вреда**.
- Подход снижения вреда исходит из того, что **основными агентами снижения вреда от употребления наркотиков являются сами потребители наркотиков**, и стремится к тому, чтобы потребители наркотиков распространяли информацию и оказывали друг другу поддержку в выполнении стратегий, основанных на реальных условиях употребления наркотиков.

- Подход снижения вреда призывает к тому, чтобы при оказании услуг **потребители наркотиков не подвергались осуждению и принуждению.**
- Подход снижения вреда признает, что реалии **бедности, классового расслоения, расизма, социальной изоляции, прошлых физических и психических травм, сексуальной дискриминации** и иных признаков социальной несправедливости влияют на уязвимость людей к употреблению наркотиков и их способность эффективно предотвращать вред, связанный с употреблением наркотиков.

Приложение 2

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ.

Партнерство “Остановить туберкулез”. Всемирная организация здравоохранения.

Основные мероприятия, необходимые для эффективного контроля туберкулеза.

Безопасность без стигматизации

Общепризнано, что в медицинских учреждениях и общинах существует риск передачи туберкулеза, особенно в условиях ограниченных ресурсов, когда этому способствует несоблюдение надлежащих мер инфекционного контроля туберкулеза. Влияние эпидемии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), возрастающее значение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МУЛ-ТБ) и возникновение туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) вызывают все большую обеспокоенность в отношении передачи туберкулеза и диктуют безотлагательную необходимость уделять первостепенное внимание инфекционному контролю туберкулеза. Эти 10 основных мероприятий можно провести незамедлительно в целях предупреждения передачи туберкулеза в медицинских учреждениях и сообществах.

1. Вовлечение пациентов и членов сообществ в разъяснительно-пропагандистские кампании

Община должна быть хорошо информирована о том, что такое туберкулез и какие меры необходимы для его профилактики и контроля. Пациентам очень важно понимать, что они должны знать свой ТБ-статус, что они имеют право на профилактическую терапию изониазидом (ПТИ) и на внеочередную диагностику и лечение туберкулеза. Они также должны быть информированы о возможности передачи инфекции туберкулеза через кашель и должны учитывать требования учреждений здравоохранения и общественных служб прикрывать рот во время кашля. Им нужно понимать, что медицинские работники могут иногда носить респираторные маски для защиты от инфекции или такая просьба может быть обращена к ним самим. Безопасность без стигматизации является основной целью данных мероприятий, поэтому просьба надеть маску или сделать забор мокроты на открытом в воздухе или в хорошо проветриваемом помещении не должна восприниматься как стигматизация, а лишь как более безопасная для всех врачебная практика. Обеспечение безопасности пациентов и медицинских работников может также включать оказание некоторых услуг на уровне общины, чтобы предупредить случаи ненужной госпитализации в медицинские учреждения.

2. Разработка плана инфекционного контроля

Всем учреждениям здравоохранения необходимо иметь план инфекционного контроля и назначить сотрудника или группу сотрудников, ответственных за его выполнение. В плане должны быть обозначены места наибольшего риска передачи туберкулеза и представлена информация о распространенности туберкулеза и ВИЧ среди медицинских работников и пациентов.

В плане также содержатся рекомендации по инфекционному контролю в отделениях медицинских учреждений, включая лабораторию, для которой должны быть разработаны специальные стандартные методы обеспечения безопасности.

3. Обеспечение безопасности при сборе мокроты

Сбор и исследование мокроты являются основной частью диагностики туберкулеза. Забор мокроты может быть потенциально опасной процедурой для медицинских работников и других пациентов. Медицинские работники должны объяснять пациентам, что безопасность без стигматизации является целью эффективного инфекционного контроля туберкулеза и что забор мокроты должен производиться на открытом воздухе (если есть условия для этого) или в специально оборудованных помещениях с хорошей вентиляцией.

4. Пропаганда правил и норм гигиены при откашливании

В каждом медицинском учреждении необходимо иметь плакаты с информацией о туберкулезном контроле и нормах гигиены при кашле, по крайней мере, в местах ожидания в амбулаторных отделениях, в приемных отделениях и отделениях первой помощи. Следует проинструктировать пациентов о необходимости прикрывать во время кашля рот и нос руками, тканью, например носовым платком, чистыми салфетками, в том числе бумажными, или бумажными масками. Все сотрудники несут ответственность за обеспечение безопасности и должны сообщать пациентам придерживаться этой практики.

5. Установление очередности оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на туберкулез для ускорения процедуры приема и изоляции таких пациентов

При осмотре все пациенты должны быть опрошены на предмет наличия у них хронического кашля (продолжительностью более 2–3 недель), лихорадки, потери веса, ночного потоотделения, кровохарканья или контакта с лицом с туберкулезом. Медицинские работники должны объяснять всем посетителям клиники, что безопасность без стигматизации является основной целью данных мероприятий и что такое обследование составляет часть качественного оказания медицинских услуг. Пациентам очень важно понимать, что они должны знать свой ВИЧ-статус, что они имеют право на профилактическую терапию изониазидом (ПТИ) и внеочередную диагностику и лечение туберкулеза или что их могут попросить подождать своей очереди у открытого окна либо в удобном месте, отделенном от общего места ожидания (по возможности, на открытом воздухе). По возможности, необходимо поощрять внедрение методов лечения на уровне сообщества. В условиях стационара пациенты с подозрением на туберкулез должны быть размещены отдельно от других пациентов, в отдельных палатах или боксах. Лица с установленной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза или с подозрением на нее должны быть изолированы от пациентов из общих палат и от других пациентов с подозрением на туберкулез.

6. Обеспечение быстрой диагностики и начала курса лечения

Пациенты с подозрением на туберкулез должны обслуживаться вне очереди и проходить немедленное обследование на наличие инфекции. Процедура забора мокроты должна выполняться в стороне от других пациентов. Образцы мокроты отправляются в специально оборудованную лабораторию для бактериоскопии мазка на наличие кислотоустойчивых бактерий и бактериологическое исследование (по возможности). Время получения результатов бактериоскопии мазка на кислотоустойчивые бактерии не должно превышать 24 часа. Система отслеживания результатов обследования и последующего перенаправления пациентов гарантирует прохождение всеми пациентами с подозрением на туберкулез и отрицательным результатом мазка на кислотоустойчивые бактерии дополнительных процедур (например, рентгеновское обследование и перенаправление в

другие учреждения) или незамедлительное начало курса лечения. Курс ускоренной терапии под непосредственным наблюдением врача (ДОТС) начинается сразу же после установления диагноза туберкулеза. При этом составляется план обеспечения приверженности лечению. Все лица с ВИЧ-положительным статусом без подозрения на туберкулез должны иметь право на профилактическую терапию изониазидом.

7. Улучшение системы вентиляции помещений

Места, где пациенты ждут своей очереди на прием к врачу, должны быть открытыми и хорошо вентилироваться. Окна и двери следует, по возможности, держать открытыми для обеспечения максимального воздухообмена. Улучшить вентиляцию могут должным образом установленные простые вентиляторы. Если позволяют погодные условия, то желательно оборудовать места ожидания на открытом воздухе, рекомендуется использовать укрытия под крышей, защищающей пациентов от солнца и дождя. Пациенты не должны ждать своей очереди к врачу в узких, плохо вентилируемых коридорах. В больницах, где лечатся пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом, их следует помещать в отдельные больничные палаты или боксы, желательно с хорошей вентиляцией.

8. Защита медицинских работников

Медицинские работники должны знать симптомы туберкулеза и проходить медицинский осмотр, в том числе обследование на туберкулез и ВИЧ, по меньшей мере, раз в год. Всем работникам желательно знать свой ВИЧ-статус, и ВИЧ-инфицированные работники должны иметь возможность сократить до минимума контакты с туберкулезными больными, например - перейти на другую должность. ВИЧ-инфицированные работники должны пройти обследование для профилактического лечения изониазидом, как части основного курса лечения ВИЧ. Сотрудники, работающие в условиях повышенного риска заражения туберкулезом (например, в отделении бронхоскопии), должны быть обеспечены надлежащими индивидуальными средствами защиты органов дыхания.

9. Наращивание потенциала

Обучение методам туберкулезного контроля должно входить в программы обучения общему инфекционному контролю в больницах и других медицинских учреждениях. Там, где такое обучение не проводится, необходимо разработать учебные программы по методам контроля за передачей инфекции туберкулеза воздушно-капельным путем. Практика инфекционного контроля требует широкого системного подхода, чтобы медицинские работники на всех уровнях проходили обучение и были вовлечены в мероприятия по повышению собственной безопасности и безопасности пациентов.

10. Мониторинг качества и эффективности инфекционного контроля

Частью административной работы руководства организации должно быть наблюдение за выполнением мер инфекционного контроля. Это наблюдение включает регулярный обход учреждения с целью проверки выполнения требований инфекционного контроля и наличия необходимого материального обеспечения. Как минимум, в учреждениях должен иметься план инфекционного контроля. Источником полезной информации о путях передачи туберкулеза в медицинских учреждениях, при наличии практической возможности, может также служить мониторинг случаев туберкулеза, ежегодно выявляемых среди медицинских работников. Наблюдение за заболеваемостью туберкулезом среди медицинского персонала является еще одним способом оценки.

Приложение 3

Источник: Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с Туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков. ВОЗ, 2008
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789214330622_rus.pdf

Меры по предупреждению ВИЧ среди ПИН

Существует множество международных, региональных и национальных рекомендаций по предупреждению ВИЧ. ЮНЭЙДС, ВОЗ и УПН ООН рекомендуют комплекс мероприятий по предупреждению ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, который включает:

- программы обмена игл и шприцев;
- опиоидную заместительную терапию;
- добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ;
- антиретровирусную терапию и услуги по уходу, включая профилактику после контакта для сексуальных партнеров потребителей наркотиков;
- предупреждение и лечение инфекций, передаваемых половым путем;
- программы применения мужских и женских презервативов для потребителей инъекционных наркотиков и их партнеров;
- целенаправленная информация, просвещение и коммуникация для потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров;
- диагностика, лечение (гепатит А, В и С) и вакцинация от гепатита (гепатит А и В);
- профилактика, диагностика и лечение туберкулеза;
- создание безопасной нестигматизирующей среды, в которой потребители наркотиков могут получить доступ к информации и услугам, не опасаясь преследования или применения к ним правовых мер;
- целенаправленные услуги по охране репродуктивного здоровья и предупреждению передачи инфекции от матери ребенку с уделением особого внимания потребностям женщин – потребителей наркотиков и женщин – партнеров потребителей наркотиков.

Приложение 4

Стратегии «Остановить ТБ» и DOTS

Компоненты стратегии СТОП ТБ

- 1. Обеспечение усовершенствования эффективно реализуемой стратегии DOTS в целях повышения ее качества**
 - Политическая приверженность в сочетании с адекватным и устойчивым финансированием
 - Своевременное выявление и диагностика случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества
 - Стандартная контролируемая химиотерапия под наблюдением, в сочетании с оказанием необходимой поддержки пациентам
 - Эффективная система снабжения и управления лекарственными средствами
 - Мониторинг и оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий.

- 2. Решение проблем ВИЧ-ТБ, МЛУ-ТБ, а также проблем ТБ в малоимущих и уязвимых группах**
 - Расширение совместных мероприятий по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией
 - Расширение мероприятий по профилактике и организации борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ),
 - Обращение к потребностям лиц, находившихся в контакте с больными туберкулезом, а также малоимущих и уязвимых групп населения.

- 3. Содействие укреплению систем здравоохранения на основе развития первичной медико-санитарной помощи**
 - Оказание помощи в совершенствовании политики здравоохранения, развитии кадровых ресурсов, финансировании, снабжении, оказании услуг и информационном обеспечении
 - Усиление мер инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения, других местах массового нахождения людей и в местах проживания
 - Модернизация лабораторных сетей и внедрение стратегии Практического подхода к здоровью легких (PAL)
 - Адаптация подходов, успешно применяемых в других областях здравоохранения, и активизация действий, направленных на социальные детерминанты здоровья.

- 4. Привлечение всех учреждений и специалистов, обеспечивающих медицинское обслуживание**
 - Обеспечение участия всех государственных, добровольных, корпоративных и частных поставщиков услуг с использованием смешанных частно-государственных структур (РРМ)
 - Содействие применению Международных стандартов оказания медицинской помощи больным туберкулезом (ISTC).

- 5. Расширение прав и возможностей людей, живущих с ТБ и местных общественных организаций**
 - Разъяснительная деятельность, информирование и социальная мобилизация
 - Поощрение участия общества в мероприятиях по лечению и профилактике туберкулеза, пропаганде здорового образа жизни
 - Содействие в использовании Хартии пациентов о медицинской помощи больным туберкулезом.

6. Активизация и поощрение научных исследований

- Проведение прикладных исследований в рамках программы борьбы с туберкулезом
- Поддержка и участие в проведении научных исследований, направленных на разработку новых диагностических средств, лекарственных препаратов и вакцин.

Источники:

1. *The Stop TB Strategy*. WHO/HTM/TB/2006.368. World Health Organization, Geneva, 2006.
2. Стратегия борьбы с туберкулезом. ВОЗ, http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/ru/index.html, по состоянию на 30/06/2012

Компоненты стратегии DOTS

1. **Политическая приверженность.** Политическая приверженность необходима для содействия развитию национальных и международных партнерств, которые должны быть связаны с долгосрочными стратегическими планами действий, подготовленными национальными программами по борьбе с ТБ. Стратегические планы действий должны учитывать технические и финансовые требования и способствовать отчетности по достигнутым результатам на всех уровнях системы здравоохранения. Они должны включать не только показатели, связанные с ТБ, но и другие соответствующие показатели, а там, где необходимо, политическая приверженность должна опираться на национальное законодательство. Местные партнерства, куда включены как можно больше участников, будут способствовать повышению эффективности лечения ТБ с точки зрения доступа, справедливости и качества.
2. **Выявление случаев туберкулеза с помощью бактериоскопии надлежащего качества.** Бактериологические исследования по-прежнему являются рекомендуемым методом выявления случаев заболевания ТБ — сначала при микроскопии мазка мокроты, а затем при посеве и проведении теста на лекарственную чувствительность. Для обеспечения доступа к качественной микроскопии мазка мокроты необходима широкая сеть надлежащим образом оборудованных лабораторий с подготовленным персоналом. Для этого во многих странах могут понадобиться дополнительные инвестиции в лабораторную сеть. Кроме того, в каждой стране должна быть хорошо оснащенная и полностью функционирующая национальная референс-лаборатория.
3. **Стандартизированное лечение больных туберкулезом, предусматривающее непосредственное наблюдение и поддержку.** В основе борьбы против ТБ лежит организация и проведение стандартизированного лечения на территории всей страны для всех взрослых и детей, больных ТБ — с позитивным результатом микроскопии, с ортицательным результатом, и с внелегочной формой. Службы по лечению ТБ должны определять факторы, которые могут вынудить пациента прервать или прекратить лечение, и принимать соответствующие меры. Лечение под наблюдением, которое может включать непосредственный медицинский контроль за лечением (DOT), способствует регулярному приему пациентами лекарств и завершению полного курса лечения, что позволяет пациентам излечиться и предотвращает развитие лекарственной устойчивости. Наблюдение необходимо проводить с учетом конкретной ситуации и в корректной для пациента форме. Приверженность лечению должна обеспечиваться обоюдно - как со стороны поставщиков медицинских услуг (предоставление надлежащей помощи и содействие), так и со стороны пациентов (регулярный прием лекарств). Службы поддержки пациентов и группы взаимопомощи могут способствовать соблюдению медицинских предписаний и укреплению приверженности. На местных уровнях должны быть предприняты меры, чтобы определять и устранять финансовые, социальные, культурные, физические препятствия

на пути обеспечения доступа к лечению, а также препятствия, обусловленные работой системы здравоохранения.

4. **Эффективная система поставок и распределения лекарств.** Бесперебойные и стабильные поставки противотуберкулезных лекарств гарантированного качества играют решающую роль в борьбе против ТБ. Поэтому необходимо создать надежную систему закупок и распределения всех основных противотуберкулезных лекарств во всех соответствующих медицинских учреждениях. Противотуберкулезные лекарства должны предоставляться бесплатно всем пациентам с ТБ, во-первых, потому что многие пациенты бедны и не могут купить их, а, во-вторых, потому что преимущества от лечения распространяются на все общество в целом (лечение предотвращает дальнейшую передачу). Должно действовать законодательство по регулированию лекарственных средств, а использование противотуберкулезных лекарств всеми поставщиками медицинских услуг необходимо строго контролировать.

5. **Система мониторинга и оценки, а также измерения масштабов воздействия.** Крайне важно создать надежную систему мониторинга и оценки с регулярной связью между центральными и периферийными уровнями системы здравоохранения. Для этого необходима стандартизированная регистрация индивидуальных данных о пациенте, включая информацию о результатах лечения, которые затем используются для составления квартальных отчетов о результатах лечения по контингентам пациентов. Эти данные, скомпонованные и проанализированные, могут использоваться на уровне отдельных медицинских учреждений для мониторинга результатов лечения, на районном уровне — для выявления местных проблем по мере их возникновения, на уровне областей или стран — для обеспечения непрерывной высококачественной борьбы против ТБ в отдельных географических районах, и на национальном и международном уровне — для оценки достигнутых в каждой стране результатов. Сейчас и развитые и развивающиеся страны имеют в своем распоряжении дополнительную диагностическую информацию, включая результаты посева мокроты, тестов на лекарственную чувствительность и тестов на ВИЧ, которые могут быть использованы в качестве основы для ведения пациентов. Руководители программ по контролю над ТБ должны также вести мониторинг за документацией и отчетностью поставщиков медицинских услуг в государственном и частном секторах, не связанных напрямую с национальными программами по ТБ. Особое внимание необходимо уделять обеспечению конфиденциальности информации о пациенте.

Источники:

1. Onozaki I, Raviglione M. Stopping tuberculosis in the 21st century: goals and strategies. *Respirology*, 2010
2. Проведение политики расширения и улучшения высококачественного лечения туберкулеза ДOTS, ВОЗ, <http://www.who.int/tb/dots/ru/>, по состоянию на 30/06/2012

Приложение 5

Хартия Пациентов больных туберкулезом

Хартия Пациентов определяет Права и Обязанности больных туберкулезом. Знание Хартии усиливают возможности и больных, и общества. Разработанная и развитая пациентами всего мира, Хартия позволяет выстроить взаимовыгодные отношения с работниками здравоохранения.

Хартия показывает возможности, которые помогут работать как партнерам пациентам, обществу, государственному и частному здравоохранению, правительству. При положительных и открытых отношениях можно улучшить противотуберкулезную помощь и повысить эффективность функционирования здравоохранения. При взаимодействии и содружестве и с учетом мнений всех сторон повышается взаимная ответственность по всем разделам работы.

Развитая в соответствии с Международными Стандартами противотуберкулезной помощи и использующая подход "сосредоточения на пациенте", Хартия соответствует основным принципам Прав человека, как и права на здоровье, Организации Объединенных Наций, ЮНЕСКО, ВОЗ, Совета Европы, а также других местных и национальных Хартий и соглашений.

При противотуберкулезной деятельности Хартия предлагает большую сопричастность и вовлеченность больных туберкулезом в организацию мероприятий. Вовлечение пациентов и появление у них полномочий стимулирует эффективное сотрудничество с работниками здравоохранения и властями, что существенно важно и необходимо для того, чтобы остановить распространение туберкулеза. Хартия Пациентов больных туберкулезом - первый в мире, инициированный пациентами стандарт, который является совместным инструментом строительства полноценного противотуберкулезного Сообщества.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

1. Оказание услуги

а. Право на свободный и равноправный доступ к противотуберкулезной помощи, от диагноза до завершения лечения, независимо от ресурсов, расы, рода, возраста, языка, юридического статуса, вероисповедания, сексуальной ориентации, культуры или наличия другой болезни.

б. Право получать медицинский совет и лечение, которые полностью соответствуют новым Международным Стандартам оказания противотуберкулезной помощи.

На сосредоточение на потребностях пациентов, включая МЛУ-ТБ или ТБ/ВИЧ. На профилактическое лечение маленьких детей и лиц из групп высокого риска заболеть.

с. Право пользоваться действующей системой помощи вне учреждений здравоохранения, обучением и профилактическими мерами, как частью всесторонних программ заботы о здоровье.

2. Достоинство

а. Право на лечение с уважением и сохранением достоинства, без клейма, предубеждения или дискриминации со стороны работников здравоохранения и администрации.

б. Право на качественное лечение в достойной окружающей среде, с моральной поддержкой семьи, друзей и окружения.

3. Информация

а. Право на информацию о медицинских технологиях и услугах, которые необходимы при лечении туберкулеза, кто и как обязан и ответственен за их предоставление, что входит в их прямую или косвенную стоимость.

b. Право получать своевременное, краткое и понятное описание медицинского состояния, диагноза, прогноза (мнение относительно вероятного будущего развития болезни), предложенного лечения, с разъяснением общих рисков и возможных альтернатив.

c. Право знать названия и дозировки любого лекарства или вмешательства, которые будут предписаны, их нормальных действий и потенциальных побочных эффектов, возможного воздействия на общее состояние или лечение.

d. Право доступа к медицинской информации, которая касается состояния пациента и лечения, предоставление копии медицинской документации, если требуется пациенту или лицу, уполномоченному пациентом.

e. Право встречаться, обмениваться опытом с равными по положению и другими пациентами, добровольно обсуждать любые вопросы, в любой момент от диагноза до завершения лечения.

4. Выбор

a. Право на второе медицинское мнение, с доступом к предыдущей медицинской документации.

b. Право принимать или отказываться от хирургических вмешательств, если возможна химиотерапия, быть информированным относительно вероятных медицинских и установленных законом последствий в пределах контекста заразности болезни.

c. Право выбирать, принимать или нет участие в научных исследованиях с учетом компромиссного решения по оценке риска ухудшения качества лечебного процесса.

5. Конфиденциальность

a. Право на частную жизнь, достоинство, вероисповедание и культуру.

b. Право на передачу конфиденциальной информации, касающуюся медицинского состояния в другие инстанции, только после согласования с пациентом.

6. Правосудие

a. Право подавать жалобу через официальные каналы, предусмотренные системой здравоохранения, и получать быстрый и справедливый ответ.

b. Право обращаться в более высокую инстанцию, если жалоба не удовлетворена, и быть информированным о результате рассмотрения в письменной форме.

7. Участие в организациях

a. Право присоединяться или создавать организации и ассоциации людей, связанных с проблемой туберкулеза, искать поддержку для их развития через работников здравоохранения, власть или гражданское общество.

b. Право участвовать, как полноправный член, в разработке, развитии, выполнении противотуберкулезной политики и программ с местными, национальными и международными организациями и органами здравоохранения.

8. Защита

a. Право на сохранение работы после диагностирования или соответствующего восстановления после лечения.

b. Право на достаточное и безопасное питание, если оно назначается для обеспечения лечения.

ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

1. Предоставление информации

a. Ответственен за предоставление достоверной информации работникам здравоохранения относительно текущего состояния, прошлых заболеваний, любых аллергий и любых других необходимых сведений.

b. Предоставлять информацию работникам здравоохранения относительно семейных контактов, контактов с близкими друзьями и теми, кто мог быть инфицированным.

2. Соблюдение лечения

a. Ответственен соблюдать назначенный и согласованный план и схему лечения, добросовестно выполнять инструкции, направленные на защиту здоровья пациента и его окружения.

b. Сообщать работникам здравоохранения о любых трудностях или проблемах в процессе лечения, а также уточнять любые детали лечения, если что – то не ясно или не понятно.

3. Содействие общественному здравоохранению

a. Ответственен за помощь здравоохранению по привлечению лиц, у которых определяются симптомы туберкулеза путем поощрения, разъяснений и рекомендаций.

b. Информировать и разъяснять права другим пациентам и работникам здравоохранения, понимая, что это является важной и достойной основой противотуберкулезного Сообщества.

4. Демонстрация солидарности

a. Моральная ответственность за солидарность и помощь другим пациентам, чтобы вместе стремиться к излечению.

b. Моральная ответственность распространять информацию и знания, полученные в процессе лечения среди лиц, которые увеличивают возможность распространения инфекции.

c. Моральная ответственность участвовать в усилиях освобождения общества от бремени туберкулеза.

Приложение 6

Лучшие практики. Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге на отделении для пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ начал работу совместный проект фондов Свеча и Гуманитарное Действие.

Цель проекта была простой: добиться снижения «отрывов от лечения» пациентов, большая часть из которых – наркозависимые. Первоначально мы потратили кучу сил и времени, добиваясь предоставления лечения абстиненции – ну, хоть какого-нибудь. И нам даже удалось договориться о внедрении ставки психиатра-нарколога на отделении. Однако довольно быстро выяснилось, что наличие врача само по себе не гарантирует лечения: надо иметь разрешения на хранения препаратов, лицензию на оказание наркологической помощи, и другие документы. До сих пор не известно – что действительно надо иметь, а что – выдумка главного врача. Но очевидно одно – не так то это просто организовать доступ к наркологической помощи в непрофильном стационаре. Так что пока вся эта каша варилась – мы начали потихоньку работать. Психотерапевт проекта работал на отделении 3 раза в неделю. Вел консультации и группы. Сначала не было понятно – кто будет к нему ходить. Но потом люди потянулись. Делать – то на отделении нечего). И работал он хорошо.

Социальный работник – первоначально планировали, что будет заниматься связью «больница-город», но она, в общем-то была вторым психологом. Организовала на отделении библиотечку. Вела группы арт-терапии и группы взаимопомощи. Тут еще подключился Зав. Отделением – без которого все это вообще бы, конечно, не получилось. Он вел «Школу пациента». Садился вечерами, когда на дежурстве был, и рассказывал пациентам – почему важно не прерывать лечение, как формируется резистентность, что – опасно, а что – не очень.

Потом на отделении открыли группу Анонимных Наркоманов.

Короче говоря, после года нашей работы на отделении выяснилось, что наркологическая помощь – далеко не единственное, и точно не самое эффективное средство обеспечить приверженность лечению. Во всяком случае, процент отрыва от лечения на отделении снизился **более чем вдвое**, хотя внедрить наркологическую помощь так и не удалось.

Только не подумайте, что я хочу сказать, что в туберкулезной больнице не нужна наркологическая помощь).

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Проблема: очень трудно найти персонал для работы в ТБ больнице. Там не могут работать люди с ВИЧ, да и ВИЧ отрицательные далеко не все хотят.

Решение: персонал действительно найти очень трудно. Нам очень помогло детальное обсуждение с зав. отделением всех рисков, правил приема профилактической терапии (это обязательно для сотрудников), обеспечения безопасности сотрудников (кварцевания кабинетов, ношения масок и др.) Кроме того, некоторые занятия можно проводить на улице (при больнице есть парк).

Проблема: необходимо договориться с главным врачом больницы, чтобы были предоставлены ставки.

Решение: Согласно действующим нормам оказания помощи – противотуберкулезным стационарам полагается ставка нарколога, психолога и социального работника. Надо проверить, так ли это в других странах. В нашем случае оказалось, что руководство больницы не предпринимало усилий чтобы найти специалиста на эту вакансию. Когда мы изъявили готовность найти специалистов,

нам с радостью пошли навстречу. Хотя ставки в больнице действительно очень небольшие. Другой вариант – приглашать специалиста по необходимости – например, нарколога.

Проблема: персонал отделения относится к пациентам крайне негативно, что затрудняет командную работу на отделении.

Решение: Персоналу необходимы дополнительное обучение и поддержка. В нашем случае персонал с готовностью откликнулся на проводимые обучающие мероприятия, особенно на мероприятия по профилактике проф. выгорания. Также было очень полезно предлагать участие в конференциях, семинарах.

Приложение 7

Опыт адвокационной кампании в Санкт-Петербурге. 2011 – 2012

«Пациентский контроль» и «Е.В.А.»

1. В декабре 2011 года представители фонда Е.В.А. начали получать от пациентов Городской туберкулезной больницы № 2 сообщения о том, что им не выдают препараты для лечения мультирезистентного ТБ.

Необходимо иметь постоянный и доверительный контакт с пациентами, людьми, получающими лечение, чтобы иметь возможность получать информацию о возникающих проблемах.

2. Представители фонда Е.В.А. обратились к главному врачу противотуберкулезного диспансера с просьбой прокомментировать ситуацию, и получили ответ, что все необходимые препараты наличествуют в полном объеме. Чиновники, таким образом, отказались признать наличие проблемы. В то же время был проведен анализ ситуации по городу в целом, чтобы определить, касается ли проблема отсутствия препаратов отдельно взятой больницы, или всего города/региона в целом.

Необходимо иметь налаженный контакт с людьми, обладающими достоверной информацией и занимающими достаточно высокое положение в системе противотуберкулезно помощи, чтобы адресовать к ним информацию об имеющихся проблемах. И быть готовыми, что они проблему признать откажутся.

3. Через два месяца после появления информации об отсутствии препаратов активисты движения «Пациентский контроль» вышли на несанкционированную акцию. Главной целью акции стало привлечение внимания чиновников и общественности к существующей проблеме.

Необходимо иметь поддержку в лице представителей сообщества, готовых активно выступать в защиту своих интересов, в том числе участвовать в акциях. Хорошо иметь опыт в проведении акций и планировании дальнейших действий – написании пресс-релизов, оповещении СМИ, формулировании требований к чиновникам.

4. По итогам акции была проведена пресс-конференция, на которой выступил один из врачей отделения, где пациенты не получали необходимых препаратов. Кроме того выступили активисты движения Пациентский контроль. К участию были приглашены также международные эксперты по ТБ, которые, к сожалению, не смогли приехать.
5. **Март 2012:** написано несколько заявлений: Управление федеральной антимонопольной службы РФ, Министерство по здравоохранению РФ, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, Аппарат уполномоченного по правам человека в Спб.

Необходимо быть готовыми составлять официальные документы и направлять в соответствующие инстанции. Для этого надо иметь представление о том, какие именно инстанции должны заниматься данной проблемой. Интересный выбор – уполномоченный по правам человека.

6. **Март 2012:** встреча с главным врачом больницы, которая подтверждает, то препаратов действительно не хватает, но сообщает также, что больница уже предприняла меры к разрешению проблемы и препараты вскоре появятся. Главный врач все это время избегала встречаться с активистами, но после пресс-конференции проблема получила слишком большой резонанс, и она была вынуждена пойти на контакт.

«Шум в прессе» и общественный резонанс, который приобретает проблема, может заставить чиновников начать диалог с активистами, даже если первоначально они от него отказывались.

7. **Апрель 2012:** В больнице действительно появился один из препаратов, но только некоторые пациенты смогли получить его, т.е. проблема была решена лишь частично. Пациентам объявили, что остальные препараты поступят в самом ближайшем времени, но предупредили также, что если они будут сотрудничать с активистами, и предоставлять им информацию (участвовать в акциях, давать интервью и тем более направлять иски в суд), то руководство больницы сотрудничать с ними не будет.

Нужно быть готовыми к тому, что пациенты, которые затронуты проблемой, не смогут сотрудничать с активистами, опасаясь открытого конфликта с руководством больницы и врачами, который, в свою очередь, может привести к тому, что они не получат лечения даже когда оно будет доступно. Для многих пациентов участие в публичных мероприятиях также может быть чревато раскрытием ВИЧ статуса или статуса потребителя наркотиков, что тоже заставляет опасаться публичности.

8. Сотрудники НП «Е.В.А.» встретились с Петром Яблонским, Главным фтизиатром РФ, чтобы выяснить, осведомлен ли он о ситуации и что можно предпринять. Он выразил готовность принять все заявления от пациентов, которые не получают противотуберкулезное лечение в РФ и разобраться в ситуации. Организацией сбора этих заявлений занимается НП «Е.В.А.».

Контроль ТБ осуществляют несколько ведомств и учреждений и целесообразно обращаться в каждое из них. Часто даже чиновники, занимающие крупные посты, не знакомы с ситуацией на местах и не имеют представления о существующих проблемах.

9. Активисты «Пациентского Контроля» и НПО «Е.В.А.» обратились в фармкомпаниях, производящие необходимые лекарства, с просьбой предоставить недостающие лекарства в форме пожертвования.

Выводы:

1. Мониторинг ситуации и наличие обратной связи с представителями сообщества, проходящими лечение, позволяет своевременно выявить проблему.
2. Чиновники могут отрицать наличие проблемы, опасаясь потерять работу, или по другим причинам, особенно если требовать от них признать наличие проблемы публично.
3. Освещение проблемы в прессе и публичные акции обязательно привлекают к проблеме внимание широкой общественности, и могут заставить чиновников признать ее и начать действовать. Нужно иметь налаженный контакт с прессой, чтобы быстро пригласить заинтересованных журналистов и получить материалы, отвечающие интересам кампании.
4. Представители сообщества, непосредственно затронутые проблемой, могут отказаться публично выступать в защиту своих прав, так как представители лечебных учреждений могут шантажировать их отказом в дальнейшем лечении. Они могут опасаться раскрытия своего ВИЧ статуса или факта употребления наркотиков.
5. Планируя адвокационную кампанию, нужно как можно лучше изучить все организации, которые имеют отношение к проблеме, и сферу их интересов. Тогда можно будет заручиться их поддержкой в тех аспектах, где ваши интересы совпадают. В частности, фармкомпания могут быть заинтересованы предоставить помощь пациентам, потому что это делает им рекламу.

Приложение 8

Задание АДВОКАЦИЯ: ПАРТНЕРЫ

Перечень возможных проблем, на решение которых может быть направлена адвокация, для работы в малых группах над заданием:

Какие партнеры могут быть привлечены для совместного проведения адвокационной кампании по каждой из данных проблем?

Проблема 1:

Больницы не предоставляют наркологической помощи пациентам с ТБ, из за чего они прерывают лечение

Проблема 2:

В тюрьмах отсутствуют препараты для лечения МЛУ ТБ

Проблема 3:

Специалисты-фтизиатры не имеют достаточной квалификации для диагностики и лечения ТБ при ВИЧ

Проблема 4:

Отсутствует финансирование для закупки препаратов и тест-систем для лечения МЛУ ТБ

Можно предложить к рассмотрению другие проблемы, в зависимости от состава и опыта работы группы.